

SEGURANÇA DO PACIENTE NA SAÚDE BUCAL

1ª edição

Maio de
2023



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Segurança do Paciente na Saúde Bucal

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

Maio de 2023

Prefeito

Ricardo Nunes

Secretário Municipal da Saúde

Luiz Carlos Zamarco

Secretário Adjunto

Maurício Serpa

Chefe de Gabinete

Roberto Carlos Rossato

Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS)

Sandra Maria Sabino Fonseca

Coordenadoria de Atenção Básica

Giselle Cacherik

Assessoria Técnica de Saúde Bucal

Marta Lopes de Paula Cipriano – Coordenadora

Samanta Pereira de Souza – Assessora

Grupo Técnico de Trabalho

Adriana Vieira da Silva Pissinato – OSS ASF Região Norte

Ana Flávia Pagliusi – OSS SPDM Região Butantã

Aníbal José Albertini Silva – OSS FUABC

Bruno Maciel de Oliveira – OSS Seconci

Célio Hiroshi Matsushita – OSS Seconci

Cláudia Maria Meloni Horita – OSS Monte Azul

Diego da Silveira – OSS ASF Região Sul

Francis Henrique do Nascimento Tsurumaki – OSS CEJAM

Juliana Galesi Olivares de Marchi – STS M'Boi Mirim

Maíra da Silva Caracas – OSS INTS

Marcelo Barile – OSS SPDM/PAIS

Marta Lopes de Paula Cipriano – Coordenadora de Saúde Bucal de SMS

Samanta Pereira de Souza – Assessora de Saúde Bucal de SMS

Sheila Oliveira Correa – OSS SBCD

Vanessa Mendes de Jesus Lanza – OSS Santa Marcelina

Yone Belforte de Sá Valença Gil – OSS SPDM/PAIS

PREFÁCIO

O presente documento foi construído com a colaboração de um Grupo de Trabalho com o objetivo de auxiliar as equipes de Saúde Bucal das unidades com este serviço a despertarem para o tema Segurança do Paciente, promovendo melhorias no atendimento seguro, com foco nas seis metas internacionais estabelecidas pela *Joint Commission International* (JCI) .

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o conceito de Segurança do Paciente como “redução, a um mínimo aceitável, dos riscos de danos desnecessários associados à assistência em saúde.”

As metas estabelecidas são a identificação do paciente, comunicação clara e eficiente, segurança na utilização de medicamentos de alta vigiância, cirurgias seguras com intervenções nos sítios corretos, higienização das mãos e redução no risco de lesões ocasionadas por quedas.

Sabe-se que a prática odontológica é, por vezes, potencialmente propícia à ocorrência de eventos adversos devido às características dos atendimentos que são, em sua grande maioria, realizados com procedimentos invasivos. No mais, o ambiente odontológico por si expõe não somente os profissionais, como também o paciente a diversos riscos físicos e biológicos.

Neste contexto, a elaboração do presente documento tem a intenção de alinhar, orientar e organizar, de acordo com as normas vigentes, as equipes de Saúde Bucal, no que tange a gestão de riscos à segurança do paciente e ao manejo e prevenção de eventos adversos no consultório odontológico através de evidências, além de fornecer os subsídios para a elaboração dos protocolos ~~per~~ a cada serviço, respeitando-se suas características e singularidades territoriais.

Com este material e com as boas práticas clínicas, espera-se alcançar a excelência na qualidade, eficiência e segurança do atendimento odontológico ofertado ao paciente.

Desejamos ótimo trabalho a todos.

*Marta Lopes de Paula Cipriano
Samanta Pereira de Souza*

Assessoria Técnica de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

SUMÁRIO

FICHA ODONTOLÓGICA 0 A 19 ANOS	06
FICHA ODONTOLÓGICA 20 ANOS E MAIS	11
FLUXOGRAMAS PARA ATENDIMENTO DAS PRINCIPAIS DOENÇAS ORAIS	17
EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	26
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	27
TERMO DE RESCUSA LIVRE E ESCLARECIDO	30
TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRADA DE EXAME DE APOIO DIAGNÓSTICO DA UNIDADE	31
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	32
ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO NA ATENÇÃO BÁSICA	33
POP Nº 001 – ARMAZENAMENTO DOS ANESTÉSICOS	35
PROTOCOLO DE ANESTESIA ODONTOLÓGICA SEGURA	36
PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM ODONTOLOGIA	45
PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	49
ORIENTAÇÕES PÓS CIRÚRGICAS	51
ORIENTAÇÕES PÓS RESTAURAÇÕES	52
ORIENTAÇÕES PÓS ACESSO ENDODÔNTICO	53
DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PRÓTESE DENTÁRIA	54
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA	55
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS MÉDICAS NA ODONTOLOGIA	63
PLANOS DE CONTINGÊNCIA NA SAÚDE BUCAL	73

COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA - ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

CRS:

STS:

UNIDADE:

DATA ___/___/___

NOME:

Nº DO CARTÃO SUS:

RG:

CPF:

SEXO: F () M () Intersexo ()

IDADE: DATA NASC. ___/___/___

ESTADO CIVIL:

RAÇA/COR: Amarela () Branca () Indígena () Parada () Preta ()

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

TELEF. RESIDENCIAL/ CELULAR:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

NOME DO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA:

ÁREA:

MICRO ÁREA:

Nº FAMÍLIA:

É CADASTRADO? SIM () NÃO ()

ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL (motivo da consulta):

HISTÓRIA MÉDICA**DURANTE A GESTAÇÃO:**

A MÃE TOMOU ALGUM MEDICAMENTO? SIM () NÃO () MOTIVO:

A MÃE SOFREU ALGUM ACIDENTE? SIM () NÃO () ESPECIFICAR:

A MÃE APRESENTOU PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL? CÁRIE () D. PERIODONTAL () OUTROS ()

TIPO DE PARTO: NORMAL () CESÁREA () FÓRCEPS () PREMATURO ()

AO NASCIMENTO O BEBÊ APRESENTOU:

HEMORRAGIA () ANÓXIA () CIANOSE () DIFICULDADES DE SUÇÃO ()

ANOMALIAS CONGÊNITAS? SIM () NÃO () QUAIS?

A CRIANÇA JÁ FOI HOSPITALIZADA? SIM () NÃO () MOTIVO:

JÁ TEVE ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO?

SARAMPO () RUBÉOLA () CAXUMBA () ESCARLATINA () VARICELA ()

D. CARDÍACA () D. HEPÁTICA () D. RENAL () D. REUMÁTICA () D. RESPIRATÓRIA ()

DIABETES () DESMAIOS () CONVULSÕES () PARALISIA CEREBRAL () ATAQUES ()

PERDA DE CONSCIÊNCIA () DOENÇA HEMATOLÓGICA ()

ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES:

 DIABETES () DOENÇAS CARDIOVASCULARES () NEOPLASIAS ()
 DOENÇAS HEMORRÁGICAS () MAFORMAÇÃO () OUTRAS :

HISTÓRIA MÉDICA ATUAL

 TEM ALERGIA ? SIM () NÃO () ESPECIFICAR:
 ESTÁ SOB TRATAMENTO MÉDICO? SIM () NÃO () ESPECIFICAR:
 FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? SIM () NÃO () ESPECIFICAR:
 JÁ TEVE CONTATO COM ALGUM TIPO DE DROGA? SIM () NÃO ()
 INGERE BEBIDA ALCÓOLICA? SIM () NÃO ()
 É FUMANTE? SIM () NÃO ()
 ESTÁ GRÁVIDA? SIM () NÃO () QUANTOS MESES? DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO: ___/___/___

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

 ALEITAMENTO NATURAL () ALEITAMENTO ARTIFICIAL () ALEITAMENTO NOTURNO (NATURAL/ARTIFICIAL) ()
 ÁGUA: SABESP () GALÃO () POÇO ()
 SUCÇÃO DE CHUPETA? SIM () NÃO ()
 SUCÇÃO DO DEDO? SIM () NÃO () OUTROS:
 HÁBITOS: SIM () NÃO () QUAIS?
 RESPIRADOR BUCAL? SIM () NÃO ()
 HIGIENIZA A BOCA DO BEBÊ? SIM () NÃO ()
 FREQUENCIA DA ESCOVAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS: PAI: MÃE:
 FREQUÊNCIA DE USO DO FIO DENTAL PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS: PAI: MÃE:
 COMO É SUA MASTIGAÇÃO? BILATERAL () LADO DIREITO () LADO ESQUERDO ()
 SENTE DOR OU ESTALIDO QUANDO MASTIGA? SIM () NÃO ()
 JÁ TEVE ALGUMA REAÇÃO ALÉRGICA POR ALGUMA SUBSTÂNCIA, MATERIAL OU MEDICAMENTO UTILIZADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA? SIM () NÃO () ESPECIFICAR:

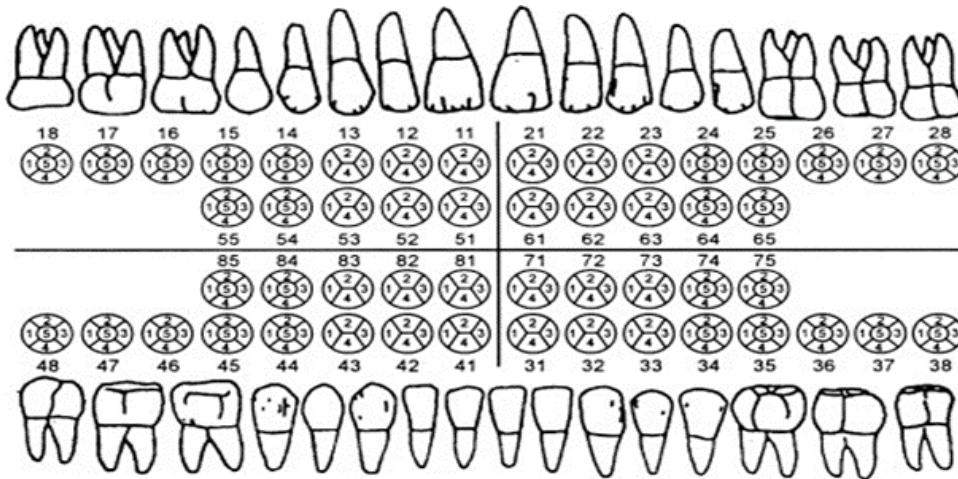
EXAME CLÍNICO
DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DO ESMALTE:

AMELOGÊNOSE IMPERFEITA () HIPOPLASIAS DE ESMALTE DE ORIGEM FLUORÓTICA E NÃO FLUORÓTICA ()

USO DE PIERCING? () LOCALIZAÇÃO:

LEGENDA							
CÁRIE		PERIODONTO		OCCLUSÃO		TECIDOS MOLES	
Risco Baixo	A	Risco Baixo	0	Normal	N	Risco Baixo	0
Risco Moderado	B		X	Leve	L	Risco Moderado	1
	C	Risco Moderado	1	Moderada	M	Risco Alto	2
Risco Alto	D		2	Severa	S		
	E		B				
	F	Risco Alto	6				
Desdentado Total	X		8				

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
CÁRIE	PERIODONTO	OCCLUSÃO	TECIDOS MOLES



- Legenda:**
- 0 – Espaço vazio
 - 1 – Dente hígido
 - 2 – Dente restaurado
 - 3 – Dente extraído
 - 4 – Dente cariado
 - 5 – Dente com extração indicada

11		51		21		61	
12		52		22		62	
13		53		23		63	
14		54		24		64	
15		55		25		65	
16				26			
17				27			
18				28			
41		81		31		71	
42		82		32		72	
43		83		33		73	
44		84		34		74	
45		85		35		75	
46				36			
47				37			
48				38			

OUTRAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS (PERIODONTIA, ORTODONTIA, ETC):

DIAGNÓSTICO FINAL:

PLANO DE TRATAMENTO:

OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES (anotar exames, datas e resultados):

São Paulo, ____/____/____

Nome, CROSP e assinatura do Profissional

TERMO DE VERACIDADE E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ RG: _____, atesto a veracidade de todas as informações obtidas e aqui descritas, e o não ocultamento de informações importantes da minha saúde.

Declaro ter recebido todas as informações e esclarecido minhas dúvidas sobre meu estado atual de saúde bucal, importância da higienização, assiduidade às consultas, causa da doença, seqüelas, alternativas de tratamento e suas limitações.

Autorizo o tratamento proposto e a publicação de todo o caso clínico referente a minha pessoa ou de meu parente.

São Paulo, ____ de ____ de _____.

Nome, RG e Assinatura do usuário ou responsável

DATA	DENTE	EVOLUÇÃO CLÍNICA	PA	GLICEMIA CAPILAR	VISTO CD	PACIENTE/RESPONSÁVEL

COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA - ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

CRS:

STS:

UNIDADE:

DATA ___/___/___

NOME:

Nº DO CARTÃO SUS:

RG:

CPF:

SEXO: F () M () Intersexo ()

IDADE:

DATA NASC. ___/___/___

ESTADO CIVIL:

RAÇA/COR: Amarela () Branca () Indígena () Parada () Preta ()

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

TELEF. RESIDENCIAL/ CELULAR:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

NOME DO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA:

ÁREA:

MICRO ÁREA:

Nº FAMÍLIA:

É CADASTRADO? SIM () NÃO ()

ANAMNESE
QUEIXA PRINCIPAL (motivo da consulta):

HISTÓRIA MÉDICA

SOFRE DE ALGUMA DOENÇA? SIM () NÃO ()

ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO? SIM () NÃO ()

NOME:

POSOLOGIA:

HÁ QUANTO TEMPO?

OBSERVOU ALGUMA ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE GERAL NO ÚLTIMO ANO? SIM () NÃO ()

NOS ÚLTIMOS MESES ENGORDOU/EMAGRECEU DE FORMA EXAGERADA? SIM () NÃO ()

ESPECIFICAR:

JÁ ESTEVE HOSPITALIZADO? SIM () NÃO ()

MOTIVO:

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? SIM () NÃO ()

MOTIVO:

HÁ QUANTO TEMPO?

PAROU DE SANGRAR NORMALMENTE? SIM () NÃO () COMO FOI A CICATRIZAÇÃO?

TEM OU TEVE DIFICULDADE PARA RESPIRAR? SIM () NÃO () QUANDO?

SUA PRESSÃO ARTERIAL É NORMAL? SIM () NÃO ()

SEUS PÉS OU MÃOS INCHAM COM FREQUENCIA? SIM () NÃO ()

COSTUMA SENTIR TONTURAS OU DESFALECIMENTO? SIM () NÃO ()

SENTE MUITA SEDE OU FOME? SIM () NÃO () URINA COM FREQUENCIA? SIM () NÃO ()

SENTE CANSAÇO FÍSICO AO PEQUENO ESFORÇO? SIM () NÃO ()
 TEM OU TEVE ALGUMA DESTAS DOENÇAS?
 HEPATITE A, B, C () HIV () DEPRESSÃO () CARDIOPATIAS ()
 TUBERCULOSE () ANEMIA () MENINGITE () PROBLEMAS RENAI ()
 SÍFILIS () GASTRITE () EPILEPSIA () PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ()
 HERPES () DIABETES () NEOPLASIAS () DORES MUSCULARES ()
 TEM OU TEVE ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO, ALIMENTO OU SUBSTÂNCIA? SIM () NÃO ()
 TEM COM FREQUENCIA ALGUM TIPO DE SANGRAMENTO? SIM () NÃO ()
 NOTA O APARECIMENTO DE MANCHAS ROXAS NA PELE? SIM () NÃO ()
 ESTÁ GRÁVIDA? SIM () NÃO () QUANTOS MESES? DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO: __/___/___
 NÚMERO DE FILHOS:
 ESTÁ AMAMENTANDO NO MOMENTO? SIM () NÃO ()
 GOSTARIA DE ACRESCENTAR ALGUM FATO IMPORTANTE QUE NÃO FOI ABORDADO? SIM () NÃO ()
 OBSERVAÇÕES:

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

SENTE DOR EM ALGUMA PARTE DO ROSTO, DA BOCA OU DENTE QUANDO MASTIGA? SIM () NÃO ()
 LOCALIZAÇÃO:
 ALGUM DENTE DÓI COM FRIO, CALOR OU DOCE? SIM () NÃO () LOCALIZAÇÃO:
 POSSUI DENTES COM MOBILIDADE? SIM () NÃO () LOCALIZAÇÃO:
 SENTE GOSTO DESAGRADÁVEL NA BOCA? SIM () NÃO ()
 SENTE A GENGIVA IRRITADA, INCHADA, DOLORIDA OU SANGRANTE? SIM () NÃO ()
 ESCOVA OS DENTES COM REGULARIDADE? SIM () NÃO ()
 QUAL O TIPO DE CERDAS DA SUA ESCOVA? DURAS () MÉDIAS () MACIAS ()
 USA FIO OU FITA DENTAL? SIM () NÃO ()
 USA ANTISÉPTICOS BUCAIS? SIM () NÃO ()
 USA OUTROS MÉTODOS DE HIGIENE? PALITO () ESCOVAS INTERPROXIMAIS OU UNITUFO ()
 JÁ SE SUBMETEU ALGUNS DOS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS DESCRITOS ABAIXO?
 ENDODÔNTICO () PERIODONTAL () PROTÉTICO ()
 JÁ SE SUBMETEU A CIRURGIA BUCAL? SIM () NÃO ()
 QUAL? TIPO DE CIRURGIA: MOTIVO: INTERCORRÊNCIA:
 JÁ TEVE ALGUMA REAÇÃO ALÉRGICA POR ALGUMA SUBSTÂNCIA, MATERIAL OU MEDICAMENTO UTILIZADO PELO
 CIRURGIÃO-DENTISTA? SIM () NÃO () ESPECIFICAR:
 SANGRA DE MANEIRA EXAGERADA QUANDO SE CORTA OU EXTRAI DENTES? SIM () NÃO ()
 A REGIÃO FERIDA OU OPERADA CICATRIZA NORMALMENTE? SIM () NÃO ()
 TEM DIFICULDADE DE ABRIR A BOCA? SIM () NÃO ()
 RESPIRA PELA BOCA? SIM () NÃO ()
 COSTUMA RANGER OU APERTAR OS DENTES? SIM () NÃO ()
 ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES:
 DIABETES () DOENÇAS CARDIOVASCULARES () NEOPLASIAS () DOENÇAS HEMORRÁGIICAS ()
 MAFORMAÇÃO () OUTRAS ()
 COMO É SUA MASTIGAÇÃO? BILATERAL () LADO DIREITO () LADO ESQUERDO ()
 SENTE DOR OU ESTALIDO QUANDO MASTIGA? SIM () NÃO ()

