

**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS
PADRÃO EM CIRURGIA ORAL E
MAXILOFACIAL**

COVID-19

Biossegurança na Odontologia: Protocolos para Retorno
Saudável da Prática Cirúrgica Bucal e Maxilofacial após
Pandemia

Universidade Federal de Juiz de Fora
Campus Governador Valadares
Departamento de Odontologia

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO EM CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL
COVID-19

Biossegurança na Odontologia: Protocolos para Retorno Saudável da Prática Cirúrgica Bucal e Maxilofacial após
Pandemia

DISCENTES ORGANIZADORES:

Ana Paula Lisboa Antonieto
Emilly Dutra Amaral Meggiolaro
Éwerton Machado Veloso
Felipe Henrique Barbosa Ribeiro
Maryana Saraiva Ferreira

COLABORADORES DISCENTES:

Luiza Ribeiro Vargas
Gabrielle Cristiny Moreira
Pollyana Pereira Luciano de Souza
Thayná Cristina Ferreira Costa

DOCENTES ORIENTADORES:

Mônica Regina Pereira Senra Soares
Valdir Cabral Andrade

GOVERNADOR VALADARES

2021

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO EM CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL COVID-19

Biossegurança na Odontologia: Protocolos para Retorno Saudável da Prática Cirúrgica Bucal e Maxilofacial após Pandemia

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: BIOSSEGURANÇA EM CIRURGIA ODONTOLÓGICA NA PANDEMIA DA COVID-19 6

O que muda na prática da Cirurgia Maxilofacial após a pandemia da Covid-19

CAPÍTULO 1 - AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA 23

- 1.1. Formato padrão para registro de resultados do histórico e do exame físico
- 1.2. Classificação do estado físico (American Society of Anesthesiologists – ASA)
- 1.3. Protocolo de redução de ansiedade
- 1.4. Tratamento de pacientes com condições médicas comprometedoras
 - 1.4.1. Angina pectoris
 - 1.4.2. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
 - 1.4.3. Acidente Vascular Cerebral (AVC)
 - 1.4.4. Disritmias
- 1.5.5. Endocardite infecciosa
- 1.5.6. Insuficiência cardíaca congestiva (cardiomiopatia hipertrófica)
- 1.5.7. Asma
- 1.5.8. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- 1.5.9. Insuficiência renal e paciente que está recebendo hemodiálise
- 1.5.10. Paciente com transplante renal
- 1.5.11. Hipertensão
- 1.5.12. Insuficiência hepática
- 1.5.13. Diabetes mellitus
- 1.5.14. Insuficiência adrenal
- 1.5.15. Hipertireoidismo
- 1.5.16. Coagulopatias hereditárias
- 1.5.17. Anticoagulação terapêutica
- 1.5.18. Distúrbios convulsivos
- 1.5.19. Etilismo (alcooolismo)
- 1.5.20. Gravidez

CAPÍTULO 2 - MATERIAIS E INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS 37

- 2.1. Materiais
- 2.2. Instrumentais

CAPÍTULO 3 - PRINCÍPIOS DA EXODONTIA DE ROTINA 52

- 3.1. Indicações para remoção dos dentes
- 3.2. Contraindicações para a remoção do dente
- 3.3. Avaliação clínica dos dentes para remoção
- 3.4. Exame radiográfico do dente a ser removido

CAPÍTULO 4 - PLANEJAMENTO CIRÚRGICO**56**

- 4.1. Prescrição medicamentosa pré-operatória
- 4.2. Procedimento cirúrgico
- 4.3. Anestesia
- 4.4. Diérese (incisão + divulsão)
- 4.5. Exérese
- 4.6. Histopatológico
- 4.7. Irrigação
- 4.8. Síntese/sutura
- 4.9. Hemostasia
- 4.10. Prescrição medicamentosa pós-operatória
- 4.11. Agendamento para remoção de sutura
- 4.12. Intercorrências no transoperatório
- 4.13. Intercorrências no pós-operatório

CAPÍTULO 5 - CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS**66****CAPÍTULO 6 - PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS****69**

- 6.1. Necessidades básicas para cirurgia
- 6.2. Incisões
- 6.3. Planejamento do retalho
- 6.4. Manipulação de tecido
- 6.5. Hemostasia
- 6.6. Manejo do espaço morto
- 6.7. Descontaminação e debridamento
- 6.8. Controle de edema

CAPÍTULO 7 - PARAMENTAÇÃO E MONTAGEM DA MESA CIRÚRGICA**75**

- 7.1. Paramentação
- 7.2. Montagem da mesa cirúrgica

CAPÍTULO 8 - EXODONTIAS POR VIA ALVEOLAR (SIMPLES E MÚLTIPLAS)**83**

- 8.1. Técnica fechada na exodontia simples
- 8.2. Técnica fechada nas exodontias múltiplas

CAPÍTULO 9 - EXODONTIAS POR VIA NÃO ALVEOLAR (OSTEOTOMIA E ODONTOSSECÇÃO)**88**

- 9.1. Técnica aberta para extração de dentes unirradiculares
- 9.2. Técnica para a extração de dentes multirradiculares

CAPÍTULO 10 - EXODONTIA DE DENTES INCLUSOS**92**

- 10.1. Indicação para a exodontia
- 10.2. Contraindicação da exodontia
- 10.3. Fatores que influenciam na exodontia
- 10.4. Classificação dos dentes inclusos
- 10.5. Procedimento cirúrgico

CAPÍTULO 11 - COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS**98**

- 11.1. Remoção de fragmento de raiz e dos ápices radiculares
- 11.2. Justificativa para permanência de fragmentos de raiz

CAPÍTULO 12 - CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS**102**

- 12.1. Repouso
- 12.2. Alimentação
- 12.3. Cuidados com a ferida
- 12.4. Higiene bucal
- 12.5. Outros cuidados

