

**PROTOCOLO CLÍNICO
DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS NA
SAÚDE BUCAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS/MS

**NÚCLEO DE ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL**



PROTOCOLO CLÍNICO DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO À SAUDE BUCAL

DOURADOS/MS

2016

**PROTOCOLO CLÍNICO
DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS NA
SAÚDE BUCAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS/MS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

**NÚCLEO DE ATENÇÃO À
SAÚDE BUCAL**

PROTOCOLO CLÍNICO DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

2ª REVISÃO

DOURADOS/MS

2016

Elaboração:
Fabiane Müller Dezan – Cirurgiã-Dentista Gerente do Núcleo de Saúde Bucal

Co-autores:

Alessandra Oshiro - Cirurgiã-Dentista ESF.
Ana Cristina Castilho Sanches - Cirurgiã-Dentista ESF.
Ariene Batista B. Ribeiro - Cirurgiã-Dentista ESF.
Carlos Alberto Regigani – Cirurgião- Dentista CEO II.
Éder Benites de Mattos – Cirurgião-Dentista ESF.
Edson Hiroshi Muraki - Cirurgião-Dentista ESF.
Elias Merege Neto - Cirurgião-Dentista ESF.
Elinelson José Limberti – Cirurgião-Dentista CEO II.
Elizandra de Queiroz Venâncio - Cirurgiã-Dentista ESF.
Elza M^a de Queiroz Venâncio de Paula - Cirurgiã-Dentista ESF.
Fernando Jorge da Silva – Cirurgião-Dentista ESF.
Humberto Luis Candêo Fontanini - Cirurgião-Dentista ESF.
Jaconias Ulisses Marques Jr. - Cirurgião-Dentista ESF.
Karen Letícia Tarasiuk - Cirurgiã-Dentista ESF.
Luis Augusto de Oliveira - Cirurgião-Dentista ESF.
Mileni Sant'ana Baptista - Cirurgiã-Dentista ESF.
Paula Miyasaki - Cirurgiã-Dentista ESF.
Sílvia Elisa Parizi Merege – Cirurgiã-Dentista APAE.
Oscar Benedito da Mota – Cirurgião-Dentista ESF.
Urias Saturnino - Cirurgião Dentista ESF.
Vivaldi de Oliveira Filho – Cirurgião-Dentista ESF.

Este protocolo foi elaborado em 2014 conforme consenso dos plantonistas estatutários da Rede Municipal de Saúde Bucal visando à adequação e aumento da resolutividade do serviço de Urgência em Odontologia no município de Dourados – MS.

ÍNDICE

Introdução	6
Urgências de Origem Dentária	8
Cárie.....	8
Pulpite reversível ou hiperemia pulpar	8
Pulpite irreversível	8
Hipersensibilidade dentinária	9
Pericementite aguda simples.....	9
Pericementite apical aguda supurada.....	9
Pericementite apical aguda traumática.....	10
Abscesso periapical agudo.....	10
Abscesso periapical recorrente(Fênix).....	11
Urgências de Origem Periodontal	12
Abscesso periodontal	12
Doença periodontal necrosante (GUN e PUN).....	12
Pericoronarite/abscesso pericoronário.....	12
Mobilidade grau IV.....	13
Urgências de Origem Traumática	14
Concussão.....	14
Subluxação dentária.....	14
Extrusão dentária.....	14
Luxação lateral.....	15
Avulsão.....	15
Intrusão.....	15
Fraturas coronárias.....	16
Fraturas corono-radiculares.....	16
Fraturas radiculares.....	16

Urgências de Origem Hemorrágica.....	17
Disfunções Têmporo-Mandibulares (DTM).....	18
Casos específicos.....	20
Procedimentos não realizados em Urgência Odontológica – UPA	21
Referências	22

INTRODUÇÃO

O atendimento às urgências odontológicas na atenção básica está amparado pela Política Nacional de Saúde Bucal que prevê o acolhimento dos usuários em situação de urgência odontológica, e refere que cada localidade deverá organizar os serviços de saúde bucal conforme a sua realidade e avaliação da situação de risco e de vulnerabilidade.