EXAME FÍSICO EXTRA BUCAL

PRESSÃO ARTERIAL: _____ mmHg

GLICEMIA CAPILAR:

ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR:

LINFONODOS:

SIMETRIA FACIAL:

LÁBIOS:

PELE:

APARÊNCIA GERAL:

EXAME FÍSICO INTRA BUCAL

EXAME CLÍNICO intra-oral (TI) realizado em: ____/____/____

MUCOSA LABIAL:

MUCOSA JUGAL:

PALATO:

REGIÃO RETROMOLAR:

LÍNGUA:

FREIOS:

ASSOALHO:

HIGIENE BUCAL: BOA () REGULAR () RUIM ()

PLACA VISÍVEL? SIM () NÃO ()

CÁLCULO VISÍVEL? SIM () NÃO ()

SANGRAMENTO GENGIVAL: SIM () NÃO ()

RECESSÃO GENGIVAL: SIM () NÃO ()

SENSIBILIDADE DENTINÁRIA SIM () NÃO ()

MOBILIDADE DENTÁRIA SIM () NÃO ()

SINAIS DE BRUXISMO SIM () NÃO ()

ELEMENTOS DENTAIS:

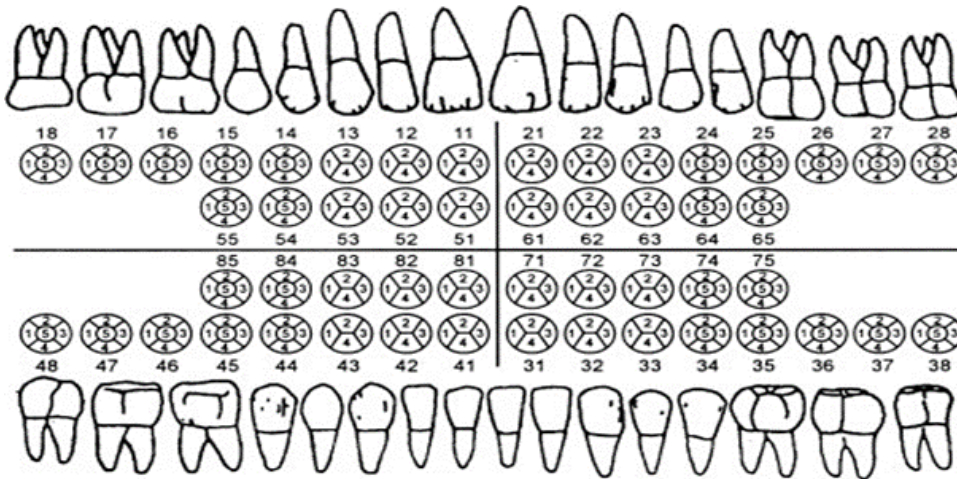
ELEMENTOS DENTAIS:

ELEMENTOS DENTAIS:

EXAME CLÍNICO:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
CÁRIE	PERIODONTO	TECIDOS MOLES

LEGENDA					
CÁRIE		PERIODONTO		TECIDOS MOLES	
Risco Baixo	A	Risco Baixo	0	Risco Baixo	0
Risco Moderado	B		X	Risco Moderado	1
	C	Risco Moderado	1	Risco Alto	2
Risco Alto	D		2	Risco Alto	6
	E	B			
	F	6			
Desdentado Total	X	8			



Legenda:
 0 – Espaço vazio
 1 – Dente hígido
 2 – Dente restaurado
 3 – Dente extraído
 4 – Dente cariado
 5 – Dente com extração indicada

11		21	
12		22	
13		23	
14		24	
15		25	
16		26	
17		27	
18		28	

41		31	
42		32	
43		33	
44		34	
45		35	
46		36	
47		37	
48		38	

OUTRAS OBSERVAÇÕES CLÍNICAS (PERIODONTIA, ORTODONTIA, ETC):

DIAGNÓSTICO FINAL:

PLANO DE TRATAMENTO:

OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES (anotar exames, datas e resultados):

São Paulo, ____/____/____

Nome, CROSP e assinatura do Profissional

TERMO DE VERACIDADE E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ RG: _____, atesto a veracidade de todas as informações obtidas e aqui descritas, e o não ocultamento de informações importantes da minha saúde.

Declaro ter recebido todas as informações e esclarecido minhas dúvidas sobre meu estado atual de saúde bucal, importância da higienização, assiduidade às consultas, causa da doença, seqüelas, alternativas de tratamento e suas limitações.

Autorizo o tratamento proposto e a publicação de todo o caso clínico referente a minha pessoa ou de meu parente.

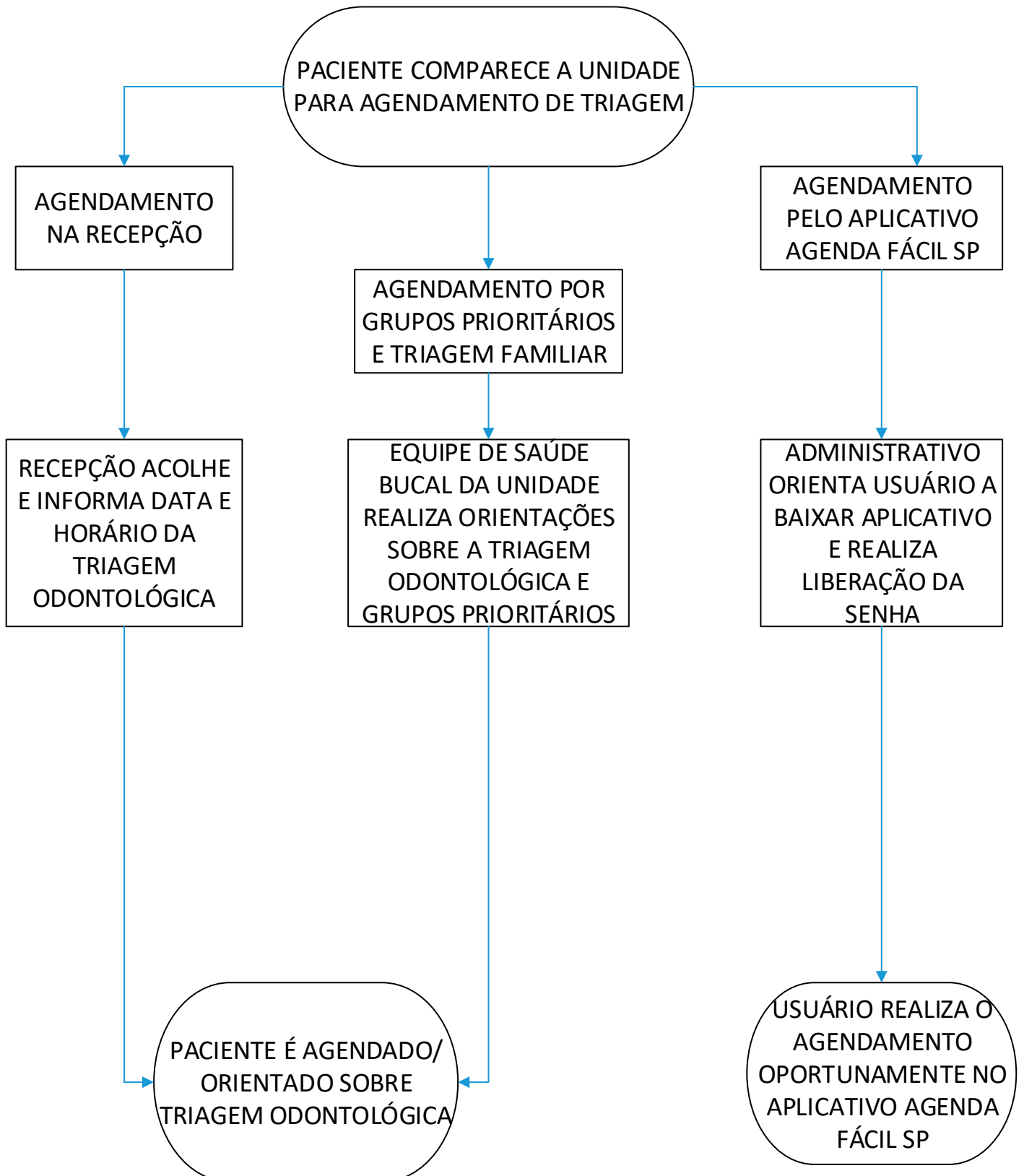
São Paulo, ____ de ____ de _____.

Nome, RG e Assinatura do usuário ou responsável

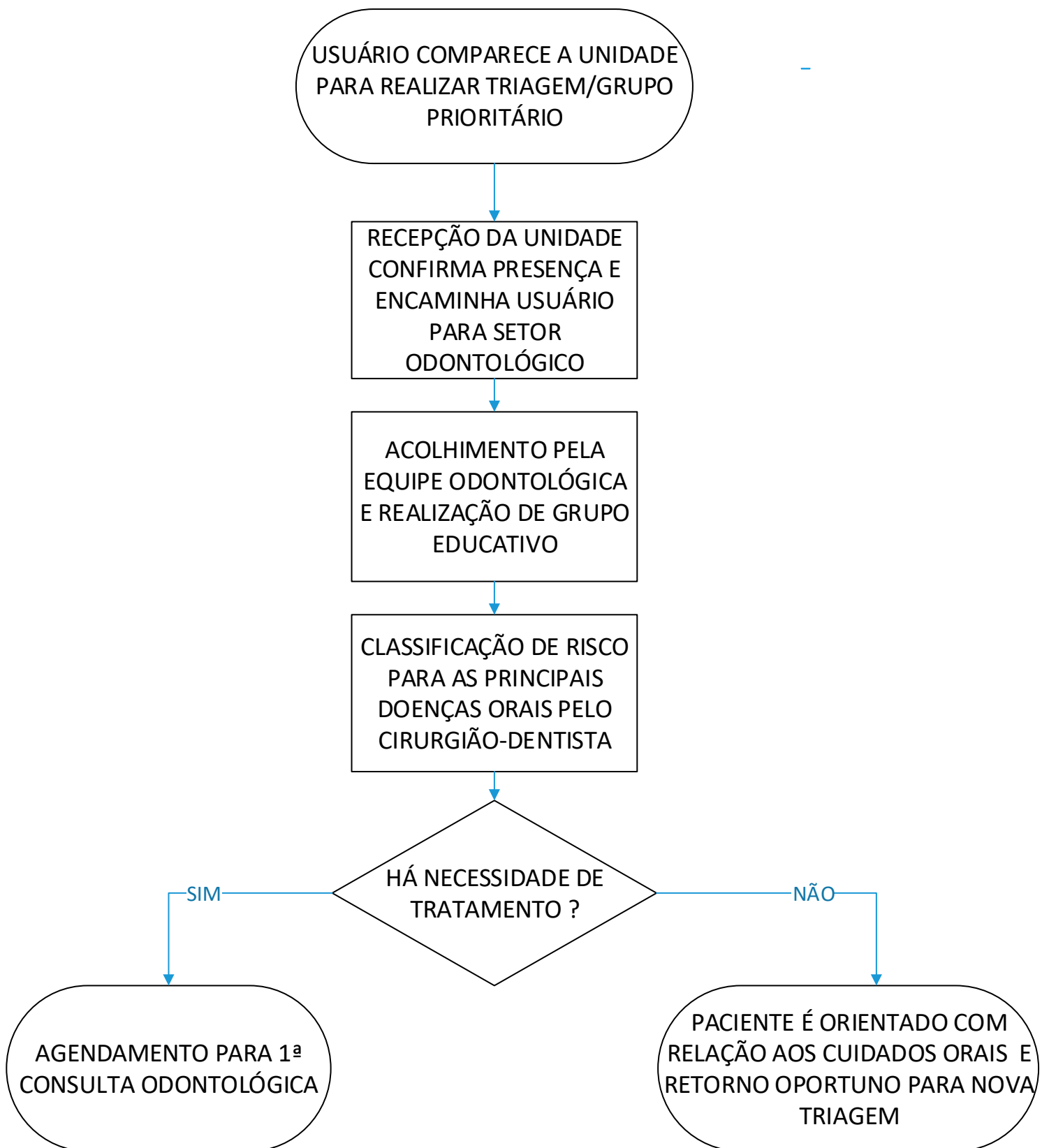
DATA	DENTE	EVOLUÇÃO CLÍNICA	PA	GLICEMIA CAPILAR	VISTO CD	PACIENTE

**FLUXOGRAMAS PARA
ATENDIMENTOS DAS PRINCIPAIS
DOENÇAS ORAIS**

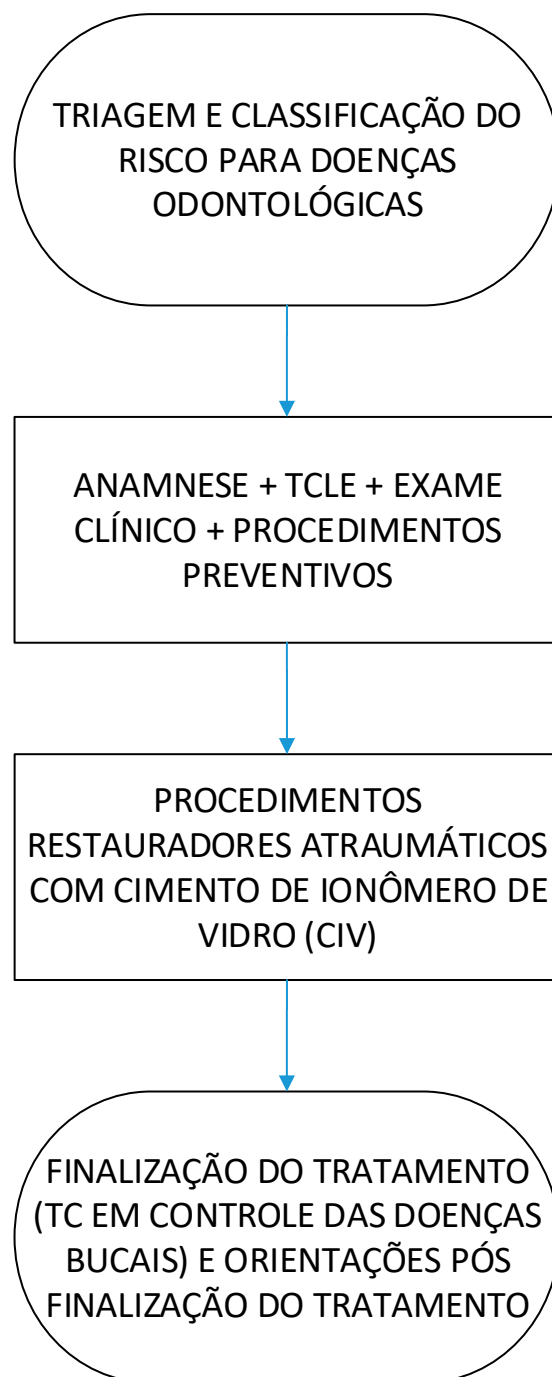
FLUXOGRAMA I - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS - AGENDAMENTO DE TRIAGEM ODONTOLÓGICA



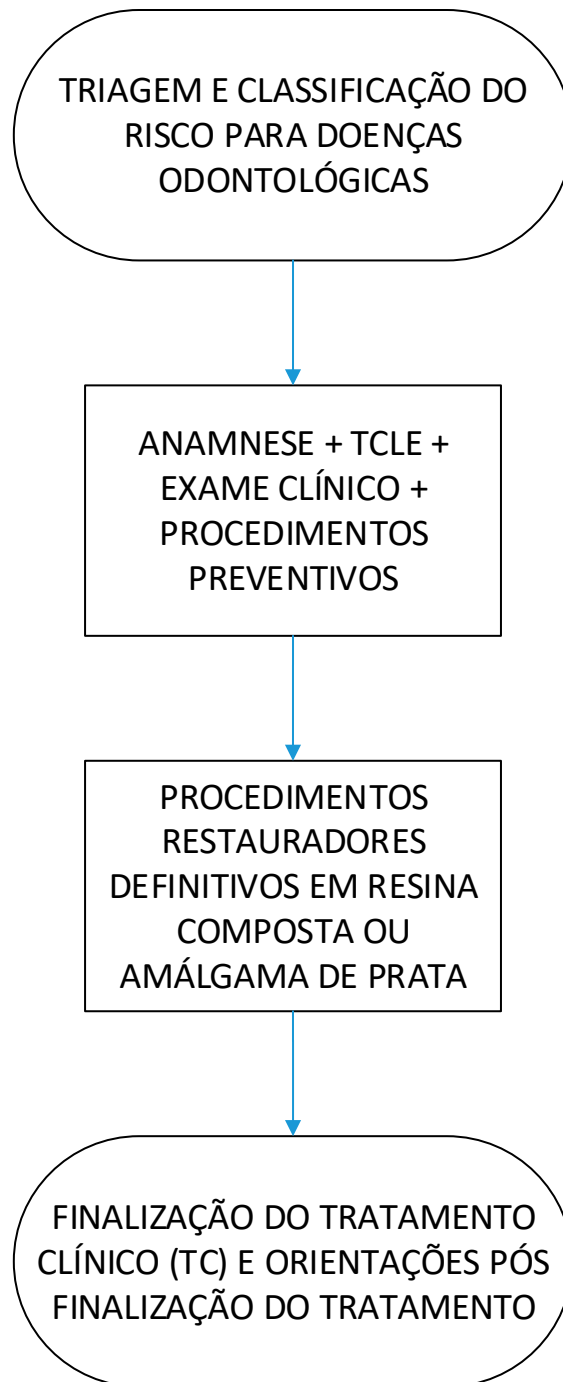
FLUXOGRAMA II - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS - REALIZAÇÃO DA TRIAGEM ODONTOLÓGICA



