

SEGURANÇA DO PACIENTE E QUALIDADE NO ATENDIMENTO EM SAÚDE BUCAL

5ª edição

Abril 2026



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SECRETARIA
DA SAÚDE

PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Segurança do Paciente e Qualidade no Atendimento em Saúde Bucal

5ª edição

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

Abril de 2026

Prefeito do Município de São Paulo

Ricardo Luis Reis Nunes

Secretário Municipal da Saúde

Luiz Carlos Zamarco

Secretário Adjunto

Maurício Serpa

Chefe de Gabinete

Luiz Artur Vieira Caldeira

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

Sandra Maria Sabino Fonseca

Coordenadora da Atenção Básica

Ligia Maria Brunetto Borgianni

Assessoria Técnica de Saúde Bucal

Marta Lopes de Paula Cipriano - *Coordenadora*

Ana Patricia Carneiro G Bezerra

Fábio Moraes Moriyama

Thais Staut Zukeran

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

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 – 1ª EDIÇÃO

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 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

REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	6
FICHA ODONTOLÓGICA - 0 (zero) a 11 ANOS (11anos 11meses 29dias)	16
FICHA ODONTOLÓGICA - 12 a 17 ANOS (17anos 11meses 29dias)	13
FICHA ODONTOLÓGICA - 18 ANOS E ACIMA	19
FICHA DE ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA / URGÊNCIA ODONTOLÓGICA	25
FLUXOGRAMA I - AGENDAMENTO DE TRIAGEM ODONTOLÓGICA.....	26
FLUXOGRAMA II - REALIZAÇÃO DA TRIAGEM ODONTOLÓGICA	27
FLUXOGRAMA III - TRATAMENTOS RESTAURADORES ATRAUMÁTICOS.....	28
FLUXOGRAMA IV - TRATAMENTOS RESTAURADORES DEFINITIVOS.....	29
FLUXOGRAMA V – TRATAMENTOS PERIODONTAIS	30
FLUXOGRAMA VI – TRATAMENTOS DE OCLUSOPATIAS	31
FLUXOGRAMA VII – TRATAMENTOS DE EDENTADO TOTAL OU PARCIAL	32
FLUXOGRAMA VIII – TRATAMENTOS DE ALTERAÇÕES EM TECIDOS MOLES.....	33
FLUXOGRAMA IX – ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA	34
EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	35
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	36
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PSE	38
TCLE PARA DEMANDA ESPONTÂNEA / URGENCIA ODONTOLÓGICA.....	39
TERMO DE RECUSA LIVE E ESCLARECIDO	40
TERMO DE RECEBIMENTO DE EXAME DE APOIO DIAGNÓSTICO	41
TCLE PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	42
ABSENTEÍSMO NA ATENÇÃO BÁSICA	43
POP Nº001 - ARMAZENAMENTO DOS ANESTÉSICOS.....	44
PROTOCOLO DE ANESTESIA ODONTOLÓGICA SEGURA	45
PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM ODONTOLOGIA.....	52
PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA	55
ORIENTAÇÕES PÓS CIRURGICAS	57
ORIENTAÇÕES PÓS RESTAURAÇÕES.....	58
ORIENTAÇÕES PÓS ACESSO ENDODÔNTICO	59
DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PRÓTESE DENTÁRIA.....	60
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA	61
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS MÉDICAS NA ODONTOLOGIA	68
FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS COM TRABALHOS PROTÉTICOS – POR PACIENTE	78

FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS COM TRABALHOS PROTÉTICOS – POR PROFISSIONAL	79
FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS COM TRABALHOS PROTÉTICOS – POR UNIDADE.....	80
ATESTES PARA O LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA	81
PLANOS DE CONTINGÊNCIA - SAÚDE BUCAL	82
REFERÊNCIAS	85

REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

ARTIGO 1º - A Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma entidade de direito público, constituída juridicamente como órgão da Prefeitura Municipal de São Paulo e subordinada ao estatuto de sua constituição.

ARTIGO 2º - A gerência da Unidade é realizada pela (*informar a OSS ou SMS*) _____, através de Contrato de Gestão (CG), firmado com a Prefeitura Municipal de São Paulo, por Intermédio da Secretaria Municipal da Saúde – SMS/SP (*esta última parte somente para OSS*).

ARTIGO 3º - As UBSs possuem equipes multiprofissionais entre as quais, área médica, enfermagem, psicologia, serviço social, farmácia, **saúde bucal** e administrativa.

ARTIGO 4º - O Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT) é realizado por empresas contratadas, com regimento específico, seguindo contrato existente.

ARTIGO 5º - A finalidade do setor odontológico é satisfazer as normas administrativas e legais, em relação a assistência ODONTOLÓGICA aos usuários, independentemente de cor, raça, religião, convicção social ou econômica, em cujo benefício a equipe assistencial agirá com qualidade e segurança e com o melhor de sua capacidade profissional.

Parágrafo 1º - O atendimento é de demanda agendada e espontânea, designado como atendimento Odontológico na Atenção Básica.

ARTIGO 6º - Este Regimento visa disciplinar a constituição, relações, avaliação e gerenciamento dos cirurgiões dentistas e equipe auxiliar que são contratados (*se OSS*) / servidores públicos para exercer suas atividades na UBS _____ de forma ética e com a qualidade técnica.

ARTIGO 7º - As UBSs possuem um Gerente de serviço de saúde e um Responsável Técnico no setor da odontologia, contratados e designados pela OSS (*se OSS*) _____ ou pela gestão pública através de concurso público, para zelarem pelo bom funcionamento da unidade e do serviço odontológico, de acordo com o CG, legislação e normas da OSS _____ /SMS.

CAPÍTULO II – CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

ARTIGO 8º - A atuação das Equipes de Saúde Bucal (eSB) das UBSs é regida por este regulamento e constituído em todos os níveis aqui estabelecidos por cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal habilitados, aos quais cabe a execução de todos os atos odontológicos necessários aos usuários, com autonomia profissional e dentro da complexidade de um serviço de saúde da Atenção Básica.

ARTIGO 9º - A equipe de Saúde Bucal tem como regime de trabalho:

- I. Funcionários Públicos concursados e efetivos das esferas governamentais;

- II. Empregados contratados em regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) mediante contrato específico de trabalho, junto à OSS_____.

CAPÍTULO III – ÓRGÃOS REGULADORES da ODONTOLOGIA

Criados com a finalidade de zelar pelo pleno e bom exercício profissional, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e os Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) buscam assegurar o bem-estar das pessoas que procuram atendimento odontológico.

I. Conselho Federal de Odontologia (CFO)

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), assim como os 27 Conselhos Regionais, foi instituído por meio da Lei Federal nº 4.324, de 1964. Ambos órgãos são administrativa e financeiramente autônomos.

Além de regular a atividade profissional dos dentistas, cabe ao CFO apurar e deliberar sobre processos de má conduta profissional ou deslizes éticos dos profissionais a quem concede registro.

Sua atuação reguladora se dá por meio de Atos Normativos, julgamento de processos éticos e na avaliação e validação de cursos de Especialização registrados e reconhecidos pela entidade

II. Conselho Regional de Odontologia – CRO

Vinculados ao CFO, os Conselhos Regionais de Odontologia dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal são responsáveis pelo trabalho de **fiscalização da atividade** regular da profissão.

Apesar de ser o CFO quem regula e determina as regras da atuação profissional, é ao CRO que as pessoas devem denunciar comportamentos antiéticos ou pedir fiscalização.

Dessa forma, a finalidade dos Conselhos Regionais em todo o território do Estado é:

- Supervisionar a ética profissional nas atividades odontológicas;
- Orientar, aperfeiçoar, disciplinar e fiscalizar o exercício da odontologia;
- Julgar, dentro da competência, as infrações à lei e a ética profissional,
- Funcionar como órgão consultivo dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, no que tange ao exercício e aos interesses profissionais odontológicos e
- Contribuir para o aprimoramento da Odontologia e de seus profissionais.

CAPÍTULO IV – RESPONSABILIDADE TÉCNICA

ARTIGO 10º - “A responsabilidade técnica é uma atribuição própria de cirurgião-dentista, prevista na Res. CFO 063/2005 e no Código de Ética Odontológica. Além disso, órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e os Centros de Vigilância Sanitária, também determinam que para o funcionamento de estabelecimento que presta atendimento odontológico ou de empresa que comercializa e industrializa produtos odontológicos é obrigatória a indicação de responsável técnico, que, obrigatoriamente, deve ser cirurgião-dentista”.

I. CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

O Código de Ética Odontológica disciplina quais são as atribuições do responsável técnico, senão vejamos:

“Art. 33. Ao responsável técnico cabe a fiscalização técnica e ética da instituição pública ou privada pela qual é responsável, devendo orientá-la, por escrito, inclusive sobre as técnicas de propaganda utilizadas.

§1º. É dever do responsável técnico primar pela fiel aplicação deste Código na pessoa jurídica em que trabalha.

§2º. É dever do responsável técnico informar ao Conselho Regional, imediatamente, por escrito, quando da constatação do cometimento de infração ética, acontecida na empresa em que exerça sua responsabilidade.

CAPÍTULO V – COMPETÊNCIA, DIREITOS E DEVERES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Considerando a Lei nº 5.081 de 24 de Agosto de 1966, que regula o exercício da odontologia, Lei nº 11.889, de 24 de Dezembro de 2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), seguem as atribuições dos profissionais da equipe de saúde bucal:

I. Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)

- ✓ Organizar e executar atividades de higiene bucal;
- ✓ Preparar o paciente para o atendimento;
- ✓ Selecionar moldeiras;
- ✓ Preparar modelos em gesso;
- ✓ Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;

- ✓ Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- ✓ Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- ✓ Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- ✓ Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal.
- ✓ Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- ✓ Realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros) quando necessário;
- ✓ Acolher as necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- ✓ Responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- ✓ Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- ✓ Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Primária;
- ✓ Participar das atividades de educação permanente;
- ✓ Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais dentro das competências técnicas e legais;
- ✓ Participar das ações previstas pelo “Programa Ambientes Verdes e Saudáveis” (PAVS), de acordo com as determinações da Secretaria Municipal da Saúde;
- ✓ Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- ✓ Organizar o consultório, bem como o instrumental e materiais necessários;
- ✓ Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião-dentista e/ou o técnico em saúde bucal nos procedimentos clínicos e coletivos;
- ✓ Efetuar a conservação e manutenção do equipamento odontológico na prática diária;
- ✓ Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- ✓ Participar do gerenciamento dos insumos;
- ✓ Processar filme radiográfico;

É vedado ao auxiliar em saúde bucal:

- ✓ Exercer a atividade de forma autônoma;
- ✓ Prestar assistência direta ou indiretamente ao paciente, sem **supervisão do cirurgião-dentista ou do técnico em saúde bucal;**

- ✓ Realizar na cavidade bucal do paciente procedimentos não discriminados no artigo 9º da Lei nº 11.889/2008, de 24/12/2008.

II. Técnico em Saúde Bucal (TSB)

- ✓ Compete ao Técnico em Saúde Bucal, **além das atribuições e procedimentos dos ASBs**, sempre sob supervisão do cirurgião-dentista:
- ✓ Capacitação de ASB, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- ✓ Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- ✓ Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- ✓ Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica de flúor, conforme indicação/orientação do cirurgião-dentista;
- ✓ Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- ✓ Remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- ✓ Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo **vedado** o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- ✓ Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- ✓ Remoção de sutura;
- ✓ Selecionar moldeiras e confeccionar modelos em gesso;
- ✓ Realizar isolamento do campo operatório.
- ✓ A supervisão direta, com a **presença física do cirurgião-dentista, será obrigatória em todas as atividades clínicas**, podendo as atividades extraclínicas terem supervisão indireta;
- ✓ Atuar, sob a supervisão de um cirurgião-dentista, colaborando em pesquisas, auxiliando o profissional em seu atendimento de consultório, desenvolvendo atividades de odontologia sanitária e compondo equipe de saúde em nível local, a fim de dar apoio às atividades próprias do profissional de odontologia;
- ✓ Organizar e manter em ordem arquivos específicos, e fornecer dados para levantamentos estatísticos;
- ✓ Realizar outras atividades pertinentes ao cargo, seguindo as determinações do cirurgião-dentista e gerente;
- ✓ Ação integral de promoção, prevenção e assistência de acordo com suas competências técnicas e legais;
- ✓ Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe com a função de aproximar e integrar as ações;
- ✓ Executar programas e projetos na sua área de atuação, propondo e compatibilizando diretrizes e metas, estabelecendo mecanismos de monitoramento e avaliação;
- ✓ Examinar e avaliar o serviço a ser executado, material e o instrumental a ser utilizado;
- ✓ Supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares em saúde bucal;

- ✓ Realizar grupos, palestras, orientações e discussões técnicas;
- ✓ Organizar ambiente de trabalho em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança;
- ✓ Executar serviços de apoio no sentido de educar e orientar sobre prevenção e tratamento das doenças bucais;
- ✓ Efetuar a conservação e manutenção dos equipamentos odontológicos na prática diária;
- ✓ Desempenhar tarefas de instrumentação e apoio ao cirurgião-dentista, independente da presença do ASB;
- ✓ Realizar tomadas radiográficas intraorais, bem como todo o processo de revelação;
- ✓ Remover placas, indutos e cálculos supragengivais;
- ✓ Realizar a prevenção de doenças bucais, por meio da aplicação tópica de flúor, com indicação/orientação do cirurgião-dentista;

É vedado ao técnico em saúde bucal:

- ✓ Exercer a atividade de forma autônoma;
- ✓ Prestar assistência direta ou indireta ao paciente, sendo **indispensável a supervisão do cirurgião-dentista**;
- ✓ Realizar na cavidade bucal do paciente procedimentos não discriminados no artigo 5º da Lei nº 11.889/2008, de 24/12/2008.