Sob a perspectiva dos cuidados em saúde bucal, observa-se que, na maioria das vezes, que as situações de dor ou sofrimento não implicam risco de vida, exceto infecções orofaciais disseminadas, que se não tratadas corretamente e a tempo, podem evoluir para uma condição de risco de vida por obstrução das vias aéreas superiores ou por septicemia, bem como hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de traumas ou cirurgias. Independentemente do tipo da urgência, todas necessitam de condutas prioritárias para avaliar os sintomas dolorosos agudos e restabelecer a função prejudicada pela situação de urgência.

Este protocolo se aplica ao cirurgião-dentista da atenção básica e ao cirurgião dentista plantonista específico para facilitar o atendimento de urgências odontológicas na prática clínica cotidiana, além de esclarecer fluxos de encaminhamento em casos mais graves.

O serviço odontológico para atendimento de urgência no município de Dourados conta com local de atendimento exclusivo para urgências localizado na Unidade de Pronto Atendimento (**UPA**) **que funciona dias de semana das 18:00 às 0:00, sábados, domingos e feriados das 6:00 às 18:00**. Além deste local, o município também conta com as seguintes unidades básicas de saúde com funcionamento noturno: **UBS Seleta, UBSF Parque das Nações II e UBSF Vila Vargas**. O serviço das unidades acima **não é exclusivo para o atendimento de urgências**, e sim de livre demanda para atendimento de condições clínicas de rotina como restaurações e outros procedimentos eletivos. O atendimento odontológico noturno nas unidades UBS Seleta, UBSF Parque das Nações II está disponível de segunda à sexta das 17:00 às 23:00. O serviço da unidade UBSF Vila Vargas está disponível às segundas, quartas e sextas das 17:00 às 23hs.

Os casos de urgência durante o período diurno devem ser realizados na unidade de saúde de referência do usuário do SUS pelo cirurgião-dentista da equipe local. Não é permitido encaminhamento à UPA proveniente do serviço diurno, a não ser em casos específicos da falta do cirurgião-dentista local por justificativa plausível ou a falta de condições técnicas para a realização dos procedimentos odontológicos específicos. Nestes casos, o cirurgião-dentista deve fazer um encaminhamento formal citando, além do quadro clínico do usuário, o motivo técnico pelo qual não realizou o atendimento de urgência em sua unidade.

Embora todos os quadros que se encaixam no perfil de urgência odontológica tenham necessidade de rapidez no atendimento, são considerados usuários prioritários em ordem de atendimento:

- Melhor idade (> 60 anos);
- Menores de 12 anos;
- Gestantes;
- Mulheres em fase de amamentação ou com filhos até 02 anos de idade;
- Usuários portadores de condições especiais de locomoção com defeitos físicos de origem congênita ou ambiental, ou privação de sentidos (visão, audição e fala).

URGÊNCIAS DE ORIGEM DENTÁRIA

CÁRIE

Quando a lesão cariosa for muito profunda, a queixa do usuário será sensibilidade ao frio, doce e pressão cavitária. Será sempre uma dor provocada, NUNCA ESPONTÂNEA, e cessa com a remoção do agente agressor.

- **Tratamento:** remoção de tecido cariado e selamento com material biocompatível (cimento de ionômero de vidro ou óxido de zinco e eugenol).
- Contra-referência para o retorno do usuário em sua unidade de origem para continuidade do tratamento.

PULPITE REVERSÍVEL – HIPEREMIA PULPAR

Dor provocada que permanece ainda por um tempo após a suspensão da irritação.

- **Tratamento:** remoção de tecido cariado, proteção pulpar com materiais à base de hidróxido de cálcio dependendo da profundidade e exposição pulpar indireta ou direta. Selamento da cavidade com material biocompatível (cimento de ionômero de vidro ou óxido de zinco e eugenol);
- Contra-referência para o retorno do usuário em sua unidade de origem para continuidade do tratamento.