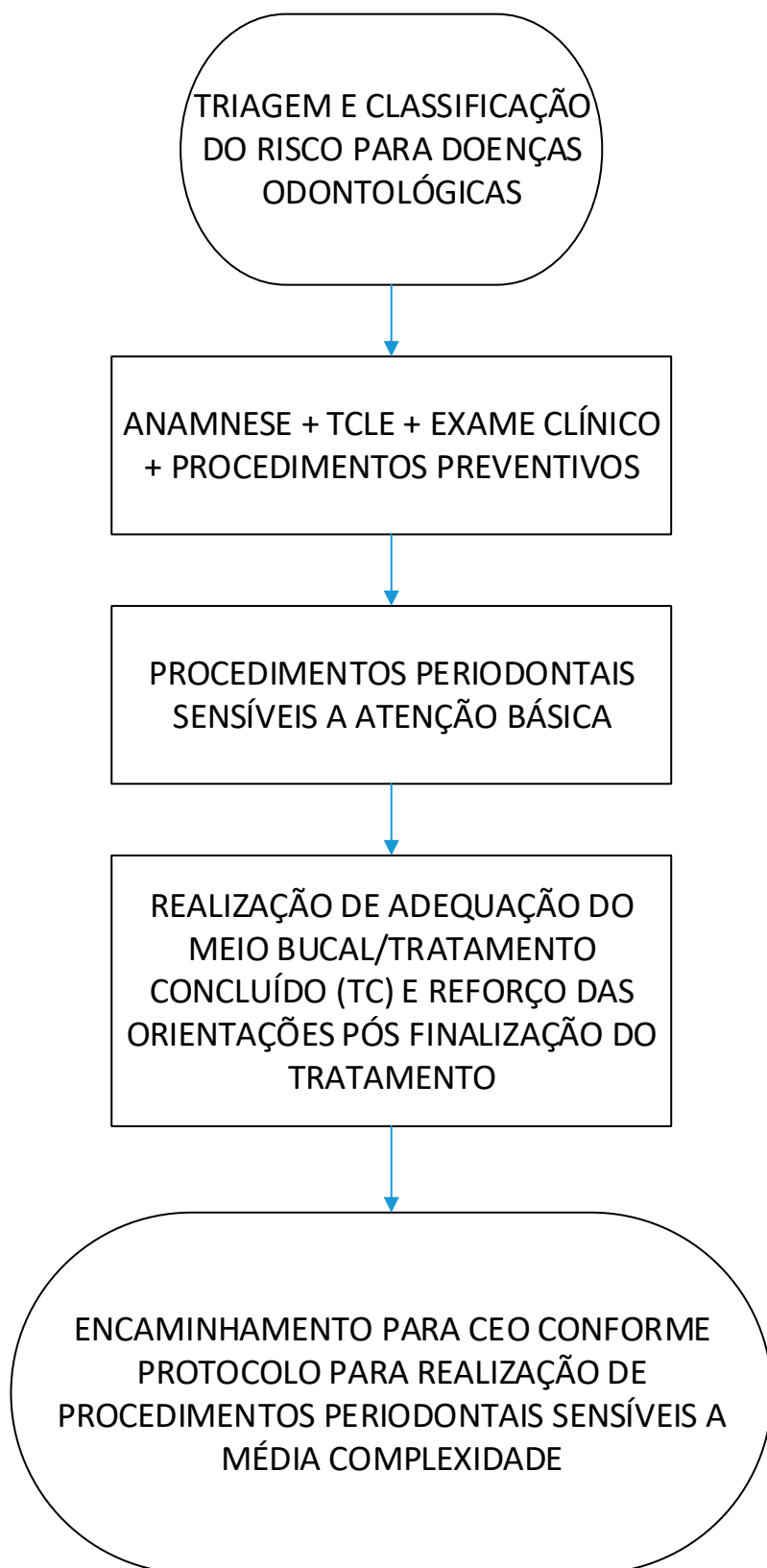
FLUXOGRAMA III - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS - TRATAMENTOS RESTAURADORES ATRAUMÁTICOS



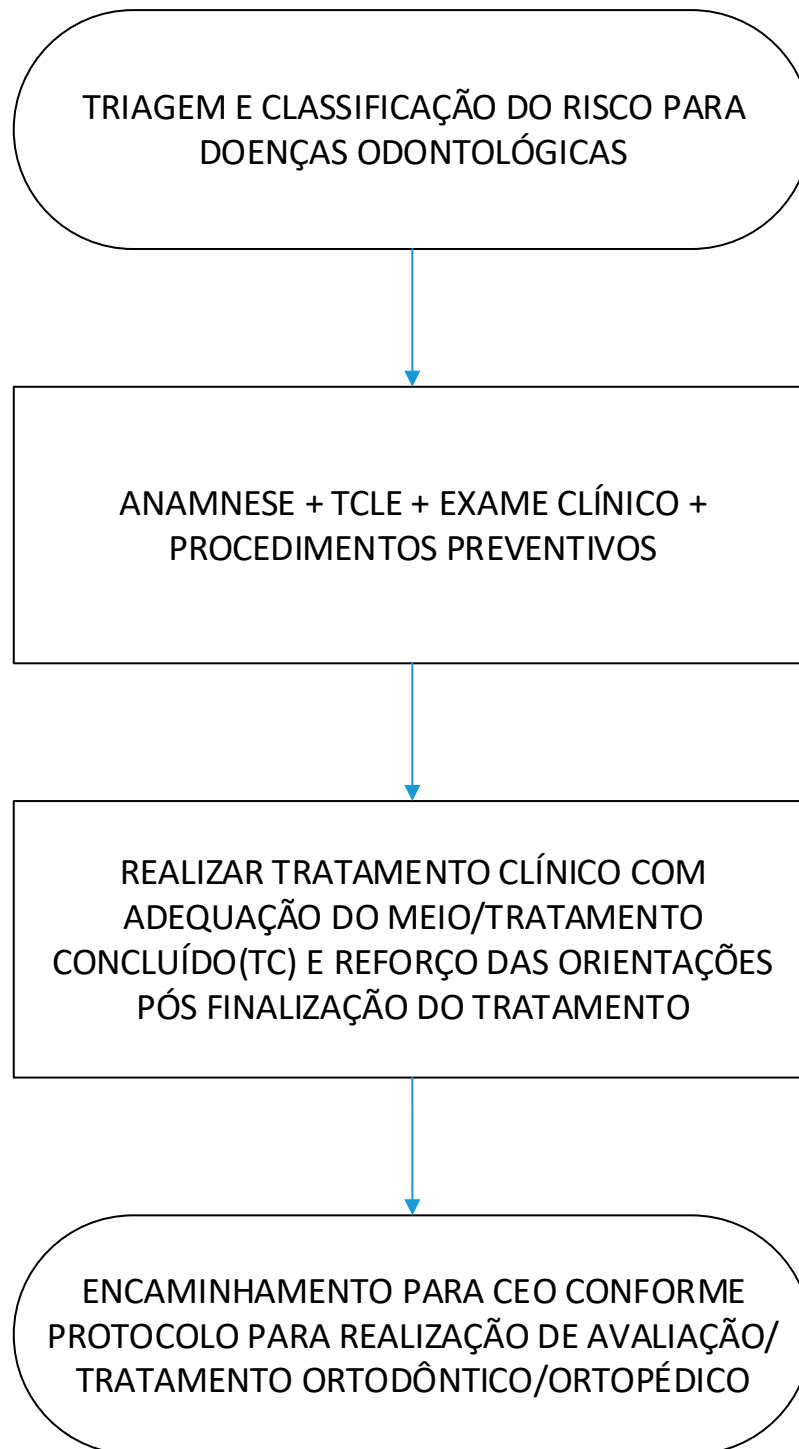
FLUXOGRAMA IV - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS - TRATAMENTOS RESTAURADORES DEFINITIVOS



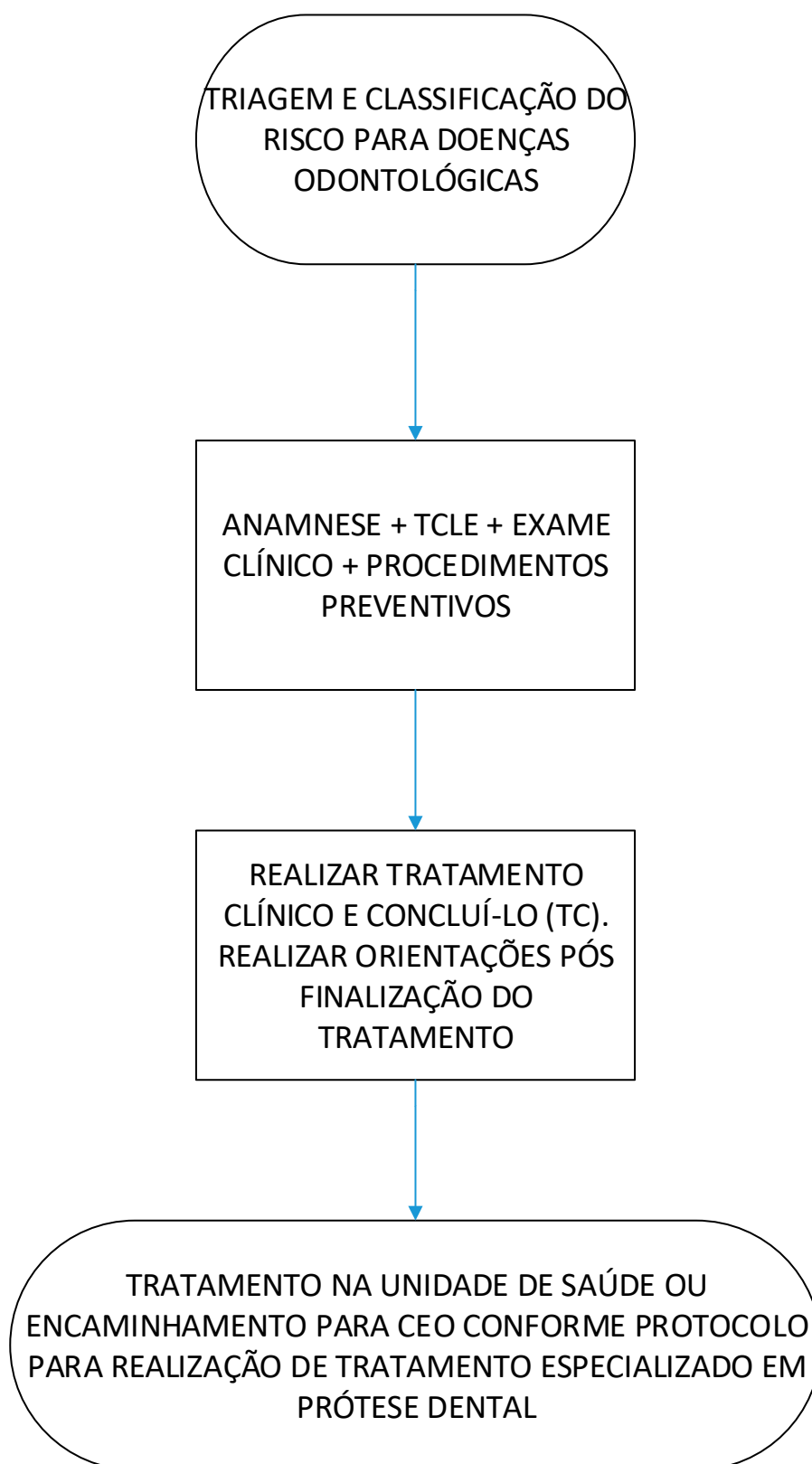
FLUXOGRAMA V - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS - TRATAMENTOS PERIODONTAIS



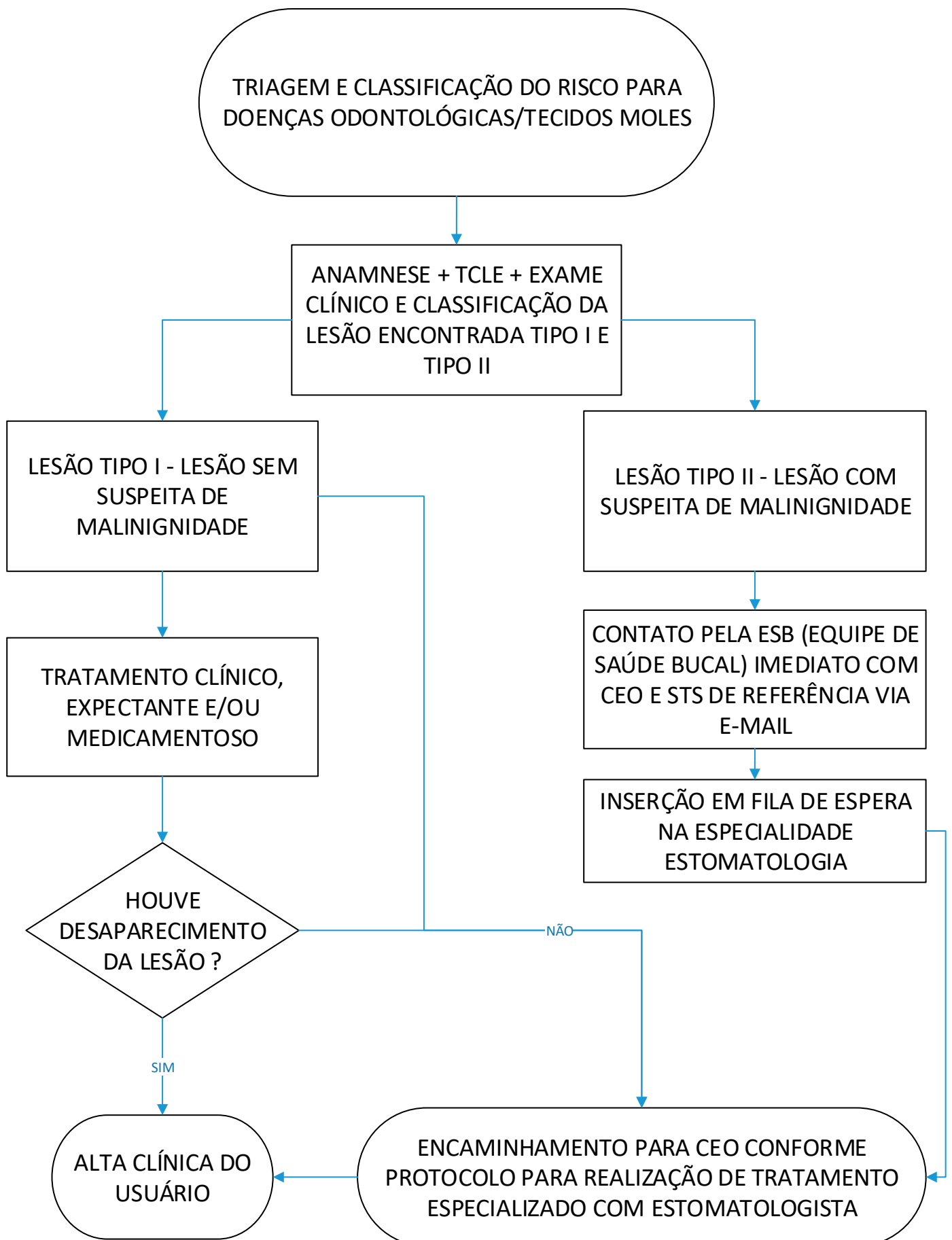
FLUXOGRAMA VI - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS - TRATAMENTOS DE OCLUSOPATIAS



FLUXOGRAMA VII - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS - TRATAMENTOS DE EDENTULISMO



FLUXOGRAMA VIII - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS - TRATAMENTOS DE LESÕES EM TECIDOS MOLES



A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, em 2010, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e SMS de São Paulo, observa-se a seguinte situação com relação a algumas doenças bucais:

Dados epidemiológicos dos principais agravos de saúde bucal no município de São Paulo, segundo relatórios de estudos realizados em 2002, 2008 e 2010.

Idade/faixa etária (anos)	5	12	15 a 19	35 a 44	65 a 74
% pessoas livres de cárie	58,2 *	52,3*	26,7*	0,6*	0,2*
Média ceo / CPO-D	1,99*	1,41*	4,21*	15,87*	26,00*
Dentes Perdidos por cárie	0,05*	0,08*	0,37*	6,98*	22,83*
% pessoas com fluorose		31,6**			
% pessoas oclusopatias	69,5*	38,9*			
% pessoas com bolsas periodontais			8,2*	21,0*	2,9*
% pessoas edêntulas				11,5***	64***

Fontes:*MS - SB Brasil (2010) / **LESB - SP (2008) / ***SB Brasil (2002)

REFERÊNCIA:

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Diretrizes para Atenção em Saúde Bucal. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZESPARAAATENCAOEMSAUDEBUCALVersaoPreliminar03082017.pdf>. Acesso em maio/2023.

