

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE UBERABA

PROTOCOLO CLÍNICO

**URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA UPA**

2020



PREFEITURA DE
UBERABA

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA

Prefeito Municipal
Paulo Piau Nogueira

Secretário Municipal de Saúde
Iraci José Neto

Secretário Adjunto de Saúde
Luciano Correa de Paiva

Diretora da Diretoria de Atenção à Saúde
Elaine Teles Vilela

Diretor da Diretoria de Auditoria e Regulação
Luís Gustavo Rimoli

Chefe do Departamento de Saúde Bucal
Marcia Helena Destro Nomelini

EQUIPE TÉCNICA

Comissão de Odontologia

Abadia Cartafina Perez Borges

Cintia Lemes

Cristina Stark Rezende Higinio

Elielma Helena de Lima Ribeiro

Patrícia Batista Batistuta Manzi de Oliveira

Revisores

Cintia Lemes – Cirurgiã Dentista da Atenção Primária

Cristina Stark Rezende Higinio– Cirurgiã Dentista da Atenção Primária

Christiano Silva Sallum - Auditor

Siglário

PA – Pro Análise

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DTM – Disfunção Têmporo Mandibular

ATM – Articulação Têmporo Mandibular

GUN – Gengivite Ulcerativa Necrosante

GUNA - Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

PUN - Periodontite Ulcerativa Necrosante

HSV – Vírus do Herpes Simples

HHV – Herpes Vírus Humano

Apresentação

A Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, através do Departamento de Saúde Bucal e com a colaboração dos profissionais de saúde bucal da rede municipal, vem apresentar os Protocolos de Atenção à Saúde Bucal de Uberaba: Protocolo Clínico e de Fluxo da Atenção Primária; Protocolo Clínico da Atenção Secundária e Protocolo de Urgência e Emergência.

A elaboração destes protocolos vem atender à necessidade de organização do serviço através de condutas embasadas cientificamente, com ações estruturadas segundo os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade e da Política Nacional de Saúde Bucal tais como gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional, possibilitando o alcance dos usuários à promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Dentre os pressupostos do modelo de atenção em saúde bucal vigente e em consonância com o trabalho aqui proposto podem ser ressaltados a garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços, integralidade nas ações de saúde bucal, planejamento das ações subsidiado pela epidemiologia e informações do território onde se desenvolve a prática de saúde.

A padronização de rotinas, condutas diagnósticas, terapêuticas e de acolhimento dos usuários na atenção em saúde bucal, vem de encontro à melhoria da qualidade nas ações e serviços, definição de prioridades, humanização do atendimento, otimização dos custos e resolubilidade nas ações.

O estabelecimento de critérios de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os Centros de Especialidades Odontológicas visa evitar encaminhamentos desnecessários para outros níveis de atenção assim como instrumentalizar a prática clínica e de gestão relativas às principais especialidades odontológicas. Sendo assim é essencial que as equipes de saúde bucal estejam organizadas para disponibilizar aos usuários o acesso aos serviços, promover a melhoria na atenção, a longitudinalidade do cuidado com o acompanhamento da evolução dos tratamentos e melhorar a cobertura dos serviços de saúde bucal.

Esses protocolos não tem pretensão de ser conclusivo, trata-se de uma referência técnica e científica capaz de levar as informações básicas, fundamentais à organização das ações de saúde bucal no Município e pretende-se que seja alterado conforme as mudanças necessárias para melhor enfrentamento possível dos problemas e das demandas existentes.

Iraci José de Souza Neto
Secretário Municipal de Saúde de Uberaba

Sumário

Siglário	4
Apresentação	5
Introdução	7
1. Conceito	7
2. Doenças Pulpares.....	9
3. Doenças do Periodonto.....	11
4. Intercorrências de tratamento odontológico	16
5. Hemorragias	19
6. Abscesso	21
7. Urgência em Disfunção Temporomandibular	26
8. Traumatismo	30
9. Terapêutica Medicamentosa:	42
Referências Bibliográficas:	48

Introdução

Sob a ótica de uma rede de serviços, os serviços de pronto atendimento (PA) frequentemente são uma das “portas de entrada” do sistema de saúde (e por vezes a única), e assim suas ações devem ser orientadas pelos princípios do SUS. É importante lembrar que a unidade de PA com equipamento odontológico desenvolve as ações no período em que a Atenção Básica não realiza atendimentos, ações que necessitam ser resolutivas e com qualidade, permeadas pelo princípio da humanização e do acolhimento, baseadas nas boas práticas da clínica (com qualidade e respeito à biossegurança). Nesse sentido, faz-se necessária realização efetiva de procedimentos odontológicos (ex. exodontias, drenagens de abscessos entre outros) e não apenas orientações e medicação. O indivíduo deve ser atendido de forma a resolver as suas necessidades, sem exclusão de qualquer faixa etária.

O PA é responsável pelo atendimento de urgências e emergências e representa a porta de entrada do politraumatizado, dando o primeiro atendimento e encaminhando o paciente para o hospital de referência.

Além disso, cabe destacar que o PA é referência das unidades de saúde para o atendimento de urgência que não conseguiu absorver e que se deve buscar para este (atendimento) sintonia entre o plantonista e o cirurgião-dentista que encaminhou o paciente. É importante destacar ainda que o relatório da 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal (MS 2004) reitera a necessidade de manutenção do atendimento odontológico no PA 24 horas por dia, todos os dias da semana, melhorando e garantindo a qualidade do serviço integrado ao modelo de atenção. Esse destaque também é efetuado na Política Nacional de Saúde Bucal (MS 2004) e é um direito precípuo de cidadania.

1. Conceito

A distinção conceitual entre diferentes condições clínicas também se torna muito importante.

URGÊNCIA como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”. E

EMERGÊNCIA como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Vê-se a partir dos conceitos que nos casos de emergência há risco iminente de interrupção da vida ou sofrimento muito intenso. E isso faz desta condição clínica uma prioridade absoluta, muito embora ambas necessitem de atendimento imediato. (RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95 e)

Urgência odontológica pode ser entendida, como medidas rápidas de atendimento que tem por objetivo aliviar os sintomas dolorosos, infecciosos da cavidade bucal. Essa condição que apresenta o paciente 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 dentista, porém pode surgir também após ou durante o tratamento odontológico.

A urgência odontológica faz parte da atenção básica, assim os casos de urgência devem, preferencialmente, ser solucionados no Pronto-Atendimento dos Hospitais Regionais (anexo I), nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) ou nas Unidades Básicas (UBS). (Protocolo de Atenção à Saúde Urgências Odontológicas - SES-DF 2017).

O atendimento de Urgência visa eliminar a dor de origem dental, controlar episódios infecciosos, tratar as consequências de eventos traumáticos e restabelecer o conforto temporário até a busca de uma solução definitiva por parte do paciente, em todos os níveis de atenção da Rede de Saúde Bucal. As ações de urgência incluem sobretudo aliviar os sintomas e amenizar o sofrimento. Situações de urgência e/ou emergência, em odontologia, devem ser acolhidas em todos os níveis de atenção, sem distinção territorial.

O Cirurgião Dentista deve registrar, de forma detalhada, as informações sobre o atendimento emergencial prestado e arquivar o prontuário a fim de resguardar direitos do paciente e seu exercício profissional. As lesões também devem ser minuciosamente descritas quanto à localização, aspecto, extensão, relacionando os dentes envolvidos em suas faces e regiões atingidas

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 oral

S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares

S02.6 - Fratura da mandíbula,

S03.0 - Luxação da maxila

K02.1 - Cárie da dentina

K02.2 - Cárie do cimento

K02.8 - Outras lesões de cárie.

2. Doenças Pulpareas

2.1 Pulpite

2.1.1 Pulpite Reversível

A dor é provocada, de curta duração, localizada, intermitente e cede com o uso de analgésicos. 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.

Conduta

- a) Anestésiar de acordo com a localização do elemento dental;
- b) Remover o tecido cariado das paredes circundantes o máximo possível, tendo o cuidado de não expor a polpa do elemento dental na parede de fundo;
- c) Limpeza da cavidade com bolinha de algodão embebida em Clorexedina a 0,12%;
- d) Colocar hidróxido de Cálcio Pró Análise (PA) no assoalho da cavidade;
- e) Aplicar o cimento de hidróxido de cálcio sobre o PA;
- f) Selar a cavidade com ionômero de vidro ou cimento à base de Óxido de zinco e Eugenol. Nesta fase, removendo-se o agente irritante (cárie ou trauma), o tratamento da polpa é conservador;
- g) Reavaliar após 40 a 60 dias;
- h) Restaurar em caso de remissão da dor e ausência de outros sinais;

2.1.2 Pulpite Irreversível

É caracterizada por dor espontânea, intensa, pulsátil, intermitente e contínua. Pode haver ligeira sensibilidade à percussão. Tem uma resposta prolongada e acentuada ao frio. 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.