III. Cirurgião-Dentista (CD)

- ✓ Realizar procedimentos conservadores domiciliares;
- ✓ Avaliar fatores de risco da cárie dental;
- ✓ Realizar tratamento de dor orofacial;
- ✓ Realizar tratamento paliativo;
- ✓ Prescrever fármacos;
- ✓ Realizar tratamento de reabilitação oral;
- ✓ Realizar tratamento estético;
- ✓ Restaurar elemento dental;
- ✓ Realizar exodontias;
- ✓ Tratar alterações de tecidos da cavidade oral;
- ✓ Tratar doenças periodontais;
- ✓ Realizar ajuste oclusal;
- ✓ Supervisionar serviços da equipe;
- ✓ Aplicar medidas de prevenção e promoção técnica de higiene oral;
- ✓ Orientar hábitos nocivos à saúde oral, hábitos alimentares e dietas cariogênicas;
- ✓ Programar e realizar visitas periódicas;
- ✓ Orientar cuidadores;
- ✓ Adotar medidas de prevenção à dor crônica;
- ✓ Planejar, coordenar, dar apoio, acompanhar ações e participar de ações coletivas;
- ✓ Definir níveis de complexidade do atendimento e do paciente;

- ✓ Realizar anamnese, exame clínico, solicitar e realizar exames complementares;
- ✓ Realizar radiografias;
- ✓ Interpretar exames;
- ✓ Analisar documentação;
- ✓ Informar o usuário sobre diagnóstico e prognóstico;
- ✓ Planejar tratamento e definir prioridades;
- ✓ Propor plano de tratamento;
- ✓ Esclarecer o usuário quanto à corresponsabilidade no sucesso do tratamento;
- ✓ Estimar duração do tratamento;
- ✓ Fornecer informação sobre quadro odontológico;
- ✓ Encaminhar usuário para tratamento médico e outras especialidades;
- ✓ Trocar informações sobre quadro clínico, diagnóstico, prognóstico e tratamento com outros profissionais;
- ✓ Compôr comissões internas;
- ✓ Condicionar o usuário, realizar contenção química, física e psicológica. Paramentar paciente e equipe odontológica;
- ✓ Anestesiá-lo;
- ✓ Desenvolver pesquisas na área odontológica, elaborar projetos de pesquisa, pesquisar materiais, medicamentos e equipamentos odontológicos e coleta de dados epidemiológicos;
- ✓ Adotar medidas ergonômicas e de biossegurança;
- ✓ Manter equipamentos em condições de trabalho;
- ✓ Qualificar a equipe;
- ✓ Controlar estoque de materiais de consumo, medicamentos, instrumental e equipamento;
- ✓ Elaborar regulamentos internos do consultório;
- ✓ Arquivar documentação dos pacientes;
- ✓ Publicar artigos científicos;
- ✓ Registrar procedimentos executados em prontuário;
- ✓ Registrar dados pessoais do paciente;
- ✓ Ter capacidade de trabalhar em equipe, empatia, habilidade manual, percepção visual, receptividade, paciência, segurança, senso estético, criatividade, sensibilidade, organização e inovação;
- ✓ Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção;
- ✓ Demonstrar senso ético, concentração, capacidade de ouvir e atendimento humanizado.
- ✓ Propor medidas à equipe de saúde bucal, no sentido de assegurar o cumprimento da legislação, das diretrizes e normas oriundas dos órgãos competentes, relacionadas ao seu campo de atuação;
- ✓ Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe (unidades com estratégia em saúde da família), identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- ✓ Realizar o cuidado em saúde da população, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

- ✓ Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- ✓ Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- ✓ Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- ✓ Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- ✓ Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- ✓ Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe a partir da utilização dos dados disponíveis;
- ✓ Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- ✓ Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- ✓ Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- ✓ Participar das atividades de educação permanente;
- ✓ Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais;
- ✓ Cumprir rotinas, normas e regulamentações da Secretaria Municipal de Saúde;
- ✓ Assumir as responsabilidades, direitos e deveres preconizados no Plano de Gerenciamento de Riscos no Serviço de Saúde (PGRSS);
- ✓ Participar das ações previstas pelo “Programa Ambientes Verdes e Saudáveis” (PAVS), de acordo com as determinações da Secretaria Municipal de Saúde;
- ✓ Desenvolver ações previstas pela Comissão de Prontuários;
- ✓ Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- ✓ Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- ✓ Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- ✓ Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- ✓ Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- ✓ Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente da equipe;
- ✓ Realizar supervisão técnica do TSB e ASB;
- ✓ Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado desenvolvimento das funções da equipe de saúde bucal;
- ✓ Coordenar e realizar a manutenção preventiva e a conservação dos equipamentos odontológicos.

CAPÍTULO VI – DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS, UNIDADES E SERVIÇOS

ARTIGO 13º - A Unidade manterá os serviços odontológicos necessários ao preenchimento de suas finalidades, em regime de agendamento e demanda espontânea, de acordo com o determinado pela SMS, estabelecidas em CG.

ARTIGO 14º - As penalidades aplicáveis aos membros da equipe de saúde bucal são estabelecidas no Estatuto do Funcionalismo Público e na CLT para os empregados celetistas.

Parágrafo 1º - As penalidades aplicadas a nível interno da Unidade não eliminam a obrigatoriedade da análise do Conselho de Classes em casos de indícios de infração de natureza ética e técnica.

Parágrafo 2º - A penalidade para as transgressões de ordem regimental ou administrativa obedecerão à gradação das penas do “caput” deste artigo.

CAPÍTULO VII – DISPOSIÇÕES FINAIS

ARTIGO 15º - Os documentos do Prontuário Odontológicos são de propriedade do usuário, permanecendo sob a guarda da Unidade de acordo com as determinações legais, preservando as condições de sigilo estabelecidas na lei e Código de Ética.

Parágrafo 1º - É vedado a equipe de saúde bucal apossar-se ou fazer cópia total ou parcial do prontuário odontológico.

ARTIGO 16º - A divulgação pública em qualquer veículo de comunicação, ou através de outros meios, direitos de fatos referentes às atividades da Unidade, ou de quaisquer informações sobre usuários, somente poderão ser dados pelos órgãos diretivos da Unidade, ou mediante autorização destes.

Parágrafo 1º - O laudo e relatório odontológico devem ser assinados pelo dentista que fez o atendimento, preferencialmente. No caso de o dentista estar de férias, for de outra Unidade ou mesmo não mais fizer parte da equipe de saúde bucal da unidade, será solicitado a outro profissional com base no prontuário.

ARTIGO 17º - Cópia de prontuário, laudo ou relatório odontológico pode ser solicitado por:

1. O próprio usuário, mediante apresentação de seus documentos pessoais;
2. Nos casos em que o usuário é menor de idade, os pais, mediante comprovação da paternidade/maternidade ou o tutor legal, através da apresentação de seus documentos pessoais, mais documentação comprobatória da tutela;
3. Se incapaz ou com impedimento legal, o tutor legal, mediante apresentação de seus documentos pessoais, mais documentação comprobatória da tutela;
4. Responsáveis pelo Albergue/Abrigo onde o usuário se encontra abrigado, mediante a apresentação de seus documentos pessoais, mais documentação comprobatória do abrigamento, desde que por ordem judicial;
5. Juiz de Direito;

6. Cônjuge/Companheiro (a) de pacientes falecidos, mediante apresentação de documentação comprobatória;
7. Familiares descendentes (filhos, netos e bisnetos) e ascendentes (pai/mãe, avós e bisavós) de pacientes falecidos, mediante apresentação de documentação comprobatória
8. Familiares colaterais (irmão, sobrinho, tio, sobrinhos-netos, tios avós e primo) de pacientes falecidos, somente na *inexistência de Cônjuge/Companheiro, familiares Descendentes e Ascendentes*, mediante apresentação de documentação comprobatória e preenchimento da Declaração de Parentesco.

A ordem legítima para a solicitação de cópia de prontuário/FA ou relatório de pacientes falecidos deve ser:

- 1º) Cônjuge / companheiro
- 2º) Filhos, netos e bisnetos (descendentes)
- 3º) Pais, avós e bisavós (ascendentes)
- 4º) Irmão (colaterais de segundo grau)
- 5º) Sobrinhos / tios (colaterais de terceiro grau)
- 6º) Sobrinhos netos / tios avós / primos (colaterais de quarto grau)

ARTIGO 18º - Este regimento entrará em vigor após a aprovação em Assembleia formada pela gerência e equipe de Saúde Bucal da Unidade Básica de Saúde.

FICHA ODONTOLÓGICA - 0 (zero) a 11 ANOS (11anos 11meses 29dias)

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 () Pardo () 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 () Descrição: _____

ALEITAMENTO NATURAL () ALEITAMENTO ARTIFICIAL () ALEITAMENTO NOTURNO (NATURAL/ARTIFICIAL) ()

ÁGUA DA RESIDENCIA: SABESP () GALÃO () POÇO ()

TEM OU TEVE ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO?

- | | | | |
|-------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|
| () DIABETES | () D. CARDÍACA | () PARALISIA CEREBRAL | () AMIDALITE |
| () SARAMPO | () D. HEPÁTICA | () DESMAIOS | () OTITE |
| () RUBÉOLA | () D. RENAL | () CONVULSÕES/ATAQUES | () SINUSITE |
| () CAXUMBA | () D. REUMÁTICA | () PERDA DE CONSCIÊNCIA | () OUTRAS: _____ |
| () ESCARLATINA | () D. RESPIRATÓRIA | () ANEMIA | _____ |
| () VARICELA/"CATAPORA" | () D. HEMATOLÓGICA | () MENINGITE | |

ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES:

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

HISTÓRIA MÉDICA ATUAL

TEM ALERGIA ? NÃO () SIM () ESPECIFICAR: _____
ESTÁ SOB TRATAMENTO MÉDICO? NÃO () SIM () ESPECIFICAR: _____
FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO? NÃO () SIM () ESPECIFICAR: _____
HOSPITALIZADO/ ALGUMA CIRURGIA? NÃO () SIM () ESPECIFICAR: _____

HÁBITOS ALIMENTARES (INGESTÃO)

ALIMENTOS AÇUCARADOS SIM () NÃO () FREQUENCIA: _____
BEBIDAS AÇUCARADAS SIM () NÃO () FREQUENCIA: _____

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

HABITOS: () SUCÇÃO DE CHUPETA () SUCÇÃO DO DEDO () ONICOFAGIA () MORDE LABIOS/ BOCHECHA
RESPIRADOR BUCAL? SIM () NÃO () RANGE/APERTA OS DENTES? SIM () NÃO ()
QUEM FAZ A HIGIENE ORAL? PAIS/RESPONSÁVEIS () A PRÓPRIA CRIANÇA ()
MÉTODOS: () ESCOVAÇÃO () FIO DENTAL () ENXAGUATÓRIO () OUTROS: _____
FREQUENCIA DA ESCOVAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS: _____ (Nº de escovações)
USO DE CREME DENTAL FLUORETADO? SIM () NÃO () Quantidade? _____
MASTIGAÇÃO? BILATERAL () LADO DIREITO () LADO ESQUERDO ()
SENTE DOR OU ESTALIDO QUANDO MASTIGA? SIM () NÃO ()
HISTORICO DE TRAUMA DENTAL? SIM () NÃO () ESPECIFICAR: _____
JÁ REALIZOU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO ANTERIOR? SIM () NÃO () Como foi: _____
TRATAMENTOS ANTERIORES: () ENDODONTIA () CIRURGIA () OUTRO: _____
ALÉRGIA A SUBSTÂNCIA, MATERIAL, MEDICAMENTO OU ANESTESIA USADO PELO DENTISTA? SIM () NÃO ()
SE SIM, ESPECIFICAR: _____
DEFEITOS DO ESMALTE: () AMELOGÊNOSE IMPERFEITA
() HIPOPLASIAS DE ESMALTE DE ORIGEM FLUORÓTICA E NÃO FLUORÓTICA

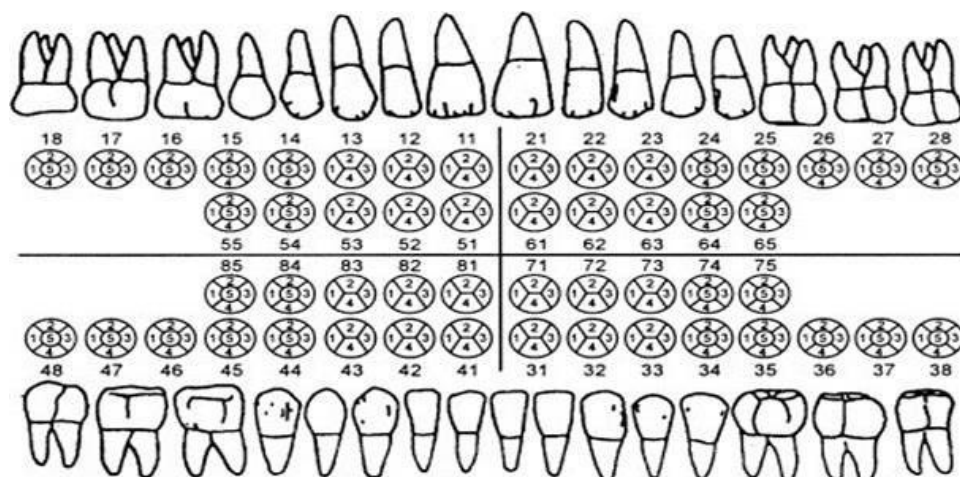
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ODONTOLÓGICO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
CÁRIE	BIOFILME E/OU SANGRAMENTO	PERIODONTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
OCCLUSÃO	TECIDOS MOLES	NEC. DE PRÓTESE

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	1	Moderada	M	Risco Alto	2	
Risco Alto	D	Risco Moderado	2	Severa	S	NECESSIDADE DE PRÓTESE	
	E		B	BIOFILME E/OU SANGRAMENTO		0	SEM NECESSIDADE
	F	Risco Alto	6	0	AUSÊNCIA	1	1 PT
	G		8	1	PRESENÇA EM 3 SÍTIOS	2	2 PTs
						3	1 PPR
						4	2 PPRs
						5	1 PT + 1 PPR

X = Informar se o paciente é desdentado total (perda de todos os dentes permanentes). 0 = NÃO e 1 = SIM.