CAPÍTULO 13 - PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA	107
13.1. <i>Prevenção e controle da dor</i>	
13.2. <i>Uso de antibióticos no tratamento ou na prevenção das infecções bacterianas bucais</i>	
CAPÍTULO 14 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA	114
Hemorragia	
14.2. <i>Alveolite</i>	
14.3. <i>Edema e dor</i>	
14.4. <i>Trismo</i>	
14.5. <i>Lesões nervosas</i>	
14.6. <i>Injúrias em dentes adjacentes</i>	
14.7. <i>Fratura radicular</i>	
14.8. <i>Fratura do processo alveolar</i>	
14.9. <i>Fratura óssea da tuberosidade maxilar</i>	
14.10. <i>Fratura de mandíbula</i>	
14.11. <i>Deslocamento de dentes para o seio maxilar</i>	
14.12. <i>Deslocamento de dentes para o espaço submandibular</i>	
14.13. <i>Deslocamento de dentes para o espaço infratemporal</i>	
14.14. <i>Deslocamento de dentes para a orofaringe</i>	
CAPÍTULO 15 - EMERGÊNCIAS MÉDICAS	119
15.1 <i>Prevenção</i>	
15.2. <i>Emergências</i>	
15.2.1. <i>Reações de hipersensibilidade/alergia</i>	
15.2.2. <i>Reações cutâneas</i>	
15.2.3. <i>Reações respiratórias</i>	
15.2.4. <i>Anafilaxia</i>	
15.2.5. <i>Desconforto torácico</i>	
15.2.6. <i>Dificuldade respiratória</i>	
15.2.7. <i>Alteração da consciência</i>	
ANEXO - BIOSSEGURANÇA NA ODONTOLOGIA: PROTOCOLOS PARA RETORNO SAUDÁVEL DA PRÁTICA APÓS PANDEMIA	125
REFERÊNCIAS	138

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

BIOSSEGURANÇA EM CIRURGIA
ODONTOLÓGICA NA PANDEMIA
DA COVID-19

O QUE MUDA NA PRÁTICA DA
CIRURGIA MAXILOFACIAL APÓS A
PANDEMIA DA COVID-19

CONSIDERAÇÕES INICIAIS BIOSSEGURANÇA EM CIRURGIA ODONTOLÓGICA NA PANDEMIA DA COVID-19

O QUE MUDA NA PRÁTICA DA CIRURGIA MAXILOFACIAL APÓS A PANDEMIA DA COVID-19

- **Vírus SARS-CoV-2 e COVID-19**

O vírus da Síndrome Respiratória Aguda Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) causador da doença COVID-19 foi relatado pela primeira vez na cidade de Wuhan, na China. O SARS-CoV-2 é transmitido através de gotículas respiratórias e/ou fluidos corporais, pelo contato direto com sangue infectado e contato direto com superfícies contaminadas (MELIAN-RIVAS *et al.*, 2020; OFFNER *et al.*, 2020).

A propagação da doença COVID-19 provocou ampla inquietação na comunidade científica nacional e internacional e evoluiu de forma rápida para uma crise de saúde pública, onde foi imprescindível aplicar medidas de prevenção, identificação e gestão para impedir sua disseminação (ATHER *et al.*, 2020).

É recomendado que toda a população e, principalmente os profissionais da saúde façam o uso de álcool em gel para higienização das mãos, procedam à lavagem correta das mãos e antebraços, usem máscara de proteção corretamente e mantenham o distanciamento social (DEREK *et al.*, 2020) como as principais medidas de prevenção e controle da doença.

A COVID-19 tem sido relatada como uma doença letal e com piores desfechos em pacientes com idade avançada e que apresentam comorbidades como: doença cardíaca crônica, diabetes, doença pulmonar crônica não asmática, doença renal crônica, doença hepática ou obesidade (CALISKAN & SAYLAN, 2020). A doença se torna mais letal nesses pacientes, pois, vírus SARS-CoV-2 tem afinidade com a enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2) humana, ligando-se ao seu receptor, quando a proteína é ativada pela protease transmembrana serina 2 (TMPRSS2). A ECA2 é expressa nas células alveolares tipo II no pulmão, além de ser liberada no músculo cardíaco quando o sistema renina-angiotensina é ativado de forma excessiva, como em casos de doenças cardíacas. Essa enzima também é expressa no epitélio intestinal, endotélio vascular e rins. Por isso, em pacientes com alguma morbidade os sintomas da COVID-19 são mais severos levando ao óbito, pois a ligação do vírus a essa enzima causa uma infecção, tendo falência múltipla dos órgãos (ASKIN *et al.*, 2020). Em pacientes obesos há um desequilíbrio metabólico pré-existente que é exacerbado pela diabetes e hipertensão. Tendo maior comprometimento do sistema renina-angiotensina,

levando a complicações mórbidas com a presença do vírus SARS-CoV-2 (PETRAKIS *et al.*, 2020).

Dentre os sintomas clínicos estão a febre acima de 39°C que não cessa com o uso de antitérmicos, tosse não produtiva, dispneia, mialgia, fadiga e diarreia. Em exames complementares de sangue a contagem de leucócitos apresenta-se diminuída e em exames de imagem, há evidências de pneumonia (MELIAN-RIVAS *et al.*, 2020). A fim de reverter o quadro, as pessoas são hospitalizadas e recebem cuidados em unidades de tratamento intensivo, necessitando de oxigênio podendo ser intubadas e passando por traqueostomias (MONJE GIL *et al.*, 2020). As crianças apresentam-se assintomáticas e quando sintomáticas, os sintomas são mais brandos, como febre baixa, tosse e problemas gastrointestinais, com recuperação em uma semana. Ademais a contaminação do vírus SARS-CoV-2 tem sido relacionado com o desenvolvimento da síndrome inflamatória multissistêmica em crianças. Desenvolvendo febre persistente e características da síndrome de Kawasaki (MARTINS *et al.*, 2021).

Como o vírus é altamente transmissível, se torna necessário sua detecção precoce para que seja implementado o distanciamento social dos infectados que contém a carga viral. Para isso, é indicado teste como o de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR), que consegue constatar a presença do vírus SARS-CoV-2 em secreções corporais presentes no trato respiratório ou teste como ensaios imunoenzimáticos ou imunocromatográficos, que medem a resposta imune da pessoa quanto à infecção. Para isto, é indicado que a amostra para o teste deve ser obtida a partir do oitavo dia do início dos sintomas. Pois assim, o sistema imune já produziu anticorpos necessários e em grande quantidade, sendo detectados nos teste (LIMA *et al.*, 2020).