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, _____, paciente (ou responsável legal do (a) _____), portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____, declaro que o (a) cirurgião(ã)-dentista _____, CROSP nº _____, profissional responsável para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento na Unidade de Saúde _____, constante em meu prontuário clínico, declaro que:

1. A anamnese foi por mim respondida, especialmente no que diz respeito às minhas condições de saúde geral e odontológica, não tendo omitido ou suprimido qualquer dado quanto as doenças pré-existentes e que sejam de meu conhecimento, tão pouco quanto ao uso de medicamentos controlados ou não, ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde e sobre o uso de medicamentos pode interferir negativamente no planejamento e andamento do tratamento.
2. Declaro que após a realização de perguntas sobre meu estado de saúde geral e odontológico (anamnese) e apresentação deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que foi ofertada a possibilidade da leitura ser realizada pela equipe de saúde bucal.
3. Considerando minha queixa principal e, após avaliação clínica e de eventuais exames complementares, o (a) profissional me esclareceu sobre o diagnóstico e os tratamentos clínicos/cirúrgicos e relacionados com a confecção de próteses dentárias, que serão realizados por esse serviço de saúde, como: prótese dentária total e/ou prótese dentária parcial removível, restaurações dentárias (com resina composta, amálgama ou ionômero de vidro), extrações dentárias simples e múltiplas, tratamentos periodontais (tratamento de gengiva e raspagem) e procedimento endodônticos (canal), e ainda, me orientou de forma clara sobre os objetivos e riscos do planejamento terapêutico escolhido, incluindo o uso do anestésico, bem como sobre minha responsabilidade de colaborar e contribuir para o tratamento que será executado, declarou também que a técnica e materiais que serão utilizados no tratamento possuem efetiva comprovação científica.
4. Possíveis riscos a serem considerados para todos os tratamentos odontológicos:
 - 4.1 Alveolite (infecção do alvéolo do dente extraído);
 - 4.2 Fratura de limas endodônticas no canal radicular;
 - 4.3 Aspiração ou deglutição de objetos estranhos (lima, broca, algodão, dente, pedaços de restaurações, entre outros);
 - 4.4 Dor ou desconforto pós-operatório;
 - 4.5 Edema (inchaço);
 - 4.6 Hemorragia (sangramento abundante);
 - 4.7 Lesões em tecidos moles (gengiva, bochecha, língua, entre outros);
 - 4.8 Possíveis lesões em tecidos moles por mordedura após anestesia;
 - 4.9 Lesões em nervos, que podem causar parestesia temporária ou permanente (perda de sensibilidade e sensação de dormência na boca e lábios que pode ou não regredir);
 - 4.10 Trismo (dificuldade de abrir a boca devido a inflamação local após procedimentos cirúrgicos);
 - 4.11 Reações de hipersensibilidade.

5. Declaro, ainda, que estou ciente que o não atendimento das orientações profissionais prejudicará o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo limitações, e informarei qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, insatisfações ou dúvidas sobre o tratamento.
6. Declaro que estou ciente de seguir, rigorosamente, as prescrições, encaminhamentos a outros especialistas da área odontológica ou profissionais da área de saúde e demais orientações fornecidas pelo (a) profissional.
7. Estou ciente de que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados, a partir do diagnóstico, poderão não se concretizar em face da resposta biológica do meu organismo e de minha colaboração, assim como da própria limitação da ciência, sendo certo que o (a) profissional se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do plano de tratamento proposto e aprovado.
8. O (a) cirurgião-dentista possui o dever de elaborar e manter atualizado o meu prontuário, garantindo acesso ao mesmo, podendo conceder cópia do documento, mediante recibo de entrega. Caso seja solicitada a devolução da documentação radiográfica e outros exames, o (a) profissional se compromete a me devolver os documentos originais, e registrar em prontuário eletrônico ou físico o resultado do exame/documentação.
9. Declaro estar ciente do plano de tratamento odontológico realizado pelo profissional Cirurgião-Dentista, apresentado em prontuário eletrônico ou físico, e que o mesmo poderá sofrer alterações dependendo das necessidades que porventura venham a ocorrer, as quais me serão informadas e esclarecidas.
10. Entendo a importância da saúde bucal e me comprometo seguir as orientações da equipe odontológica, assim como procurar atendimento odontológico em minha unidade de origem, respeitando os fluxos do serviço de saúde.
11. Fui esclarecido (a) que, caso o tratamento proposto, durante a sua execução ou ao final, não alcançar a perspectiva almejada, com cura da doença ou reabilitação necessária, o profissional apresentará esclarecimentos, a todo instante, sobre as limitações enfrentadas propondo alternativas, quando houver;
12. Declaro, ainda, que tenho conhecimento 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.
13. Declaro estar ciente de que não poderei faltar nas consultas com o(a) dentista e que deverei comparecer pontualmente nas consultas agendadas. Serão toleradas até 02 (duas) faltas injustificadas.

A partir da terceira falta injustificada, o paciente deverá agendar novamente a triagem odontológica para reiniciar o tratamento, conforme o fluxo de atendimento da Unidade. Caso não seja possível o comparecimento em consulta, deverei comunicar com 24 (vinte e quatro) horas de antecedência.

- 14.** Declaro que recebi uma cópia do presente termo, e que o Cirurgião-Dentista manterá uma cópia no prontuário físico ou eletrônico.

São Paulo , ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Carimbo/Assinatura Cirurgião(ã) - Dentista

Eu, _____, CPF _____, na qualidade de ()
paciente () responsável e representante legal (grau de parentesco: _____) do
paciente _____, declaro que fui devidamente esclarecido
pelo Cirurgião-Dentista _____ CRO-SP _____, sobre os procedimentos que
devem ser realizados, seus benefícios e possibilidades alternativas, bem como os riscos e complicações
potenciais da sua não realização :

1. Declaro que após a realização de perguntas sobre o estado de saúde geral e odontológico (anamnese) e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi ofertada a possibilidade da leitura dos documentos a ser realizada pela equipe de saúde bucal.

2. Declaro que tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira esclarecedora e estou devidamente ciente que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos em função da recusa.

3. Optei por não realizar o(s) procedimento(s)/tratamento(s) _____, indicado para o dente(s)/região _____, podendo a qualquer momento autorizar a realização do(s) procedimento(s)/tratamento(s) que ora recuso, desde que presentes as condições clínicas indicadas.

4. Deste modo, não autorizo a realização do(s) procedimento(s)/tratamento(s), assumindo pessoal e individualmente todas as consequências e responsabilidades da minha recusa e ainda, que fui orientado que em qualquer momento durante a duração ou após a finalização desse tratamento posso rever esse posicionamento, porém caso o tratamento já tenha sido finalizado, devo retornar para o fluxo de triagem odontológica da unidade de saúde, excetuando-se em casos de urgência/emergência odontológicas, após avaliação do Cirurgião-Dentista, e mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura/CRO/Carimbo do Cirurgião(ã)-Dentista responsável

Eu, _____, paciente (ou responsável legal do (a) _____), portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____, declaro que recebi o(s) exame(s) abaixo assinalado(s), do paciente _____ da Unidade de Saúde _____, registrado sob Prontuário Nº _____.

() exame de imagem _____

() modelos de gesso

() pasta de documentação ortodôntica

() lâmina de anatomopatológico

() peça anatômica

Tenho plenos conhecimentos de que a partir da retirada da Unidade, o(s) mesmo(s) é(são) de minha inteira responsabilidade caso venha(m) sofrer algum dano ou extravio e tenho ciência de que estou retirando o(s) original(is).

São Paulo , ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Carimbo/Assinatura Cirurgião(ã) - Dentista

Eu, _____, portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____, sendo responsável legal do (a) _____ RG _____, CPF nº _____, fui informado(a) que a restrição se faz necessária quando outros meios para limitar a movimentação e/ou agitação do paciente, seja por condições neurológicas ou condições físicas temporárias, falharam. O principal objetivo da restrição é limitar os movimentos e proteger o paciente e a equipe de trabalho, proporcionando segurança no atendimento, garantindo a integridade e dignidade de ambos. A imobilização completa ou parcial poderá ser realizada pelo cirurgião-dentista e auxiliares com uso de equipamentos específicos para a técnica.

Observações:

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do responsável legal

Assinatura, CRO e carimbo do cirurgião-dentista

1. INTRODUÇÃO

Entende-se o absenteísmo como o não comparecimento de uma pessoa ao local em que ele deveria cumprir algo que estava previamente estabelecido. Na saúde pública, ele é entendido como o não comparecimento do profissional ao local de trabalho e mais importante como o não comparecimento do usuário nas consultas agendadas.

Na saúde bucal, as implicações acima descritas geram impactos como o aumento da fila de espera e das demandas de urgências odontológicas, atraso na conclusão dos tratamentos odontológicos, desperdício de recurso público, problemas de produtividade e perda da eficiência na gestão clínica.

É sabido que alguns fatores são geradores de absenteísmo nas unidades de saúde, deste salientam-se o esquecimento do usuário, falta de comunicação entre unidade e usuário, agendamentos em horários inoportunos aos usuários, agendamento distante para a próxima consulta, falta de liberação do trabalho, melhora do quadro clínico, entre outros.

Sendo assim, a eSB (Equipe de Saúde Bucal) deve realizar acompanhamento dos dados epidemiológicos sistematicamente, com intuito de verificação do absenteísmo em sua unidade de saúde. Feito o diagnóstico em conjunto com gestor da unidade, a equipe deve desenvolver plano de ação para mitigar os impactos na assistência (continuidade do cuidado) e na produção da equipe.

2. PLANO DE AÇÃO

O plano de ação desenvolvido pela unidade para mitigar as questões do absenteísmo deve contemplar ações educativas na unidade e, quando possível, no território, além de prever ações específicas que serão realizadas tanto pela equipe da unidade como pela eSB. Segue, abaixo, relação de ações recomendadas por SMS que podem ser utilizadas conforme capacidade e planejamento da unidade para resolução do absenteísmo:

- Informar o paciente, no dia da triagem e da primeira consulta, sobre a importância do comparecimento nas consultas, bem como sobre o limite de faltas e como estas impactam o plano de tratamento.
- Overbooking: Agendamentos realizados acima da capacidade instalada, prevenindo possíveis faltas no agendamento programático, de acordo com a média de faltas/dia daquela Unidade.
- Confirmação de agendamentos: busca ativa por telefone, via ACS ou por aplicativos de comunicação.
- Reuniões nas unidades de saúde: Desenvolvimento de ações educativas específicas para o absenteísmo, sobre o impacto gerado por este na produção e na continuidade do cuidado (reunião técnica, geral, de equipe, grupos educativos da unidade e da odontologia e triagem odontológica).
- Reunião na comunidade e com o conselho gestor: Participação ativa da eSB em reuniões na comunidade, espaços escolares (reunião de pais e mestres) e reuniões do conselho gestor com explicação dos impactos do absenteísmo nas unidades de saúde.

- Confirmação da entrega dos trabalhos de prótese dental: Confirmação sistemática com relação ao envio e entrega de trabalhos realizados pelo laboratório de prótese, evitando reagendamentos desnecessários, bem como, a otimização dos agendamentos com trabalhos que já estejam na unidade de saúde.

3. REFERÊNCIAS

- Absenteísmo na Atenção Básica. Regulação do Ministério da Saúde. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Absente%C3%ADsmo_no_Sistema_%C3%9Anico_d_e_Sa%C3%BAde_\(SUS\)#:~:text=O%20conceito%20se%20refere%20ao%20n%C3%A3o%20comparecimento%20de,n%C3%A3o%20atendimento%20do%20usu%C3%A1rio%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde](https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Absente%C3%ADsmo_no_Sistema_%C3%9Anico_d_e_Sa%C3%BAde_(SUS)#:~:text=O%20conceito%20se%20refere%20ao%20n%C3%A3o%20comparecimento%20de,n%C3%A3o%20atendimento%20do%20usu%C3%A1rio%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde). Acesso em maio/2023.
- Diretriz Para Atenção em Saúde Bucal. SMS-SP. jul/2017. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZESPARAAATENCAOE_MSAUDEBUCALVersaoPreliminar03082017.pdf. Acesso em maio/2023.

Objetivo: garantir estabilidade do anestésico e a inviolabilidade do tubete, promover armazenamento limpo e seguro de forma a atender os critérios de biossegurança para o atendimento clínico dos pacientes.

Periodicidade: Uma vez por semana ou quando se fizer necessário

Materiais:

- EPIs: Máscara descartável; Luva multiuso para limpeza de superfícies; Touca; Óculos de proteção com fechamento lateral; Avental gramatura 30g/m²;
- Compressa absorvente não estéril;
- Sabão líquido;
- Recipientes plásticos identificados;

Descrição do Procedimento - Estoque Odontológico:

- Higiene das mãos;
- Paramentação;
- Limpeza das superfícies fixas;
- Acondicionar caixas de anestésicos em local limpo, seco e com proteção de luz;
- Desparamentação;
- Higiene simples das mãos;
- Preenchimento de instrumento de controle e validação Cirurgião-Dentista

Descrição do Procedimento - Mesa/armário auxiliar:

- Higiene das mãos;
- Paramentação;
- Limpeza dos recipientes plásticos identificados específicos para armazenamento de anestésicos com álcool 70% ou sabão líquido;
- Armazenamento dos tubetes anestésicos em recipientes plásticos, com data de abertura e data de validade (**realizar separação de sais anestésicos por recipiente plástico**); identificar os recipientes plásticos com etiquetas cobertas por material adesivo transparente;
- Desparamentação;
- Higiene simples das mãos;
- Preenchimento do instrumento de controle e validação do Cirurgião-Dentista.

1. OBJETIVO

Os anestésicos locais são fármacos que atuam inibindo a condução do estímulo nervoso de forma reversível. Promovem a inibição da propagação dos potenciais de ação ao longo dos neurônios, levando ao impedimento da transmissão da informação para o sistema nervoso central (SNC) através do bloqueio dos canais de sódio, resultando assim na insensibilidade de uma determinada região do corpo.

De modo geral, os anestésicos locais de uso odontológico apresentam grande margem de segurança, entretanto, alguns efeitos adversos são potencialmente sérios e até mesmo letais, tendo como causa mais comum a sobredosagem absoluta, quando administrado em doses excessivas, ou sobredosagem relativa, provocada por injeção intravascular acidental, elevando os níveis plasmáticos dos agentes empregados.

Portanto, a injeção de uma solução de anestésico local deve ser realizada somente após a aspiração negativa e de forma lenta, considerando o tempo de aproximadamente 90s para a administração de cada tubete anestésico (1,8ml).

Para obter uma anestesia local eficiente deve ser seguido um protocolo clínico bem estabelecido, entendendo as formas de utilização, critérios de escolha, realizando uma anamnese detalhada e um correto diagnóstico, buscando assim obter segurança na prática clínica diária.

Neste sentido, este protocolo tem como objetivo:

- Nortear as ações da equipe de Saúde Bucal na realização de atividades previstas, visando o atendimento do usuário com qualidade e segurança;
- Identificar possíveis contraindicações a anestésicos ou vasoconstritores decorrentes de alterações sistêmicas ou interações medicamentosas;
- Determinar a técnica anestésica mais adequada, assim como selecionar a solução anestésica mais indicada para os procedimentos odontológicos a serem realizados.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO: Responsável Técnico da Equipe de Saúde Bucal.

2.2 EXECUÇÃO: Gerente de Unidade de Saúde / Cirurgião Dentista / Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal.

3. DEFINIÇÕES

PO: Procedimento Operacional.

4. PÚBLICO-ALVO

Equipe de Saúde Bucal

5. PROCEDIMENTO / PROCESSO

5.1 ARMAZENAMENTO E CONDIÇÕES DOS ANESTÉSICOS ODONTOLÓGICOS

5.1.1 Seguir orientações do POP de “ARMAZENAMENTO DOS ANESTÉSICOS ODONTOLÓGICOS”.

5.2.2 Verificar a condição do tubete anestésico (se há trincas, validade, transparência e limpidez da solução).

5.2 INDICAÇÕES

Pacientes que necessitem realizar procedimentos odontológicos com potencial de sensação dolorosa como restaurações profundas, cirurgias, exodontias, tratamentos periodontais como raspagem, aplainamento e polimento corono-radicular.

5.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS ANESTÉSICOS LOCAIS

A solução anestésica local deve ser escolhida de acordo com a condição de saúde geral do paciente e em função do tempo de duração da anestesia local, assim como do grau de hemostasia exigidos para um determinado procedimento.

Todos os sais anestésicos possuem ação vasodilatadora. Portanto, ao ser aplicado na região desejada, promove a dilatação dos capilares sanguíneos, o que leva a sua rápida absorção para a corrente sanguínea, limitando o tempo de duração do efeito anestésico. Portanto, a associação de vasoconstritores aos sais anestésicos produz uma interação farmacológica desejável, fazendo com que o sal anestésico fique por mais tempo em contato com as fibras nervosas, prolongando a duração da anestesia e reduzindo a toxicidade sistêmica. Frente a isso, a grande maioria dos sais anestésicos utilizados em odontologia contém epinefrina ou outro vasoconstritor adrenérgico similar em sua composição.

Principais anestésicos utilizados em odontologia:

- **Lidocaína:**

-Quando associada a um agente vasoconstritor, proporciona de 40-60 min de anestesia pulpar, em tecidos moles pode permanecer por 120-150 min.

-Metabolizada no fígado e eliminada pelo rim.

-Meia vida plasmática de 1,6 h.

-Toxicidade: Quando associado à Epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000, utilizar o máximo de 8,3 tubetes. A sobredosagem promove a estimulação inicial do SNC, seguida de depressão, convulsão e coma.

- **Mepivacaína:**

- Potência anestésica similar à da lidocaína.
- Quando empregada na forma pura, sem vasoconstritor, promove anestesia pulpar por até 20 min, em técnica infiltrativa, e 40 min, em técnica de bloqueio regional.
- Metabolizada no fígado e eliminada pelo rim.
- Meia vida plasmática de 1,9h
- Toxicidade: Mepivacaína 3% máximo de 5,5 tubetes e mepivacaína 2% de 8,3 tubetes. A sobredosagem promove a estimulação inicial do SNC, seguida de depressão, convulsão e coma.

- **Prilocaina:**

- Potência anestésica similar à da lidocaína.
 - Sua ação tem início entre 2- 4 min.
 - Metabolizada no fígado e nos pulmões, eliminada pelo rim.
 - Meia vida plasmática de 1,6h
- Toxicidade: Prilocaina 3%: máximo de 7,4 tubetes. Em casos de sobredosagem produz o aumento dos níveis de metemoglobina no sangue. Deve ter atenção maior ao uso em pacientes com deficiência de oxigenação (portadores de anemias, alterações respiratórias ou cardiovasculares).