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:

OBSERVAÇÕES:

EXAMES COMPLEMENTARES (anotar exames, datas e resultados):

São Paulo, ____/____/____

Nome, CROSP e assinatura do profissional

TERMO DE VERACIDADE E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ CPF: _____, atesto a veracidade de todas as informações obtidas e aqui descritas, e o não ocultamento de informações importantes sobre a saúde da pessoa pela qual sou responsável. Declaro ter recebido todas as informações e esclarecido minhas dúvidas sobre o estado atual de saúde bucal, importância da higienização, assiduidade às consultas, causa da doença, seqüelas, alternativas de tratamento e suas limitações. Dúvidas em relação à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) poderão ser esclarecidas através do e-mail encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Nome ou assinatura do responsável

FICHA ODONTOLÓGICA - 12 a 17 ANOS (17anos 11meses 29dias)

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 () Pardo () 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 () QUAIS? _____

ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO? SIM () NÃO ()

NOME: _____ POSOLOGIA: _____ HÁ QTO TEMPO? _____

NOME: _____ POSOLOGIA: _____ HÁ QTO TEMPO? _____

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

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? _____

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 ()

ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES:

() DIABETES () DOENÇAS CARDIOVASCULARES () NEOPLASIAS

() MAFORMAÇÃO () DOENÇAS HEMORRÁGIICAS () OUTRAS: _____

EXAME FÍSICO EXTRA BUCAL

PRESSÃO ARTERIAL: _____ mmHg
 GLICEMIA CAPILAR: _____ mg/dl
 ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR:
 LINFONODOS: () NORMAL () ALTERADO: _____
 SIMETRIA FACIAL: () NORMAL () ALTERADO: _____
 LÁBIOS: () NORMAL () ALTERADO: _____
 PELE: () NORMAL () ALTERADO: _____
 APARÊNCIA GERAL: () NORMAL () ALTERADO: _____

EXAME FÍSICO INTRA BUCAL

EXAME CLÍNICO intra-oral (TI) realizado em: ____/____/____
 MUCOSA LABIAL: () NORMAL () ALTERADO: _____
 MUCOSA JUGAL: () NORMAL () ALTERADO: _____
 PALATO: () NORMAL () ALTERADO: _____
 REGIÃO RETROMOLAR: () NORMAL () ALTERADO: _____
 LÍNGUA: () NORMAL () ALTERADO: _____
 FREIOS: () NORMAL () ALTERADO: _____
 ASSOALHO: () NORMAL () ALTERADO: _____
 HIGIENE BUCAL: BOA () REGULAR () RUIM ()
 PLACA VISÍVEL? SIM () NÃO ()
 CÁLCULO VISÍVEL? SIM () NÃO ()
 SANGRAMENTO GENGIVAL: SIM () NÃO ()
 RECESSÃO GENGIVAL: SIM () NÃO () ELEMENTOS DENTAIS: _____
 SENSIBILIDADE DENTINÁRIA SIM () NÃO () ELEMENTOS DENTAIS: _____
 MOBILIDADE DENTÁRIA SIM () NÃO () ELEMENTOS DENTAIS: _____
 SINAIS DE BRUXISMO SIM () NÃO ()

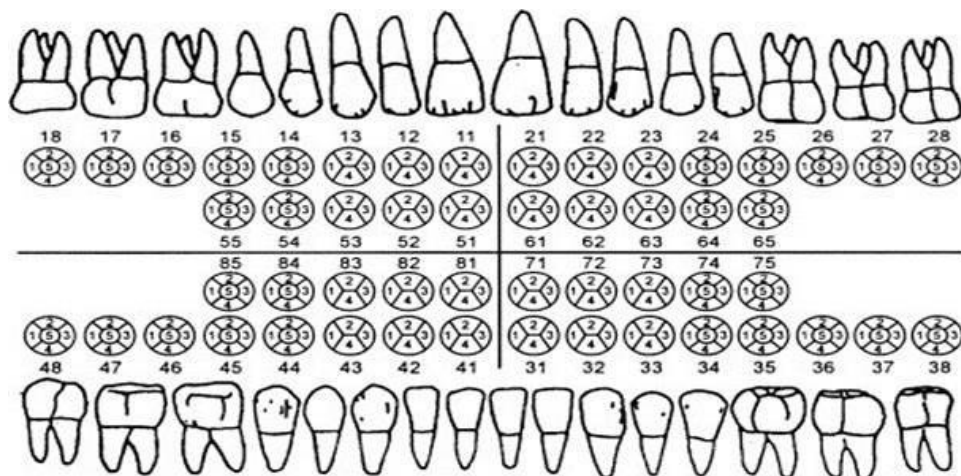
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ODONTOLÓGICO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
CÁRIE	BIOFILME E/OU SANGRAMENTO	PERIODONTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
OCCLUSÃO	TECIDOS MOLES	NEC. DE PRÓTESE

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	1	Moderada	M	Risco Alto	2	
Risco Alto	D	Risco Moderado	2	Severa	S	NECESSIDADE DE PRÓTESE	
	E		B	BIOFILME E/OU SANGRAMENTO		0	SEM NECESSIDADE
	F	Risco Alto	6	0	AUSÊNCIA	1	1 PT
	G		8	1	PRESEÇA EM 3 SÍTIOS	2	2 PTs
						3	1 PPR
						4	2 PPRs
						5	1 PT + 1 PPR

X = Informar se o paciente é desdentado total (perda de todos os dentes permanentes). 0 = NÃO e 1 = SIM.



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:

OBSERVAÇÕES:

EXAMES COMPLEMENTARES (anotar exames, datas e resultados):

São Paulo, ____/____/____

Nome, CROSP e assinatura do Profissional.

TERMO DE VERACIDADE E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ CPF: _____,
atesto a veracidade de todas as informações obtidas e aqui descritas, e o não ocultamento de informações importantes sobre a saúde da pessoa pela qual sou responsável. Declaro ter recebido todas as informações e esclarecido minhas dúvidas sobre o estado atual de saúde bucal, importância da higienização, assiduidade às consultas, causa da doença, seqüelas, alternativas de tratamento e suas limitações. Dúvidas em relação à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) poderão ser esclarecidas através do e-mail encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Nome ou assinatura do responsável

FICHA ODONTOLÓGICA - 18 ANOS E ACIMA

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 () Pardo () 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 () QUAIS? _____

ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO? SIM () NÃO ()

NOME: _____ POSOLOGIA: _____ HÁ QTO TEMPO? _____

NOME: _____ POSOLOGIA: _____ HÁ QTO TEMPO? _____

NOME: _____ POSOLOGIA: _____ HÁ QTO 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? _____

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?

() HIPERTENSÃO () HERPES () D. CARDÍACA () MENINGITE
 () DIABETES () HIV () D. RENAL () EPILEPSIA
 () HEPATITE A, B, C () ANEMIA () D. REUMÁTICA () CONVULSÕES/ATAQUES
 () TUBERCULOSE () GASTRITE () D. RESPIRATÓRIA () NEOPLASIA
 () SÍFILIS () DEPRESSÃO () D. HEMATOLÓGICA () OUTRA: _____

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 ()

HABITOS ALIMENTARES (INGESTÃO)

ALIMENTOS AÇUCARADOS SIM () NÃO () FREQUENCIA: _____

BEBIDAS AÇUCARADAS SIM () NÃO () FREQUENCIA: _____

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 ()

APRESENTA PROBLEMAS COM CICATRIZAÇÃO? 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 () D. CARDIOVASCULARES () NEOPLASIAS () MAFORMAÇÃO
() D. HEMORRÁGICAS () 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: _____ mg/dl
 ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR:
 LINFONODOS: () NORMAL () ALTERADO: _____
 SIMETRIA FACIAL: () NORMAL () ALTERADO: _____
 LÁBIOS: () NORMAL () ALTERADO: _____
 PELE: () NORMAL () ALTERADO: _____
 APARÊNCIA GERAL: () NORMAL () ALTERADO: _____

EXAME FÍSICO INTRA BUCAL

EXAME CLÍNICO intra-oral (TI) realizado em: ____/____/____
 MUCOSA LABIAL: () NORMAL () ALTERADO: _____
 MUCOSA JUGAL: () NORMAL () ALTERADO: _____
 PALATO: () NORMAL () ALTERADO: _____
 REGIÃO RETROMOLAR: () NORMAL () ALTERADO: _____
 LÍNGUA: () NORMAL () ALTERADO: _____
 FREIOS: () NORMAL () ALTERADO: _____
 ASSOALHO: () NORMAL () ALTERADO: _____
 HIGIENE BUCAL: BOA () REGULAR () RUIM ()
 PLACA VISÍVEL? SIM () NÃO ()
 CÁLCULO VISÍVEL? SIM () NÃO ()
 SANGRAMENTO GENGIVAL: SIM () NÃO ()
 RECESSÃO GENGIVAL: SIM () NÃO () ELEMENTOS DENTAIS: _____
 SENSIBILIDADE DENTINÁRIA SIM () NÃO () ELEMENTOS DENTAIS: _____
 MOBILIDADE DENTÁRIA SIM () NÃO () ELEMENTOS DENTAIS: _____
 SINAIS DE BRUXISMO SIM () NÃO () ELEMENTOS DENTAIS: _____

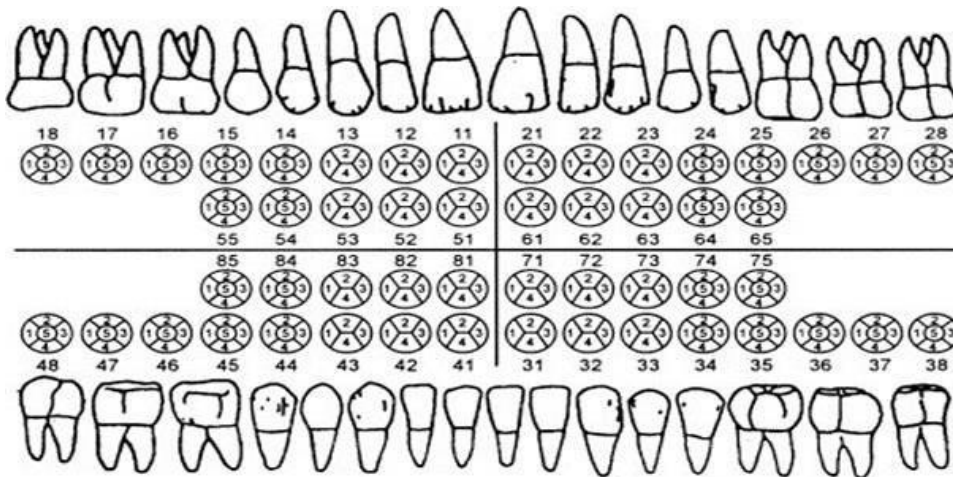
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ODONTOLÓGICO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
CÁRIE	BIOFILME E/OU SANGRAMENTO	PERIODONTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
OCCLUSÃO	TECIDOS MOLES	NEC. DE PRÓTESE

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	1	Moderada	M	Risco Alto	2	
Risco Alto	D	Risco Moderado	2	Severa	S	NECESSIDADE DE PRÓTESE	
	E		B	BIOFILME E/OU SANGRAMENTO		0	SEM NECESSIDADE
	F	Risco Alto	6	0	AUSÊNCIA	1	1 PT
	G		8	1	PRESENÇA EM 3 SÍTIOS	2	2 PTs
						3	1 PPR
						4	2 PPRs
						5	1 PT + 1 PPR

X = Informar se o paciente é desdentado total (perda de todos os dentes permanentes). 0 = NÃO e 1 = SIM.