Desde o início da pandemia do novo coronavírus os centros de pesquisas das principais universidades internacionais e nacionais têm reunido evidências e promovendo testes para o desenvolvimento de uma vacina contra o SARS-CoV-2. As vacinas - imunizantes candidatas como AZD1222 da AstraZeneca/Oxford/FIOCRUZ (Cambridge - Reino Unido/Brasil), mRNA-1273 da Moderna (EUA) e CoronaVac (Sinovac - China), passaram por diversos testes, sendo aprovadas pelos órgãos de regulação (ANVISA/FDA). Até o presente momento elas estão em número limitado de disponibilidade, sendo a população imunizada os considerados grupos de risco (SHARMA *et al.*, 2020; RAWAT *et al.*, 2021).

- **Risco de infecção do cirurgião-dentista**

Em um ambiente odontológico há comumente a produção de aerossóis através de equipamentos que funcionam com ar comprimido e água (turbinas de alta e baixa rotação, seringas tríplices, dentre outros e também o uso das cuspeiras). Por isso, o risco de infecção do cirurgião-dentista e o de disseminar o vírus contaminando outros pacientes é alto (FALCON-GUERRERO *et al.*, 2020, ROCHA, *et al.*, 2020, GE *et al.*, 2020).

Os aerossóis são partículas transportadas pelo ar com 0,5 a 10 microns de tamanho. No momento do procedimento esses aerossóis são misturados com a saliva e o sangue do paciente, espalhando-se pelo ar podendo ficar em circulação por até 30 minutos neste ambiente formando os bioaerossóis. Com isso, penetram nas superfícies como bancadas, cadeiras, armários e pisos. Caso não se tenha os devidos cuidados para a descontaminação destas superfícies, o próprio profissional pode se contaminar e transmitir o vírus (RIVERA, 2020, ATHER *et al.*, 2020; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2020). A fim de diminuir os riscos é necessário seguir protocolos como o uso de equipamento de proteção individual (EPI) e, quando necessário, um exaustor de pressão negativa. Além disso, é recomendado que sejam feitos apenas atendimentos de urgência e emergência, realizando a triagem por telefone (FALCON-GUERRERO *et al.*, 2020).

- **Risco de infecção em cirurgias eletivas**

A pandemia de COVID-19 trouxe uma nova realidade acerca dos protocolos médicos e hospitalares em todo o mundo. As intervenções odontológicas incluem manuseio de perfurocortantes, proximidade com a região orofaríngea do paciente além da exposição direta à saliva e sangue durante a realização de procedimentos que, em sua maioria, produzem aerossóis (FRANCO; CAMARGO; PERES, 2020; GUGNANI; GUGNANI, 2020). A fim de se evitar a transmissão do coronavírus, as mudanças nas propostas de controle de contágio precisaram ser revisadas e adotadas de maneira emergencial remanejando/adequando suas estruturas clínicas no intuito de direcionar o atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Essa estratégia limitou as cirurgias, de uma forma geral, para os casos de urgência e emergência e expôs as fragilidades dos sistemas de saúde (GUGNANI; GUGNANI, 2020).

A indicação de cirurgias eletivas, no entanto, deve ser analisada, bem como suas possibilidades de adiamento de acordo com a necessidade e prioridades de saúde pública, em relação à disponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e de profissionais especializados. É necessário destacar o aumento da suscetibilidade ao COVID-19, por causa da imunossupressão debilitada em decorrência destas cirurgias e, assim, operar somente os casos de extrema necessidade, pautados em uma discussão multiprofissional, para também se evitar sobrecarregar o sistema de saúde (BESNIER; TUECH; SCHWARZ, 2020).

Aos poucos e com o passar do tempo e com as adequações necessárias, os pacientes que precisam de cirurgias eletivas e que possuem doença não relacionada à COVID-19 vem sendo atendidos nas cidades onde há baixa ocupação hospitalar (SILVA *et al.*, 2020).

Para interromper o ciclo de transmissão do vírus há precauções em cirurgia bucal e maxilofacial a serem seguidas. Além de limitar as práticas cirúrgicas a procedimentos de urgência e emergência, é importante adotar medidas rígidas de biossegurança, utilização de EPI's e controle de infecção (GUGNANI; GUGNANI, 2020).

Considerando a transmissão e os relatórios de propagação relativos ao SARS-CoV-2, os profissionais de odontologia apresentam alto risco de infecção e podem se tornar potenciais portadores da doença, visto que, as intervenções odontológicas incluem manuseio de perfurocortantes, proximidade com a região orofaríngea do paciente além da exposição direta à saliva e sangue durante a realização de procedimentos que, em sua maioria, produzem aerossóis (FRANCO; CAMARGO; PERES, 2020; GUGNANI; GUGNANI, 2020).

- **Precauções em cirurgia bucal e maxilofacial**

TABELA 1. CATEGORIZAÇÃO NOS ATENDIMENTOS CIRÚRGICO-ODONTOLÓGICOS

CATEGORIA 1	CATEGORIA 2	CATEGORIA 3
Triagem negativa	Triagem positiva	Triagem positiva
Assintomático e sem febre	Sintomático, presença de febre e potencialmente positivo	Casos de COVID-19 confirmado. Podendo ter sintomas respiratórios

Fonte: Franco; Camargo; Peres, 2020; Gugnani; Gugnani, 2020.

TABELA 2. PRIORIDADE DE TRATAMENTO NOS ATENDIMENTOS CIRÚRGICO-ODONTOLÓGICOS

CATEGORIA	TRATAMENTO
CATEGORIA 1	Tratamento realizado dentro de um estabelecimento odontológico, seguindo as precauções de biossegurança e uso de EPIs
CATEGORIA 2	Tratamento deve ser realizado em uma sala de pressão negativa em um centro médico ou hospitalar. E os tratamentos eletivos devem ser postergados por um período de 14 dias a um mês
CATEGORIA 3	Tratamento deve ser realizado em uma sala de pressão negativa em um centro médico ou hospitalar. Na presença de sintomas respiratórios é recomendado adiar o procedimento de emergência. E os tratamentos eletivos devem ser postergados por um período de 14 dias a um mês

Fonte: Gugnani; Gugnani, 2020; Conselho Federal de Odontologia, 2020.