Conduta

- a) Anestésiar de acordo com a localização do elemento dental.
- b) Remover todo o tecido cariado
- c) Acessar a câmara pulpar removendo todo o teto
- d) Remover a polpa coronária
- e) Irrigar com soro ou clorexedina
- f) Estancar o sangramento com bolinha de algodão
- g) Colocar uma bolinha de algodão embebida em Eugenol e outra seca por cima na cavidade pulpar.
- h) Restaurar provisoriamente com cimento à base de Óxido de Zn e Eugenol
- i) Orientar o paciente para a realização do tratamento endodôntico posterior a essa intervenção.

3. Doenças do Periodonto

3.1. Pericementite / Periodontite

É a inflamação do tecido conjuntivo periapical em decorrência de uma infecção pulpar ou de um tratamento endodôntico (PERRIN et al, 2008), com sensação de dente crescido. Esta condição pode ter origem na necrose pulpar e traumas mecânicos. Ocorre em dentes vitais e não-vitais. Apresenta dor a percussão vertical e a mastigação. Radiograficamente, ligamento periodontal apical ou lateral pode parecer estar dentro dos limites normais.

3.1.1. Pericementite/Periodontite Apical Aguda Traumática (Primária)

Conduta:

- a) Observar a causa que originou o aparecimento da alteração patológica (ex.: contato prematuro, restaurações recentes, bruxismo e má oclusão)
- b) Estabelecer o correto diagnóstico da patologia baseado no diagnóstico diferencial.
- c) Se possível retirar a causa que originou o problema
- d) Orientar o paciente a retornar ao serviço especializado caso o problema tenha ocorrido durante ou após o tratamento endodôntico
- e) Administrar medicamento analgésico e/ou anti-inflamatório, se necessário.
- f) Orientar o paciente para retornar para controle clínico e controle radiográfico se necessário
- g) Proservar em caso de agravamento dos sintomas, retornar imediatamente.

3.1.2. Pericementite/Periodontite Apical Aguda Infecciosa (Secundária)

Conduta:

- a) Observar a causa que originou o aparecimento da alteração patológica.
- b) Estabelecer o correto diagnóstico da patologia baseado no diagnóstico diferencial.
- c) Anestésiar de acordo com a necessidade
- d) Remover todo o tecido cariado quando existente

-
- e) Acessar a câmara pulpar e remover o conteúdo necrótico
 - f) Irrigar com soro ou clorexedina
 - g) Secar da cavidade pulpar com algodão
 - h) Colocar uma bolinha de algodão embebida em Tricresol Formalina sem excesso, na entrada do (s) canal (is).
 - i) Restaurar provisoriamente com cimento à base de Óxido de Zn e Eugenol
 - j) Administrar medicamento anti-inflamatório, se necessário.
 - k) Orientar o paciente para retornar para controle clínico e controle radiográfico se necessário
 - l) Orientar o paciente para a realização do tratamento endodôntico posterior a essa intervenção.

3.2. Pericoronarite

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.

Conduta

- a) Anestésiar o local se necessário para um correto tratamento
- b) Remover o biofilme e agentes estranhos encontrados sob o capuz que envolve a coroa do dente.
- c) Irrigar abundantemente o interior do capuz com antisséptico ou soro fisiológico
- d) Fazer o desgaste da ponta de cúspide do terceiro molar antagonista caso a mesma esteja traumatizando o capuz que envolve a coroa do dente envolvido
- e) Tratamento medicamentoso com antibiótico está associado a condição sistêmica. Neste caso o uso de penicilina se faz necessário.
- f) Analgesia ou o uso de anti-inflamatório em casos de envolvimento muscular podem ser necessários para o controle da sintomatologia dolorosa.
- g) A prescrição de bochecho com antisséptico também é recomendado nesses casos.

-
- h) Após o controle do quadro de pericoronarite a cirurgia gengival ou até mesmo a extração do dente podem ser cogitados para evitar a recidiva do problema.

3.3. Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda

A gengivite ulcerativa necrosante (GUN), também conhecida por doença de Vincent, boca de trincheira, gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA) e gengivite fusoespiroquetal, pode ser definida como uma infecção gengival aguda e de etiologia complexa. Os pacientes mais afetados são adolescentes ou adultos jovens, podem ser fumantes e psicologicamente estressados. Essa enfermidade vem sendo relacionada com indivíduos portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) com prevalência relativamente baixa.

Características:

- Sintomatologia dolorosa;
- Mal-estar;
- Necrose da gengiva interdental;
- Ulcerações e necrose das papilas (imagens gengivais com aspecto de crateras);
- Ulcerações cobertas por camada branca amarelada ou cinza (pseudomembrana);
- Início e desenvolvimento rápido;
- Hemorragia gengival espontânea;
- Aumento de volume dos nódulos linfáticos (linfadenopatia)
- Relacionada com má higiene oral
- Relacionada a distúrbios ansiosos (stress e depressão)
- Odor fétido
- Aumento da salivação
- Frequentemente coincide com a perda da crista óssea alveolar
- Crateras Inter proximais, raramente estão associadas com formação de bolsas profundas
- Necrose central produz uma cratera envolvendo o ligamento periodontal e osso alveolar, ocorrendo perda de inserção (periodontite ulcerativa necrosante - PUN)

Conduta:

- Fazer bochecho com Clorexedina a 0,12 % por 1 minuto;
- Anestesia local onde for necessário;
- Raspagem supragengival;
- Remoção delicada da pseudomembrana com chumaço de algodão embebido em Clorexedina 0,12 %;
- Prescrever bochecho com Clorexedina 0,12 %, duas vezes ao dia durante 3 semanas;
- O uso associado de antibióticos sistêmicos (Metronidazol) ou agentes quimioterápicos é indicado quando a resposta à terapia mecânica for mínima;
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e encaminhamento para a especialidade correlata.

3.4. Gengivo Estomatite Herpética Aguda

O vírus do herpes simples (HSV) é um patógeno humano comum, proveniente de um DNA vírus da família do herpes vírus humano (HHV). A maior parte das infecções bucais, peribucais, faciais e oculares é resultante de uma possível contaminação pelo HSV-1. Nesta infecção, existem dois tipos de manifestações habituais. A gengivoestomatite herpética ocorre após o primeiro contato e a infecção cutânea herpética.

A gengivoestomatite herpética aguda primária é geralmente benigna e autoimune. Observada mais frequentemente em crianças com idade entre um a cinco anos e também tem sido observada em adolescentes e adultos jovens.

É de suma importância o conhecimento da doença por parte do cirurgião-dentista, em decorrência do alto potencial de contaminação, morbidade e baixa imunidade no estado geral em pacientes imunocomprometidos ou imunologicamente imaturos.

Características:

- Inflamação da gengiva e lábios;
- Formação de inúmeras vesículas;

-
- Após 24 horas as vesículas se rompem e formam pequenas úlceras dolorosas com margens vermelhas e elevadas;
 - Ardor sobre a zona inflamada;
 - Adenite cervical;
 - Febre e mal-estar geral;
 - Duração de sete a dez dias;
 - Não deixa cicatrizes.

Conduta

- Realizar a higienização da cavidade bucal com gaze embebida em soro fisiológico;
- Para alívio sintomático utilizar Hexomedine spray, ou solução VASA (Violeta de genciana a 2% + Anestésico lidocaína + Sacarina + Água destilada) para bebês antes das principais refeições;
- Prescrever Aciclovir 50mg creme
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e encaminhamento para a especialidade correlata.

4. Intercorrências de Tratamento Odontológico

4.1. Flare-up

Segundo FONTENELE, Jimmy Willy Nogueira et al. “Flare-up é uma complicação do tratamento endodôntico, definida como exacerbação aguda de polpa assintomática ou patologia perirradicular após o início ou continuação do tratamento” (AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS, 2003). Pode ser definida como dor e/ou inflamação na área do dente tratado endodonticamente que ocorre dentro de algumas horas ou dias, onde sintomas clínicos (dor de dente ao morder, mastigar ou espontaneamente) são fortemente expressos, requerendo consultas não agendadas por parte dos pacientes (IQBAL, KURTZ, KOHLI, 2009; SIPAVIČIŪTĖ, MANELIENĖ, 2014). Os fatores associados a esta indesejável condição englobam lesões químicas, mecânicas e microbianas na polpa e/ou tecidos perirradiculares, que são induzidos ou exacerbados durante o tratamento do canal radicular, podendo ser influenciados por grupos demográficos, estado geral de saúde, condição do tecido periodontal apical, sintomas clínicos, dente a ser tratado, número de consultas e medicação intracanal (UDOYE et al. 2011; SIPAVIČIŪTĖ, MANELIENĖ, 2014)”.

Conduta:

- a) Dor após instrumentação do dente com polpa viva:
 - Se a instrumentação inicial foi completa, deve-se checar a oclusão e prescrever analgésico/antiinflamatório.
 - Se a instrumentação inicial foi incompleta, deve-se completá-la, removendo remanescentes teciduais e prescrever analgésico/antiinflamatório.
- b) Dor após a instrumentação do dente com necrose pulpar, sem tumefação:
 - Remoção da medicação intracanal, irrigação abundante do canal.