PULPITE IRREVERSÍVEL:

Dor muito intensa, contínua e espontânea que aumenta em decúbito; dor difusa e, às vezes, referida; dente vital e sensível a testes térmicos.

- **Tratamento:** anestesia e remoção parcial ou total do tecido pulpar de acordo com a técnica de pulpotomia ou pulpectomia. Medicação intra-canal com material biologicamente compatível segundo a técnica utilizada e selamento com cimento de ionômero de vidro ou óxido de zinco e eugenol;
- Avaliação caso a caso para o uso de analgésicos ou antiinflamatórios;
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento do caso ou para que estas encaminhem ao serviço especializado quando necessário.

HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA

Dor iniciada no colo dentário, causada por exposição dentinária ao meio bucal. Ao exame clínico o dente responde aos testes de sensibilidade e não apresenta lesão cariosa nem fissura; dor aguda, breve e lancinante que cessa quando o estímulo (o qual pode ser mecânico, químico ou térmico) é suspenso.

- **Tratamento:** essencialmente etiológico, com supressão dos estímulos dolorosos e mudança nos hábitos dos pacientes (por exemplo: modificações na escovação traumática ou dieta). Adicionalmente, pode ser feita a aplicação local de agentes químicos (compostos fluorados ou dessensibilizantes dentinários específicos) para selamento dos canalículos dentinários.
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento do caso.

PERICEMENTITE APICAL AGUDA SIMPLES

Dor espontânea e contínua, de intensidade leve a severa; **sensibilidade à percussão; testes de sensibilidade têm resposta negativa.**

- Tratamento: investigar durante a anamnese se o usuário iniciou tratamento endodôntico. Se não, ou seja, sem Preparo Químico Mecânico (PQM), será necessário realizar penetração desinfetante, irrigação abundante com solução de hipoclorito de sódio e medicação intra-canal com compostos biocompatíveis; se sim (com PQM iniciado) irrigação e curativo com material à base de hidróxido de cálcio. Em ambos os casos, mantém-se o dente em infra-oclusão com selamento duplo com lâmina de gutapercha e cimento de ionômero de vidro ou óxido de zinco e eugenol; poderá ser prescrito analgésico, mas é contraindicado o uso de anti-inflamatório. O uso de antimicrobiano deve ser ponderado caso a caso.
- Contra-referência unidade básica para que esta encaminhe ao serviço especializado de endodontia.

PERICEMENTITE APICAL AGUDA SUPURADA

Consiste na evolução da pericementite apical aguda simples; aumento dos sinais anteriormente descritos; observa-se leve mobilidade, extrusão dentária e tumefação dolorosa à palpação apical.

- **Tratamento:** tentar estabelecer drenagem via canal após cuidadosa penetração desinfetante com solução à base de hipoclorito de sódio; medicação intra-canal com material biocompatível e selamento duplo temporário como citado anteriormente com dente em infra-oclusão. Prescrição de antibióticos e analgésicos. O uso de anti-inflamatórios neste caso é totalmente contra-indicado. Se houver recidiva de dor em 24 horas, abrir e repetir o procedimento visando a drenagem do exudato via canal. Caso não ocorra a drenagem o elemento dentário poderá ficar aberto por no máximo

24 horas para uma ação efetiva do antimicrobiano via oral e diminuição do exudato periapical.

- Após 24 horas é realizada a penetração desinfectante realizar novo curativo de demora e selamento temporário duplo com dente em infra-oclusão.
- Contra-referência ao serviço de urgência UPA quando o tempo indicado de 24 horas, em caso de dentes abertos sem selamento, se der em final de semana ou feriado; caso este prazo se dê em dias de semana a contra-referência deve ser para a UNIDADE BÁSICA de origem do usuário para a realização da segunda etapa do tratamento.