Em face do contexto pandêmico atual, deve-se igualmente tomar algumas precauções para a realização de cirurgias eletivas no complexo bucomaxilofacial; uma vez que esses procedimentos produzem aerossóis e gotículas de saliva e sangue que podem estar contaminados por microrganismos patogênicos (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Para reduzir a disseminação do novo coronavírus durante uma cirurgia bucal ou maxilofacial, pode-se tomar as seguintes recomendações:

TABELA 3. RECOMENDAÇÕES PARA CONTROLE DE DISSEMINAÇÃO DO NOVO CORONAVÍRUS



- Realizar uma triagem direcionada de preferência através de teleconsulta inicial, perguntando sobre sintomatologia própria da doença, realização de viagens durante o período de pandemia e realização de testagem para COVID-19.



- Mantendo o distanciamento social em locais comuns;
- Uso de máscara.



- Realização de um pré-exame clínico antes do paciente entrar na sala de cirurgia, verificando temperatura e sintomas semelhantes ao da gripe.

Fonte: Google imagens; Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais; Gugnani, Gugnani, 2020.

Em casos suspeitos ou confirmados por COVID-19 os cirurgiões-dentistas e bucomaxilofacial devem estar cientes das seguintes recomendações (ATHER *et al.*, 2020; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2020):

- O trabalho a quatro mãos deve ser priorizado para controle de disseminação;
- Uso adequado de EPI's: devem ser respeitadas as recomendações para colocar e remover corretamente;
- Seguir rigorosamente as práticas de higiene das mãos entre os atendimentos;
- Salas de tratamento de pressão negativa/salas de isolamento de infecção transmitida pelo ar (AIIRs);

- Utilizar enxaguatório bucal pré-procedimento para redução da carga viral presente na saliva: enxágue bucal com iodo-povidona a 0,2% ou peróxido de hidrogênio 0,5-1%;
- Quanto à execução das radiografias devem-se priorizar as imagens extraorais, como radiografia panorâmica ou tomografia computadorizada de feixe cônico. Se a imagem intraoral for obrigatória, os sensores devem ter dupla barreira, evitando contaminação cruzada;
- Aspirar a saliva do paciente de forma contínua, evitando aspirações repetidas, todavia a irrigação deve ser limitada;
- Presença de filtros evacuadores de alto volume (HVE) na área de tratamento, pois removem os bioaerossóis, reduzindo o potencial de contaminação em até 90%;
- Recomenda-se o uso de dispositivos descartáveis para prevenir contaminação cruzada;
- Recomenda-se minimizar o uso de instrumentos como: peça de alta rotação para reduzir o risco de geração de aerossóis contaminados;
- Em caso de intubação, a equipe deve aguardar 20 minutos do lado de fora da sala de operação, antes de iniciar o procedimento;
- Quanto ao acesso cirúrgico, se possível realizar cirurgia fechada, caso contrário, priorizar acesso extraoral. Usar bisturi a frio;
- Caso seja necessária a realização de osteotomia, realizar pouca ou nenhuma irrigação;
- A redução e fixação de fraturas devem ser feitas de maneira menos traumática possível, reduzindo o número de perfurantes, a exemplo do bloqueio mandibular com parafusos IMF autoperfurantes;
- Avaliar necessidade de leito em UTI e reduzir a quantidade de profissionais auxiliares;
- O SARS-Cov-2 pode permanecer viável em aerossol e sobreviver até 3 dias em superfícies inanimadas na temperatura ambiente, sendo assim todas as superfícies devem ser desinfetadas, para conter a disseminação do vírus;
- Desinfecção de superfícies com 62% -71% de etanol, 0,5% de peróxido de hidrogênio e 0,1% de hipoclorito de sódio, uma vez que o vírus permanece nessas superfícies inanimadas por até 9 dias.

Considerando o tratamento dentário, pacientes febris e com doenças respiratórias ativas provavelmente não irão comparecer a consultórios odontológicos. Baseado na avaliação do

questionário de emergência a gravidade da situação dentária pode ser avaliada e pode-se fornecer ou adiar o atendimento (ATHER *et al.*, 2020).

Para casos suspeitos ou confirmados de infecções por COVID-19, que requerem atendimento urgente, segue algumas recomendações, como descrito na tabela 4.

TABELA 4. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS COM COVID-19

URGÊNCIA	ABORDAGEM
Dor dente e/ou inchaço Pericoronarite	Antibioticoterapia e analgésico
Ajuste ou reparo de próteses removíveis	Ajuste da prótese, realizando procedimento com EPIs e sala com pressão negativa
Cárie extensa	Remoção do tecido cariado, usando instrumentos manuais, EPIs, sala com pressão negativa

FONTE: Ather et al., 2020; Gugnani, Gugnani, 2020.

Em contrapartida, em casos não suspeitos deve-se conduzir a cirurgia apenas com os cuidados necessários; já os procedimentos eletivos podem ser adiados, e se o paciente tiver suspeita da doença, instruí-lo a manter o isolamento social (RODRIGUES *et al.*, 2020).

As emergências odontológicas são categorizadas como situações potencialmente fatais, visto a possibilidade de obstrução das vias aéreas e sangramento no tecido, enquanto o atendimento de urgência é necessário em situações de infecção ou dor intensa (GUGNANI, GUGNANI, 2020).

TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO DE SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.

EMERGÊNCIA	URGÊNCIA
Celulite	Pulpite
Infecção bacteriana	Cárie extensa
Traumatismo envolvendo ossos da face	Restaurações incorretas com presença de dor Pericoronarite
Hemorragias	Alveolite pós-operatória Abscessos (dentário ou periodontal)

Fratura dentária
Cimentação ou fixação de coroas ou próteses
fixas
Ajuste ou reparo de próteses removíveis
Troca de medicação intracanal em caso de dor
Necroses orais
Ajuste, troca ou remoção de dispositivo
ortodôntico que provoque ulceração
Trauma dentário com avulsão ou luxação

Fonte: Franco; Camargo; Peres, 2020.