- 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:

OBSERVAÇÕES:

EXAMES COMPLEMENTARES (anotar exames, datas e resultados):

São Paulo, ____/____/____

Nome, CROSP e assinatura do Profissional

TERMO DE VERACIDADE E RESPONSABILIDADE

Eu, _____ CPF: _____,
atesto a veracidade de todas as informações obtidas e aqui descritas, e o não ocultamento de informações importantes sobre meu estado de saúde ou da pessoa pela qual sou responsável. Declaro ter recebido todas as informações e esclarecido minhas dúvidas sobre o estado atual de saúde bucal, importância da higienização, assiduidade às consultas, causa da doença, seqüelas, alternativas de tratamento e suas limitações. Dúvidas em relação à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) poderão ser esclarecidas através do e-mail encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

São Paulo, ____ de _____ de ____.

Nome ou assinatura do usuário ou seu responsável

FICHA DE ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA / URGÊNCIA ODONTOLÓGICA

UBS _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____
NOME COMPLETO _____
CPF ou Nº SUS _____ DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
SEXO: () F () M () Intersexo RAÇA/COR: () Amarela () Branca () Indígena () Pardo () Preta
PROFISSÃO: _____ TELEFONE: _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ CEP: _____
É CADASTRADO NA UNIDADE? () SIM () NÃO / ÁREA: _____ MICRO ÁREA: _____ Nº FAMÍLIA: _____
NOME DO RESPONSÁVEL: _____ ASSINATURA: _____

ANAMNESE

TEM OU TEVE ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO?

- | | | |
|---------------------------|---------------------|--------------------------|
| () DIABETES | () D. CARDÍACA | () TUBERCULOSE |
| () HIPERTENSÃO | () D. RENAL | () PARALISIA CEREBRAL |
| () HEPATITE A, B, C | () D. REUMÁTICA | () DESMAIOS/ CONVUSÃO |
| () SÍFILIS | () D. RESPIRATÓRIA | () PERDA DE CONSCIÊNCIA |
| () HERPES | () D. HEMATOLÓGICA | () ANEMIA |
| () OUTRAS DOENÇAS: _____ | | |

TEM ALERGIAS? () SIM () NÃO. QUAIS? _____

ESTÁ GESTANTE? () SIM () NÃO. ESTÁ AMAMENTANDO? () SIM () NÃO

ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO MÉDICO? () SIM () NÃO

MOTIVO : _____

USA ALGUM REMÉDIO TODOS OS DIAS? () SIM () NÃO. QUAL? _____

JÁ TOMOU ANESTESIA NO DENTISTA? () SIM () NÃO. TEVE ALGUMA REAÇÃO? () SIM () NÃO

SE SIM, QUAL REAÇÃO? _____

SANGRA MUITO QUANDO SE FERRE OU EXTRAÍ DENTES? () SIM () NÃO

TEM ALGUMA OUTRA DOENÇA OU FATO IMPORTANTE QUE NÃO FOI PERGUNTADO ACIMA? () SIM () NÃO

QUAL? _____

QUEIXA PRINCIPAL? _____

AValiação: _____

CONDUTA: _____

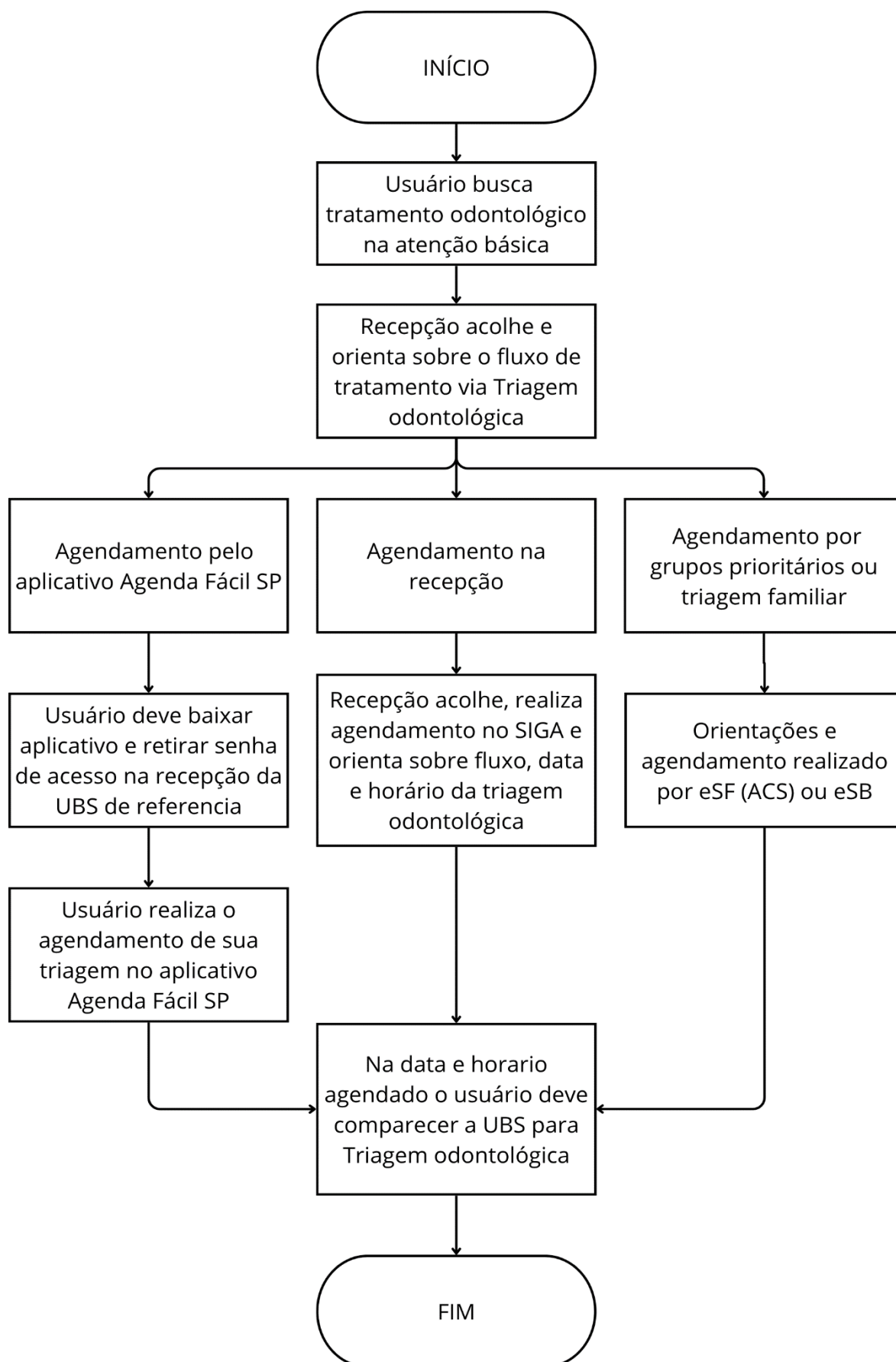
CONCLUSÃO DO CASO:

() RESOLUÇÃO IMEDIATA/ALTA () AGENDAMENTO () ENCAMINHADO PARA: _____

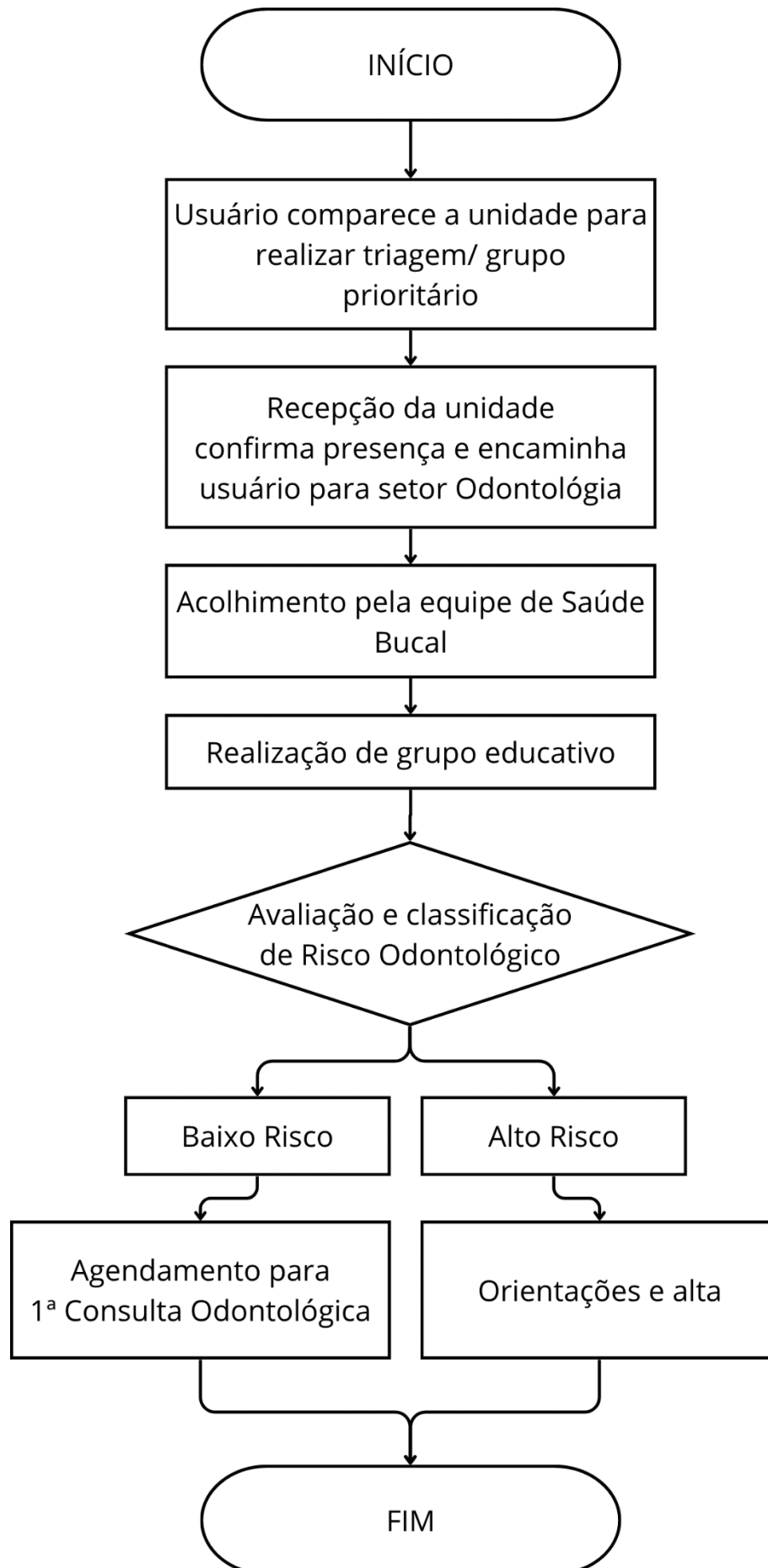
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

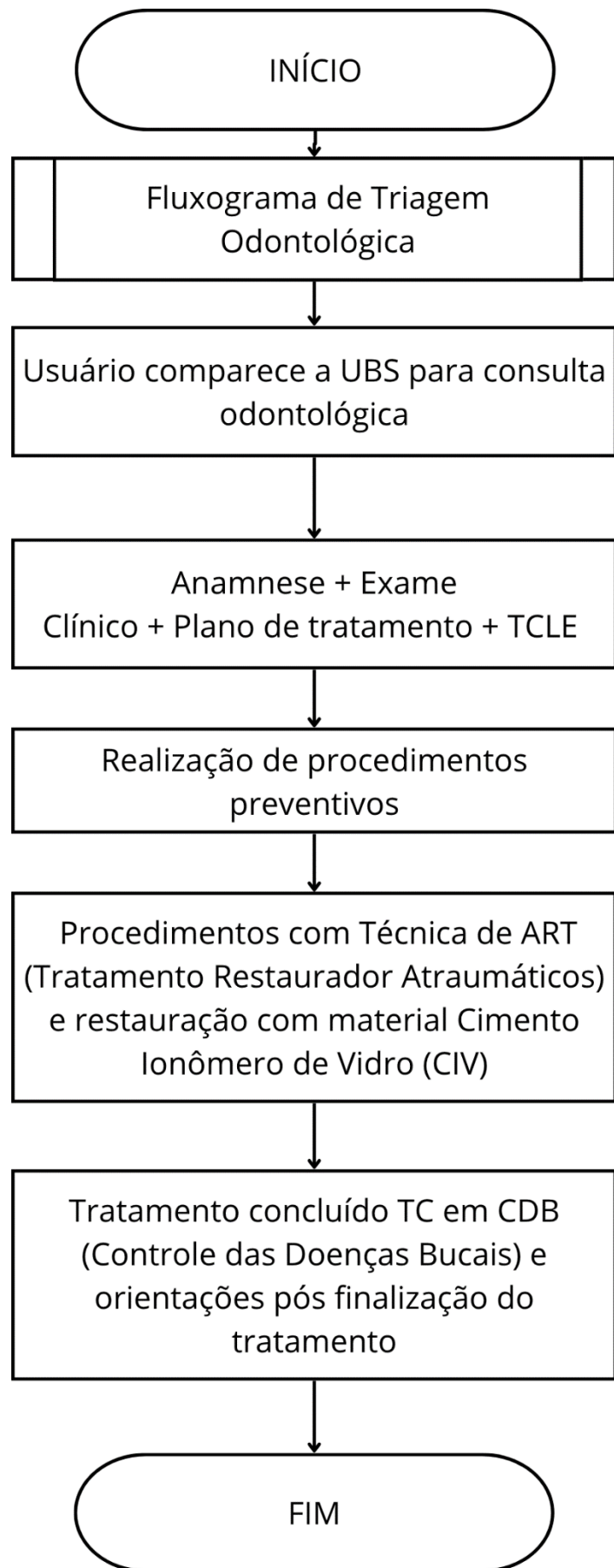
FLUXOGRAMA I - AGENDAMENTO DE TRIAGEM ODONTOLÓGICA