PERICEMENTITE APICAL AGUDA TRAUMÁTICA

Trata-se de uma pericementite apical aguda de origem traumática; não há infecção relacionada; o trauma pode ser decorrente de uma sobreinstrumentação, movimentação ortodôntica, restauração em contato prematuro.

- **Tratamento: se excluída infecção como causa**, coloca-se o dente em infraoclusão, prescrevendo anti-inflamatório e analgésico.
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento se a pericementite for traumática; contra-referência direta (sem agendamento no SISREG) ao serviço especializado de Endodontia, se o problema for por sobreinstrumentação endodôntica.

ABCESSO PERIAPICAL AGUDO

Processo inflamatório agudo, caracterizado pela formação de pus, que afeta os tecidos, envolvendo a região apical; tem evolução rápida e causa dor violenta, especialmente, quando a coleção de pus não foi exteriorizada. Pode desenvolver-se como sequência de uma pericementite apical aguda, granuloma dental ou abscesso apical crônico. Dor referida como pulsátil, sensação de pressão na área, sensação de dente crescido, podendo estar presente tumefação no fundo do vestíbulo e mobilidade dental; sensibilidade extrema à percussão e palpação.

- **Tratamento:** tentar drenagem via canal ou ligamento periodontal. Uso de analgésico e antibiótico quando houver edema associado; na presença de tumefação inicial, pode-se aplicar calor local (ex.: bochechos com água morna e um pouco de sal, que atuam contra microrganismos pela mudança na pressão osmótica). Evita-se assim drenagem espontânea pela pele que pode resultar em cicatriz. Para estabelecer drenagem por incisão, o paciente deve estar sob ação de antibiótico antes da intervenção pelo menos uma hora.
- **Reavaliação em 48 horas.** Se os sinais e sintomas regredirem realizar a penetração desinfectante, curativo de demora e selamento temporário duplo com dente em infra-oclusão.
- Contra-referência ao serviço de UPA quando o tempo indicado de 48 horas se der em final de semana ou feriado; caso este prazo se dê em dias de semana a contra-

referência deve ser para a UNIDADE BÁSICA de origem do usuário para a realização da segunda etapa do tratamento.

ABCESSO RECORRENTE (FÊNIX)

Quando ocorre a reagudização de um abscesso periapical crônico ou um granuloma, tem-se o chamado abscesso fênix; observam-se os mesmos sinais da pericementite aguda supurada.

- **Tratamento:** proceder conforme abscesso periapical agudo levando em consideração o uso de antibióticos específicos para infecções orais resistentes.
- **Reavaliação em 48 horas.** Se os sinais e sintomas regredirem realizar a penetração desinfectante, curativo de demora e selamento duplo temporário com dente em infra-oclusão.
- Contra-referência ao serviço de urgência UPA quando o tempo indicado de 48 horas se der em final de semana ou feriado; caso este prazo se dê em dias de semana a contra-referência deve ser para a UNIDADE BÁSICA de origem do usuário para a realização da segunda etapa do tratamento.

URGÊNCIAS DE ORIGEM PERIODONTAL

ABCESSO PERIODONTAL

Decorre da evolução de uma bolsa periodontal, lesão endopério ou complicação de fratura ou fissura radicular; se há drenagem espontânea a sintomatologia é insignificante, caso contrário, o paciente pode relatar dor pulsátil e localizada. Testes de vitalidade pulpar são positivos quando as situações não envolverem lesão endopério.

- **Tratamento:** introdução de uma sonda milimetrada/exploradora na bolsa periodontal e realização de movimentos pendulares para permitir a drenagem do pus; se houver zona de flutuação, está indicada drenagem cirúrgica por meio de incisão da mucosa com prescrição antimicrobiano com 1 hora de antecedência; prescrição de antimicrobianos específica para infecções periodontais e analgésico.
- Contra-referência unidade básica para que esta encaminhe ao serviço especializado se houver necessidade.