- **Articaína:**

- Rápido início de ação: 1- 2 min.
 - Potência de 1,5 vezes maior do que a da lidocaína.
 - Metabolizada no fígado e no plasma sanguíneo, eliminada pelo rim.
 - Toxicidade: Articaína 4% máximo de 6,9 tubetes. A sobredosagem promove a estimulação inicial do SNC, seguida de depressão, convulsão e coma.
- Apresenta grande difusão tecidual, permitindo seu uso em técnicas infiltrativas na mandíbula, apresentando efeito satisfatório inclusive em procedimentos cirúrgicos. Seu uso em bloqueios regionais tem sido associado a um aumento na incidência de parestesia.

Doses máximas para os anestésicos locais atualmente disponíveis:

Anestésico local	Dose máxima (por kg de peso corporal)	Máximo absoluto (independente do peso)	Nº de tubetes (máx por sessão)
Lidocaína 2%	4,4 mg	300 mg	8,3
Mepivacaína 2%	4,4 mg	300 mg	8,3
Mepivacaína 3%	4,4 mg	300 mg	5,5
Prilocaina 3%	6 mg	400 mg	7,4
Articaína 4%	7 mg	500 mg	6,9

5.4 CUIDADOS E DIFERENTES ADMINISTRAÇÕES AOS PACIENTES SISTÊMICOS

Quanto aos vasoconstritores: Não é recomendado o emprego dos anestésicos locais com vasoconstritor adrenérgico (ex. epinefrina) em pacientes nas seguintes condições:

- Hipertensos (PA sistólica >160 mmHg ou diastólica >100 mmHg).
- Histórico de infarto agudo do miocárdio < 6 meses, sem liberação para atendimento odontológico por parte do cardiologista.
- Período < 6 meses após acidente vascular encefálico.
- Cirurgia recente de ponte de artéria coronária ou colocação de *stents*.
- Angina do peito instável.
- Certos tipos de arritmias cardíacas.
- Insuficiência cardíaca congestiva não tratada ou não controlada.
- Hipertireoidismo não controlado.
- Feocromocitoma.
- História de alergia a sulfitos.
- Uso contínuo de derivados das anfetaminas.
- Usuários de drogas ilícitas

Quanto a outras condições:

- Hipertireoidismo: Respeitar o limite máximo de dois tubetes anestésicos com solução contendo epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000 em pacientes com a doença controlada.
- Gestantes: O anestésico mais seguro para uso em gestantes ou lactantes é a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, utilizando no máximo dois tubetes por atendimento e programando a intervenção preferencialmente para o 2º trimestre de gestação, a exceção das urgências odontológicas, que devem ser atendidas em qualquer trimestre.
- Portadores de doenças cardiovasculares: Pequenas doses administradas pela via cutânea podem resultar em pequena ou nenhuma alteração na PA. Nos casos de contraindicação ao uso da epinefrina, pode ser empregado soluções contendo prilocaína 3% com felipressina.
- Asmáticos: Deve-se ter atenção aos asmáticos com histórico de alergia aos sulfitos, o que não é incomum, principalmente aos que fazem uso de corticosteróides. Nestes casos, dá-se preferência à solução de prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI/mL.
- Crianças: A criança é o paciente que apresenta maior sensibilidade aos anestésicos locais. É importante ter atenção às diferenças anatômicas e fisiológicas entre crianças e adultos. A solução anestésica mais indicada para uso rotineiro em crianças é a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou 1:200.000. Deve-se ter atenção especial à incidência de trauma

labial por mordedura, que ocorre com maior frequência quanto menor for a idade da criança.

- Diabéticos: O anestésico de escolha é a prilocaína com felipressina a 3%, no entanto, soluções anestésicas contendo epinefrina podem ser administrado em diabéticos compensados, dependentes ou não de insulina, em qualquer procedimento odontológico eletivo, obedecendo-se as doses máximas recomendadas para cada anestésico, tomando-se o cuidado da injeção lenta após aspiração negativa.

Técnicas anestésicas	Nervos anestesiados	Área anestesiada: Tecidos moles/duros e dentes anestesiados	Possíveis complicações
Bloqueio do Nervo Alveolar Supero posterior	-Alveolar superior posterior e seus ramos terminais.	-Polpa, tecido periodontal, osso e periósteo do terceiro, segundo e primeiro molares superiores(raízes palatinas e disto- vestibular).	-Hematoma: agulha introduzida posteriormente ao plexo venoso pterigoideo. Podendo haver perfuração da artéria maxilar (uso agulha curta reduz o risco). -Anestesia mandibular: Devido à localização lateralmente ao nervo alveolar superior posterior
Bloqueio do Nervo Alveolar Superior Médio (ASM)	-Alveolar superior médio e seus ramos terminais.	-Polpa, tecido periodontal, osso e periósteo do primeiro e segundo pré-molares superiores, raiz mesio vestibular do primeiro molar superior.	-Um hematoma pode se desenvolver no local da injeção. Deve-se aplicar pressão com gaze estéril acima da lesão por 60 segundos.
Bloqueio do Nervo Infraorbitário (Nervo Alveolar Supero anterior)	Alveolar superior anterior; - Alveolar superior médio; -Nervo infraorbitário; a. Palpebral inferior; b. Nasal lateral; c. Labial superior.	-Polpas do incisivo central superior até o canino superior do lado da injeção. -Em cerca de 72% dos pacientes, as polpas dos pré-molares superiores e a raiz mesiovestibular do primeiro molar. -Periodonto vestibular (labial) e osso destes mesmos dentes; Pálpebra inferior, aspecto lateral do nariz, lábio superior.	Um hematoma pode se formar (raramente) na pálpebra inferior e nos tecidos entre esta e o forame infraorbitário. Para resolver isso, aplicar pressão nos tecidos moles acima do forame por 2 a 3 minutos;

Bloqueio do Nervo Palatino Maior	<ul style="list-style-type: none"> · Palatino maior; 	<ul style="list-style-type: none"> · A parte posterior do palato duro e os tecidos moles sobrejacentes, anteriormente até o primeiro pré- molar e medialmente até a linha média. 	<ul style="list-style-type: none"> -Isquemia e necrose dos tecidos moles, quando uma solução vasoconstritora muito concentrada é utilizada em grande volume; Nunca utilizar noradrenalina para hemostasia desta região; -Hematoma é possível, mas é raro devido à densidade e à firme aderência dos tecidos palatinos ao osso subjacente; -O palato mole pode ser anestesiado. Isto é possível nos casos em que o nervo palatino médio está próximo ao local da injeção
Bloqueio do Nervo Nasopalatino	<ul style="list-style-type: none"> · Nervos nasopalatinos bilateralmente. 	<ul style="list-style-type: none"> · Porção anterior do palato duro (tecidos moles e duros) bilateralmente desde a face mesial do primeiro pré-molar direito à face mesial do primeiro pré-molar esquerdo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Isquemia e necrose dos tecidos moles, quando uma solução vasoconstritora muito concentrada é utilizada em grande volume; Nunca utilizar noradrenalina para hemostasia desta região; -Hematoma é possível, mas é raro devido à densidade e à firme aderência dos tecidos palatinos ao osso subjacente
Bloqueio do Nervo Maxilar (Tuberosidade Alta)	<ul style="list-style-type: none"> · Divisão maxilar do nervo trigêmeo. 	<ul style="list-style-type: none"> · Anestesia pulpar dos dentes superiores no lado do bloqueio; · Periodonto vestibular e osso subjacente a estes dentes; · Tecidos moles e osso do palato duro e parte do palato mole, medialmente à linha média; · Pele da pálpebra inferior, lateral do nariz, bochecha e lábio superior; 	<ul style="list-style-type: none"> -Hematoma se desenvolve rapidamente se a artéria maxilar for puncionada durante o bloqueio.

Bloqueio Do Nervos Alveolar Inferior	<ul style="list-style-type: none"> · Alveolar inferior, um ramo da divisão posterior da divisão mandibular do nervo trigêmeo (V3); · Incisivo; · Mental; · Lingual (comumente). 	<ul style="list-style-type: none"> · Dentes mandibulares até a linha média; · Corpo da mandíbula, parte inferior do ramo da mandíbula; · Mucoperiósteo bucal, membrana mucosa anteriormente ao forame mental (nervo mental); · Dois terços anteriores da língua e assoalho da cavidade oral (nervo lingual); · Periósteo e tecidos moles linguais (nervo lingual); 	<ul style="list-style-type: none"> -Hematoma; -Trismo; -Paralisia facial transitória (anestesia do nervo facial): produzida pelo depósito do anestésico local no corpo da glândula parótida.
Bloqueio Do Nervos Bucal	<ul style="list-style-type: none"> · Bucal (um ramo da divisão anterior de V3). 	<ul style="list-style-type: none"> · Tecidos moles e periósteo bucal dos dentes molares mandibulares; 	<ul style="list-style-type: none"> -Hematoma aplicar pressão com sangramento pelo período mínimo de 3 a 5 minutos.
Bloqueio Do Nervos Mandibular: A Técnica De Gow-Gates	<ul style="list-style-type: none"> · Alveolar inferior; · Mental; · Incisivo; · Lingual; · Milo-hióideo; · Auriculotemporal; · Bucal (em 75% dos pacientes). 	<ul style="list-style-type: none"> · Dentes mandibulares até a linha média; · Mucoperiósteo e membranas mucosas bucais do lado da injeção; · Dois terços anteriores da língua e assoalho da cavidade oral; · Tecidos moles e periósteo da língua; · Corpo da mandíbula, parte inferior do ramo da mandíbula; · Pele sobre o zigoma, parte posterior da bochecha e regiões temporais. 	<ul style="list-style-type: none"> -Hematoma; -Trismo; -Paralisia temporária do III, IV e VI nervos cranianos.

Bloqueio Mandibular De Boca Fechada De Vazirani-Akinosi	·Alveolar inferior; ·Incisivo; ·Mental; ·Lingual; ·Milo-hióideo.	·Dentes mandibulares até a linha média; ·Corpo da mandíbula e parte inferior do ramo mandibular; ·Mucoperiósteo e membrana mucosa bucal anteriores ao forame mental; ·Dois terços anteriores da língua e assoalho da cavidade oral(nervo lingual); ·Tecidos moles e periósteo linguais (nervo lingual).	-Hematoma; -Trismo; -Paralisia transitória do nervo facial (VII): essa paralisia é causada pela inserção excessiva e a injeção da solução anestésica local no corpo da glândula parótida
Bloqueio Do Nervo Mental	·Mental, um ramo terminal do alveolar inferior.	·Membrana mucosa bucal, anteriormente ao forame mental (em torno do segundo pré-molar) até a linha média e a pele do lábio inferior e do queixo.	Hematoma; Parestesias no lábio e/ou queixo, devido o contato da agulha como nervo mental
Bloqueio Do Nervo Incisivo	·Mental e incisivo.	·Membrana mucosa bucal anterior ao forame mental, geralmente do segundo pré-molar até a linha média; ·Lábio inferior e pele do queixo; ·Fibras nervosas pulpaes aos pré-molares, ao canino e aos incisivos.	-Hematoma; -Parestesias no lábio e/ou queixo, devido ao contato da agulha com o nervo mental.

5.5 RASTREABILIDADE DOS ANESTÉSICOS

Informar em prontuário, em todas as consultas em que for aplicada anestesia os dados abaixo para garantir a rastreabilidade:

- nome do sal anestésico,
- nome do vasoconstritor (caso se aplique),
- quantidade de tubetes utilizados,
- data de validade
- número do lote

6. REFERÊNCIAS

- Malamed, S. F. Manual de Anestesia Local - Elsevier, 6a ed., 2013.

- Prado, R. Cirurgia Bucomaxilofacial – Guanabara Koogan, 2004.
- Andrade, E. D. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia - Artes Médicas, 3a ed.,2014

7. CONTROLE DE REGISTRO

Não se aplica.

8. ANEXO

Não se aplica.

1. OBJETIVO

O uso de antibióticos tem por objetivo auxiliar, temporariamente, o organismo a combater ou a prevenir os problemas de origem bacteriana. Para tanto, entender as formas de utilização, critérios de escolha e um correto diagnóstico são condições fundamentais para o uso racional de antimicrobianos. O uso indiscriminado desses medicamentos, além de custos desnecessários, pode gerar interações medicamentosas de real significância clínica, efeitos colaterais e contribuir para surgir, cada vez mais, microrganismos resistentes – o que é uma preocupação global. De maneira geral, os antibióticos podem ser utilizados na prevenção de infecções, forma conhecida como profilaxia antibiótica, ou então para o tratamento de uma infecção já instalada, conhecido como terapia antibiótica.

A consulta odontológica consiste de: anamnese completa, preenchimento do odontograma e planejamento do tratamento odontológico. Durante a anamnese, onde são realizadas perguntas específicas sobre o estado atual de saúde do paciente, histórico de doenças prévias e alergias a medicamentos, podemos identificar a necessidade de se indicar a antibioticoterapia profilática antes de determinados procedimentos odontológicos.

Neste contexto, este protocolo tem como objetivo:

- Nortear as ações da equipe de Saúde Bucal na realização de atividades previstas, visando o atendimento do usuário com qualidade;
- Identificar, através de uma consulta inicial e anamnese bem realizada, os usuários com doenças sistêmicas que necessitem de antibioticoterapia profilática antes da execução de procedimentos odontológicos;
- Estabelecer uma metodologia para identificação da necessidade de uso de antibióticos de forma profilática e a forma de organizar sua indicação na prevenção de infecções dos usuários no serviço bucal.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO: Responsável Técnico da Equipe de Saúde Bucal.

2.2 EXECUÇÃO: Gerente de Unidade de Saúde / Cirurgião Dentista / Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal.

3. DEFINIÇÕES

PO: Procedimento Operacional.

4. PÚBLICO-ALVO

Equipe de Saúde Bucal

5. PROCEDIMENTO / PROCESSO

- Realizar na consulta inicial a anamnese completa e de forma criteriosa, referente às informações do estado de saúde geral do paciente, histórico de doenças e cirurgias prévias;
- Identificar possíveis alergias ou reações adversas prévias a fármacos;
- Identificar os pacientes com necessidade de profilaxia antibiótica antes da realização de determinados procedimentos odontológicos, conforme protocolo de Cirurgia Segura;
- Prescrever os medicamentos necessários, orientando o paciente que a administração do medicamento será realizada dentro da Unidade de Saúde, após avaliação da condição clínica do paciente;
- Executar o procedimento de acordo com o Plano Terapêutico Singular – PTS;
- Registrar atendimento em prontuário, carimbar e assinar;
- Liberar o usuário com orientação de cuidados pós-operatórios e retorno indicado, esclarecendo possíveis dúvidas.

5.1 Indicação

Pacientes que necessitem realizar procedimentos odontológicos invasivos como cirurgias, exodontias, tratamentos periodontais como raspagem, aplainamento e polimento corono-radicular e que tenham as seguintes condições de saúde:

- Pacientes suscetíveis à endocardite bacteriana. Ex: Valvas cardíacas protéticas; história de endocardite bacteriana prévia; prolapso de valva mitral com regurgitação valvar e/ou espessamento dos folhetos valvares, etc.
- Pacientes que apresentam grandes implicações no controle metabólico. Ex: Diabéticos descompensados.
- Pacientes que apresentam patologias que interferem no sistema de defesa e que fazem uso de drogas imunossupressoras. Ex: Neutropênicos, pacientes com doenças autoimune, transplantados.
- Pacientes que apresentam risco de infecções articulares. Ex: Primeiros 2 anos após colocação de prótese total articular e/ou história de infecções de próteses articulares.
- Instalação de materiais protéticos. Ex: Algumas situações específicas de instalação de implantes.
- Pacientes renais crônicos. Ex: Diálise por meio de cateteres.

5.2 Contraindicação

Não há contraindicação para antibioticoterapia profilática. A escolha do tipo de antibiótico deverá considerar a via de excreção e metabolização do fármaco, o estado geral de saúde do paciente e o histórico de reações alérgicas ou adversas aos medicamentos.

5.3 Sugestão de Prescrição

Protocolo Padrão

Amoxicilina

Adultos – 2 g

Crianças – 50 mg/kg de peso corporal

Doce única, via oral, 1 hora antes do procedimento.

Pacientes alérgicos a penicilina

Azitromicina

Adultos – 500 mg

Crianças – 15 mg/kg de peso corporal

Doce única, via oral, 1 hora antes do procedimento.

6. REFERÊNCIAS

- Protocolos farmacológicos recomendados na prática odontológica – Conselho Regional de Odontologia MS, 2017.
- ANDRADE, E. D. Terapêutica medicamentosa em Odontologia, 3ª ed. São Paulo. Artes médicas, 2014.
- MORETHSON, P. Farmacologia para clínica odontológica. Santos, 2015.
- PALLASH, T.J., SLOTS J. Antibiotic prophylaxis and the medically compromised patient. Periodontology 2000. 1996; 10: 107-138.
- TONG, D.C., ROTHWELL. B.R. Antibiotic Prophylaxis in Dentistry: A review and practice recommendation. Jour Am Den Assoc. 2000; 131: 366-374

7. CONTROLE DE REGISTRO

Não se aplica.

8. ANEXO

Não se aplica.

1. OBJETIVO

Desenvolver e aplicar ferramentas para o controle do pré e pós-operatório em procedimentos cirúrgicos odontológicos, objetivando a segurança dos profissionais e pacientes na realização de procedimentos invasivos, conforme preconiza a meta internacional número 4 de segurança do paciente (cirurgia segura) - Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

2. RESPONSABILIDADES

1. **ELABORAÇÃO E REVISÃO:** Responsável Técnico da Equipe de Saúde Bucal.
2. **EXECUÇÃO:** Gerente de Unidade de Saúde / Cirurgião Dentista / Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal.

3. DEFINIÇÕES

PO: Procedimento Operacional.

4. PÚBLICO-ALVO

Equipe de Saúde Bucal.