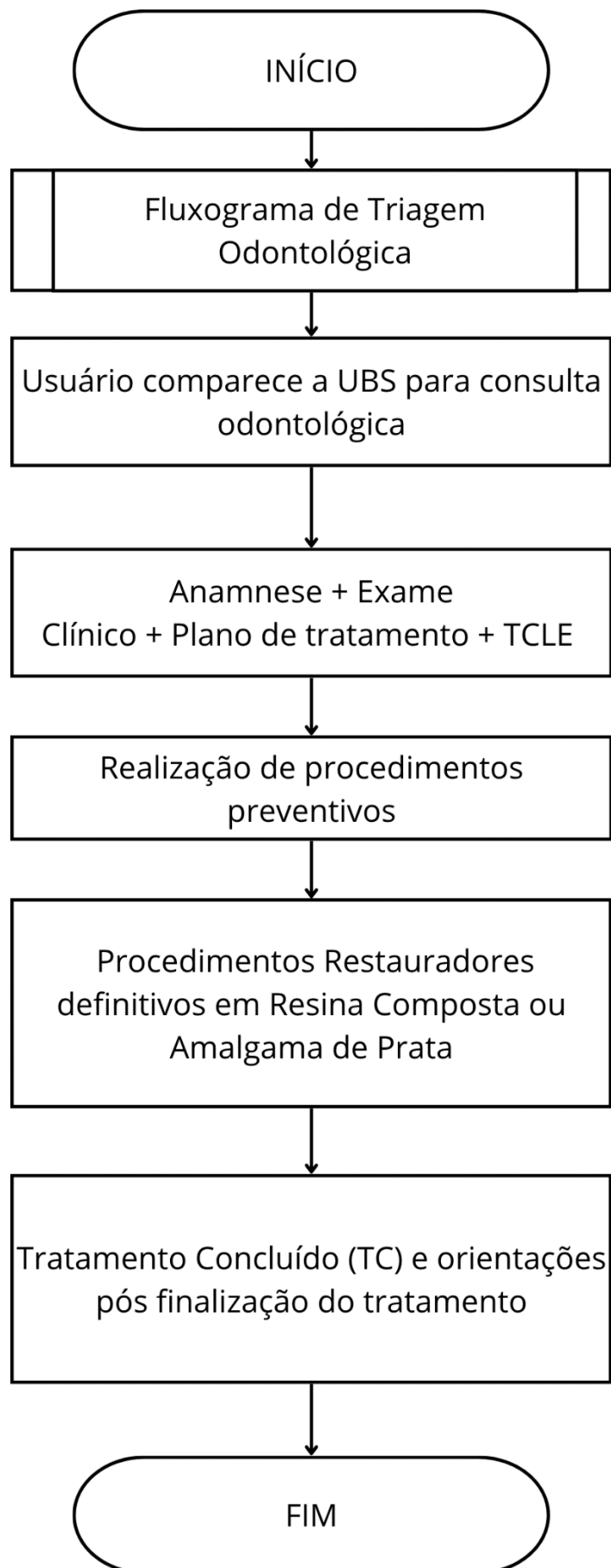
FLUXOGRAMA II - REALIZAÇÃO DA TRIAGEM ODONTOLÓGICA