Ademais, é de extrema importância a etiqueta respiratória, lavando as mãos com água e sabão, cobrir a boca com a parte interna do braço ao tossir ou espirrar e utilizar os EPI's; além de fazer a correta desinfecção das superfícies com álcool etílico 70%, principalmente daquelas que oferecem maior risco de contaminação, como aspirador cirúrgico, seringa tríplice e acopladores de canetas de alta e baixa rotação, uma vez que contribuem para a emissão de aerossóis. Entretanto, se o profissional apresentar sinais e sintomas que levam à suspeita de COVID-19 ou tenha sido confirmado com a doença, se afaste por um período mínimo de 14 dias antes de retomar suas funções, estendendo-o se apresentar febre; gerando a quebra da cadeia de disseminação (GE *et al.*, 2020).

- **EPIs**

O uso dos EPI's na clínica odontológica é imprescindível para o desenvolvimento seguro da rotina de trabalho, constituindo-se de uma barreira eficaz contra as partículas dispersas no ar e gotículas contaminadas do indivíduo (CFO, 2020).

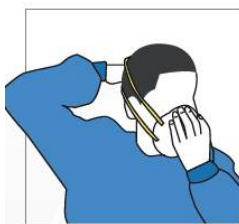
Dentre os EPIs, recomendados pelo Conselho Federal de Odontologia (2020) e que devem ser utilizados pelos cirurgiões, auxiliares e toda a equipe, estão:

- Gorro ou touca: que serve como barreira de proteção capilar contra microrganismos patogênicos emitidos pelas vias respiratórias dos pacientes.



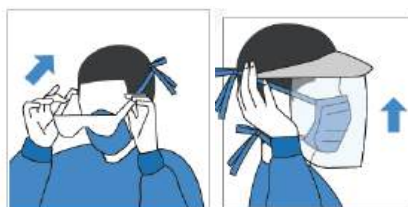
(Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, 2020).

- Máscara cirúrgica N95, N99, N100, FFP2, ou FFP3: para prevenir a inalação dos bioaerossóis, devendo possuir uma eficiência mínima de 95% para filtração de partículas até $0,3\mu$ e é importante observar se a vedação lateral da máscara e a cobertura da região nasal estão corretas. Deve ser desinfectada a cada paciente, segundo recomendações do fabricante. Caso esteja molhada, deve ser trocada a cada paciente.



(Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, 2020).

- Óculos de proteção e face shield: para evitar o contato de partículas virais com as membranas mucosas dos olhos, nariz e boca. Os protetores faciais deverão ser desinfectados após cada atendimento e os óculos de proteção devem cobrir as laterais do rosto.



(Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, 2020).

- Avental impermeável: que barra a contaminação pelas gotículas expelidas pelo paciente no momento da cirurgia e deve ser amarrado sempre pela parte de trás.



(Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, 2020).

- Luvas cirúrgicas estéreis: para proteger a mão do cirurgião do contato com fluidos corporais do paciente, como sangue e saliva durante a cirurgia.



(Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, 2020).

Antes da realização de qualquer cirurgia bucal ou do complexo maxilofacial, é preciso utilizar o EPI completo, visando a proteção do profissional e sua equipe dos riscos ocupacionais aos quais estão expostos. Lembrando que qualquer paciente independente da confirmação ou não da doença, ou mesmo da apresentação ou não dos sintomas, deve ser considerado uma possível fonte de transmissão, afinal o paciente pode ser assintomático e o vírus pode ser transmitido tanto pelas secreções emitidas, quanto pelo contato físico entre pessoas (MAIA *et al.*, 2020).

Além disso, toda a equipe de profissionais atuantes deve ser treinada para realizar adequadamente a paramentação pré-cirúrgica e a desparamentação pós-cirúrgica, seguindo uma sequência lógica e um protocolo para que possa ser considerado como barreira efetiva (COVID-19, 2020).

Portanto, cabe ressaltar a importância de adotar medidas de biossegurança na clínica cirúrgica odontológica, visando garantir a saúde tanto do profissional quanto dos pacientes. O cirurgião-dentista deve estar atento à utilização adequada dos EPI's e tomar todas as precauções necessárias para evitar a formação de aerossóis e a possibilidade de contaminação cruzada (ROCHA *et al.*, 2020).

REFERÊNCIAS

1. ASKIN, Lutfu; TANRIVERDI, Okan; ASKIN, Husna Sengul. O efeito da doença de coronavírus 2019 nas doenças cardiovasculares. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 114, n. 5, p. 817-822, 2020.
2. ATHER, Amber et al. Coronavirus disease 19 (COVID-19): implications for clinical dental care. *Journal of endodontics*, v. 46, n. 5, p. 584-595, 2020.