-
- Aplicação da medicação intracanal (hidróxido de cálcio, clorexidina gel 2%, ou associados).
 - Selamento coronário.
 - Prescrição de analgésico/antiinflamatório.
- c) Dor após a instrumentação do dente com necrose pulpar, com tumefação:
- Um abscesso já deve estar instalado e, como tal, deve ser tratado.
- d) Dor pós-obturação:
- Um ligeiro desconforto após a obturação dos canais radiculares   previsível, o qual, na maioria das vezes, resolve espontaneamente nos primeiros dias.
- Se a dor for severa e persistente, o tratamento dependerá da situação:
 - o Obturação adequada ou com sobreobturaç o – prescrição de analgésico/ anti-inflamatório e proserva o.
 - o Obturação inadequada – indica-se o retratamento endodôntico.

4.2. ALVEOLITE

Complicação p s-operatória que se apresenta 2 a 4 dias após a cirurgia com dor espontânea, não aliviada por medicação analgésica. Está relacionada com a degenera o do coágulo sanguíneo intra-oral. Tem como sinais e sintomas básicos um alvéolo vazio, ou com coágulo cinza sujo, dor de moderada a intensa não aliviada por analgésicos, pulsátil e irradiada para o ouvido.

Conduta:

- a) Anestesia local, se necessário;
 - b) Irriga o abundante com soro fisiológico estéril;
 - c) Com cureta de Lucas fazer uma inspeção cuidadosa, removendo corpos estranhos se existirem, mas sem curetar, raspar ou brunir a região;
 - d) Fazer nova irriga o com Soro Fisiológico;
 - e) Secar com gaze estéril;
 - f) Preencher o alvéolo com uma pasta medicamentosa (Alveosan);
 - g) Solicitar ao paciente para morder uma gaze estéril sobre o local, sem muita pressão, por 10 a 15 minutos;
 - h) Orientar o paciente quanto aos cuidados pós-operatórios:
 - Alimenta o fria, líquida ou pastosa, hiperprotéica;
-

-
- Evitar bochechos nas primeiras 24 horas;
 - Evitar esforços físicos e exposição prolongada ao sol, por um período de 3 dias;
- i) Em caso de dor prescrever dipirona sódica 500 mg ou paracetamol 500 mg, para ser tomado a cada 6 horas, por um período de 24 horas;
 - j) Em caso de dor de maior intensidade não controlada após o tratamento clínico e medicamentoso proposto, prescrever um anti-inflamatório não esteroidal por via oral ou intramuscular.
 - k) Orientar o paciente para entrar em contato, caso não haja alívio da sintomatologia.
 - l) Obs.: Nas alveolites com a presença de exsudato purulento, por via sistêmica, somente está indicado a antibioticoterapia, quando existirem sinais de disseminação local ou manifestações sistêmicas do processo infeccioso, como infartamento nodular, febre, taquicardia, falta de apetite, mal estar geral, etc. Nestes casos, deve-se prescrever amoxicilina ou clindamicina para os alérgicos às penicilinas, podendo ser associadas ao metronidazol, de acordo com a intensidade dos sinais e sintomas da infecção.

5. Hemorragias

Conceito

São sangramentos que podem acontecer no transoperatório, pós-operatório, ou ainda, em caso de trauma por rompimento de vasos sanguíneos. Também podem ocorrer no pós-operatório imediato ou tardiamente, após 4 a 8 horas da cirurgia e, em alguns casos até 8 dias após a exodontia, desencadeada por esforço físico, ou trauma local rompendo o coágulo da região.

Conduta:

- a) Numa rápida anamnese, identificar a provável causa da hemorragia (cirurgia bucal recente ou trauma);
- b) Localizar o (s) ponto (s) de sangramentos;
- c) Limpar a área com soro fisiológico e gazes estéreis;
- d) Comprimir o local com o auxílio de gaze estéril;
- e) Anestesia Local – preferencialmente através de técnicas regionais. Utilizar anestésico com vasoconstrictor;
- f) Colocar esponja de fibrina no alvéolo. Suturar com cuidado, procurando uma melhor aproximação das bordas da ferida;
- g) Orientar o paciente para “morder” uma gaze sobre o local, mantendo-o sob observação por 30 minutos.

5.1. Hemorragia Controlada

- a) Dispensar o paciente, orientando-o a manter uma gaze comprimida sobre o local por mais 30 minutos;
- b) Prescrever dieta líquida, fria e hiperprotéica;
- c) Recomendar para evitar esforço físico, exposição demasiada ao sol e bochechos durante 48 horas;
- d) Manter a cabeça mais elevada que o corpo nas primeiras horas pós-operatórias;
- e) Retorno após 7 dias para remoção da sutura.

5.2. Hemorragia Persistente

Suspeitar de algum problema de ordem sistêmica. Encaminhar imediatamente para avaliação no Pronto Atendimento médico.

6. Abscesso

O abscesso se forma quando a infecção prevalece sobre as resistências do hospedeiro. A maioria das infecções odontogênicas se originam a partir de necrose pulpar com invasão bacteriana no tecido periapical e periodontal.

6.1. Abscesso Dentoalveolar

Lesão representada por exsudato purulento em torno do ápice.

6.1.1. Abscesso Dentoalveolar Inicial

Os abscessos dento-alveolares iniciais geralmente são pequenas coleções purulentas, circunscritas, de baixa gravidade, com progressão lenta e causados por bactérias anaeróbicas, usualmente com menor risco à saúde do paciente. A dor é intensa, localizada, pulsátil, ininterrupta, exacerbada com a palpação apical e percussão vertical e lateral. Nesta fase o inchaço intra e extra oral ainda está ausente. Radiograficamente há um aumento do espaço pericementário.

6.1.2. Abscesso Dentoalveolar em evolução

Nesta fase a dor é moderada, difusa, pulsátil, espontânea, ininterrupta, exacerbada com a palpação apical e percussão vertical e lateral. e o inchaço intra e extra oral está presente, difuso, firme, sem ponto de flutuação e aquecido. Radiograficamente há um Aumento do espaço pericementário.

6.1.3. Abscesso Dentoalveolar Evoluído

Nesta fase há uma evolução rápida do edema. Sua consistência à palpação torna-se mais amolecida podendo haver ponto de flutuação. Trismo, falta de apetite, febre, mal-estar generalizado e mobilidade dental também podem estar presentes.

Conduta:

- a) Abscesso dento-alveolar em fase inicial ou em evolução
 - Anestésiar à distância.
 - Remover todo o tecido cariado quando existente
 - Acessar a câmara pulpar e remover o conteúdo necrótico
 - Irrigar com soro ou clorexedina

-
- Secar da cavidade pulpar com algodão
 - Colocar uma bolinha de algodão embebida em Tricresol Formalina sem excesso, na entrada do (s) canal (is).
 - Restaurar provisoriamente com cimento à base de Óxido de Zinco e Eugenol
 - Administrar medicamento anti-inflamatório, se necessário.
 - Orientar o paciente para retornar para controle clínico e controle radiográfico se necessário
 - Orientar o paciente para a realização do tratamento endodôntico posterior a essa intervenção.
 - Prescrição de antibioticoterapia, quando necessário

b) Abscesso dentoalveolar evoluído

É realizada em duas fases

- A primeira fase segue o protocolo de tratamento do abscesso inicial ou em evolução
- A segunda fase consiste na drenagem cirúrgica

No que diz respeito à antibioticoterapia, de acordo com Eduardo Dias de Andrade:

“Se os sistemas de defesa do paciente estiverem conseguindo controlar a infecção, não é recomendado o uso de antibióticos para tratar os abscessos apicais agudos, bastando que se faça a descontaminação do local. Essa decisão deve ser tomada em função dos dados obtidos na anamnese e no exame físico extra e intrabucal (ausência de sinais locais de disseminação ou manifestações sistêmicas do processo infeccioso). Essa conduta, porém, não pode ser generalizada. Pacientes portadores de doenças metabólicas (p. ex., diabetes) ou imunossuprimidos podem requerer o uso complementar de antibióticos no tratamento de abscessos, mesmo localizados. Por outro lado, o uso de antibióticos é recomendado (como complemento da descontaminação local) quando os abscessos são acompanhados de sinais locais de disseminação (limitação da abertura bucal, linfadenite, celulite) e manifestações sistêmicas da

infecção (febre, taquicardia, falta de apetite e mal-estar geral), que indicam ao profissional que os sistemas de defesa do paciente não estão conseguindo, por si só, controlar o processo infeccioso” “Administrar uma dose de ataque (no mínimo o dobro da dose de manutenção), 30 min antes do início do atendimento, que pode ser concomitante com o uso do ansiolítico, se a sedação mínima for considerada”. **Andrade, Eduardo Dias de. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia 3ª ed. (Página 124). Edição do Kindle.**

6.2. Abscesso Periodontal

É caracterizado pela exacerbação aguda de uma lesão periodontal pré-estabelecida e usualmente está associado a um envolvimento pulpar.

Abscessos agudos podem estar presentes em pacientes sem doença periodontal prévia, sendo ocasionados por traumas e trepanações radiculares.