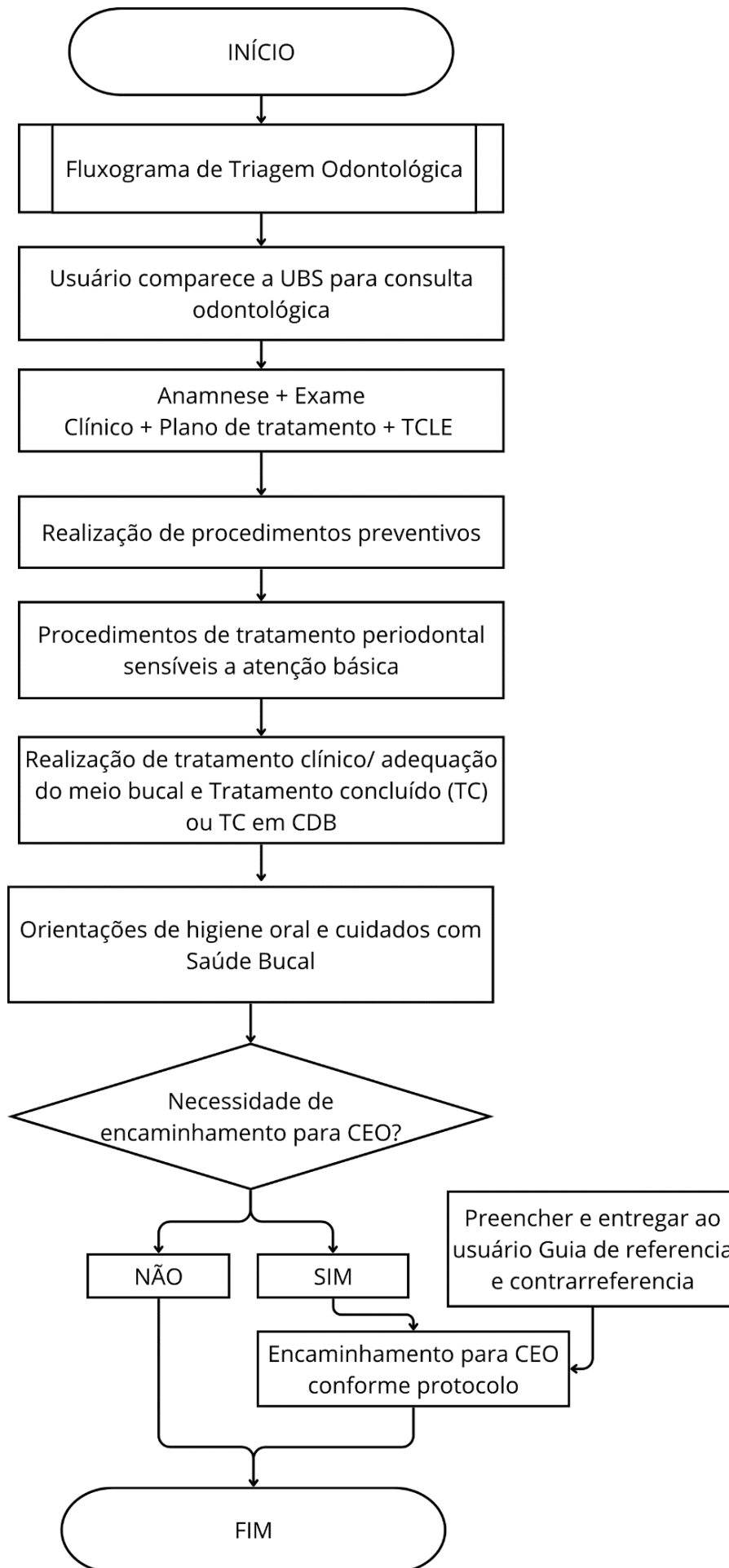
FLUXOGRAMA III - TRATAMENTOS RESTAURADORES ATRAUMÁTICOS



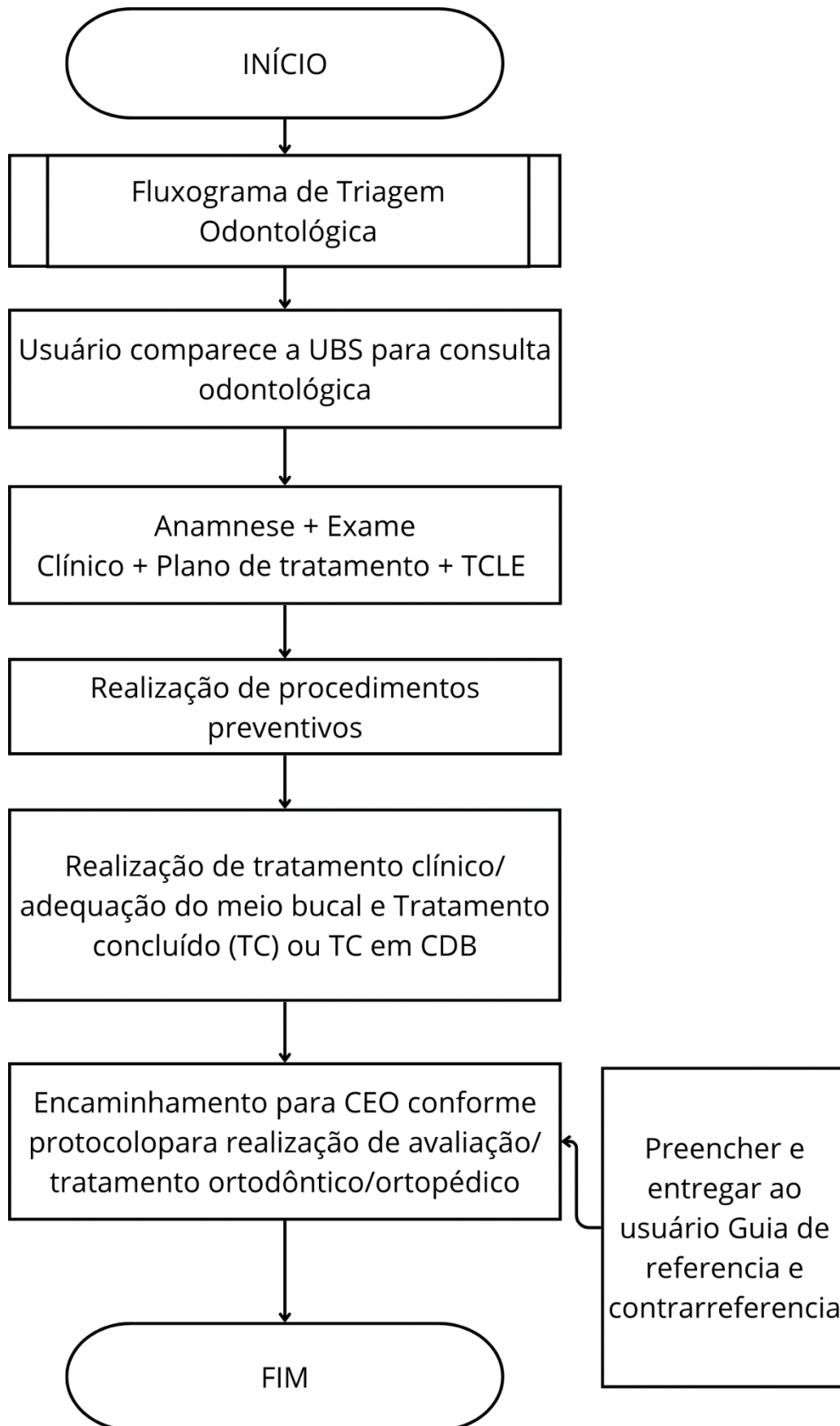
FLUXOGRAMA IV - TRATAMENTOS RESTAURADORES DEFINITIVOS



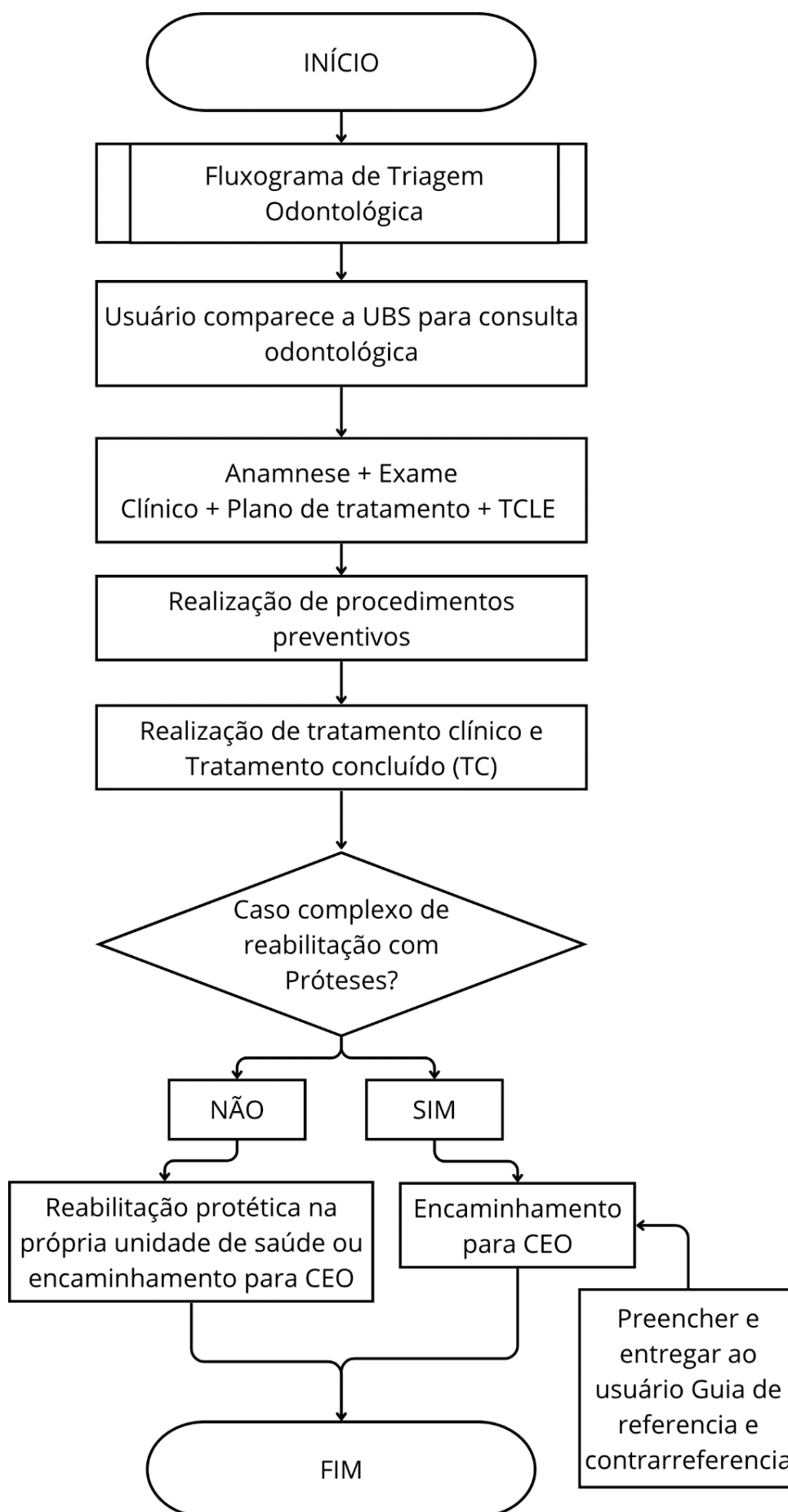
FLUXOGRAMA V – TRATAMENTOS PERIODONTAIS



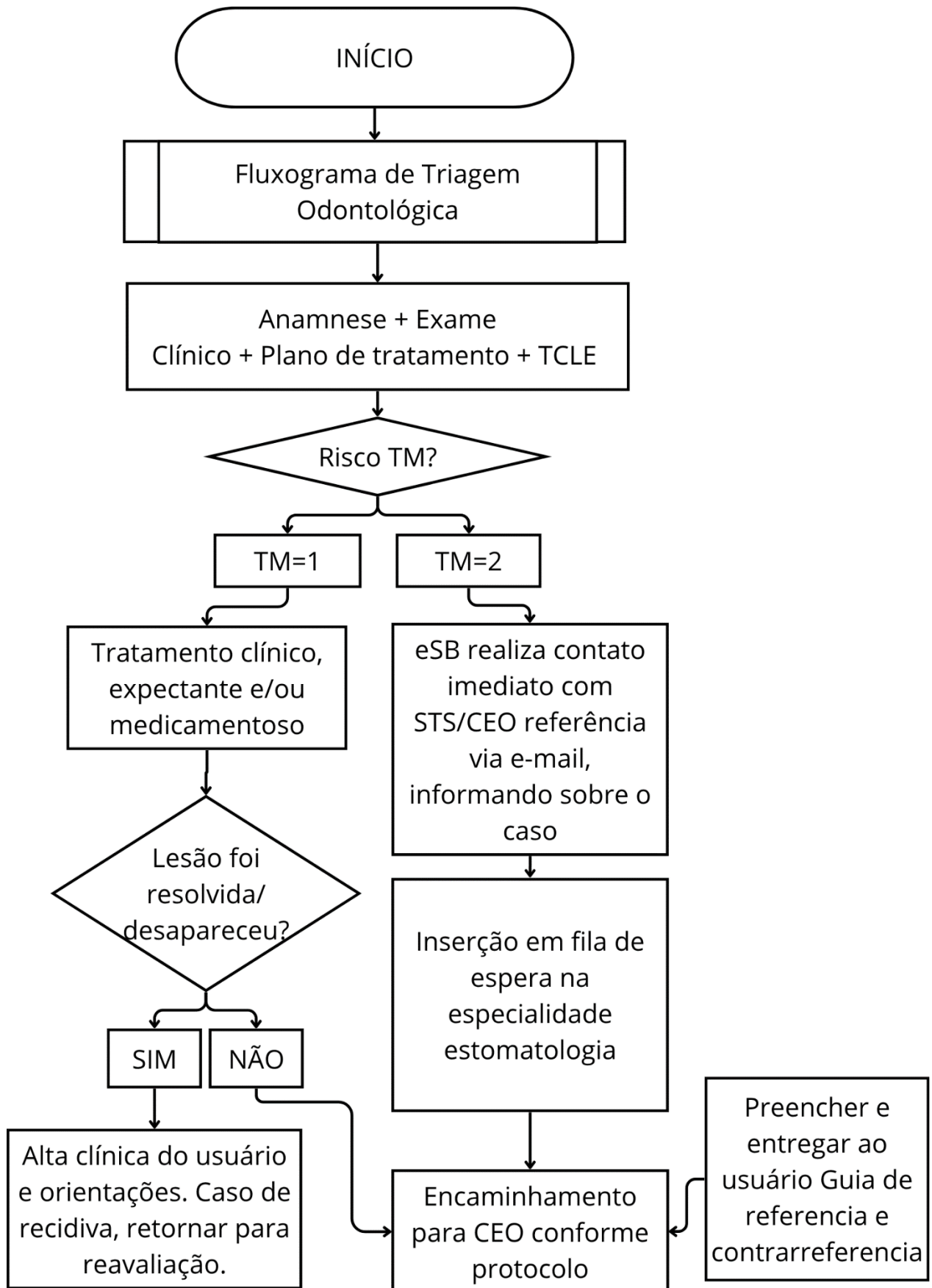
FLUXOGRAMA VI – TRATAMENTOS DE OCLUSOPATIAS



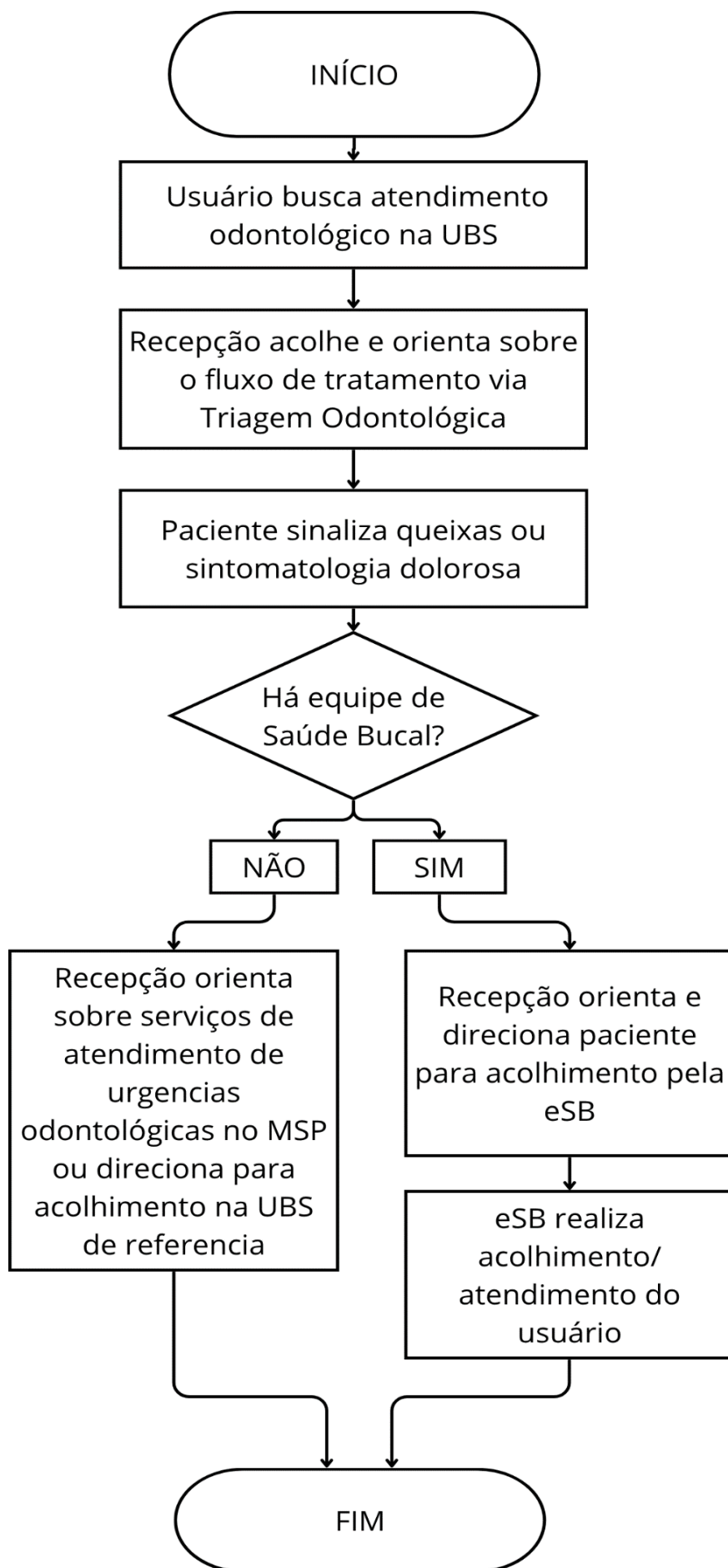
FLUXOGRAMA VII – TRATAMENTOS DE EDENTADO TOTAL OU PARCIAL



FLUXOGRAMA VIII – TRATAMENTOS DE ALTERAÇÕES EM TECIDOS MOLES



FLUXOGRAMA IX – ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA



EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE BUCAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

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)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por meio do presente documento identificado como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eu, _____, paciente ou, responsável legal de _____, portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____, Data de Nascimento: _____, declaro que o(a) profissional cirurgião(ã)- dentista, _____ CROSP nº _____, é o responsável para realizar o tratamento odontológico 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, 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. Fui esclarecido sobre os riscos do uso de anestésicos relacionados aos procedimentos odontológicos, tais como reações alérgicas, reações adversas relacionadas a interação medicamentosa, parestesia e eventos dolorosos durante o procedimento. Me foi explicado que esses eventos não são comuns e que a precisão nas informações dadas por mim na ficha de anamnese minimiza e diminui o risco desses eventos ocorrerem.
5. Possíveis riscos a serem considerados para todos os tratamentos odontológicos:
 - I. Alveolite (infecção do alvéolo do dente extraído);
 - II. Fratura de limas endodônticas no canal radicular;
 - III. Aspiração ou deglutição de objetos estranhos (lima, broca, algodão, dente, pedaços de restaurações, material de uso odontológico, entre outros);
 - IV. Dor ou desconforto pós-operatório;
 - V. Edema (inchaço);
 - VI. Hemorragia (sangramento abundante);
 - VII. Lesões em tecidos moles (gengiva, bochecha, língua, entre outros);
 - VIII. Possíveis lesões em tecidos moles por mordedura após anestesia;
 - IX. 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);
 - X. Trismo (dificuldade de abrir a boca devido a inflamação local após procedimentos cirúrgicos);
 - XI. Reações de hipersensibilidade.
 - XII. Fraturas Dentárias.