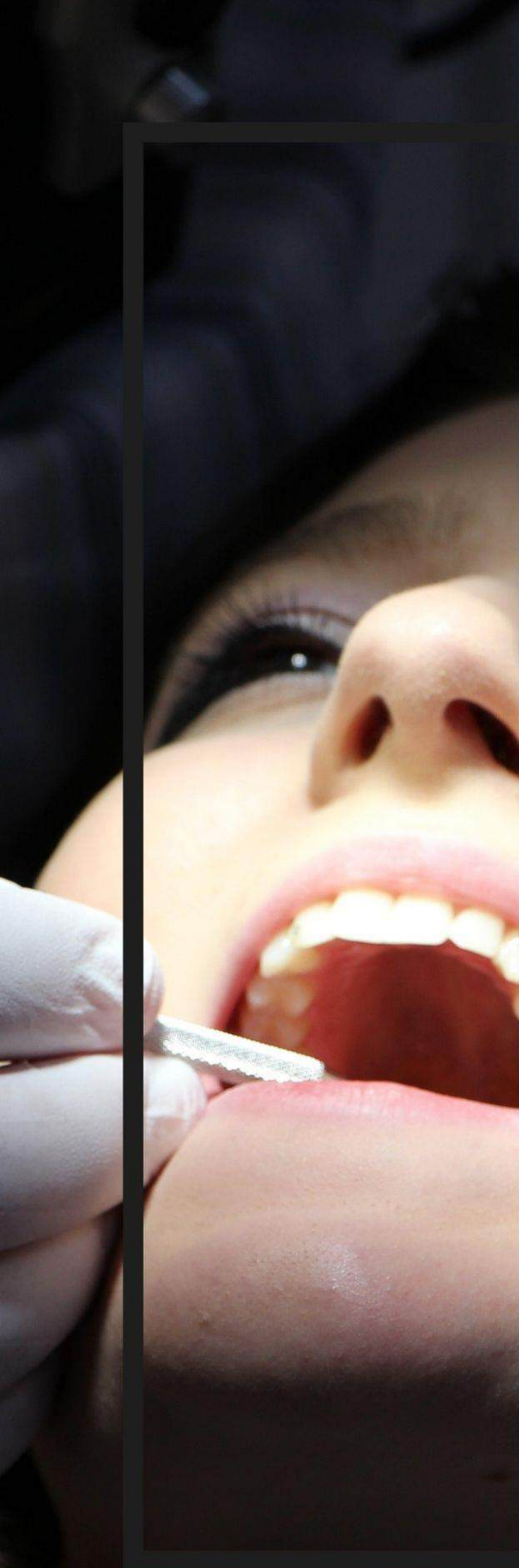
3. BESNIER E, TUECH JJ, SCHWARZ L. We Asked the Experts: Covid-19 Outbreak: Is There Still a Place for Scheduled Surgery? "Reflection from Pathophysiological Data". *World J Surg.*; v.44, n.6, p.1695-1698, 2020.
4. CALISKAN, Tayfun; SAYLAN, Bengu. Smoking and comorbidities are associated with COVID-19 severity and mortality in 565 patients treated in Turkey: a retrospective observational study. *Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo* , v. 66, n. 12, p. 1679-1684, Dec. 2020 .
5. COVID Surg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study. *Lancet.* v.4, n.396(10243), p.:27-38, 2020.
6. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Recomendações para Atendimentos Odontológicos em Tempos de Covid-19. 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Material-CDs-Coronavi%CC%81rus-CFO-1.pdf>. Acesso em: 21 jan.2021.
7. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Covid-19 Orientações sobre a Colocação e Retirada dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). 2020. Disponível em:<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf>. Acesso em: 10 fev 2021.
8. COVID-19 – Guia de Práticas em CTBMF. Portal do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Brasília, March 30, 2020. Available from:<<https://www.bucomaxilo.org.br/site/noticias-detalhes.php?cod=344&q=COVID-19+Guia+de+Pr%C3%A1ticas+em+CTBMF&bsc=ativar>>. Access on: April 7, 2020.
9. CHU, Derek K. et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, v. 395, n. 10242, p. 1973-1987, 2020
10. FALCON-GUERRERO, Britto E; FALCON-PASAPERA, Guido S. Medidas para Prevenir el COVID-19 en el Consultorio Dental. *Int. J. Odontostomat.*, Temuco , v. 14, n. 4, p. 468-473, dic. 2020.

11. FRANCO, Juliana Bertoldi; CAMARGO, Alessandra Rodrigues de; PERES, Maria Paula Siqueira de Melo. Dental care in the COVID-19 era: recommendations for dental procedures and professionals. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, [S.I.], v. 1, n. 74, p. 18-21, 2020.
12. GE, Zi-yu et al. Possible aerosol transmission of COVID-19 and special precautions in dentistry. *Journal of Zhejiang University-SCIENCE B*, p. 1-8, 2020.
13. GUGNANI, Neeraj; GUGNANI, Shalini. Safety protocols for dental practices in the COVID-19 era. *Evidence-based dentistry*, v. 21, n. 2, p. 56-57, 2020.
14. LIMA, Francisca Elisângela Teixeira et al. Intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a realização do exame para COVID-19 nas capitais brasileiras, agosto de 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n.1 p. CONFERIR PAGINA, 2020.
15. DA SILVA MAIA, Sérgio Eberson et al. Recomendações de biossegurança para a atuação do cirurgião bucomaxilofacial na assistência a pacientes no período de pandemia pelo Coronavírus. *Jornal de Ciências da Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí*, v. 3, n. 1, 2020.
16. MARTINS, Marlos Melo et al. Clinical and laboratory characteristics of sars-cov-2 infection in children and adolescents. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 39, 2021.
17. MELIAN-RIVAS, Andrés et al . Recomendaciones en la Atención de Pacientes en Cirugía Maxilofacial Durante la Pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2). *Int. J. Odontostomat.*, Temuco , v. 14, n. 4, p. 474-480, dic. 2020 .
18. MONJE GIL, Florencio et al . Manejo de pacientes en cirugía oral y maxilofacial durante el periodo de crisis y de control posterior de la pandemia de COVID-19. *Rev Esp Círug Oral y Maxilofac*, Madrid , v. 42, n. 2, p. 51-59, 2020 .
19. OFFNER, D; MERIGO, E; TARDIVO, D; GROS, C; LUPI, L. & MUSSET, A. Cuidados bucais e a epidemia de Coronavirus COVID-19. *Saúde Pública*, v. 32, n.2-3, p. 247-251, 2020.
20. PETRAKIS, D; MARGINĂ, D; TSAROUHAS, K. et al. Obesidade - um fator de risco para prevalência, gravidade e letalidade aumentadas de COVID-19 (Revisão). *Mol Med Rep*. v.22, n.1, p. 9-19, 2020.