5. PROCEDIMENTO / PROCESSO

TIMEOUT Cirúrgico - Ferramenta baseada em evidência, que visa garantir a segurança de profissionais e pacientes na realização de procedimentos cirúrgicos, é capaz de prevenir possíveis riscos no ato cirúrgico, através da checagem do funcionamento adequado de equipamentos e disponibilidade de insumos e instrumentais necessários para o procedimento antes do início do atendimento, necessidade de administração medicamentosa prévia, assim como a confirmação do paciente e lateralidade a ser tratada. As informações inseridas durante o período pré e pós cirúrgico, auxiliam o profissional na tomada de decisão. Tem como meta melhorar a assistência cirúrgica, uma vez que checa a segurança do paciente em todo o período perioperatório. O “Protocolo Universal para Prevenção de Cirurgias com Local de Intervenção Errado, Procedimento Errado ou Pessoa Errada” da Joint Commission International (JCI) preconiza a marcação do local da intervenção cirúrgica, o processo de verificação pré-operatório e uma pausa realizada imediatamente antes do início do procedimento, denominada *timeout*.

SIGN IN - Pré

- Confirmação da identidade, sítio cirúrgico e lateralidade?
- Oportunidade cirúrgica?
- TCLE preenchido e assinado?
- Necessário administração de medicação profilática?
- Alergia?
- Próteses retiradas e armazenadas?
- Checagem dos equipamentos, insumos e instrumentais?

SIGN OUT - Pós

- Procedimento foi realizado?
- Houve intercorrências?
- Próteses devolvidas?
- Orientações pós-operatórias realizadas?

6. REFERÊNCIAS

REV. SOBECC, SÃO PAULO. JUL./SET. 2015; 20(3): 128-133

Maziero ECS. Avaliação da implantação do Programa Cirurgia Segura em um hospital de ensino [dissertação] – Curitiba (PR). Universidade Federal do Paraná; 2012 [cited 2016 Sep 25]. Available from: <http://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/29376> .

Guzzo GM, Guimarães SM, Magalhães AMM. Efeitos e desafios da implantação de um sistema de verificação de segurança cirúrgica: revisão integrativa. J Nurs Health. [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 28]; 4 (2):155-64. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3393> .

Joint Commission International - JCI. Facts about the universal protocol [Internet]. Washington; 2003 [cited 2011 Jul 20]. Available from: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/universal%20protocol%201%204%2011PDF>

7. CONTROLE DE REGISTRO

Não se aplica.

8. ANEXO

Não se aplica.

Após o procedimento cirúrgico, é imprescindível seguir as seguintes recomendações:

- Morda firmemente a gaze colocada em sua boca por 30 minutos
- Evite esforço físico pelo menos nas primeiras 24H pós-operatórias
- Evite ficar exposto ao Sol, calor ou fumar nas primeiras 24H pós-operatórias.
- Após a cirurgia evite comer alimentos em pedaços e quentes, prefira comer alimentos líquidos e pastosos, frios ou gelados.
- Mesmo após escovar os dentes, “NÃO FAÇA BOCHECHOS E NÃO CUSPA”.
- Ao deitar, mantenha a cabeça mais alta que o resto de seu corpo
- Siga corretamente as orientações medicamentosas (se necessário) dadas pelo seu Cirurgião-Dentista.
- Em caso de sangramento, retornar à UBS ou procure por um serviço de urgência (informar o nome da AMA/UPA/ PS/ PA) mais próximo de sua residência

Retorne a UBS em _____ para retirar os pontos.

Ass. do paciente ou responsável _____

Ass. Dentista _____

Após o procedimento restaurador, é imprescindível seguir as seguintes recomendações:

- Mastigar devagar. A mordida exerce uma enorme pressão nos dentes e isto pode fazer com que fiquem doloridos após uma restauração.
- Mantenha a boca fechada ao mastigar: Para algumas pessoas, até o ar frio pode desencadear dor em dentes sensíveis.
- Evite alimentos pegajosos, pode, em casos raros, soltar a nova restauração, portanto é melhor evitá-los por um período.
- Evite bebidas muito quentes ou muito frias, temperaturas moderadas são menos propensas a desencadear dor em dentes sensíveis.
- Evite doces, alimentos açucarados e refrigerantes provocam sensibilidade em algumas pessoas e podem promover o crescimento de bactérias em torno das restaurações.
- Não mastigue nozes, balas duras, ou gelo, morder alimentos duros pode soltar a nova restauração.

Ass. do paciente ou responsável _____

Ass. Dentista _____

Após o procedimento endodôntico, é imprescindível seguir as seguintes recomendações:

- Tomar medicação prescrita, se houver;
- Evitar alimentos duros para evitar fraturas dentais;
- Não comer enquanto durar o efeito da anestesia (alimentos sólidos), pois pode haver laceração (mordedura) da bochecha/lábios/língua. Pode ingerir bebidas (sucos por exemplo), iogurte, cremes e outros;
- Cuidar da higiene bucal normalmente;
- Evite mastigar até o efeito anestésico passar totalmente. É um grande risco, você pode se machucar.
- Após o acesso ao canal dental, é colocado um curativo provisório. Se esse curativo sair, entrar em contato com a odontologia da sua UBS;
- Em caso de dor persistente, entrar em contato com a odontologia de sua UBS.

Ass. do paciente ou Responsável _____

Ass. Dentista _____

Eu, _____, paciente (ou responsável legal do (a) _____), portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____, declaro que recebi a(s) Prótese(s) Dentária(s) confeccionada(s) pelo Cirurgião-Dentista _____ CRO-SP nº _____, da Unidade de Saúde _____ conforme segue:

Prótese Mandibular: () Total () Parcial Removível () Fixa nos dentes: _____

Prótese Maxilar: () Total () Parcial Removível () Fixa nos dentes: _____

Declaro, ainda, que o serviço foi satisfatório e que recebi do(a) profissional cirurgião-dentista as orientações quanto aos cuidados de manutenção, higienização, formas e condições de uso. Estou ciente de que havendo qualquer situação que me venha causar desconforto no uso da(s) prótese(s), em relação à confecção, adaptação e ajustes, devo comunicar esta Unidade de Saúde, para as devidas providências necessárias.

CUIDADOS COM PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL (PT) OU PARCIAL REMOVÍVEL (PPR)

- Remover as peças ao dormir e, de preferência, deixá-las embebidas em copo d'água.
- Remover as peças para higienizá-las (não escovar as peças em boca).
- Não utilizar creme dental para a limpeza das próteses, e sim detergente líquido ou sabão neutro.
- Uma vez ao mês, deixar as próteses totais ("dentaduras") embebidas em copo d'água com 1 colher (chá) de água sanitária (hipoclorito de sódio a 1%) por no máximo 30 minutos. Não realizar esse procedimento em próteses parciais removíveis (devido a presença de grampos metálicos).
- Não realizar ajustes nos grampos metálicos da PPR, havendo necessidade, procurar pelo cirurgião-dentista da Unidade onde foi realizada a prótese.
- Cuidado para não haver queda da prótese para não danificar a peça.

CUIDADOS COM A PRÓTESE FIXA

- A prótese, assim como os dentes, deve ser higienizada após cada refeição, utilizando-se escova de dentes macia ou ultramacia, fio/fita dental com passa fio e escovas interdentais com cuidado.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Carimbo/Assinatura Cirurgião(ã) - Dentista

1. INTRODUÇÃO

Urgência odontológica pode ser entendida como medidas rápidas de atendimento que têm por objetivo aliviar os sintomas dolorosos, traumáticos e/ou infecciosos da cavidade bucal. Essa condição que o paciente apresenta deve, portanto, ser tratada de forma iminente. Várias situações podem gerar uma urgência odontológica e levam, geralmente, ao afastamento laboral, escolar e baixa na qualidade de vida. Ocorre com mais frequência em pessoas que não fazem tratamento regular com Cirurgião- Dentista (CD), porém, também podem surgir após ou durante o tratamento odontológico.

Os profissionais da equipe de Saúde Bucal (eSB) devem acolher e avaliar a demanda de espontânea e de urgência, de acordo com a gravidade do caso. Os profissionais da saúde devem estar atentos aos tipos de urgências odontológicas, pois elas podem apresentar potencial de agravamento para situação de emergência e/ou quadro que leva à limitação das atividades habituais do indivíduo.

Segundo o CRO/SP, emergências são situações que potencializam o risco de morte ao paciente. São alguns exemplos:

- Sangramentos não controlados;
- Celulite ou infecções bacterianas difusas, com aumento de volume (edema) de localização intraoral ou extraoral, e potencial risco de comprometimento da via aérea dos pacientes;
- Traumatismo envolvendo os ossos da face, com potencial comprometimento da via aérea do paciente.

Já as urgências são situações que determinam prioridade para o atendimento, mas não potencializam o risco de morte ao paciente:

- Dor odontológica aguda, decorrente de inflamações da polpa – Pulpite;
- Pericoronarite ou dor relacionada a processos infecciosos envolvendo os terceiros molares retidos;
- Alveolite pós-operatória, controle ou aplicação medicamentosa local;
- Remoção de suturas;
- Abscessos (dentário ou periodontal) ou infecção bacteriana, resultando em dor localizada e edema;
- Fratura de dente, resultando em dor ou causando trauma do tecido mole bucal;
- Tratamento odontológico necessário prévio à procedimento médico crítico;
- Cimentação ou fixação de coroas ou próteses fixas, de forma provisória, se estiver solta, quebrada ou estiver causando dor e/ou inflamação gengival;
- Ajuste ou reparo provisório de próteses que estejam causando dor ou com a função mastigatória comprometida;
- Finalização ou troca para medicação intracanal com hidróxido de cálcio e selamento eficaz com material resistente à mastigação para tratamentos endodônticos já iniciados, evitando dessa forma que o prognóstico seja desfavorável;
- Cáries extensas ou restaurações com problemas que estejam causando dor;
- Necroses orais com dor e presença de secreção purulenta;

- Trauma dentário com avulsão ou luxação.

2. OBJETIVO

Nortear os profissionais de saúde bucal em relação ao manejo de intercorrências e urgências que possam surgir durante os atendimentos odontológicos.

3. RESPONSABILIDADE

- 3.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO:** Responsável Técnico da Equipe de Saúde Bucal
3.2 EXECUÇÃO: Cirurgião dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal

4. PÚBLICO-ALVO

Pacientes que apresentem quadro de urgência e emergência odontológica.

5. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

K04.0 – Pulpite,
K04.1 – Necrose da polpa,
K04.2 – Degeneração da polpa,
K04.4 – Periodontite apical aguda de origem pulpar,
K04.5 - Periodontite apical crônica,
K04.6 – Abscesso periapical com fístula,
K04.7 Abscesso periapical sem fístula,
K04.9 – Outras doenças da polpa e dos tecidos periapicais e as não especificadas,
K05.0 – Gengivite aguda,
K05.2 – Periodontite aguda,
K05.4 – Periodontose,
K05.5 – Outras doenças periodontais,
K10.2 Afecções inflamatórias dos maxilares,
K10.3 – Alveolite maxilar,
S02.5 – Fratura de dentes,
S005.5 – Traumatismo superficial dos lábios e da cavidade bucal,
S02.4 – Fratura dos ossos malares e maxilares,
S02.6 – Fratura da mandíbula,
S03.0 – Luxação da ATM,
K02.1 – Cárie da dentina,
K02.2 - Cárie do cimento,
K02.8 – Outras lesões de cárie.

6. PROCEDIMENTO / PROCESSO

Dentre as condições mais comuns em um serviço de atendimento de urgência odontológica, destacam-se:

6.1 Pulpite

É caracterizada por episódios espontâneos (não provocados) intermitentes ou contínuos de dor. Os medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios não são capazes de cessar o quadro doloroso quando a dor se manifesta continuamente. Normalmente as radiografias não mostram alteração neste tipo de situação, contudo, podem ser úteis para identificar dentes suspeitos, ou seja, dentes com lesões de cárie, restaurações extensas ou traumatismos.

Diagnóstico diferencial e tratamento das inflamações pulpares:

Inflamação pulpar reversível:

- Caracteriza-se por uma resposta dolorosa ao frio e ao calor, de curta duração (poucos segundos). Não há sensibilidade à palpação na região apical, e pode haver pouca ou nenhuma dor à percussão. Cessa com a remoção da causa (ex. lesão de cárie, exposição dentinária).
- Tratamento: realizar a remoção da causa (cárie, contato oclusal prematuro, exposição dentinária, restauração profunda sem forramento adequado). Não é necessário o tratamento endodôntico.

Inflamação pulpar em fase de transição:

- Caracteriza-se por uma resposta dolorosa exacerbada ao frio e ao calor, com declínio lento. Possível sensibilidade à percussão e palpação apical. Paciente relata alívio com analgésicos. Pode cessar com a remoção da causa;
- Tratamento: também se deve remover a causa (normalmente cárie ou restauração profunda sem forramento adequado), realizar proteção pulpar com cimento de hidróxido de cálcio ou ionômero de vidro – CIV para forramento, restauração provisória, com ionômero de vidro – CIV restaurador ou outro material resistente à abrasão e cisalhamento que ocorre durante a função mastigatória. Reavalia-se o caso em 20 a 30 dias. Pode-se prescrever anti-inflamatórios como coadjuvantes à remoção da causa.

Inflamação pulpar irreversível (pulpite):

- Manifesta-se por dor intensa, espontânea e pulsátil, de difícil controle com analgésicos. Piora com o calor e em alguns casos melhora com o frio. Dor à palpação apical e à percussão horizontal.

- Tratamento: somente o tratamento endodôntico ou a exodontia resolvem esses casos. Deve-se realizar a abertura do canal e medicação intracanal para os casos que necessitem de endodontia ou quando a exodontia for indicada devido à lesão de furca por exemplo, porém, não seja possível sua realização nesse atendimento. Nesse caso, o paciente atendido em UBS deverá ser inserido na triagem odontológica para que seja realizado o tratamento, já para os atendimentos em serviços específicos de urgência, o paciente deverá retornar para realização da exodontia de acordo com conduta e orientação do CD.

6.2 Cárie Dentária

A cárie dentária é uma doença infecciosa que progride de forma muito lenta na maioria dos indivíduos, raramente é autolimitante e, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária.

6.3 Pericementites

Inflamação dolorosa ao redor do ápice. Esta condição pode ter origem na necrose pulpar e traumas mecânicos. Ocorre em dentes vitais e não-vitais, sendo imprescindível o teste térmico para confirmar a necessidade de tratamento endodôntico. Apresenta dor a percussão vertical e a mastigação. Radiograficamente, ligamento periodontal apical ou lateral pode parecer estar dentro dos limites normais.

6.4 Restos radiculares

São restos de raiz presentes na cavidade bucal em consequência de fratura radicular durante a exodontia de um dente. O resto radicular pode, em alguns casos, infeccionar apresentando dor e edema local. Facilmente detectável pelo exame radiográfico.

6.5 Abscesso periapical agudo

Lesão representada por exsudato purulento em torno do ápice produzido pelo intenso número de neutrófilos atraídos para o local. Apresenta surgimento rápido de edema, dor moderada a intensa que se apresenta espontânea e aumentada com a palpação e percussão, ligeira mobilidade dental. Em casos mais avançados o paciente pode se apresentar com febre, trismo, falta de apetite, mal-estar geral. Radiograficamente não se observa imagem radiográfica de espessamento periodontal em função da rapidez de evolução do processo.

6.6 Abscesso Sublingual (Angina de Ludwig)

É uma celulite aguda e tóxica dos espaços submandibular e sublingual bilateralmente e do espaço submentoniano. É uma doença de origem dentária ou a partir de infecções mandibulares, fratura mandibular

composta, lacerações dos tecidos moles bucais, feridas perfurocortantes do assoalho oral e infecções secundárias em neoplasias orais. As características clínicas típicas são edema endurecido dos espaços submandibular e sublingual bilateralmente, elevação da língua, obstrução da via aérea e pus 20.

6.7 Pericoronarites

A pericoronarite é um estado inflamatório de caráter infeccioso ou não, envolvendo o tecido mole localizado ao redor da coroa de um dente, geralmente um terceiro molar inferior em processo de erupção ou semi-incluso. A superfície oclusal do dente afetado é frequentemente revestida por um tecido gengival denominado opérculo, o qual favorece o acúmulo de alimentos e proliferação bacteriana causando dor, sangramento, halitose e trismo.

6.8 Hemorragia alveolar

É o extravasamento abundante e anormal de sangue que pode ocorrer tanto no período transoperatório (acidente) quanto após o término da cirurgia (complicação).

6.9 Luxação mandibular

Ocorre quando o côndilo mandibular se move para fora da cavidade glenóide e permanece travado anteriormente à eminência articular.

6.10 Alveolite

É uma infecção pútrida do alvéolo dental que se instala no terceiro ou quarto dia após uma extração cirúrgica 17 com presença de odor fétido e dor intensa que não cessa com analgésicos.

6.11 Traumatismo dentário

São lesões que acometem tecidos moles, tecido ósseo, dentes e que ocorrem após trauma local envolvendo região peribucal. Antes do atendimento odontológico local, um exame neurológico básico deve ser realizado por médico da unidade de saúde. É importante também conhecer a história médica do paciente, história do trauma e dependendo do tipo de trauma, realizar a notificação de Violência. Dentre as lesões traumáticas que ocorrem a cavidade oral, destacam-se:

Sub-luxação

- dente sensível ao toque.
- pode apresentar pequena mobilidade, porém sem deslocamento.

- sangramento sulco gengival.
- sem alterações radiográficas

Luxação

- deslocamento lateral, vestibular ou lingual do dente.
- geralmente sensível ao toque * quase sempre com fratura óssea alveolar
- pode apresentar mobilidade
- sangramento sulco gengival presente
- aumento do espaço periodontal

Intrusão

- deslocamento do dente para dentro do alvéolo dentário
- rompimento suprimento vascular pulpar
- sem sensibilidade ao toque e sem mobilidade
- fratura do osso alveolar
- ausência de espaço pericementário nível apical

Avulsão

- dente totalmente expulso do alvéolo
- dente fora da cavidade oral
- ausência do elemento dentário no alvéolo.