Caracteriza-se por:

- a) Dor pulsátil à apalpação e à percussão, difusa e irradiada
- b) Aumento da massa tecidual
- c) Superfície levemente ulcerada ou com ponto de flutuação
- d) Pode apresentar rubor e edema na região extra bucal
- e) Pode apresentar mobilidade dentária
- f) Radiograficamente apresenta-se como uma lesão situada no terço médio da raiz com perda óssea.

Conduta:

- a) Raspagem, alisamento, polimento corono-radicular.
- b) Prescrição de antibioticoterapia, quando necessário
- c) Drenagem do abscesso

6.3. Drenagem Cirúrgica de Abscesso:

Para realização da drenagem do abscesso o paciente deve estar sob cobertura antibiótica. Caso o paciente não esteja previamente medicado, administrar dose de ataque (dobro da dose de manutenção) 1 hora antes do procedimento.

- a) Anestesiá-lo sempre que possível com técnica regional e solução anestésica com vasoconstrictor. Pode-se aplicar anestésico ao redor do abscesso de forma cuidadosa, onde será feita a incisão. No exato local onde será feita a

incisão com bisturi, pode-se fazer um “botão anestésico”, ou seja, provocar a isquemia superficial da mucosa.

- b) Incisão 1 a 1,5 cm com lâmina de bisturi;
- c) Introdução de uma pinça hemostática (fechada) no corte, retirando-a aberta, de forma cuidadosa, divulsionando-se os tecidos. Nos abscessos com ponto de flutuação (abscessos submucosos) a divulsão é mais superficial. Nos abscessos subperiosteos, a divulsão dos tecidos é feita até que haja resistência óssea, promovendo o completo esvaziamento da coleção purulenta;
- d) Irrigação abundante do local da incisão com soro fisiológico estéril;
- e) Introdução de dreno e sutura com fio;
- f) Prescrição de bochechos com água morna e sal
- g) Orientação do paciente com dieta líquida hiperprotéica nas primeiras 24 horas.
- h) Medicação pós-operatória: dipirona 500 mg a 1 g ou ibuprofeno 200 mg ou paracetamol 750 mg. Tomar a primeira dose ao final dos efeitos da anestesia local, repetindo o procedimento a cada 4 h (para a dipirona) ou 6 h (ibuprofeno ou paracetamol), nas primeiras 24 h pós-operatórias.
- i) Se a decisão de empregar os antibióticos foi tomada, prescrever agora as doses de manutenção. Nova consulta deve ser agendada antes de completar as primeiras 72 h de antibioticoterapia, para reavaliação do quadro clínico.
- j) Se houver disseminação do processo infeccioso para espaços teciduais adjacentes, linfadenite, febre, taquicardia, disfagia e mal-estar generalizado o paciente deverá ser encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Entrar em contato previamente com o Departamento de Saúde Bucal para agilizar o atendimento.

6.4. Celulite:

Em contraste aos abscessos, as celulites fasciais são infecções graves de características agudas, com rápida progressão (2 a 4 dias), localização difusa, ausência de secreção purulenta em alguns casos, consistência endurecida, área hiperêmica e causada por bactérias mistas, apresentando maior risco à saúde do indivíduo. Com essas informações, torna-se imperativo o diagnóstico rápido e preciso da condição do paciente, sendo instituída imediatamente a drenagem

cirúrgica exploratória da região acometida, a instalação do dreno, remoção do foco infeccioso e antibioticoterapia o quanto antes possível nos casos de celulite fascial. Em algumas ocasiões, os espaços fasciais profundos podem ser acometidos a partir de infecções consideradas mais brandas e que envolvem inicialmente os espaços primários, pondo em risco a vida do paciente. Os espaços fasciais primários podem ser divididos de acordo com a sua localização, sendo classificados na maxila como bucal, palatino, canino e infratemporal. Infecções Odontogênicas Complexas podem ocorrer nesses espaços (**Infecção em Espaços Faciais, Seio Maxilar, Trombose do Seio Cavernoso, Celulite Periorbital**). Na mandíbula, estão presentes os espaços bucais, submentoniano, sublingual e submandibular (**Angina de Ludwig**). Os espaços secundários incluem o mastigatório (temporal superficial e profundo, pterigomandibular e massetérico) e os espaços cervicais (retrofaríngeo, laterofaríngeo e pré-vertebral). Tal disseminação pode ocorrer pela agressividade dos agentes patogênicos e também pela demora no diagnóstico e tratamento do estágio inicial da infecção. Pacientes, que apresentarem alterações nos mecanismos de defesa, devem ser monitorados rigorosamente, pois neles a infecção tem carácter mais agressivo e disseminação facilitada devido à baixa resistência do hospedeiro.

O diagnóstico rápido, bem como o encaminhamento do paciente ao especialista buco-maxilo é essencial para a execução de um bom planejamento e evitar complicações, por vezes, fatais.

O paciente nessa condição deve ser tratado em ambiente hospitalar por um cirurgião buco-maxilo-facial, e por um médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço caso haja comprometimento de espaços cervicais ou faríngeos concomitantemente. Além dos espaços faciais envolvidos, o paciente tem como sinais e sintomas mais comuns: trismo, disfagia, odinofagia, dispneia, febre ($> 37,8^{\circ} \text{C}$) e aparência tóxica.

7. Urgência em Disfunção Temporomandibular

Caracteriza-se por quadro agudo com dor e/ou limitação de movimentos relacionados aos músculos da mastigação, da área pré-auricular e estruturas associadas ou de ambas. Deve-se realizar a avaliação inicial do paciente para diagnóstico diferencial de Disfunção Temporomandibular (DTM) ou outras dores orofaciais. O tratamento objetiva o alívio da dor por meio de orientações, prescrições e alguns procedimentos básicos.

7.1. Mialgias (DTM muscular)

As DTM musculares podem ter como causa, entre outras, os hábitos parafuncionais (onicofagia, morder tampa de caneta, mascar chicletes, etc.), bruxismo do sono e da vigília, má postura cervical, sono inadequado e quadros ansiosos, depressivos e/ou fibromiálgico

Conduitas

- Compressa quente ou morna, durante 20 minutos, várias vezes ao dia;
- Repouso mandibular, com uso de alimentação pastosa e limitação de movimentos mandibulares;
- Automassagem nos músculos masseteres e temporais e alongamento cervical;
- Exercícios com uso da técnica do N, orientando o paciente a falar repetidamente a letra “N”, e de bochechos com água morna;
- Uso de medicações analgésicas, anti-inflamatórias e relaxante musculares de acordo com o nível de dor relatado pelo paciente.
- Intervenção local quando há agente causal definido como, por exemplo, através da realização de ajuste oclusal;
- Reavaliação semanal durante três semanas, sempre reforçando as medidas adotadas para tratamento.

7.2. Artralgias agudas

Podem ocorrer três tipos diferentes de problemas agudos intra-articulares, concomitantes ou não com as mialgias.

- **Capsulite / Retrodiscite / Sinovite**

Inflamação articular, com dor e/ou edema visível na região pré-auricular. Se não houver desarmonias entre a cabeça da mandíbula e disco articular, seguir a conduta para mialgias;

- **Limitação de abertura e travamento fechado da boca**

Verificar se a limitação de abertura de boca é causada por razões articulares ou musculares. Forçar levemente a abertura, apoiando o indicador nos incisivos inferiores e o polegar nos incisivos superiores.

- ✓ Se houver maleabilidade no movimento e aumento progressivo da abertura, provavelmente trata-se de redução de abertura por dor muscular: seguir a conduta para mialgia;
- ✓ Se houver rigidez e resistência à manobra de abertura forçada, provavelmente trata-se de distúrbio articular como, por exemplo, aquele onde o disco desloca para anterior e impossibilita mecanicamente a abertura total da boca: seguir a conduta para mialgia e tentar reposicionar o disco articular, se o deslocamento discal sem redução for recente.
 - Orientar para protrusão da mandíbula do paciente além do “click” em abertura, fazer movimentos de abertura e fechamento repetidamente mantendo a protrusão. Repetir por três minutos, três vezes ao dia. Se houver sucesso na redução, pedir retorno em 24h e acompanhar o caso, mantendo as recomendações básicas. Se não conseguir a redução e o quadro doloroso não abrandar com as recomendações básicas após o retorno de 3 semanas, encaminhar para a especialidade de Cirurgia.

10.3. Luxação da ATM

A luxação da articulação têmporo mandibular (ATM) ocorre quando o côndilo mandibular se desloca para fora da fossa mandibular e não é capaz de retornar, ficando a mesma aberta. Como sinais e sintomas característicos temos: dificuldade de fechar a boca, depressão pré-auricular, sialorréia, tensão dos músculos da mastigação, protrusão mandibular, dificuldade de falar e dor severa na região

articular. A luxação pode ocorrer isoladamente ou em episódios repetitivos, sendo por isso chamada luxação espontânea ou recorrente.