DOENÇA PERIODONTAL NECROSANTE (GUN E PUN)

A anamnese revela fortes dores irradiadas, linfadenopatia satélite, gengiva avermelhada recoberta por uma camada cinzenta, destruição das papilas com aspecto crateriforme.

- **Tratamento:** limpeza das lesões com clorexidina (solução a 0,12%), complementada por uma prescrição antimicrobiana de amplo espectro, analgésicos e bochechos com clorexidina a 0,12%.
- Contra-referência direta para o serviço especializado de Periodontia (sem agendamento no SISREG).

PERICORONARITE/ABCESSO PERICORONÁRIO AGUDO

Em fase inicial (aguda congestiva), observa-se mucosa eritematosa, edemaciada, recobrando parcialmente a coroa; na fase aguda supurada da infecção observa-se dor forte, otalgias, disfagia e trismo; pode haver febre; na fase crônica, podem ocorrer linfadenopatia indolor e supuração.

- **Tratamento:** na primeira fase, consiste em analgesia e bochechos antissépticos (clorexidina a 0,12%); na segunda e terceira fases: antibiótico de largo espectro, analgésicos, miorrelaxantes (quando necessário em função do trismo) e, igualmente, bochechos com solução de clorexidina a 0,12%.

Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento e para que estas encaminhem ao serviço especializado.

MOBILIDADE GRAU IV

São os casos de dentes com comprometimento periodontal avançado, com deslocamento vertical e função alterada. Muitas vezes, apresenta componente estético importante para o paciente.

- **Tratamento:** existem diversas manobras de urgência, desde contenção com material disponível no consultório, até exodontia do elemento e confecção de uma prótese adesiva com o mesmo. O profissional deve adotar a medida observando os recursos disponíveis; resguarda-se, assim, o paciente quanto a uma perda espontânea do elemento dentário.
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento ou para que estas encaminhem ao serviço especializado, se necessário.

URGÊNCIAS DE ORIGEM TRAUMÁTICA

CONCUSSÃO

Traumatismo moderado, sem grande repercussão no periodonto; **não há mobilidade e deslocamento**; relato de sensibilidade à percussão ou à mastigação.

- **Tratamento:** indica-se proervação em função da idade do paciente e, em caso de dentição decídua, acompanha-se o processo de reabsorção radicular; se dentição permanente, é possível realizar desgaste seletivo havendo contato prematuro; orienta-se alimentação macia quando a mastigação for dolorosa.
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento.

SUBLUXAÇÃO DENTÁRIA

Dor discreta, aumentada com percussão, pequena mobilidade; **não há deslocamento**; pode haver sangramento pelo sulco gengival.

- **Tratamento:** realiza-se prescrição de analgésicos e bochechos à base de clorexidina 0,12% para se evitar infecção local; em dentição permanente, se a mobilidade for grande, deve-se utilizar uma contenção semirrígida por duas semanas; orienta-se alimentação pastosa durante uma semana.
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento ou para que estas encaminhem ao serviço especializado, se necessário.

EXTRUSÃO DENTÁRIA

Há deslocamento do dente no sentido vestibular, palatino ou lingual; mobilidade dolorosa.

- **Tratamento:** em dentição decídua, caso o dente apresente muita mobilidade ou incômodo oclusal, a extração pode ser necessária; sem essas condições, pode-se reposicionar o dente quando a extrusão for mínima; não é recomendada contenção; orienta-se quanto à mastigação e alimentação. No caso de dentição permanente, reposiciona-se o dente com contenção semirrígida durante duas semanas.
- Se necessário, prescrição de analgésicos e bochechos à base de clorexidina.
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento ou para que estas encaminhem ao serviço especializado, se necessário.

LUXAÇÃO LATERAL

Observa-se deslocamento lateral do dente, lingual ou palatina, com interferências oclusais; frequentemente há fratura alveolar associada.