Fraturas alveolares

- fratura do processo alveolar podendo ou não envolver o alvéolo dentário.
- mobilidade processo alveolar
- dente com mobilidade acentuada mais que o normal
- pode ter fratura radicular associada
- linha de fratura pode ser visualizada no osso alveolar (dente e alvéolo movimentam em bloco)

Fraturas radiculares (terço apical)

- porção coronária do dente com pouca ou nenhuma mobilidade
- pode ocorrer fratura alveolar (verificar)

- sangramento sulco gengival
- linha de fratura visível

Fraturas radiculares (terço médio)

- porção coronária com alguma mobilidade
- desalinhamento da borda incisal do dente fraturado com relação aos adjacentes
- visível linha de fratura na raiz dependendo da incidência dos raios-X

Fraturas radiculares (terço cervical)

- fratura de coroa estendendo abaixo da gengiva marginal
- coroa com muita mobilidade e com fragmento deslocado
- difícil visualização

Fratura coronária

- fratura de esmalte e/ou dentina com ou sem exposição pulpar.
- perda de esmalte e dentina visível no rx.

7. ACOMPANHAMENTO

O paciente deverá ser orientado a retornar à unidade caso a queixa que o levou ao primeiro atendimento não cesse. Para a continuidade do tratamento, o paciente deverá ser orientado quanto ao fluxo de atendimento da unidade de referência.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apostila de Endodontia FOA-UNESP – Araçatuba
<http://www.foa.unesp.br/home/departamentos/restauradora/apostila-endodontia-foa-2015.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17), ISBN85-334-1228-2.
3. Fejerskov, O.; Kidd, E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Santos, 2005.352p.

4. Cândido, N.B.; Andrade, J.F.; Ponzoni, D.; Bassi, A.P.F.; Aranega, A.M.; Souza, F.A. Pericoronarite: diagnóstico e tratamento. Rev Odontol UNESP. 2014; 43(NEspecial):86.
5. Dental Trauma Guide -http://www.dentaltraumaguide.org/Permanent_teeth.aspx
6. Manual do trauma -<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/Manualtrauma.pdf>
7. Sanabe, M.E.; Cavalcante, L.B.; Coldebella, C.R.; Abreu-e-Lima, F.C.B. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. Rev Paul Pediatr 2009;27(4):447-51.
8. Munerato, M.C.; Fiaminghi, D.L.; Petry, P.C.; R. Urgências em odontologia: um estudo retrospectivo. Fac Odont Porto Alegre, v.46, n.1, p. 90-95, jul.2005.
9. Política de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal –2015.
10. Kato, R.B., Lima-Bueno, R.B., Oliveira-Neto, P.J., Ribeiro, M.C., Azenha, M.R. Acidentes e complicações associadas à cirurgias dos terceiros molares realizada por alunos de odontologia. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe v.10, n.4, p.45-54, out/dez 2010.
11. ANVISA, Tratamento das infecções comunitárias e relacionadas à assistência à saúde diante da resistência microbiana – Cuidado Oral. http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/rede_rm/cursos/atm_racional/modulo3/cuidado4.htm
21. Secretaria de Saúde do Distrito Federal – página web <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/2623-emergencia-a-odontologia-na-rede-publica-de-saude.html>
12. Política de atenção primária à saúde do Distrito Federal. 2017. 23. BRASIL. Ministério da Saúde. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília 2018
13. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf>, acessado dia 20/05/2023
14. Núcleo de Telessaúde Amazonas. Como realizar o acolhimento e classificação de risco para o tratamento odontológico de urgência na atenção primária à saúde? Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-realizar-o-acolhimento-e-classificacao-de-risco-para-o-tratamento-odontologico-de-urgencia-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em Maio/2023.

1. INTRODUÇÃO

As emergências médicas são situações críticas que surgem de forma inesperada, sem obedecer a regras ou padrões definidos, e podem acontecer com qualquer indivíduo em diferentes circunstâncias se antes (na sala de espera), durante ou após o procedimento odontológico. Portanto, o cirurgião-dentista deverá estar preparado para reconhecer e instituir medidas de pronto atendimento na ocorrência das emergências.

2. OBJETIVO

Nortear os profissionais em relação ao manejo emergencial de intercorrências que possam surgir durante os atendimentos odontológicos.

3. RESPONSABILIDADE

3.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO: Responsável Técnico da Equipe de Saúde Bucal

3.2 EXECUÇÃO: Cirurgião dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal

4. PÚBLICO-ALVO

Todos os indivíduos em situações de emergências médicas dentro do consultório odontológico.

5. PROCEDIMENTO / PROCESSO

5.1 DEFINIÇÕES

PO: Procedimento Operacional, AHA: American Heart Association.

SBV: Suporte Básico de Vida

PA: Pressão Arterial

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

AHA: American Heart Association

FC: Frequência Cardíaca

FR: Frequência Respiratória

AAS: Ácido Acetilsalicílico

RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar

CO₂: Gás Carbônico

TGI: Trato Gastrointestinal

OMS: Organização Mundial de Saúde

AVC: Acidente Vascular Cerebral

IgE: Imunoglobulina E

IgG: Imunoglobulina G

IgM: Imunoglobulina M

5.2 Lipotimia/Síncope

5.2.1 Identificação

A lipotimia é caracterizada por um mal estar passageiro, causado por hipóxia cerebral e vasodilatação periférica. O indivíduo apresenta sensação de desmaio, sem que isso ocorra efetivamente, sudorese fria e palidez facial.

A síncope é a perda repentina e de curta duração da consciência (desmaio), e devido também a uma diminuição do fluxo sanguíneo e oxigenação do cérebro, mas pode ocorrer por causas neurológicas ou metabólicas. O paciente apresenta ausência de resposta a estímulos, geralmente, por medo do tratamento odontológico.

5.2.2 Prevenção

A atitude do profissional é muito importante. Este deve ser persuasivo, atencioso, demonstrar alto grau de paciência, segurança, poder de decisão e evitar conversa carregada de detalhes técnicos. O ambiente de trabalho deve ser agradável, evitando a exibição de instrumentos, sangue e tudo mais que possa aumentar o temor. Se possível manter música ambiente agradável, ao gosto do paciente. O anestésico local e a técnica de sua aplicação devem ser bem selecionados, a injeção é feita lentamente e respeitado o limite de uso da solução para aquela pessoa. A administração de ansiolíticos, como referido, mostra-se valiosa na prevenção da lipotimia, por promover a redução da ansiedade e possibilitar a redução de seus efeitos indesejáveis.

5.2.3 Protocolo de intervenção

Caso o paciente seja acometido por lipotimia ou síncope, deve seguir o protocolo abaixo:

- 1) Interrupção do atendimento e remoção de todo o material da boca do paciente;
- 2) Certificar o grau de consciência através de estímulos físicos e verbais;
- 3) Colocá-lo na posição de Trendelenburg (cabeça mais baixa em relação ao tronco, e os pés levemente elevados em relação à cabeça, em torno de 10 a 15 graus);
- 4) Afrouxar a roupa e monitorar respiração e pulsação, e verificar os sinais vitais, aguardando de 2 a 3 minutos ,para que haja a recuperação;

- 5) Caso ocorra a recuperação, manter o paciente no consultório, até que esse apresente condições de ir embora;
- 6) Caso não ocorra a recuperação, solicitar atendimento médico, conforme fluxo da Unidade.

5.3 Crise hipertensiva/hipotensiva

5.3.1 Identificação

A crise hipertensiva consiste em um aumento súbito da PA, podendo ou não ocasionar danos aos órgãos-alvo, o que diferencia a urgência da emergência hipertensiva, devendo ser reduzida, geralmente pela administração de medicamentos por via parenteral para evitar riscos maiores. De acordo com American Heart Association (AHA), em sua publicação mais recente 2017 sobre os valores da pressão arterial, são considerados na pressão sistólica e diastólica respectivamente: pressão normal (< 120mmHg ou < 80mmHg); pressão elevada (120-129 mmHg ou < 80 mmHg); Hipertensão estágio 1 (130-139 mmHg ou 80-89 mmHg); hipertensão estágio 2 (≥ 140 mmHg ou ≥ 90 mmHg); urgência hipertensiva (>180 mmHg e/ou 120 mmHg); e emergência hipertensiva (>180 mmHg + danos ao órgão-alvo, e/ou > 120 mmHg + danos ao órgão-alvo). A crise hipertensiva se apresenta com as seguintes características: enjoo, cefaleia intensa, vertigens, sudorese, dor na nuca, dor epigástrica, cianose, tosse, dispneia, pontos brilhantes na visão, respiração com ruídos, pressão no peito e rubor na face.

5.3.2 Prevenção

Para prevenir, o paciente deve passar na acolhimento da Unidade e verificar os valores da PA antes do atendimento, a pedido do cirurgião-dentista, e anotar na ficha do paciente, dispor de conduta que evite estresse intenso, e caso seja necessário, indicar uso de ansiolítico, e em anestesia, dar preferência a soluções que contenham felipressina como vasoconstritor.

5.3.3 Protocolo de intervenção

Caso o paciente seja acometido por uma crise hipertensiva, deve seguir o protocolo abaixo:

- 1) Interrupção do atendimento e remoção de todo o material da boca do paciente
- 2) Colocá-lo na posição confortável, evitando deitá-lo de costas, o que pode agravar a dor de cabeça.
- 3) Monitorar PA, respiração e pulsação.
- 4) Caso seja uma crise leve a moderada, tranquilizar o paciente, e encaminhá-lo com acompanhante para avaliação médica imediata.
- 5) Caso seja uma crise severa, caracterizando-se uma emergência hipertensiva, acionar o protocolo de urgência médica da UBS.

5.4 Hipotensão ortostática

5.4.1 Identificação

É definida como uma queda brusca da PA, que ocorre quando o paciente deitado, posiciona-se rapidamente em pé, podendo ocasionar uma síncope, pois a ação gravitacional faz com que o sangue venoso fique represado nas pernas, impedindo o retorno ao coração, e reduzindo a PA.

5.4.2 Prevenção

A prevenção consiste basicamente na análise da história médica e condição física do paciente, obtendo a PA e FC (Frequência Cardíaca) em posição supina e em pé, a fim de analisar a possibilidade de ocorrência dessa situação e adotar medidas para evitá-la. Durante a realização de tratamento em pacientes de risco ou atendimentos demorados, deve-se adotar como medida preventiva a mudança de posição do paciente na cadeira de forma lenta e gradual.

5.4.3 Protocolo de intervenção

Caso o paciente seja acometido por um quadro de hipotensão ortostática, deve seguir o protocolo abaixo:

- 1) Avaliar o grau de consciência do paciente, balançando seus ombros e certificando-se que ele está bem. Se não obtiver resposta, deitá-lo com os pés ligeiramente elevados em relação à cabeça para impulsionar o retorno sanguíneo, o que na maioria das vezes, propicia a recuperação. Se mesmo assim, não houver recuperação, induza a passagem de ar, posicionando uma mão na testa e outra no queixo, e fazendo movimentos para cima e para trás.
- 2) Avalie a respiração e o pulso carotídeo, e monitorize FC e FR e PA comparando com os valores obtidos na aferição inicial, para determinar a severidade da situação.
- 3) com o paciente recuperado, deve dispensá-lo com algum acompanhante e solicitar avaliação médica.

5.5 Angina do Peito

5.5.1 Identificação

É um quadro caracterizado como uma dor torácica retroesternal, ocasionado por uma diminuição do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias, tendo em vista que a capacidade de transporte do oxigênio no sangue e o fluxo sanguíneo coronário dependem da disponibilidade desse gás para o músculo cardíaco. Algumas das características são dor ou desconforto no peito (relatada como uma sensação de queimação ou esmagamento) com início repentino e duração de aproximadamente 2 a 3 minutos, e pode se difundir para o ombro esquerdo, parte interna do braço, pescoço, costas, mandíbula e dentes, FC e PA aumentadas; sudorese; palidez e agitação.

5.5.2 Prevenção

Algumas das formas de prevenção são através da verificação de histórico de doença cardíaca do paciente, discutir com o médico a necessidade de terapia profilática. Verificar o pulso e PA antes da consulta, evitar sessões prolongadas, considerar protocolo de sedação de benzodiazepínicos.

5.5.3 Protocolo de intervenção

Caso o paciente seja acometido por um quadro de angina do peito, deve seguir o protocolo abaixo:

- 1) Interrupção do atendimento e colocar o paciente em posição confortável.
- 2) Monitorar PA, respiração e pulsação.
- 3) Caso seja uma crise leve a moderada, tranquilizar o paciente, e encaminhá-lo com acompanhante para avaliação médica imediata.
- 4) Caso seja uma crise severa, caracterizando-se uma emergência hipertensiva, seguir o protocolo de emergências médicas da UBS.

5.6 Infarto do Miocárdio

5.6.1 Identificação

É o quadro resultante da deficiência de irrigação sanguínea do coração, morte celular e necrose na parte afetada do músculo cardíaco. Na maioria das vezes ocorre devido a obstrução da artéria coronária por um ateroma. Clinicamente, a sintomatologia do infarto do miocárdio pode ser confundida com angina de peito, porém é uma dor mais intensa, mais longa e severa, que pode irradiar para o braço esquerdo ou mandíbula, e não responde ao uso de vasodilatadores coronarianos para alívio da dor. Também há presença de sudorese intensa, náuseas, palidez e queda da PA. Pode ter como fatores desencadeantes: arteriosclerose, endocardite bacteriana, pacientes anginosos, diabetes mellitus, uso de anticoncepcional, entre outros.

5.6.2 Prevenção

Para prevenir a ocorrência deve-se: evitar atender pacientes que tenham história de infarto num período menor que seis meses, mas caso seja uma urgência odontológica, seguir protocolo de atendimento de urgência médica da Unidade. entrar em contato com o médico da Unidade.

5.6.3 Protocolo de intervenção

Caso o paciente seja acometido por um quadro de infarto do miocárdio, deve seguir o protocolo abaixo:

- 1) Interrupção do atendimento e acionar o protocolo de urgência e emergência da Unidade.

5.7 Síndrome de hiperventilação

5.7.1 Identificação

É um quadro que normalmente acomete jovens, e é caracterizado pela ventilação em excesso, devido um aumento da quantidade de ar inspirado que entra nos alvéolos pulmonares por unidade de tempo. Normalmente está relacionada com ansiedade, mas pode ocorrer por outros fatores, como cirrose, intoxicação por drogas, desordens do sistema nervoso central, dor, entre outros. Os sinais e sintomas são palpitação, taquicardia, desconforto epigástrico, aumento da FR para 25 a 30 movimentos por minutos (o normal é 14 a 18 por minuto), sensação de sufocamento, vertigem, boca seca, com a evolução pode haver sensação de formigamento nos dedos das mãos e dos pés, além da região perioral, câimbras, alteração ou perda da consciência.

5.7.2 Prevenção

Para prevenir é necessário reconhecer o estado de ansiedade do paciente por meio da anamnese e caso seja um grau elevado, realizar interconsulta com a equipe multiprofissional.

5.7.3 Protocolo de Intervenção

O protocolo de atendimento do paciente acometido com a síndrome de hiperventilação consiste em:

- 1) Interrupção do atendimento e remoção de todo o material da boca do paciente
- 2) Colocá-lo na posição confortável, evitando deitá-lo de costas, para não diminuir o volume respiratório.

- 3) Acalmar o paciente; fazê-lo respirar um ar enriquecido de CO₂ (auxílio de saco plástico ou com as mãos e forma de concha cobrindo a boca e o nariz) a fim de corrigir a alcalose respiratória, repetindo a manobra até a remissão dos sintomas.
- 4) Caso não haja melhora, acionar o protocolo de urgência da Unidade.

5.8 Obstrução das vias aéreas por corpo estranho

5.8.1 Identificação

Durante o procedimento odontológico, a aspiração de corpos estranhos é algo que pode ocorrer acidentalmente, principalmente devido a posição supina da cadeira odontológica, deixando o paciente mais suscetível, e também por descuido do profissional. As incidências mais comuns de aspiração ou ingestão são: dentes, fragmentos ósseos, próteses, limas e grampos. Ao cair na parte superior da cavidade oral, pode seguir dois caminhos: o esôfago, onde segue para o TGI (Trato Gastrointestinal), ou a traqueia (obstruindo a passagem de ar), sendo essa última, a forma mais dramática, pois em pouco tempo pode acarretar em inconsciência e risco de morte para o indivíduo. Já no TGI os corpos estranhos geralmente são expelidos com as fezes sem ocasionar grandes danos, exceto quando são perfurocortantes, o que pode gerar lesões internas. A obstrução das vias aéreas pode ser completa (não há troca de ar) ou incompleta (há troca de ar defeituosa), e o indivíduo pode estar consciente ou não. São considerados pacientes de risco: bebês, crianças, idosos, obesos, gestantes, com deficiência intelectual, indivíduos sedados, entre outros. Os sinais e sintomas são agitação, palidez, ruídos na respiração, e pode haver perda de consciência.

5.8.2 Prevenção

Como forma de prevenção se faz necessário alguns cuidados: identificar os pacientes de risco, amarrar fio dental nos objetos pequenos, e usar sugador potente, sempre que possível.

5.8.3 Protocolo de intervenção

A intervenção de uma obstrução se dá de forma manual, sendo os procedimentos indicados: golpes nas costas, inspeção com os dedos, ou compressões manuais (manobra de Heimlich ou compressões torácicas). Os golpes nas costas é um procedimento recomendado somente como parte do protocolo para desobstrução das vias aéreas dos bebês, pois é possível posicioná-lo com a cabeça para baixo e administrar golpes/tapas em suas costas. A inspeção com os dedos é uma técnica indicada apenas em vítimas inconscientes (adultos), e quando os corpos estranhos estão acima da epiglote, tendo em vista que quando inconsciente, os músculos entram em relaxamento, o que facilita a manobra de colocar os dedos na boca e inspecionar, na intenção de remover o corpo estranho. Já as compressões manuais são as técnicas mais preconizadas.