21. RAWAT, Kajal; KUMARI, Puja; SAHA, Lekha. COVID-19 vaccine: A recent update in pipeline vaccines, their design and development strategies. *European journal of pharmacology*, 2020.
22. RIVERA, César. Los Aerosoles Dentales a Propósito de la Pandemia por COVID-19. *Int. J. Odontostomat.*, Temuco, v. 14, n. 4, p. 519-522, dic. 2020.
23. DE AMORIM ROCHA, Layla Louise et al. Recomendações em cirurgias bucomaxilofaciais de urgência e emergência em tempos de COVID-19. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, v. 9, n. 4, 2020.
24. RODRIGUES, Matheus Francisco Barros et al. Special precautions in oral and maxillofacial surgeries regarding COVID-19 transmission. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 9, p. 66012-66021, 2020.
25. SHARMA, Omna et al. A Review of the Progress and Challenges of Developing a Vaccine for COVID-19. *Frontiers in immunology*, v. 11, p. 2413, 2020.
26. SILVA, Leonardo Emilio et al. Cirurgias eletivas no “novo normal” pós-pandemia da COVID-19: testar ou não testar?. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 47, 2020.

CAPÍTULO 1

AVALIAÇÃO
PRÉ-OPERATÓRIA



ÍNDICE

- 1.1 Formato padrão para registro de resultados do histórico e do exame físico
- 1.2 Classificação do estado físico (American Society of Anesthesiologists – ASA)
- 1.3 Protocolo de redução de ansiedade
- 1.4 Tratamento de pacientes com condições médicas comprometedoras
 - 1.4.1 Angina pectoris
 - 1.4.2 Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
 - 1.4.3 Acidente Vascular Cerebral (AVC)
 - 1.4.4 Disritmias
- 1.5.5 Endocardite infecciosa
- 1.5.6 Insuficiência cardíaca congestiva (cardiomiopatia hipertrofica)
- 1.5.7 Asma
- 1.5.8 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- 1.5.9 Insuficiência renal e paciente que está recebendo hemodiálise
- 1.5.10 Paciente com transplante renal
- 1.5.11 Hipertensão
- 1.5.12 Insuficiência hepática
- 1.5.13 Diabetes melito
- 1.5.14 Insuficiência adrenal
- 1.5.15 Hipertireoidismo
- 1.5.16 Coagulopatias hereditárias
- 1.5.17 Anticoagulação terapêutica
- 1.5.18 Distúrbios convulsivos
- 1.5.19 Etilismo (alcoolismo)
- 1.5.20 Gravidez

CAPÍTULO 1 - AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

1.1 Formato padrão para registro de resultados do histórico e do exame físico

- 1- Dados biográficos;
- 2- Queixa principal e seu respectivo histórico;
- 3- História médica;
- 4- História familiar;
- 5- Revisão de sistemas;
- 6- Exame físico;
- 7- Resultados laboratoriais e de imaginologia.

1.2 Classificação do estado físico (*American Society of Anesthesiologists – ASA*)

ASA I: paciente normal, saudável;

ASA II: paciente com doença sistêmica leve ou com um significativo risco de saúde;

ASA III: paciente com doença sistêmica grave que não é incapacitante;

ASA IV: paciente com doença sistêmica grave que oferece risco de vida constante;

ASA V: paciente moribundo que provavelmente não sobreviverá a operação;

ASA VI: paciente com morte cerebral declarada que está passando por remoção de órgão para doá-los.

1.3. Protocolo de redução de ansiedade

- Antes da cirurgia

De forma opcional, utilizar agente hipnótico para estimular o sono na noite que antecede a cirurgia;

De forma opcional, usar agente sedativo para diminuir a ansiedade na manhã da cirurgia,

Agendar consulta matinal;

- Durante a cirurgia

Manter contato verbal;

O cirurgião dentista deve avisar o paciente antes de realizar qualquer procedimento que possa causar ansiedade;

Evitar barulhos desnecessários;

Manter instrumentos cirúrgicos afastados do campo de visão do paciente;

Colocar música ambiente relaxante;

Utilizar anestésicos locais de duração e intensidades suficientes;

Fazer sedação com óxido nitroso em caso de necessidade;

Usar ansiolíticos intravenosos em caso de necessidade;

- Depois da cirurgia

Instruções para o cuidado pós-operatório;

Orientar o paciente quanto as sequelas cirúrgicas que podem ser formadas;

Fazer tranquilização adicional;

Prescrever analgésicos eficazes;

Se deixar a disposição do paciente caso este precise entrar em contato para relatar qualquer problema;

Telefonar para o paciente durante a noite e depois da cirurgia para certificar se existe algum problema.

1.4 Tratamento de pacientes com condições médicas comprometedoras

1.4.1 Angina pectoris

Estreitamento progressivo ou espasmo (ou ambos) de uma ou mais artérias coronárias.

1- Consultar o médico do paciente;

2- Usar protocolo de redução de ansiedade;

3- Ter tabletes ou spray de nitroglicerina disponíveis ou qualquer outro broncodilatador (usar pré medicação com nitroglicerina, em caso de indicação);

4- Promover anestesia local profunda antes de começar a cirurgia;

5- Avaliar possível uso de sedação com óxido nitroso;

6- Monitorar com atenção os sinais vitais;

7- Considerar uma possível limitação da quantidade de epinefrina utilizada (máximo de 0,04mg);

8- Manter contato verbal com o paciente durante o procedimento para monitorar seu estado.

1.4.2 Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

Ocorre quando a isquemia oriunda de um descompasso entre a demanda de oxigênio e seu abastecimento propicia a disfunção celular miocárdica e morte.

1- Consultar o médico do paciente;

- 2- Checar com o médico se será preciso tratamento odontológico invasivo antes dos 6 meses, desde o infarto agudo do miocárdio;
- 3- Checar se o paciente faz uso de anticoagulantes, como por exemplo, a aspirina;
- 4- Fazer uso de protocolo de redução de ansiedade;
- 5- Se o médico aconselhar, usar profilaticamente a nitroglicerina;
- 6- De modo opcional, administrar oxigênio suplementar;
- 7- Promover anestesia local profunda;
- 8- Avaliar a possibilidade de uso do óxido nitroso;
- 9- Monitorar sinais vitais e manter contato verbal com o paciente;
- 10- Avaliar possível limitação no uso de epinefrina para 0,04 mg;
- 11- Considerar a possibilidade de encaminhamento para um cirurgião bucomaxilofacial.

1.4.3 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Em casos de necessidade cirúrgica, estes pacientes devem ter liberação médica assim como um adiamento até que os quadros hipertensivos importantes estejam sob controle.