Conduta:

- a) Realizar avaliação do paciente através de anamnese e exame clínico
- b) Realizar a redução manual da articulação:
 - Proteger os dedos com uma toalha/compressa cirúrgica devido ao forte impacto no momento da oclusão.
 - Apoiar em região de triângulo retro molar.
 - Realizar movimento para baixo, para trás e para cima.
 - A posição de trabalho deve ser: Cirurgião Dentista (CD) à frente, paciente sentado, corpo ereto com a cabeça apoiada (reta), segurada por um terceiro.
 - Se o paciente usa prótese total, remove-la para a realização da manobra.
- c) Encaminhar para a redução cirúrgica caso não obtenha sucesso em nenhuma técnica de redução.

Obs.: Em alguns casos pode ser necessária a prescrição de relaxante muscular.

10.4. Trismo após atendimento odontológico

O trismo é a limitação de abertura bucal devido a um espasmo muscular que pode ocorrer em função de um processo inflamatório decorrente do trauma cirúrgico pós-operatório, injeção de anestésico local, infecções e hemorragias, dentre outras causas.

O trauma cirúrgico pós operatório está associado diretamente ao tempo cirúrgico, ao grau de complexidade e dificuldade da técnica empregada na cirurgia e à habilidade do profissional. No caso das injeções de anestésicos locais o trismo está diretamente associado ao trauma em músculos ou vasos sanguíneos, múltiplas inserções da agulha e deposição de volumes excessivos de anestésico local em uma área restrita que acaba provocando a distensão dos tecidos. Da mesma forma a hemorragia também pode produzir irritação tecidual levando à disfunção muscular devido ao extravasamento de sangue em grandes quantidades para os tecidos adjacentes.

O tratamento de escolha deve ser de acordo com o fator que ocasionou a dificuldade de abertura bucal.

Conduta

- Bochecho com solução salina várias vezes ao dia. (Não realizar bochechos nas primeiras 48 horas após o procedimento cirúrgico);
- Repouso mandibular, com uso de alimentação pastosa e limitação de movimentos mandibulares;
- Uso de medicações analgésicas, anti-inflamatórias e relaxante muscular de acordo com a natureza do caso e o nível de dor relatado pelo paciente;
- Orientar o paciente a abrir e fechar a boca, se necessário com o uso de palitos de madeira entre os dentes e a fazer excursões laterais da mandíbula, durante 5 minutos a cada 3 ou 4 horas. O uso da goma de mascar sem açúcar pode ser uma opção para ajudar o paciente a movimentar lateralmente a articulação temporomandibular.
- Reavaliação periódica.

Obs.: Para o trismo causado por infecções originárias de pericoronarites (ver capítulo 3), abscessos e celulites (ver capítulo 6).

8. Traumatismo

8.1. Traumatismo Dento Alveolar

“O traumatismo dento-alveolar por definição (SOUZA et al., 2013; MELO et al., 2003; UFL, 2008) é a somatória de lesões simultâneas nos dentes, polpa, tecidos periodontais, osso alveolar, mucosa bucal, ou seja, todas as estruturas dento-alveolares (DEANGELIS et al., 2014). Todavia, alguns autores são mais abrangentes afirmando que o impacto traumático à estrutura dento-alveolar, além do dano dental pode compreender fraturas dos ossos da face e, mais seriamente, em danos cerebrais e em regiões de pescoço (ROOD; CHESHAM, 1997). Por isso, é muito importante a anamnese, e um diagnóstico clínico minucioso, associado a técnicas radiográficas complementares para poder classificar quais estruturas foram acometidas e em qual gravidade, isso orientará o futuro tratamento (SOUZA et al., 2013; MELO et al., 2003; DEANGELIS et al., 2014; XAVIER et al., 2011). O prognóstico dependerá da somatória e a severidade das estruturas lesadas, do tempo transcorrido entre o acidente e o atendimento inicial, e do seu estágio de desenvolvimento (UFL, 2008)”. (NOGUEIRA, O.A.V. et. al., 2016).

Na presença de um traumatismo deve-se iniciar avaliando os tecidos moles após lavagem da região e em seguida, verificar a presença de fraturas ósseas e/ou mobilidades dentárias, e proceder à avaliação radiográfica.

Ao constatar que traumatismo dentário é decorrente de acidente de trabalho, deverá, após o atendimento, orientar o paciente a verificar se a empresa realizou a devida comunicação do acidente à Previdência Social.

8.2. Traumatismo aos tecidos duros dente e à polpa

8.2.1. Fraturas coronárias

a) Fratura incompleta de esmalte (trinca):

- Radiografar, se for necessário
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será acompanhado.

b) Fraturas de esmalte e dentina

- **Fraturas de esmalte e dentina sem exposição:**

Considerar extensão da fratura, verificar se há exposição e/ou sensibilidade pulpar após a realização de testes. O dente pode ficar sensível mediante estímulo térmico e/ou mastigação.

Conduta:

I. Se for apenas fratura de esmalte:

- Radiografar;
- Regularizar bordas cortantes com pontas para polimento;
- Fazer o selamento, se for necessário;
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizada a restauração e o acompanhamento.

II. Se for fratura de esmalte e dentina:

- Proteger a dentina exposta;
- Aplicar ionômero de vidro provisoriamente;
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizada a restauração e o acompanhamento.

III. Se existir um fragmento intacto:

- Limpar o fragmento e hidratar em soro fisiológico por 10 minutos;
- Reposicionar e “colar” com um sistema adesivo e resina;
- Se houver proximidade com a polpa, usar uma base de hidróxido de cálcio e ionômero de vidro (proteção pulpar dupla);
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento.

c) Fraturas de esmalte e dentina com exposição pulpar:

Considerar a extensão da fratura e constatar a exposição pulpar, o tempo que ocorreu o trauma e realizar teste de sensibilidade pulpar.

Conduta

I. Micro-exposição pulpar

- Anestésiar;
- Lavar a cavidade com soro fisiológico;

-
- Realizar capeamento pulpar direto com hidróxido de cálcio P.A. e cimento de hidróxido de cálcio;
 - Aplicar ionômero de vidro provisoriamente;
 - Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e tratamento restaurador ou encaminhamento para endodontia conforme a necessidade.

II. Média e grande exposição pulpar

- Realizar pulpotomia;

Técnica:

- Radiografar;
- Anestésiar;
- Realizar a abertura coronária;
- Remover a polpa coronária com cureta grande e afiada;
- Irrigar com soro fisiológico abundante e aspirar;
- Secar com bolinha de algodão;
- Colocar curativo de demora:
 - Rizogênese incompleta: curativo com hidróxido de cálcio PA + cimento de hidróxido de cálcio
 - Rizogênese completa: curativo eugenol ou Tricresol formalina.
- Selar provisoriamente;
 - Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e posterior encaminhamento para a realização do tratamento endodôntico.

8.2.2. Fraturas corono-radiculares

O fragmento coronário pode estar aderido ao periodonto e com mobilidade. Considerar a extensão da fratura (geralmente ocorre 2 a 3 mm abaixo do nível gengival e o fragmento apical não está deslocado). Verificar se houve exposição pulpar, o tempo que ocorreu o trauma e realizar teste de sensibilidade pulpar.

Conduta

Tratamento imediato - no momento da urgência

- a) Se existir um fragmento aderido ao periodonto sem exposição pulpar:
- ✓ Anestésiar com a técnica infiltrativa a região afetada;
 - ✓ Remover o fragmento;
 - ✓ Lavar a área com soro fisiológico;
 - ✓ Colocar um selamento provisório;
 - ✓ Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizada a restauração (se for possível), o acompanhamento e/ou encaminhamento.
- b) Se existir um fragmento aderido ao periodonto com exposição pulpar:
- ✓ Anestésiar com a técnica infiltrativa a região afetada;
 - ✓ Remover o fragmento;
 - ✓ Curetar a polpa coronária;
 - ✓ Lavar a área com soro fisiológico;
 - ✓ Colocar curativo de demora:
 - Rizogênese incompleta: curativo com hidróxido de cálcio PA + cimento de hidróxido de cálcio
 - Rizogênese completa: curativo eugenol ou Tricresol formalina.
 - ✓ Colocar um selamento provisório;
 - ✓ Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e o encaminhamento para tratamento endodôntico.

Obs.:

Em caso de fraturas extensas de coroa e raiz deve-se esclarecer o paciente da necessidade de tratamento endodôntico e protético.

8.2.3. Fratura radicular

a) Fraturas radiculares terço cervical:

Geralmente a coroa do dente está com muita mobilidade e o fragmento deslocado.

Conduta

- Se existir um fragmento aderido ao periodonto com possibilidade de reposição:

-
- Realizar Rx periapical;
 - Limpar a área com soro fisiológico;
 - Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar no mínimo 90 dias);
 - Realizar alívio oclusal;
 - Radiografar novamente;
 - Referenciar (por escrito) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e o encaminhamento para especialidade correlata.
- Se o fragmento não possibilitar reposição:
 - Remover o fragmento;
 - Como há exposição pulpar, seguir os mesmos passos de “Fratura de Esmalte e dentina com exposição pulpar”;
 - Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e encaminhamento para a especialidade correlata.

b) Fraturas radiculares terço médio:

Geralmente o dente está com alguma mobilidade e pode ocorrer desalinhamento da borda incisal do dente fraturado em relação aos adjacentes. Verificar se ocorreu fratura alveolar e encaminhar para avaliação buco-maxilo-facial.