- **Tratamento:** quando ocorre na dentição decídua, faz-se a exodontia e, nos casos de fratura alveolar associada, redução por pressão digital vestibular e palatina com posterior sutura. E em dentição permanente, reposiciona-se o elemento dentário, realiza-se pressão digital para redução da fratura alveolar e aplica-se contenção rígida pelo período de três a seis semanas; prescrição de analgésicos e bochechos; na dependência da condição bucal ruim, associa-se antibioticoterapia.
- Referência ao serviço de trauma (**Hospital da Vida**) aos cuidados da especialidade de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

AVULSÃO

Confirma-se, com cureta cirúrgica ou instrumento de ponta romba, se o alvéolo está vazio (pois muitas vezes pode ter ocorrido intrusão total) e se não há outros traumatismos associados.

- Tratamento: se houver tempo de exposição inferior à uma hora e condições adequadas de conservação do dente (laceração mínima do ligamento periodontal e elemento dentário limpo) ele é recolocado imediatamente em seu alvéolo e aplica-se contenção semirrígida por, no mínimo, 4 semanas; prescreve-se analgésicos e bochechos à base de clorexidina;
- **Não são realizados reimplantes em dentição decídua.**
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento ou para que estas encaminhem ao serviço especializado, se necessário.

INTRUSÃO

- Irriga-se e limpa-se a área para localizar o dente.
- **Tratamento:** tanto em dentição permanente quanto na decídua, proserva-se, aguardando a reerupção; prescrevem-se analgésicos e bochechos à base de clorexidina, se necessário.
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento.

FRATURAS CORONÁRIAS

Fratura coronária envolvendo somente esmalte.

- **Tratamento:** com perda mínima de substância, faz-se um simples desgaste sob irrigação; pode ser aplicado verniz com flúor para evitar sensibilidade; em caso de perda maior, faz-se a colagem do fragmento (se ele for encontrado), ou restauração convencional. Prescrevem-se analgésicos quando necessário, reforçando-se a realização da higiene bucal.
- Contra-referência para a unidade básica de saúde para continuidade do tratamento.

Fratura coronária de esmalte e dentina sem exposição pulpar.

- **Tratamento:** realiza-se proteção do complexo dentinopulpar, se necessário, colagem do fragmento ou reconstituição com cimento de ionômero de vidro quimicamente ativado se não houver condições de restauração convencional. Prescrevem-se analgésicos quando necessário, reforçando-se a realização da higiene bucal.
- Contra-referência para a unidade básica de saúde para continuidade do tratamento.

Fratura coronária com exposição pulpar.

- **Tratamento:** procede-se ao capeamento direto à base de hidróxido de cálcio seguido de reconstrução coronária por colagem de fragmento ou cimento de ionômero de vidro quimicamente ativado quando não houver condições de restauração convencional imediata; proserva-se o usuário para avaliação da sintomatologia; em muitos casos, faz-se necessário radiografia para observar o grau de rizogênese dentária; se não houver disponibilidade de raio X, recomenda-se preservar o usuário observando a idade dele, sua sintomatologia e, se necessário, realizar pulpotomia como tratamento conservador.
- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento ou para que estas encaminhem ao serviço especializado, se necessário.

FRATURA CORONO-RADICULAR

- **Tratamento:** se a fratura for alta (em relação ao nível gengival), realiza-se a extração do fragmento móvel, preparo da estrutura dentária remanescente e reconstrução com cimento de ionômero de vidro quimicamente ativado; se a fratura for abaixo do nível gengival, pode-se optar por gengivoplastia ou gengivectomia ao nível do traço de fratura, selamento provisório e procedendo a reconstrução após cicatrização; se ocorrer fratura combinada a uma exposição pulpar, remove-se o fragmento, efetua-se capeamento ou pulpotomia e selamento com cimento de óxido de zinco e eugenol ou CIV quimicamente ativado; preconiza-se exodontia quando a fratura se estender em profundidade superior a um terço da raiz clínica (necessidade de RX periapical).