A manobra de Hemlich é uma técnica universal, e no paciente consciente consiste em:

- 1) Ficar por trás da vítima, posicionar as pernas e colocar os braços ao redor da cintura e sobre os braços da vítima;
- 2) Fechar uma das mãos com o polegar posicionado contra o abdômen do socorrido, na parte da linha média, levemente acima do umbigo; colocar a outra mão por cima; fazer algumas compressões para dentro e para cima, até a vítima expelir o corpo estranho.

3) Já no paciente inconsciente a técnica deve ser feita da seguinte forma: colocar o paciente na posição supina, e de preferência no chão; promover a abertura das vias aéreas, levantando a cabeça e o queixo; sentar com as pernas abertas sobre as pernas ou coxas do socorrido; colocar a porção tenar de uma mão contra o abdômen da vítima, na parte média, pouco acima do umbigo e abaixo do processo xifóide, colocar a outra mão por cima entrelaçando os dedos; pressionar o abdômen para frente e para cima, evitando o sentido lateral; fazer de 6 a 10 compressões; abrir a boca da vítima e inspecionar com os dedos; repetir o processo até que se consiga remover o corpo estranho.

Já a técnica de compressões torácicas no paciente consciente deve ser:

- 1) Posicionar-se por trás do paciente, e colocar os braços sob as axilas do socorrido, circundando o tórax;
- 2) Fechar uma mão, e colocar o polegar contra o abdômen da vítima sobre o terço médio do osso esterno;
- 3) Fazer compressões para trás até que haja a excreção, ou na perda de consciência, acionar o protocolo de urgência e emergência da unidade.

5.9 Hipoglicemia

5.9.1 Identificação

Ocorre quando os níveis plasmáticos de glicose se encontram abaixo de 60 mg/dl. Os sinais e sintomas ocorrem de forma rápida e progressiva, iniciando-se com a presença de náuseas, sensação de fome e alteração de humor. Quando evolui observa-se taquicardia, sudorese, aumento de ansiedade, não cooperação do paciente e agressividade. Já em estado mais avançado é comum a presença de convulsões, hipotensão, temperatura corporal baixa e perda de consciência.

5.9.2 Prevenção

Para prevenir deve-se monitorar o nível de glicose no sangue antes de qualquer procedimento, e caso se encontre abaixo do normal (70-120 mg/dl em jejum), suspender o atendimento e acionar o protocolo de emergência da Unidade. O paciente também deve ser orientado a não comparecer às consultas em jejum. Procurar extrair o máximo de informações relevantes sobre o controle da doença, e orientá-lo a tomar a medicação normalmente no dia do atendimento. Dar a preferência a consultas matinais (início da manhã) e de curta duração.

5.9.3 Protocolo de intervenção

O protocolo de intervenção no paciente hipoglicêmico consciente é: interromper o atendimento e remover qualquer material da boca; colocá-lo numa posição confortável, acionando o protocolo de urgências e emergências da Unidade.

5.10 Convulsão/ Epilepsia

5.10.1 Identificação

A convulsão é uma alteração súbita na função cerebral, no qual há um desligamento momentâneo e reversível das sinapses, sendo esboçada através de reações físicas ou mudanças comportamentais e na consciência. Pode ser localizada (os sinais elétricos incorretos atingem uma área cerebral específica) ou

generalizada (atinge o córtex cerebral por completo. Em sua maioria apresenta natureza idiopática, ou seja, não há causa definida. Em relação ao tipo de manifestação, pode ser: grande mal (tônico-clônica) e pequeno mal (crise de ausência). A convulsão de grande mal apresenta manifestações assustadoras de contrações crônicas do tronco e extremidades, já a de pequeno mal é caracterizada por manifestações com ausências episódicas, olhar vago e languidez.

A epilepsia é um evento neurológico paroxístico, resultante de um grupo de desordens em que há alteração focal ou generalizada na função neurológica, ocasionada por atividades elétricas anormais do cérebro. Na crise ocorre o desligamento temporário das sinapses, durando em média de 2 a 5 minutos. As características de uma pessoa acometida de crise epilética, geralmente são: perda de consciência, perda do tônus muscular e pode haver também relaxamento esfínteriano, e contrações tônico-clônicas, apoiando-se nas extremidades (base de crânio e pontas dos calcanhares).

5.10.2 Prevenção

Para prevenir deve-se: fazer uma anamnese bem conduzida, verificando o histórico do paciente; orientá-lo a evitar jejum alimentar antes dos atendimentos, prevenindo a hipoglicemia, e uma possível crise convulsiva, verificar se o paciente fez uso correto do anticonvulsivante e ter cuidado com prescrição de antibióticos, pois pode haver interação medicamentosa com anticonvulsivante. Evitar direcionar a luz do refletor para os olhos do paciente e outros fatores indutores de crise convulsiva.

5.10.3 Protocolo de intervenção

Caso o paciente seja acometido de uma crise convulsiva deve-se:

- 1) Interromper o tratamento e remover qualquer instrumento ou material da boca do paciente;
- 2) Colocar o paciente em posição adequada; evitando que haja aspiração da secreção gástrica ou salivar; manter as vias aéreas livres;
- 3) Remover objetos cortantes e afrouxar roupas para não dificultar a respiração;
- 4) Conter os movimentos da cabeça para evitar lesões, e acionar o protocolo de urgência e emergência da Unidade.

O ataque epilético é um dos distúrbios convulsivos que representa risco de vida ao paciente, sendo caracterizado por convulsões rápidas, repetitivas e que não há recuperação entre os ataques, durando mais de 5 minutos, geralmente. Nesse caso deve-se acionar o protocolo de urgência e emergência da Unidade.

5.11 Acidente Vascular Cerebral

5.11.1 Identificação

É uma síndrome que segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) consiste em distúrbios focais ou globais da função cerebral, com rápido desenvolvimento dos sinais clínicos e com mais de 24 horas de duração. Ocorre quando há um quadro de trombose, embolia ou insuficiência vascular. Pode ser de dois tipos: isquêmico ou hemorrágico. Os sinais e sintomas dependem da região afetada do cérebro e do tipo de AVC. Se for isquêmico a manifestação ocorre de forma lenta e gradativa (minutos, horas ou dias). Caso seja hemorrágico a sintomatologia ocorre abruptamente. A fraqueza é o sintoma mais comum e pode estar associada à dormência de um dos membros ou face do indivíduo. Outros sintomas são: cefaleia, alteração da fala, dificuldade respiratória ou de deglutição, perda de controle urinário e intestinal, assimetria do tamanho pupilar, e diminuição ou perda da consciência.

5.11.2 Prevenção

Existem diversos fatores de risco para o AVC como diabetes, hipertensão arterial, contraceptivos orais, tabagismo, nível sanguíneo elevado de colesterol, cardiopatias e alcoolismo. Portanto, para prevenir deve-se conduzir uma anamnese detalhada, buscando elucidar esses fatores, os sinais vitais devem ser avaliados antes das sessões de atendimento, principalmente a PA, preconizar atendimentos matinais e sessões curtas. Além disso, se o paciente tiver histórico prévio, a troca de informações com o médico é de fundamental importância.

5.11.3 Protocolo de intervenção

O protocolo de intervenção de um paciente acometido com AVC depende dos sinais e sintomas e rapidez de instalação desses, bem como da gravidade do caso. Caso seja um episódio transitório deve-se:

- 1) Interromper os atendimentos e remover qualquer material e instrumental da boca do paciente;
- 2) Colocá-lo em posição sentada; manter as vias aéreas livres e acionar o protocolo de urgência e emergência da Unidade.

5.12 Reações de hipersensibilidade

5.12.1 Identificação

É uma reação alérgica do organismo em que há uma resposta exagerada ao entrar em contato com alguma substância que em pessoas normais não desencadeia nenhum tipo de reação. Podem ser classificadas em quatro tipos. A tipo I é mediada pela IgE (imunoglobulina E), e tem início de segundos a minutos após a exposição ao antígeno (alérgeno). A tipo II é mediada pela IgG (imunoglobulina G) ou IgM (imunoglobulina M), e inicia de minutos a horas após a exposição. A tipo III é mediada pela IgG, e tem uma resposta mais retardada, podendo levar horas a vários dias. E a tipo IV é mediada por linfócitos, e costuma levar em torno de 48 horas para desencadear uma resposta. As mais comuns, apesar de baixa incidência em consultório odontológico, são do tipo I ou IV, sendo a I considerada a mais perigosa, e é iniciada quando há fixação do antígeno aos anticorpos (IgE) ligados a superfície dos basófilos e mastócitos, e a partir daí ocorre uma série de efeitos indesejados, devido a degranulação celular e liberação de histamina. As principais manifestações alérgicas são: urticárias (placas avermelhadas espalhadas no corpo e que provocam coceira), rinite alérgica (coceira no nariz, coriza, espirros e mucosa nasal congestionada), asma brônquica (tosse, chiado no peito e dificuldade respiratória devido a bronco constrição); distúrbios do aparelho digestivo (náusea, cólica, vômito e diarreia), edemas (áreas de mucosa inchadas e avermelhadas), edema de glote (inchaço na mucosa da garganta) e choque anafilático (reações generalizadas e que se desenvolvem rapidamente na forma de coceira das mãos e do corpo, boca com gosto metálico, tosse, cólica, desmaio e pode desencadear parada cardiorrespiratória).

5.12.2 Prevenção

As formas de prevenção consistem em identificar os pacientes de risco na anamnese, solicitar avaliação médica em pacientes com histórico de alergia, sempre ter métodos alternativos quando o paciente relatar alergia a algo, como por exemplo: se ele apresenta alergia à penicilina, prescrever clindamicina, se for alérgico a metilmetacrilato, empregar resina acrílica de polimerização lenta, entre outras substituições que podem ser feitas.

5.12.3 Protocolo de intervenção

O protocolo de intervenção nos casos de reações alérgicas menos graves, confinadas a pele e a mucosa, é:

- 1) Interromper o tratamento quando verificar os sintomas de reação, remover todo o material da boca do paciente e posicioná-lo confortavelmente;
- 2) Monitorar sinais vitais e, se necessário, acionar o protocolo de urgência e emergência da Unidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Verri RA, Vergani SA, Lima EAP. Emergências médicas na prática dental – Prevenção, Reconhecimento e Condutas; 2ª Edição, Ribeirão Preto, SP, 2009.
- Andrade ED, Ranali J. Emergências médicas em odontologia. Artmed Editora, 2011.
- Barreto RC, Pereira GAS. Emergência na clínica médica odontológica. João Pessoa: Universitária-UEPB, 2011.
- Martins HS. Emergências clínicas: Abordagem Prática, 2012.
- Silva, MAM. Crise hipertensiva, pseudocrise hipertensiva e elevação sintomática da pressão arterial. Rev Bras Cardiol, v.26, n.5, pág. 329-36, 2013.
- Resende RG. Complicações sistêmicas no consultório odontológico. Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais, v.45, 2009.
- Monnazzi MS. Emergências e urgências médicas. Como proceder? RGO – Revista Gaucha de Odontologia, v.49, n. 1, 2001.
- Liporaci Jr J. Emergências médicas em odontologia. Apostila do curso de emergências médicas em odontologia. Ribeirão Preto, SP, 2006.
- Brito RG. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. Revista neurociências, v.21, n.4, p. 593- 599, 2013.

1. OBJETIVO

Os Planos de Contingência abaixo visam estabelecer os procedimentos a serem adotados em todos os Serviços de Saúde Bucal de SMS, que envolvam uma resposta rápida para falhas que possam interferir na Assistência direta aos usuários ao promoverem a interrupção de uma atividade ou de todo o atendimento das Equipes de Saúde Bucal, orientando a atuação direta ou indireta, com a finalidade de minimizar os efeitos de situações inesperadas, através da difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos, da formação e capacitação de recursos humanos.

2. RESPONSABILIDADES

2.1 ELABORAÇÃO E REVISÃO: Responsável Técnico da Equipe de Saúde Bucal.

2.2 EXECUÇÃO: Gerente de Unidade de Saúde / Cirurgião Dentista / Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal.

3. DEFINIÇÕES

PO: Procedimento Operacional.

4. PÚBLICO-ALVO

Equipe de Saúde Bucal

5. PROCEDIMENTO / PROCESSO

Os Planos de contingência são definidos de acordo com os pontos críticos de cada serviço, estabelecendo procedimentos que visam mitigar ou minimizar os impactos aos pacientes e profissionais.

5.1 Desabastecimento de Energia Elétrica

- Informar a Gerência /Administrativo da Unidade;
- Solicitar previsão de retorno à companhia de energia;
- Manter atendimento/procedimento que não necessitem do uso de energia elétrica, de acordo com possibilidade local (clareza do ambiente), quando possível, preservando a segurança do paciente;
- Criar estratégias de remanejamento de agenda (via telefone e Agente Comunitário de Saúde, entre outros meios)

- Demandas de Urgências Odontológicas devem ser referenciadas para unidades apoio (informar o nome da AMA, UPA, Hospital – acordo gerencial e em casos em que não houver serviço de urgência na STS encaminhar para a UBS de referência), e estas devem ser comunicadas sobre o possível aumento temporário do número de pacientes a serem recebidos.

5.2 Desabastecimento de Água

- Informar a Gerência / Administrativo da Unidade;
- Solicitar previsão de retorno à companhia abastecedora;
- Manter o atendimento de acordo com a possibilidade local – desinfecção das mãos com álcool gel, de acordo com as normas de biossegurança, quando possível, preservando a segurança do paciente;
- Criar estratégias de remanejamento de agenda (via telefone e Agente Comunitário de Saúde, entre outros meios)
- Demandas de Urgências Odontológicas devem ser referenciadas para unidades apoio (informar o nome da AMA, UPA, Hospital – acordo gerencial e em casos em que não houver serviço de urgência na STS encaminhar para a UBS de referência) e estas devem ser comunicadas sobre o possível aumento temporário do número de pacientes a serem recebidos.
- Planejar o remanejamento dos atendimentos eletivos que dependam diretamente do abastecimento de água.

5.3 Desabastecimentos de Medicamentos e Insumos

- Informar a Gerência /Administrativo da Unidade, a STS/OSS;
- Alinhar estratégias para o controle dos medicamentos e materiais críticos em falta ou com o estoque crítico e sem possibilidade de remanejamento;
- Realizar o atendimento/procedimento de acordo com os insumos existentes quando possível;
- Verificar a possibilidade de remanejamento entre unidades com apoio de STS / CRS;
- Demandas de Urgências Odontológicas devem ser referenciadas para unidades apoio (informar o nome da AMA, UPA, Hospital – acordo gerencial e em casos em que não houver serviço de urgência na STS encaminhar para a UBS de referência) quando o procedimento a ser realizado necessita do insumo/medicamento em falta. Neste caso, antes de encaminhar o paciente, é importante verificar se as unidades apoio possuem o insumo/medicamento em questão para o atendimento dos casos específicos.
- Planejar o remanejamento dos atendimentos eletivos nos quais seja necessário o uso do medicamento/insumo em falta na Rede.

5.4 Falha no abastecimento de Indicador Biológico e Integrador Químico

- Informar a Gerência /Administrativo da Unidade;

- Avaliar a quantidade de instrumentais suficientes para os atendimentos do dia, analisando os prontuários e planos de tratamento dos pacientes agendados, evitando impacto na assistência;
- Criar estratégias de remanejamento de agenda (via telefone e Agente Comunitário de Saúde) para aqueles pacientes cujo planejamento envolve a execução de procedimentos com instrumentais que possam estar impossibilitados de uso;
- Definir unidades de apoio para a esterilização (importante realizar memorando na movimentação de instrumentais entre as unidades);
- Demandas de Urgências Odontológicas, na impossibilidade de atendimento devido a falta do instrumental para o procedimento específico, devem ser referenciadas para unidades apoio (informar o nome da AMA, UPA, Hospital – acordo gerencial e em casos em que não houver serviço de urgência na STS encaminhar para a UBS de referência), e estas Unidades devem ser previamente informadas.

5.5 Falha no funcionamento ou quebra de equipamento críticos

- Informar a gerência /Administrativo sobre a necessidade de abertura de chamado junto a empresa de manutenção contratada;
- Solicitar prazo da realização da manutenção conforme contrato;
- Verificar a possibilidade de backup do equipamento pela empresa de manutenção;
- Em caso de falta de backup ou demora no atendimento, reagendar pacientes (via telefone e ACS) quando estes não puderem ser atendidos;
- Demandas de Urgências Odontológicas devem ser referenciadas para unidades apoio (informar o nome da AMA, UPA, Hospital – acordo gerencial e em casos em que não houver serviço de urgência na STS encaminhar para a UBS de referência), na impossibilidade de atendimento, e estas Unidades devem ser previamente informadas.

5.6 Falta de Funcionários

- Informar a Gerência /Administrativo da Unidade;
- Informar a gestão da instituição ou Supervisão Técnica de Saúde (STS) para avaliação da possibilidade de remanejamento de profissionais, de acordo com o período em que o funcionário estará ausente;
- Criar estratégias de remanejamento de agenda (via telefone e Agente Comunitário de Saúde), somente quando a falta do profissional impactar a realização do atendimento (exemplo: ausência do cirurgião-dentista).
- Demandas de Urgências Odontológicas devem ser referenciadas para unidades apoio (informar o nome da AMA, UPA, Hospital – acordo gerencial e em casos em que não houver serviço de urgência na STS encaminhar para a UBS de referência) quando não for possível o atendimento em hipótese alguma devido à ausência do profissional, como no caso a falta do cirurgião-dentista.

6. REFERÊNCIA

Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014. 40 p. il. ISBN 978-85-334-2130 Brasil

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA. RDC nº 36, de 01 de Abril de 2013. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília; 2013.

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília; 2016.

7. CONTROLE DE REGISTRO

Não se aplica.

8. ANEXO

Não se aplica.