Conduta

- Se existir um fragmento aderido ao periodonto com possibilidade de reposição:
 - Realizar Rx periapical;
 - Limpar a área com soro fisiológico;
 - Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar no mínimo 90 dias);
 - Realizar alívio oclusal;
 - Radiografar novamente;

-
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e encaminhamento para a especialidade correlata
 - Se o fragmento não possibilitar reposição ou não existir um fragmento:
 - Remover o fragmento e avaliar se é possível a recuperação protética
 - Caso seja viável a recuperação protética orientar o paciente sobre a possibilidade de extrusão ortodôntica (no serviço particular) e de realização tratamento endodôntico e protético (no serviço particular) .
 - Se o fragmento não possibilitar reposição ou não existir um fragmento realizar exodontia.

c) Fraturas radiculares terço apical

Geralmente o dente está com pouca ou sem mobilidade.

Conduta

- Realizar Rx periapical;
- Limpar a área com soro fisiológico;
- Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar no mínimo 90 dias);
- Realizar alívio oclusal;
- Radiografar novamente;
- Realizar bochechos diários com clorexidina 0.12% no mínimo por 2 semanas

Obs.:

- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e encaminhamento para a especialidade correlata;

8.3. Traumatismo aos tecidos periodontais

8.3.1. Concussão

Na Concussão causada pelo Traumatismo aos Tecidos Periodontais observa-se que:

- Não ocorre aumento de mobilidade ou deslocamento anormal;
- Reação marcante à palpação horizontal ou vertical;
- Som à percussão normal;
- O teste de vitalidade pode apresentar resposta positiva ou negativa.

Conduta:

- Repouso oclusal;
- Desgaste oclusal do antagonista, se necessário;
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento.

8.3.2. Subluxação

Na Subluxação causada pelo Traumatismo aos Tecidos Periodontais observa-se:

- Aumento de mobilidade em direção horizontal, mas sem deslocamento (clínico ou radiográfico);
- Sensibilidade à percussão;
- Hemorragia no sulco gengival;
- Som “surdo” à percussão.

Conduta:

- Repouso oclusal (dieta pastosa até 14 dias);
- Desgaste do antagonista, se necessário;
- Realizar contenção nos casos em que houver muita mobilidade ou traumatismos envolvendo dentes vizinhos;
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento, tratamento e encaminhamento necessários.

8.3.3. Luxação Lateral

Deslocamento do dente no sentido vestibular, lingual, mesial ou distal, acompanhado por fragmentação ou fratura do alvéolo.

- Coroa deslocada para palatina;
- Não há sensibilidade à percussão (som metálico);

-
- Pequena mobilidade (travamento no alvéolo);
 - A imagem radiográfica pode ou não exibir
 - Aumento do ligamento periodontal
 - Em tomada oclusal, aumento do espaço apical, o qual ocorre quando o ápice é deslocado vestibularmente;

Conduta:

- Reposicionamento (anestesia prévia) com pressão digital firme em direção incisal sobre a raiz deslocada, após o destravamento, manipular o dente apicalmente até sua posição correta pode ser feito com fórceps;
- Compressão das tábuas ósseas vestibular e palatina;
- Readaptação da gengiva lacerada ao colo dentário;
- Contenção semirrígida por 2 a 3 meses;
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento, tratamento e encaminhamento necessários.

Obs.: O dente acometido por Luxação Lateral evolui para necrose pulpar em cerca de 58% dos casos (Andreasen; Vestergaard Pedersen, 1985).

8.3.4. Intrusão

Deslocamento do dente para o interior do osso alveolar.

- Fratura da cavidade alveolar;
- O teste de percussão apresenta resposta negativa associada ao som metálico agudo à percussão;
- Ausência de mobilidade (completamente firme);
- Eventualmente ocorre sangramento nasal;
- A imagem radiográfica exibe espaço do Ligamento Periodontal diminuído ou ausente

Conduta:

- Quando a intrusão for discreta aguardar re-erupção e prescrever analgésicos.
- Na intrusão severa verificar a possibilidade de reposicionamento e contenção rígida do dente.
- Em dentes decíduos averiguar com exame radiográfico a possibilidade de lesão ao germe dental. Se houver possibilidade de dano, promover a

remoção do dente intruído. Se não houver sinal de lesão aguardar a re-erupção do dente decíduo.

- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento, tratamento e encaminhamento necessários.

8.3.5. Extrusão

Deslocamento parcial do dente para fora do seu alvéolo - dentes alongados, podendo ter desvio para lingual.

- Sangramento do ligamento periodontal;
- Som “surdo” à percussão;
- A imagem radiográfica exhibe aumento da largura do espaço periodontal;
- O Teste de vitalidade apresenta, inicialmente, resposta negativa

Conduta:

- Reposicionar o dente e fazer contenção semirrígida se não houver fratura alveolar concomitante, ou contenção rígida nos casos de fratura alveolar.
- Prescrever analgésico, antiinflamatórios e, nos casos em que houve contaminação da região, antibiótico.
- Nos casos de dentes decíduos não se deve reposicionar por possibilidade de dano ao germe dental. Na extrusão discreta promover um desgaste dental para recuperar a oclusão do paciente; e na extrusão severa extrair o dente decíduo;
- Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento, tratamento e encaminhamento necessários.

8.3.6. Avulsão

Saída total do dente do seu alvéolo. O prognóstico desse tratamento dependerá do estágio de desenvolvimento radicular, tempo de armazenamento do dente seco ou molhado, meio de armazenamento, correta manipulação e contenção. O elemento dental pode ser armazenado nos seguintes líquidos por ordem de preferência: leite pasteurizado, solução salina fisiológica, saliva ou água.

Conduta:

-
- Nos casos dos dentes com até 30 min fora do alvéolo ou até 6 horas em meio favorável, a conduta pode pautar-se da seguinte maneira:
 - Lavar o dente com soro fisiológico e efetuar a limpeza da região radicular de forma cuidadosa.
 - Irrigar o alvéolo com soro fisiológico para rompimento do coágulo formado e remoção de possíveis corpos estranhos.
 - Reposicionar o dente e fazer contenção semirrígida por 2 a 3 meses se não houver fratura alveolar concomitante ou rígida por 2 a 3 meses se houver fratura alveolar simultânea.
 - Após a contenção, proceder à sutura dos tecidos moles, se necessário.
 - Prescrever analgésico, anti-inflamatório e, nos casos em que houve contaminação da região, antibiótico.
 - Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento, tratamento e encaminhamento necessários.
 - Nos casos de reimplante tardio, a conduta clínica passa pela execução do que segue:
 - Remoção do Ligamento Periodontal (química ou mecânica – fricção com gaze umedecida em solução fisiológica);
 - Endodontia na mão (com o dente fora do alvéolo);
 - Imersão do dente avulsionado em fluoreto de sódio por 20 min;
 - endodontia definitiva com hidróxido de cálcio;
 - Reimplante;
 - Contenção rígida pelo período de 45 dias;
 - Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento, tratamento e encaminhamento necessários.

Obs: A Conduta comum para todos os casos de Avulsão Dental encerra as seguintes ações:

- Antibioticoterapia;
- Profilaxia antitetânica;

-
- Repouso oclusal;
 - Acompanhamento clínico e radiográfico por, no mínimo, 10 anos.

8.4. Traumatismo do osso de sustentação

É um traumatismo complexo, com danos à polpa dental, ao ligamento periodontal e à gengiva. Pode apresentar-se das seguintes maneiras:

8.4.1. Fragmentação da cavidade alveolar mandibular ou maxilar:

Ocorre o esmagamento do alvéolo (luxação lateral ou intrusiva).

Conduta

O tratamento é o mesmo das luxações laterais e intrusivas.

8.4.2. Fratura da parede da cavidade alveolar

Caracteriza-se por ser restrita à parede vestibular ou lingual e de difícil diagnóstico radiográfico geralmente associada a deslocamento de dentes.

Conduta

- ✓ Reposicionamento dos dentes concomitante ao reposicionamento da tábua óssea;
- ✓ Sutura dos tecidos moles;
- ✓ Contenção rígida de 45 a 60 dias;
- ✓ Remoção de espículas não aderidas ao perióstio pode ser necessário;
- ✓ Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e encaminhamento necessário.

8.4.3. Fratura do processo alveolar

- ✓ Ocorre de acordo com o que segue logo abaixo:
- ✓ Pode ou não envolver o alvéolo (linha de fratura pode estar além dos ápices);
- ✓ Acomete, com frequência, a região anterior;
- ✓ Deslocamento e mobilidade do bloco fraturado (evidência decisiva para o diagnóstico);
- ✓ Som surdo à percussão nos dentes envolvidos (evidência decisiva para o diagnóstico);
- ✓ Linha de fratura visível radiograficamente (desde o osso marginal até os ápices radiculares).