- Contra-referência ao serviço das unidades básicas para acompanhamento ou para que as unidades básicas encaminhem ao serviço especializado, se necessário.

FRATURAS RADICULARES

- **Tratamento:** traumas envolvendo terços médio e apical demandam diagnóstico radiográfico, porque os procedimentos dependem do nível do traço de fratura. No entanto, sem disponibilidade de raio-X, realiza-se pressão digital para reduzir a fratura, orientações quanto à dieta e higiene oral e encaminhamento á unidades com RX para que seja feito o diagnóstico adequado.
- Contra-referência ao serviço de unidade básica para acompanhamento do quadro ou encaminhamento para avaliação da fratura pela especialidade de Endodontia.

URGÊNCIAS DE ORIGEM HEMORRÁGICA

Quando a hemorragia bucal está associada a uma medicação, por exemplo anticoagulantes, o controle espontâneo é muito difícil. Além das etapas anteriores, é necessário associar medidas com a equipe médica local ou de referência do usuário. No caso de hemorragia bucal espontânea as causas podem ser múltiplas. O procedimento de urgência primário é a compressão gengival das zonas de hemorragia com gaze estéril ou material semelhante. As lesões periodontais, se existentes, e a higiene bucal em seu conjunto devem ser cuidadosamente observados. Se houver suspeita de comprometimento sistêmico (além do periodontal) é importante referenciar o usuário para avaliação médica.

- **Tratamento:** faz-se necessário limpar a cavidade, retirando o coágulo anterior, para visualizar o sítio hemorrágico com objetivo de verificar a presença ou não de ápices residuais, tecido de granulação ou fragmentos ósseos móveis para sua posterior remoção. Após lavagem e curetagem do alvéolo, coloca-se curativo hemostático bioabsorvível e sutura. Para finalizar, comprime-se, localmente, durante 15 a 20 minutos. Devem ser reforçadas as instruções pós-operatórias como: redução de atividade e esforços físicos, alimentação pastosa fria ou gelada durante 24 horas, evitando-se bochechos e fumo nas primeiras 24 horas após a intervenção. Em geral, o tratamento de uma hemorragia local se resume a três procedimentos: **revisão, sutura e compressão.**
- Medicação coadjuvante: a critério profissional.
- Contra-referência ao serviço de unidade básica para acompanhamento do quadro quando este for estabilizado com as manobras básicas, ou referência à UPA (se o caso for atendido no período noturno ou Hospital da Vida, se diurno, via SAMU para avaliação médica pertinente ao quadro não estabilizado mesmo após medicação anti-hemorrágica coadjuvante.

DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (DTM)

URGÊNCIAS DO APARELHO ESTOMATOGNÁTICO – ALGIAS E DISFUNÇÕES

O distúrbio da articulação têmporo-mandibular se apresenta por meio de uma grande variedade de manifestações clínicas envolvendo músculos, a própria articulação ou a associação dessas duas estruturas. Para um diagnóstico diferencial e tratamento adequado o exame das relações oclusais é inevitável. No entanto, em um atendimento de urgência, essa avaliação costuma ser dificultada pelo quadro de dor ou limitação de abertura bucal, sendo então, postergada para definição da etiologia e encaminhada para o manejo de um profissional especializado.

LUXAÇÃO CONDILAR BILATERAL/SUBLUXAÇÃO CONDILAR UNILATERAL

- A luxação caracteriza-se pelo deslocamento do processo condilar bilateralmente para fora da cavidade mandibular, de forma a se posicionar sobre a face anterior da eminência articular. Pode ser provocada por um traumatismo ou por um movimento de abertura bucal forçada. Nessa condição, os côndilos são palpáveis na frente das depressões pré-auriculares e o usuário é incapaz de reposicionar a mandíbula sem ajuda. A subluxação é a condição onde apenas um lado da articulação se desloca para fora da cavidade mandibular.
- Referência ao centro de trauma (Hospital da Vida) via SAMU aos cuidados da especialidade de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial se o profissional não estiver seguro das manobras de recolocação da ATM descritas na literatura.