6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Entendo a importância da saúde bucal e me comprometo seguir as orientações da equipe odontológica, e procurar atendimento odontológico em minha unidade de origem, respeitando os fluxos do serviço de saúde.
12. 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;
13. 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.
14. 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.
15. Declaro que recebi uma cópia do presente termo, e que o Cirurgião-Dentista manterá uma cópia no prontuário físico ou eletrônico.
16. Dúvidas em relação à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) poderão ser esclarecidas através do e-mail encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Carimbo/Assinatura Cirurgião(ã)-Dentista

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PSE

			TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	ANO _____
INFORMAÇÃO DA UBS REFERENCIA DA ESCOLA (NOME E TELEFONE)			ANO/ TURMA/PERÍODO	
NOME DO(A) ESTUDANTE			DATA DE NASCIMENTO	RAÇA/COR
Nº CPF ou Nº SUS DO(A) ESTUDANTE			NOME DA MÃE DO(A) ESTUDANTE	

A **Secretaria Municipal da Saúde**, em parceria com a **Secretaria Municipal de Educação**, informa que a escola onde o(a) menor sob sua responsabilidade está matriculado(a), participará, durante o ano letivo, de ações de promoção, prevenção e tratamento em saúde bucal no **Programa Saúde na Escola (PSE)**, conforme Portarias e demais normativas vigentes. **As atividades incluem** ações educativas e preventivas, avaliação bucal e escovação supervisionada. Quando necessário, serão aplicados flúor, cariostático, selante e realizado o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) — procedimento simples, sem anestesia, feito na escola para remover a cárie com instrumentos manuais e restaurar o dente. Se houver necessidade de cuidados adicionais, o estudante será encaminhado à Unidade Básica de Saúde (UBS). **Participar** ajuda a prevenir cáries, melhorar a saúde da boca, evitar dor e faltas na escola. **Os cuidados são seguros e os riscos são muito raros**, como leve desconforto ou mudança na cor do dente pelo uso do cariostático. Se precisar de atenção extra, a equipe encaminhará para a UBS. **Direitos e Garantias:** A participação é opcional. Dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Asseguramos respeito à dignidade e aos direitos da criança/adolescente conforme Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A Retirada do Consentimento pode ser feita a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento na rede pública. **Responsabilidade Técnica:** As ações são realizadas por profissionais formados e inscritos no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP), seguindo normas éticas e protocolos da Secretaria Municipal da Saúde. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos adicionais, entre em contato com a equipe de saúde bucal da sua UBS de referência.

AUTORIZO a participação do menor, sob minha responsabilidade, nas ações descritas acima.
 NÃO AUTORIZO a participação do menor, sob minha responsabilidade, nas ações descritas acima.

Declaro estar de acordo e **autorizo a utilização e divulgação da imagem** do menor, sob minha responsabilidade, para fins de campanhas promocionais e institucionais da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), em qualquer tipo de material ou meio de comunicação.

() SIM () NÃO

Dúvidas sobre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) podem ser esclarecidas pelo e-mail encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

Nome do Responsável _____ RG ou CPF: _____

Assinatura: _____ Data: _____

			TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	ANO _____
INFORMAÇÃO DA UBS REFERENCIA DA ESCOLA (NOME E TELEFONE)			ANO/ TURMA/PERÍODO	
NOME DO(A) ESTUDANTE			DATA DE NASCIMENTO	RAÇA/COR
Nº CPF ou Nº SUS DO(A) ESTUDANTE			NOME DA MÃE DO(A) ESTUDANTE	

A **Secretaria Municipal da Saúde**, em parceria com a **Secretaria Municipal de Educação**, informa que a escola onde o(a) menor sob sua responsabilidade está matriculado(a), participará, durante o ano letivo, de ações de promoção, prevenção e tratamento em saúde bucal no **Programa Saúde na Escola (PSE)**, conforme Portarias e demais normativas vigentes. **As atividades incluem** ações educativas e preventivas, avaliação bucal e escovação supervisionada. Quando necessário, serão aplicados flúor, cariostático, selante e realizado o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) — procedimento simples, sem anestesia, feito na escola para remover a cárie com instrumentos manuais e restaurar o dente. Se houver necessidade de cuidados adicionais, o estudante será encaminhado à Unidade Básica de Saúde (UBS). **Participar** ajuda a prevenir cáries, melhorar a saúde da boca, evitar dor e faltas na escola. **Os cuidados são seguros e os riscos são muito raros**, como leve desconforto ou mudança na cor do dente pelo uso do cariostático. Se precisar de atenção extra, a equipe encaminhará para a UBS. **Direitos e Garantias:** A participação é opcional. Dados pessoais e informações de saúde serão tratados conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Asseguramos respeito à dignidade e aos direitos da criança/adolescente conforme Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). A Retirada do Consentimento pode ser feita a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento na rede pública. **Responsabilidade Técnica:** As ações são realizadas por profissionais formados e inscritos no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP), seguindo normas éticas e protocolos da Secretaria Municipal da Saúde. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos adicionais, entre em contato com a equipe de saúde bucal da sua UBS de referência.

AUTORIZO a participação do menor, sob minha responsabilidade, nas ações descritas acima.
 NÃO AUTORIZO a participação do menor, sob minha responsabilidade, nas ações descritas acima.

Declaro estar de acordo e **autorizo a utilização e divulgação da imagem** do menor, sob minha responsabilidade, para fins de campanhas promocionais e institucionais da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP), em qualquer tipo de material ou meio de comunicação.

() SIM () NÃO

Dúvidas sobre a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) podem ser esclarecidas pelo e-mail encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

Nome do Responsável _____ RG ou CPF: _____

Assinatura: _____ Data: _____

TCLE PARA DEMANDA ESPONTÂNEA / URGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Por meio do presente documento identificado como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eu, _____, paciente ou, responsável legal de _____, portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____, Data de Nascimento: _____, declaro que o(a) profissional cirurgião(ã)- dentista, _____ CROSP nº _____, considerou a queixa principal e, após avaliação clínica e de eventuais exames complementares, o (a) profissional me esclareceu de forma clara sobre o diagnóstico, o tratamento na ficha de atendimento e que este tratamento está sujeito aos seguintes riscos e intercorrências: _____

Fui esclarecido que o tratamento será realizado sob anestesia local e foram me apresentados os riscos e as reações adversas do uso do anestésico, tais como reações alérgicas, reações adversas relacionadas a interação medicamentosa, parestesia e eventos dolorosos durante o procedimento. Me foi explicado que esses eventos não são comuns e que a precisão nas informações dadas por mim na ficha de anamnese minimiza e diminui o risco desses eventos ocorrerem.

Declaro que forneci com veracidade todas as informações sobre o estado de saúde presentes na ficha de atendimento e discuti com o(a) cirurgião(ã)-dentista minha história de saúde geral, inclusive as doenças conhecidas. Declaro, outrossim, que além das possíveis intercorrências citadas acima, fui devidamente informado(a) sobre os propósitos dos procedimentos.

Fui orientado(a) sobre as seguintes condições e cuidados pré e pós-operatórios necessários para pleno êxito do tratamento: _____

Portanto, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações do(a) cirurgião(ã)-dentista. Tenho ciência de que o(a) cirurgião(ã)-dentista se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do tratamento e que também responde por todos os insucessos decorrentes de falha técnica na execução de seus serviços. Dúvidas em relação à Lei Geral de Proteção de Dados poderão ser esclarecidas através do e-mail: encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

São Paulo, ____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Carimbo/Assinatura Cirurgião(ã) - Dentista

TERMO DE RECUSA LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
paciente ou, responsável legal de _____,
portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____,
Data de Nascimento: _____, declaro que fui devidamente esclarecido pelo o(a)
profissional cirurgião(ã)- dentista, _____
CROSP nº _____, sobre os procedimentos que devem ser realizados, seus benefícios e
possibilidades alternativas, bem como os riscos e complicações potenciais da sua não realização. Declaro ainda que:

1. 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. 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. Declaro que fiz a opção por não realizar o(s) procedimento(s)/ plano de tratamento proposto, descrito a seguir:

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) descritos, 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.

5. Dúvidas sobre Lei Geral de Proteção de Dados poderão ser esclarecidas através do e-mail encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Carimbo/Assinatura Cirurgião(ã) - Dentista

TERMO DE RECEBIMENTO DE EXAME DE APOIO DIAGNÓSTICO

Eu, _____,
paciente ou, responsável legal de _____,
portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____,
Data de Nascimento: _____, declaro que recebi o(s) exame(s) abaixo
assinalado(s), do paciente da Unidade de Saúde: _____:

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).

Dúvidas em relação à Lei Geral de Proteção de Dados poderão ser esclarecidas através do e-mail:
encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Carimbo/Assinatura Cirurgião(ã) - Dentista

TCLE PROCEDIMENTOS DE RESTRIÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____,
portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____,
com data de Nascimento: _____, sendo a pessoa responsável legal por

portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____,
Data de Nascimento: _____, 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: _____

Dúvidas sobre a Lei Geral de Proteção de Dados podem ser esclarecidas através do e-mail encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente ou seu responsável legal

Carimbo/Assinatura Cirurgião(ã) - Dentista

ABSENTEÍSMO NA ATENÇÃO BÁSICA

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, prevendo 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.

POP Nº001 - ARMAZENAMENTO DOS ANESTÉSICOS

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.

PROTOCOLO DE ANESTESIA ODONTOLÓGICA SEGURA

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 condição do tubete anestésico (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.

● **Prilocaína:**

- 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: Prilocaína 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
Prilocaína 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 traumalabial 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 periosteio 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 periosteio 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	· Palatino maior;	A parte posterior do palato duro e os tecidos moles sobrejacentes, anteriormente até o primeiro pré- molar e medialmente até a linha média.	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 palatinomédio está próximo ao local da injeção
Bloqueio do Nervo Nasopalatino	· Nervos nasopalatinos bilateralmente.	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.	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

PROTOCOLO DE ANESTESIA ODONTOLÓGICA SEGURA

Bloqueio do Nervos Maxilar (Tuberosidade Alta)	·Divisão maxilar do nervo trigêmeo.	Anestesia pulpar dos dentes superiores no lado do bloqueio; Periodontovestibular 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;	-Hematoma se desenvolve rapidamente se a artéria maxilar for puncionada durante o bloqueio.
Bloqueio Do Nervos Alveolar Inferior	Alveolar inferior, um ramo da divisão posterior da divisão mandibular do nervo trigêmeo (V3); Incisivo; Mental; Lingual (comumente).	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);	Hematoma;-Trismo; Paralisia facial transitória (anestesia do nervo facial): produzida pelo depósito do anestésico local no corpo da glândula parótida.
Bloqueio Do Nervos Bucal	·Bucal (um ramo da divisão anterior de V3).	·Tecidos moles e periósteo bucal dos dentes molares mandibulares;	Hematoma aplicar pressão com sangramento pelo período mínimo de 3 a 5 minutos
Bloqueio Do Nervos Mandibular: A Técnica De Gow- Gates	·Alveolar inferior; ·Mental; ·Incisivo; Lingual; Milo-hióideo; Auriculotemporal; ·Bucal (em 75% dos pacientes)	·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.	Hematoma;-Trismo; Paralisia temporária do III, IV e VI nervos cranianos.
Bloqueio Mandibular De Boca Fechada De Vazirani-Akinosi	·Alveolar inferior; ·Mental; ·Incisivo; Lingual; Milo-hioideo	·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 Nervos Mental	·Mental, um ramoterminal 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 Nervos 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 pulpares 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.

PROFILAXIA ANTIBIÓTICA EM ODONTOLOGIA

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.

Pacientesalérgicos 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.

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

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. CONTROLE DE REGISTRO

Não se aplica.

7. ANEXO

Não se aplica.

ORIENTAÇÕES PÓS CIRURGICAS

As orientações abaixo são importantes para uma boa cicatrização e para evitar complicações após sua cirurgia odontológica. Siga atentamente todas as recomendações.