Conduta

-
- ✓ Anestesia local,
 - ✓ Redução da fratura,
 - ✓ Imobilização;
 - ✓ Suturas;
 - ✓ Referenciar (**por escrito**) o paciente para Atenção Primária onde será realizado o acompanhamento e encaminhamento necessário.

8.4.4. Fratura da mandíbula ou da maxila

As fraturas da mandíbula e da maxila devem ser tratadas cirurgicamente pelo especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. O primeiro atendimento pode ser realizado por CD generalista, que procederá a avaliação da situação, medicação, realização de determinados procedimentos, como a contenção da fratura com bandagens ou fios de aço, proporcionando conforto ao paciente e encaminhamento para o tratamento em nível hospitalar.

9. Terapêutica Medicamentosa:

O uso de medicamento se faz necessário na prática do profissional de saúde bucal da rede municipal prescrever preferencialmente os medicamentos disponíveis no sistema público.

A indicação de fármacos é realizada através da prescrição escrita do medicamento na receita, que deve conter orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado. A receita comum é utilizada na prescrição da maioria dos fármacos de uso odontológico, analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, e a magistral, indicada para selecionar substâncias ou medicamentos, quantidades e formas de apresentação, sendo preparada pelo farmacêutico em farmácias de manipulação, atendendo às necessidades terapêuticas dos pacientes, como as soluções de digluconato de clorexidina e VASA assim como medicamentos homeopáticos.

O Ministério da Saúde orienta que a receita deve ser prescrita com a denominação genérica do medicamento, de forma legível, sem rasuras e com a identificação completa do medicamento, do paciente e do profissional e com as devidas orientações de uso.

É importante o conhecimento da farmacologia, do aspecto legal, econômico e cultural em torno da prescrição, com intuito de promover uma terapêutica segura e adequada.

A adoção de sistemas de prescrição eletrônica contribui com a redução das falhas relativas à prescrição, melhorando a compreensão, qualidade e eficiência do tratamento farmacológico, diminuindo erros na administração e riscos para o paciente.

As tabelas a seguir visam orientar o uso dessas medicações.

Classe	Medicação	Apresentação	Posologia
Analgésico	Dipirona	Gotas 500mg/ml	Criança maior de 3 meses (acima de 5Kg) até 12 anos: ½ (meia) gota por kg de peso, até o limite de 20 gotas por dose, diluídas em água de 6/6 horas.
			13 a 14 anos: 15 a 35 gotas diluídas em água de 6/6 horas
		Acima de 15 anos e Adultos: 20 a 40 gotas diluídas em água de 6/6 horas.	
	Comprimido 500mg	Adultos 1 comprimido de 6/6 horas	
	Paracetamol	Gotas 200mg/ml	Criança maior de 2 anos (acima de 11 kg) a 12 anos: 1 gota por kg de peso, até o limite de 35 gotas por dose, diluídas em água de 6/6 horas.
			Crianças acima de 12 anos e adultos: 35 a 55 gotas de 3 a 5 vezes ao dia.
Comprimido 500mg	Acima de 15 anos e Adultos: 1 comprimido de 6/6 horas		
Classe	Medicação	Apresentação	Posologia
Anti-inflamatórios	Nimesulida	Comprimido 100 mg	Crianças acima de 12 anos e adultos: 1 Comprimido de 12/12 horas
		Gotas 50 mg/ml	Crianças acima de 12 anos e adultos: 1 gota por kg de peso de 12/12 horas até o limite de 80 gotas por dia
	Ibuprofeno	Gotas 50mg/ml	Criança maior de 6 meses (a partir de 5 Kg) até 30 kg de peso: 1 a 2 gotas, no máximo, por kg de peso por 3 a 4 vezes ao dia. Não exceder 40 gotas
			Crianças acima de 30 kg de peso: 30 a 40 gotas, no máximo, 3 a 4 vezes ao dia
		Gotas 100mg/ml	Criança acima de 30 kg de peso: 15 a 20 gotas, no máximo, 3 a 4 vezes ao dia
			Adulto: 20 a 80 gotas, no máximo, 3 a 4 vezes ao dia
	Comprimido 200mg	Crianças acima de 12 anos e adultos: 1 a 2 comprimidos, no máximo, 3 a 4 vezes ao dia com intervalo mínimo de 4h e não exceder 6 comprimidos ao dia.	
	Comprimido 400mg	Crianças acima de 12 anos e adultos: 1 de comprimido de 6/6h ou 8/8h.	
	Comprimido 600mg	Adultos: 1 comprimido de 6/6h ou 8/8h.	
	Diclofenaco Sódico	Comprimido 50 mg	Crianças acima de 14 anos e adultos: Tomar 1 comprimido de 8/8 horas.
Ampola 75 mg		Adultos: 1 Ampola 12/12h por no máximo 2 dias.	

Medicação		Apresentação	Posologia		
Antibióticos e Antimicrobianos - Adultos	Amoxicilina	Cápsula 500mg	Dose inicial – 1 g (2 cápsulas de 500 mg). Dose de manutenção – 500 mg de 8/8 horas por 7 dias.		
	Amoxicilina + Clavulanato de Potássio	Comprimido 500/125mg.	Comprimido de 8/8 hs por 7 a 14 dias		
	Cefalexina	Comprimido 500mg	1 comprimido 6/6 horas por 7 dias.		
	Metronidazol (Associar à amoxicilina)	Comprimido 250 mg	1 comprimido 8/8 horas por 7 dias. (Obs: o uso deve ser associado ao antibiótico amoxicilina)		
	Para pacientes alérgicos				
	Azitromicina / Claritromicina	Comprimido 500mg	1 comprimido a cada 24 horas por 3 a 5 dias		
	Clindamicina	Comprimido 300mg	Tomar 1 cápsula de 6/6 horas por 7 dias.		
	Profilaxia Antibiótica Endocardite Bacteriana	Regime padrão	Alérgicos a penicilina		Pacientes incapazes de fazer uso da via oral
Amoxicilina/Cefalexina		Clindamicina	Azitromicina / Claritromicina	Ampicilina	Para Alérgicos à Ampicilina: Clindamicina
2g via oral 1 hora antes do procedimento		600mg via oral 1 hora antes do procedimento	500mg via oral 1 hora antes do procedimento	2g via IM ou IV 30 minutos antes do procedimento	1g via IM ou IV 30 minutos antes do procedimento

ANTIBIÓTICOS – PEDIATRIA

PESO	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Amoxicilina 250mg/5ml 8/8 hs	2ml			3ml			4ml			5ml			6ml			7ml			8ml			9ml			10ml											
Eritromicina / Cefalexina 250mg/5ml 6/6hs	1ml	2ml			3ml			4ml			5ml			6ml			7ml			8ml			9ml			10ml										
	Peso		Regime de 3 dias										Regime de 5 dias										Frasco													
Azitromicina suspensão oral	< 15 kg:		10mg/kg em dose única diária durante 3 dias										10 mg/Kg no primeiro dia seguido por 5mg/kg durante 4 dias administrados em dose única diária										600 mg													
	15 – 25 Kg:		200 mg (5 ml) em dose única diária durante 3 dias										200 mg (5 ml) no primeiro dia seguido por 100 mg (2,5 ml) durante 4 dias, administrados em dose única diária										600 mg													
	26 – 35 Kg:		300 mg (7,5 ml) em dose única diária durante 3 dias										300 mg (7,5 ml) no primeiro dia seguido por 150 mg (3,75 ml) durante 4 dias, administrados em dose única diária										900 mg													
	36 – 45 Kg:		400 mg (10 ml) em dose única durante 3 dias										400 mg (10 ml) no primeiro dia seguido por 200 mg (5 ml) durante 4 dias, administrados em dose única diária										2 frascos 600 mg													
	Acima de 45 kg:		dose igual à de adultos.																																	
Profilaxia Antibiótica Endocardite Bacteriana	Regime padrão			Alérgicos a penicilina										Pacientes incapazes de fazer uso da via oral																						
	Amoxicilina			Clindamicina										Azitromicina / Clarithromicina										Ampicilina					Para Alérgicos à Ampicilina: Clindamicina							
	50mg/kg de peso corporal Dose única, via oral, 1 hora antes do procedimento			20mg/kg de peso corporal Dose única, via oral, 1 hora antes do procedimento										15mg/kg de peso corporal Dose única, via oral, 1 hora antes do procedimento										50mg/kg de peso corporal, via IM ou IV Dose única, 30 minutos antes do procedimento					20mg/kg de peso corporal via IV Dose única, 30 minutos antes do procedimento							