DISFUNÇÃO MUSCULAR

A fadiga muscular causada por alguns hábitos bucais crônicos tais como bruxismo, apertamento e distúrbios oclusais modifica a função mastigatória normal levando à sintomatologia dolorosa da musculatura mastigatória podendo levar a dores reflexas na cabeça e coluna cervical. Outro aspecto clínico adicional é a limitação de abertura bucal, deslocamentos assimétricos dos côndilos mandibulares na abertura de boca e estalidos na ATM..

- **Tratamento de urgência:** sugerem-se analgésico, anti-inflamatório e miorrelaxante.
- Orientação para referência a um especialista na área de DTM.

CASOS ESPECÍFICOS

COLAGEM DE PEÇAS PROTÉTICAS COM CIMENTO TEMPORÁRIO EM DENTES ANTERIORES E POSTERIORES

- Realizar quando há condições periodontais e condições para isolamento relativo adequado, **principalmente em dentes anteriores**.
- Contra-referência para profissional especializado da rede particular para cimentação definitiva apropriada.

REMOÇÃO DE SUTURAS

- Realiza-se normalmente. Contra-referência somente se há necessidade de manutenção da sutura por mais tempo do que o indicado (mais de sete dias).

TRATAMENTO DE ALVEOLITE

- Realiza-se tratamento conforme o quadro: alveolite seca ou úmida de acordo com a técnica preconizada pela literatura. Contra-referência ao serviço de unidade básica para acompanhamento do quadro.

EXODONTIA DE DENTES DECÍDUOS

- Pode ser realizada normalmente. Não há necessidade de contra-referência.

SUTURA SIMPLES DE CAVIDADE BUCAL

- Devem ser realizadas em lesões traumáticas nas quais a hemorragia possa ser contida por meio de sutura simples em lábios e cavidade bucal.
- Ferimentos amplos e profundos com necessidade de sutura em planos ou de avaliação especializada devem ser referenciados a UPA se em período noturno, ou ao Hospital da Vida aos cuidados da especialidade de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.

PROCEDIMENTOS NÃO REALIZADOS NA URGÊNCIA ODONTOLÓGICA EXCLUSIVA - UPA

- **TRATAMENTO RESTAURADOR DEFINITIVO:** amálgama, resina composta, cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável;
- **SELANTES;**
- **RASPAGENS SUPRA-GENGIVAIS** sem finalidade de alívio de sintomas periodontais agudos;
- **EXODONTIAS SIMPLES ELETIVAS, EXODONTIAS DE ELEMENTOS INCLUSOS/IMPACTADOS, DENTES COM COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL, DENTES COM LESÕES PERIAPICAIS OU LOCAIS EXTENSAS QUE NECESSITEM DE BIÓPSIA, DENTES COM ANQUILOSE, DENTES COM DILACERAÇÃO OU ANOMALIAS RADICULARES SEVERAS.** Estes casos devem ser diagnosticados com auxílio de radiografia e contra-referenciados para as unidades básicas para que estas encaminhem para a especialidade no CEO II.
- **REDUÇÃO DE FRATURA DENTO-ALVEOLAR MÚLTIPLA** com comprometimento alveolar acentuado; referência ao Hospital da Vida – Cirurgia Buco-Maxilo-Facial.
- **APLICAÇÕES DE FLÚOR** que não sejam sob a forma de verniz para hipersensibilidade dentinária;

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica – Acolhimento à Demanda Espontânea II.** nº28; Brasília, 2012. 254 p. il.

Dourados, Mato Grosso do Sul. Prefeitura Municipal de Dourados. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Saúde Bucal. **Protocolo de Referência Integrado de Atenção à Saúde Bucal.** nº 1; Dourados, 2007. 11p.