- Morda firmemente a gaze colocada em sua boca por 30 minutos
- Evite esforço físico, carregar peso pelo menos nas primeiras 24h pós-operatórias
- Evite ficar exposto ao Sol, calor ou fumar nas primeiras 24h pós-operatórias.
- Nas primeiras 24 a 48 horas, prefira alimentos líquidos, pastosos e frios/ gelados ou em temperatura ambiente (sucos, vitaminas, iogurte, sopas frias, purês).
- Evite alimentos quentes, duros, crocantes ou apimentados
- Mastigue, sempre que possível, do lado oposto ao da cirurgia
- Evite cuspir, fazer bochechos ou sugar (não use canudo) nas primeiras 24 horas
- Escove os dentes normalmente, evitando o local da cirurgia nas primeiras 48 horas
- 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 febre, sangramento intenso, dor intensa ou que não melhora com medicação ou inchaço aumentado após o terceiro dia, retornar à UBS ou procure por um serviço de urgência (UPA/ PS/ PA/ AMA) mais próximo de sua residência

Retorne a UBS para avaliação e remoção da sutura (tirar os pontos) em : _____

Ass. do paciente ou responsável _____

Ass. Dentista _____

ORIENTAÇÕES PÓS RESTAURAÇÕES

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 _____

ORIENTAÇÕES PÓS ACESSO ENDODÔNTICO

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 _____

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE PRÓTESE DENTÁRIA

Eu, _____
paciente ou, responsável legal de _____,
portador (a) do RG nº _____, CPF nº _____,
Data de Nascimento: _____, declaro que recebi a(s) Prótese(s) Dentária(s)
confeccionada(s) pelo profissional cirurgião(ã)- dentista, _____
CROSP nº _____, na Unidade de Saúde: _____,
conforme segue:

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

Prótese Mandibular: () 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. Dúvidas em relação à Lei Geral de Proteção de Dados poderão ser esclarecidas através do e-mail: encarregadolgpd@prefeitura.sp.gov.br

ORIENTAÇÕES GERAIS
Observar período de adaptação com as novas próteses Iniciar com alimentação macia; pedaços pequenos; evitar alimentos muito duros ou pedaços grandes. Observar período de adaptação na fala
CUIDADOS COM PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL (PT) OU PROTESE 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

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

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.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS MÉDICAS NA ODONTOLOGIA

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.
- 7)

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 (\geq 140 mmHg ou \geq 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 Heimlich 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 epiléptica, geralmente são: perda de consciência, perda do tônus muscular e pode haver também relaxamento esfíncteriano, 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:

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

FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS COM TRABALHOS PROTÉTICOS – POR PACIENTE

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE:

SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE:

NOME DA UNIDADE:

NOME DO PROFISSIONAL:

Data da Notificação: / /

Nome completo do paciente:

Data de Nascimento:

CNS:

Item do trabalho com intercorrência:

- PT PPR PT + PPR Prótese Fixa
 Aparelho ortodôntico/ortopédico Placa de Bruxismo

Fase do trabalho com intercorrência (se necessário, assinalar mais de uma opção) :

- Acrilização Armação metálica Plano de Cera Moldeira individual Coroa Provisória
 Entrega do aparelho ortodôntico/ortopédico Montagem dos dentes Prova da aplicação em resina
 Entrega da placa de bruxismo Entrega do Núcleo Prova da estrutura metálica (PPF) Ponto de solda Entrega da Prótese Fixa Outros: _____

Arco:

- Superior Inferior Superior + Inferior

Especificar:

- Repetição Devolução

Assinale uma ou mais opções de intercorrências deste trabalho:

- Fase entregue com atraso Perda do modelo Fratura do modelo Falta de adaptação da peça
 Peça veio fraturada Fratura após uso da peça Troca de trabalhos Cor errada Formato do dente errado Plano de cera insatisfatório Moldagem incorreta Falta de linha de referências Modelo com bolhas e/ou outras imperfeições Moldagem com bolhas e/ou outras imperfeições Comanda preenchida incorretamente Outros: _____

Descrição da intercorrência:

Ação necessária:

- Nova moldagem Nova tomada de cor Novo plano de cera Nova prova dos dentes Reinício do tratamento do paciente (em caso de perda do trabalho) Outros: _____

Descrição da ação:

Laboratório notificado da intercorrência: Sim Não Se “Não”, informar motivo:

Assinatura do Cirurgião-Dentista

FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS COM TRABALHOS PROTÉTICOS – POR PROFISSIONAL

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE:

SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE:

NOME DA UNIDADE:

NOME DO PROFISSIONAL:

Mês/ano de referência:

Número de pacientes com intercorrências:

Número de trabalhos (por item) com intercorrência:

PT: PPR: PT + PPR: Prótese Fixa:

Aparelho ortodôntico/ortopédico: Placa de Bruxismo:

Número de trabalhos (por fase) com intercorrência:

Acrilização: Armação metálica: Plano de Cera: Moldeira individual:

Coroa Provisória: Entrega do aparelho ortodôntico/ortopédico:

Montagem dos dentes: Prova da aplicação em resina:

Entrega da placa de bruxismo: Entrega do Núcleo: Prova da estrutura metálica (PPF):

Ponto de solda: Entrega da Prótese Fixa: Outros:

Número de trabalhos (por tipo de arco) com intercorrências:

Superior: Inferior: Superior + Inferior:

Número de trabalhos por:

Repetição: Devolução:

Número de intercorrências por:

Fase entregue com atraso: Perda do modelo: Fratura do modelo:

Falta de adaptação da peça:

Peça veio fraturada: Fratura após uso da peça: Troca de trabalhos:

Cor errada: Formato do dente errado: Plano de cera insatisfatório:

Moldagem incorreta: Falta de linha de referências: Modelo com bolhas e/ou outras

imperfeições: Moldagem com bolhas e/ou outras imperfeições:

Comanda preenchida incorretamente:

Número de ações necessárias devido às intercorrências:

Nova moldagem: Nova tomada de cor: Novo plano de cera:

Nova prova dos dentes: Reinício do tratamento do paciente (em caso de perda do trabalho):

Notificação ao laboratório das intercorrências:

Sim: Não:

Informações adicionais:

Assinatura do Cirurgião-Dentista

FORMULÁRIO DE INTERCORRÊNCIAS COM TRABALHOS PROTÉTICOS – POR UNIDADE

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE:
SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE:
NOME DA UNIDADE:

Mês/ano de referência:

Número de pacientes com intercorrências:

Número de trabalhos (por item) com intercorrência:

PT: PPR: PT + PPR: Prótese Fixa:
Aparelho ortodôntico/ortopédico: Placa de Bruxismo:

Número de trabalhos (por fase) com intercorrência:

Acrilização: Armação metálica: Plano de Cera: Moldeira individual:
Coroa Provisória: Entrega do aparelho ortodôntico/ortopédico:
Montagem dos dentes: Prova da aplicação em resina:
Entrega da placa de bruxismo: Entrega do Núcleo: Prova da estrutura metálica (PPF):
Ponto de solda: Entrega da Prótese Fixa: Outros:

Número de trabalhos (por tipo de arco) com intercorrências:

Superior: Inferior: Superior + Inferior:

Número de trabalhos por:

Repetição: Devolução:

Número de intercorrências por:

Fase entregue com atraso: Perda do modelo: Fratura do modelo:
Falta de adaptação da peça:
Peça veio fraturada: Fratura após uso da peça: Troca de trabalhos:
Cor errada: Formato do dente errado: Plano de cera insatisfatório:
Moldagem incorreta: Falta de linha de referências: Modelo com bolhas e/ou outras
imperfeições: Moldagem com bolhas e/ou outras imperfeições:
Comanda preenchida incorretamente:

Número de ações necessárias devido às intercorrências:

Nova moldagem: Nova tomada de cor: Novo plano de cera:
Nova prova dos dentes: Reinício do tratamento do paciente (em caso de perda do trabalho):

Notificação ao laboratório das intercorrências:

Sim: Não:

Informações adicionais:

Assinatura do Cirurgião-Dentista
Responsável Técnico da Unidade

ATESTES PARA O LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE:

SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE:

NOME DA UNIDADE:

MÊS DE REFERÊNCIA:

ATESTES EM RELAÇÃO AO CUMPRIMENTO DO PRAZO DE ENTREGA DOS TRABALHOS PROTÉTICOS

() Atesto que os serviços prestados discriminados na planilha de monitoramento e pagamento de próteses dentárias deste mês foram entregues **a contento** (sem atraso) em relação ao cumprimento dos prazos de entrega estipulados no contrato de prestação de serviço.

() Atesto que os serviços prestados discriminados na planilha de monitoramento e pagamento de próteses dentárias deste mês foram entregues **não a contento** (com atraso) em relação ao cumprimento dos prazos de entrega estipulados no contrato de prestação de serviço.

ATESTES EM RELAÇÃO A QUALIDADE DA EXECUÇÃO DAS FASES DOS TRABALHOS PROTÉTICOS

() Atesto que os serviços prestados discriminados na planilha de monitoramento e pagamento de próteses dentárias deste mês foram entregues **a contento** em relação a qualidade das peças protéticas.

() Atesto que os serviços prestados discriminados na planilha de monitoramento e pagamento de próteses dentárias deste mês foram entregues **não a contento** em relação a qualidade das peças protéticas.

JUSTIFICATIVA:

Data: ____/____/____

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Responsável Técnico da Unidade

Assinatura do Gerente da Unidade

PLANOS DE CONTINGÊNCIA - SAÚDE BUCAL

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. CONTROLE DE REGISTRO

Não se aplica.

7. ANEXO

Não se aplica.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Eduardo Dias de. *Terapêutica medicamentosa em odontologia*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014.
- ANDRADE, Eduardo Dias de; RANALI, João. *Emergências médicas em odontologia*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em serviços de saúde*. Brasília: ANVISA, 2016. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).
- ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 1º de abril de 2013*. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 abr. 2013.
- ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. *Tratamento das infecções comunitárias e relacionadas à assistência à saúde diante da resistência microbiana – cavidade oral*. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controlere/rede_rm/cursos/atm_racional/modulo3/cavidade4.htm>. Acesso em: maio 2023.
- ARAÇATUBA. **Universidade Estadual Paulista (UNESP)**. Faculdade de Odontologia de Araçatuba. *Apostila de Endodontia*. Araçatuba: FOA-UNESP, 2015. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/departamentos/restauradora/apostila-endodontia-foa-2015.pdf>>. Acesso em: maio 2023.
- BARRETO, Roberto Carlos; PEREIRA, Gisele Aparecida Silva. *Emergência na clínica médica odontológica*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2011.
- BRASIL. *Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964*. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 abr. 1964.
- BRASIL. *Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966*. Regula o exercício da Odontologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 1966.
- BRASIL. *Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008*. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e de Auxiliar em Saúde Bucal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 dez. 2008.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. *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_de_Sa%C3%BAde_\(SUS\)](https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/Absente%C3%ADsmo_no_Sistema_%C3%9Anico_de_Sa%C3%BAde_(SUS))>. Acesso em: maio 2023.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. il.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção

- Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017.
- BRITO, Reginaldo Gonçalves. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. *Revista Neurociências*, v. 21, n. 4, p. 593-599, 2013.
- CÂNDIDO, Natália Barbosa et al. Pericoronarite: diagnóstico e tratamento. *Revista de Odontologia da UNESP*, Araraquara, v. 43, n. especial, p. 86, 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). *Código de Ética Odontológica*. Rio de Janeiro: CFO, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). *Resolução CFO nº 63, de 2005*. Dispõe sobre a responsabilidade técnica nos serviços odontológicos.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). *Urgências e emergências em odontologia*. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2023.
- CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO DO SUL. *Protocolos farmacológicos recomendados na prática odontológica*. Campo Grande: CRO-MS, 2017.
- DENTAL TRAUMA GUIDE. *Permanent teeth*. Disponível em: <http://www.dentaltraumaguide.org/Permanent_teeth.aspx>. Acesso em: maio 2023.
- FEJERSKOV, Ole; KIDD, Edwina. *Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Santos, 2005.
- GUZZO, Graziela Mendonça; GUIMARÃES, Simoni Marli; MAGALHÃES, Ana Maria Müller de. Efeitos e desafios da implantação de um sistema de verificação de segurança cirúrgica: revisão integrativa. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 4, n. 2, p. 155-164, 2014.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Facts about the universal protocol*. Washington, 2003.
- KATO, Ricardo Burato et al. Acidentes e complicações associadas às cirurgias dos terceiros molares realizadas por alunos de odontologia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Camaragibe, v. 10, n. 4, p. 45-54, out./dez. 2010.
- LIPORACI JÚNIOR, José. *Emergências médicas em odontologia*. Ribeirão Preto, 2006.
- MALAMED, Stanley Fred. *Manual de anestesia local*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- MARTINS, Herlon Saraiva. *Emergências clínicas: abordagem prática*. São Paulo: Manole, 2012.
- MAZIERO, Elisângela Cristina Sarti. *Avaliação da implantação do programa cirurgia segura em um hospital de ensino*. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.
- MONNAZZI, Marcelo Silva. Emergências e urgências médicas: como proceder? *RGO – Revista Gaúcha de Odontologia*, Porto Alegre, v. 49, n. 1, 2001.
- MORETHSON, Paul. *Farmacologia para clínica odontológica*. São Paulo: Santos, 2015.
- MUNERATO, Maria Cecília et al. Urgências em odontologia: um estudo retrospectivo. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 46, n. 1, p. 90-95, 2005.

- NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO 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/>>.
- PALLASH, Thomas Joseph; SLOTS, Jørgen. Antibiotic prophylaxis and the medically compromised patient. *Periodontology 2000*, Copenhagen, v. 10, p. 107-138, 1996.
- PRADO, Roberto. *Cirurgia bucomaxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- RESENDE, Rodrigo Gonçalves. Complicações sistêmicas no consultório odontológico. *Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais*, v. 45, 2009.
- SÃO PAULO (Município). **Secretaria Municipal da Saúde**. *Diretrizes para Atenção em Saúde Bucal*. São Paulo: SMS-SP, 2017.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Emergência odontológica na rede pública de saúde*. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal*. Brasília: SES-DF, 2017.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. *Política de Saúde Bucal do Distrito Federal*. Brasília: SES-DF, 2015.
- SILVA, Maria Aparecida Moreira. Crise hipertensiva, pseudocrise hipertensiva e elevação sintomática da pressão arterial. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 26, n. 5, p. 329-336, 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). *Revista SOBECC*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 128-133, 2015.
- TONG, David Christopher; ROTHWELL, Brian Richard. Antibiotic prophylaxis in dentistry: a review and practice recommendation. *Journal of the American Dental Association*, Chicago, v. 131, p. 366-374, 2000.
- VERRI, Rodrigo Augusto; VERGANI, Simone Aparecida; LIMA, Eduardo Antonio Pereira. *Emergências médicas na prática dental: prevenção, reconhecimento e condutas*. 2. ed. Ribeirão Preto, 2009.