Classe	Medicação	Apresentação	Posologia
Antiviral	Aciclovir	Creme 50mg	Uso adulto e pediátrico: Aplicar no local das lesões 5 vezes ao dia, de 4/4 horas, omitindo a dose noturna, por 4 a 10 dias.
		Comprimido 200mg	Adultos: Tomar 1 comprimido 5 vezes ao dia com intervalos de 4/4 horas, omitindo a dose noturna, por 5 dias.
Antifúngicos	Nistatina	Solução 100.000 UI/ml	Prematuros e Crianças de baixo peso: aplicar 1 ml colocando a metade da dose utilizada em cada lado da boca) 4 vezes ao dia, por 7-14 dias Lactentes: aplicar 1 a 2 ml colocando a metade da dose utilizada em cada lado da boca, 4 vezes ao dia, por 7-14 dias Adultos e crianças com 2 anos ou mais: Fazer bochechar com 1-6 ml (500.000-1.000.000 UI), 4 vezes ao dia, por 7-14 dias, retendo a solução na boca por 1-2 min antes de iniciar o bochecho. Após o bochecho, pode-se deglutir a solução
	Miconazol	Gel oral	Adultos: Aplique ½ colher de chá (2,5 ml) de gel, 4 vezes ao dia após as refeições, por 7-14 dias. Não deglutir imediatamente, manter na boca o maior tempo possível.
Tópicos	Acetonido de triamcinolona	Pomada	Adultos: Aplicar pequena quantidade sobre as lesões, sem esfregar, até formar uma película fina. 2-3 vezes ao dia, após as refeições e higienizações, durante 7 dias.
	VASA Sol. (Violeta de genciana 2% + lidocaína + Sacarina + Água destilada)	Solução	Bebês e crianças: Aplicar a solução sobre as lesões, com hastes flexíveis, antes das principais refeições;
	Hexamidina + tetracaína	Spray	Crianças maiores de 3 anos e adultos: aplicar três nebulizações a cada 4 h, com cuidado para não aplicar na região da garganta
	Digluconato de clorexidina 0,12%	Solução	Fazer bochecho com 15ml da solução 2 vezes ao dia durante 10 a 14 dias, sendo o último à noite antes de dormir.
	Saliva artificial	Spray, gel, líquido p/ bochecho e pastilhas	Lubrificar a mucosa seis a oito vezes ao dia de acordo com a necessidade, principalmente em momentos de conversação, antes da alimentação e antes de dormir. O produto deve ser aplicado em toda mucosa bucal, incluindo o palato duro.

GESTANTES	Anestésicos	Lidocaína a 2%, com epinefrina 1:100.000 – limite de 3,6 ml (2 tubetes) por sessão de atendimento		
		Contraindicados: Prilocaína e Vasoconstritores como felipressina.		
	Analgésicos	Paracetamol		
		Dipirona		
	Antibióticos	1ª escolha	Alergia	Infecções em fases mais avançadas
		Penicilina	Estearato de Eritromicina	Amoxicilina + Clavulanato*
				Clindamicina (alérgicas à Penicilina)**
Anti-inflamatórios	Evitar			

Observações Gerais:

- O uso de antibióticos por via sistêmica, somente é recomendado nos casos dos abscessos periapicais agudos que apresentam sinais locais de disseminação do processo infeccioso (ex: linfadenite, celulite, trismo) ou sinais e sintomas de ordem sistêmica (febre, taquicardia, falta de apetite, mal-estar geral, etc.). A dose de ataque do antibiótico por via oral deve ser administrada 1 hora antes do início dos procedimentos clínicos.
- O período do tratamento com antibióticos vai depender do curso da infecção, com base na avaliação clínica diária. Geralmente fica em torno de 7 dias a 14 dias.

* Embora com pouca experiência clínica, os **inibidores de beta-lactamases** parecem ser seguros durante a gravidez. Porém, devem ser utilizados com cuidado. ANVISA, 2008.

Até o presente, não se relatou efeito teratogênico atribuível à clindamicina. No entanto, a administração de clindamicina durante a gravidez deve ser **limitada a indicações especiais, considerando-se a pequena experiência com seu uso em gestantes. ANVISA, 2008.

Referências Bibliográficas:

1. ALVARES, S.; ALVARES, S. *Emergências em Endodontia. Diagnóstico e Conduta Clínica*. 3ed. Editora Santos, 2008
2. ANDRADE, Eduardo Dias de. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. São Paulo: Artes Médicas, 1998
3. ANDRADE, Eduardo Dias de. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia* 3ª ed. Edição do Kindle.
4. AZENHA, Marcelo Rodrigues et al. *Celulite facial de origem odontogênica. Apresentação de 5 casos*. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.12, n.3, p. 41-48, jul./set. 2012 versão online. <http://www.revistacirurgiabmf.com/2012/v12.n3/Artigo%2007.pdf>. Acessado em 19 de out. 2018.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria 354 de 10 de março de 2014. "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência"*. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acessado em 19 de out. 2018.
6. BRUNO, Pinheiro Stefanello. *Processos Agudos do Periodonto: Um Olhar sobre a Literatura*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Odontologia. Porto Alegre 2016. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150701/001009886.pdf?sequence=1>. Acessado em 08 mar.2019.
7. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 1451/95*. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acessado em 19 de out 2018.
8. FONTENELE, Jimmy Willy Nogueira et al. *Incidência e Fatores Associados a Flare-Ups em Endodontia: Revisão de Literatura*. SALUSVITA, Bauru, v.35, n.4,2016. https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v35_n4_2016_art_08.pdf. Acessado em 30 nov. 2018.
9. DISTRITO FEDERAL, GDF. *Protocolo de Atenção à Saúde: Urgências Odontológicas*. Brasília, 30 de junho de 2017. <http://www.saude.df.gov.br/wp->

conteudo/uploads/2018/04/13.-Urgencias_Odontologicas.pdf. Acessado em 19 de out. 2018

10. LEE, M.; et al. *Current trends in Endodontic Practice: Emergency treatments and technological Armamentarium*. J Endod; n.35, p.35–39, 2009
11. LEONARDO, M. R. *Endodontia: tratamento de Canais Radiculares. Princípios técnicos e Biológicos*. São Paulo: Artes Médicas, 2005.
12. LEONARDO, M.R.; LEAL, J. M. *Endodontia: tratamento de Canais Radiculares*. São Paulo: Panamericanas, 1998.
13. LÚCIO, Priscilla Suassuna Carneiro e BARRETO, Rosimar de Castro. *Emergências Médicas no Consultório Odontológico e a (In)Segurança dos Profissionais*. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Volume 16 - Número 2 - Páginas 267-272 2012.
<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/11943/7322>.
Acessado em 01 de mar. 2019
14. NEWMAN, Mg. Carranza Periodontia Clínica. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 899p. 2004
15. NOGUEIRA OAV, Sassi GK, Guimarães PSM. *Trauma Dentoalveolar: Prospecção de Tratamentos e Profilaxias – Revisão de Literatura*. Universidade do Vale do Paraíba - FCS – Faculdade de Ciências da Saúde - São José dos Campos, SP. Outubro de 2016.
http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2016/anais/arquivos/RE_0884_1007_01.pdf. Acessado em 30 nov. 2018.
16. PERRIN et al. *Urgência em Odontologia*. Porto Alegre: Arted, 2008. 152p.
17. REHER, Peter. *Anatomia Aplicada à Propagação de Infecções*. Universidade Federal de Minas Gerais. <http://depto.icb.ufmg.br/dmor/mof011/infecoes.pdf>. Acessado em 19 de out. 2018.
18. SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. “*Qualidade e Resolutividade na Atenção Básica: Recomendações de Periodontia*”. Cadernos de Saúde Bucal. São Paulo: 2004. <http://ses.sp.bvs.br/lildbi-textos/docsonline/get.php?id=434>. Acessado em 16 maio 2019.
19. SILVA, Henrique Aparecido Bueno da e RIBAS José Paulo. *Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN): diagnóstico e tratamento*. Revista de Odontologia

-
- da UNESP. 2007; 36 (Número Especial). Araraquara – SP, 2007
<http://www.revodontolunesp.com.br/article/588018227f8c9d0a098b4ab3>.
Acessado em 21 dez. 2018.
20. SILVA, R.C et al. *Tratamento de Angina de Ludwig: relato de caso clínico*. Rev. Odontol. UNESP. 2014; 43(N Especial):345. Araçatuba, 2014
<http://www.revodontolunesp.com.br/article/588019c77f8c9d0a098b532e>.
Acessado em 19 de out. 2018.
21. SOARES, Tânia Alexandra Maia. *Luxação da Articulação Temporomandibular: da etiologia ao tratamento*. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências da Saúde Porto, 2013
<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3913/1/PPG%20Tania%20Soares-%20Luxa%C3%A7%C3%A3o%20da%20ATM%20da%20etiologia%20ao%20tratamento.pdf>. Acessado em 30 em nov. 2018.
22. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Faculdade de Odontologia. *Protocolo de Atendimento Dentes Traumatizados*. São Paulo. <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/Manualtrauma.pdf>. Acessado em 21 de ago. 2020.
23. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Eventos Agudos na Atenção Básica Trauma de Face*. Florianópolis, 2013.
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/886/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>. Acessado em 21 de ago. 2020.
24. UNIVERSIDADE FEDERAL do MARANHÃO. *Redes de Atenção à Saúde: Rede de Urgência e Emergência – RUE*. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2015.
http://repcursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo4/und1/media/pdf/livro.pdf. Acessado em 19 de out. 2018.