Registrar o estado neurológico básico do paciente.

O tratamento deve ocorrer através de um protocolo de redução de ansiedade não farmacológico e os sinais vitais necessitam ser monitorados durante a cirurgia.

Em caso de necessidade de ação farmacológica, administrar óxido nitroso em baixas concentrações.

1.4.4 Disritmias

Limitar a administração de epinefrina à quantidade de 0,04 mg.

Monitorar cuidadosamente os sinais vitais.

Em caso de pacientes portadores de marca passo nessas condições, evitar o uso de equipamentos elétricos e microondas perto do paciente.

1.5.5 Endocardite infecciosa

Para evitá-la, a profilaxia antibiótica deve ser indicada em pacientes com alto risco de desenvolvê-la, como àqueles que apresentam:

- 1- Endocardite prévia;
- 2- Válvulas cardíacas protéticas;

- 3- Defeitos cardíacos congênitos cianóticos que não foram reparados ou possuem defeitos parciais remanescentes após o reparo;
- 4- Transplantes cardíacos com valvulopatia;

Como fazer:

Administrar 2g de amoxicilina via oral 1h ou 30 minutos antes da realização do procedimento.

1.5.6 Insuficiência cardíaca congestiva (cardiomiopatia hipertrófica)

Ocorre quando um miocárdio fragilizado é incapaz de fornecer o débito cardíaco exigido pelo corpo ou quando demandas excessivas sobrecarregam o miocárdio normal.

- 1- Adiar o tratamento até que o funcionamento cardíaco seja aprimorado com medicamentos e o médico do paciente achar viável a realização do procedimento em questão;
- 2- Aplicar protocolo de redução de ansiedade;
- 3- Considerar a possibilidade de oxigenação suplementar;
- 4- Evitar posição supina;
- 5- Avaliar o encaminhamento para um cirurgião bucomaxilofacial.

1.5.7 Asma

Estreitamento de pequenas vias aéreas inflamadas que geram sibilos e dispneia como resultado de estimulações químicas, infecciosas, imunológicas, emocionais ou a combinação de todas.

- 1- Adiar o tratamento odontológico até que a asma esteja controlada e o paciente não apresente mais nenhum sinal de infecção no trato respiratório;
- 2- Utilizar o estetoscópio para auscultar o tórax a fim de detectar qualquer sibilo antes de cirurgias ou sedação;
- 3- Aplicar protocolo de ansiedade juntamente com óxido nítrico (entretanto, evitar depressores respiratórios);
- 4- Consultar o médico do paciente sobre a possibilidade de uso do cromoglicato de sódio no pré-operatório ou qualquer outro antiasmático;
- 5- Caso o paciente esteja ou tenha histórico de uso de corticosteroides cronicamente, promover profilaxia para insuficiência adrenal;

TABELA 6. PACIENTE USANDO CORTICOESTEROIDES NO MOMENTO DA CIRURGIA

Instruir o paciente a dobrar a dose habitual no dia anterior, no dia da cirurgia e no dia após;
No segundo dia após a cirurgia, instruir o paciente a tomar a dose usual de corticosteroides;

TABELA 7. PACIENTE QUE NÃO USA CORTICOESTEROIDES NO MOMENTO DA CIRURGIA MAS RECEBEU PELO MENOS 20G DE HIDROCORTISONA (CORTISOL OU EQUIVALENTE) POR MAIS DE 2 SEMANAS DURANTE O ANO ANTERIOR

Opção 1- Instruir o paciente a tomar 60mg de hidrocortisona (ou equivalente) no dia anterior na manhã da cirurgia;

Opção 2- Cirurgião-Dentista deve administrar 60mg de hidrocortisona (ou equivalente via intramuscular ou intravenosa antes da cirurgia

Durante os dois primeiros dias após a cirurgia, a dose deve ser diminuída a 40mg e posteriormente a 20mg três dias depois da redução anterior;

6- Possuir um inalador contendo broncodilatador de modo acessível para uso em casos de necessidade;

7- Evitar o uso de AINEs em pacientes susceptíveis.

A broncodilatação pode ser causada por um deslocamento na cascata do ácido araquidônico, quando há o bloqueio da COX. Essa inibição impede o metabolismo do ácido araquidônico de produzir prostaglandinas broncodilatadoras, principalmente a PGE². Dessa forma, a via da lipoxigenase predomina e há produção de leucotrienos que propiciam a constrição bronquiolar em indivíduos sensíveis, mimetizando uma crise asmática.

1.5.8 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Causada por longa exposição a irritantes pulmonares tais como a fumaça e o tabaco levando à metaplasia dos tecidos das vias aéreas pulmonares.

1- Adiar o tratamento até que o funcionamento pulmonar seja aprimorado e possibilite o tratamento;

2- Auscultar de forma bilateral o tórax com o estetoscópio para demarcar a adequação dos sons pulmonares;

3- Aplicar o protocolo de redução de ansiedade, entretanto, evitar o uso de depressores respiratórios;

4- Caso o paciente necessite de suplementação crônica de oxigênio, deve-se manter a taxa de fluxo em prescrição. Em casos contrários de não necessidade de suplementação com oxigênio, consultar o médico antes de decidir administrá-lo;

5- Se houver uso de corticosteroide cronicamente, controlar o paciente para evitar insuficiência adrenal;

6- Evitar posição supina;

7- Possuir, para casos de necessidade, um inalador contendo broncodilatador;

8- Monitorar as frequências cardíacas e respiratórias;

9- Marcar consultas no horário da tarde para possibilitar a remoção de secreções.

1.5.9 Insuficiência renal e paciente que está recebendo hemodiálise

1- Evitar o uso drogas que dependem de metabolismo renal ou excreção e, se forem necessárias, alterar a dose. Evitar uso de tubo atrioventricular para administrar drogas ou fazer coleta de amostras de sangue;

TABELA 8. FÁRMACOS DE ROTINA COM METABOLISMO/EXCREÇÃO RENAL

Amoxicilina
Nimesulida
Dipirona
Ibuprofeno
Paracetamol

2- Evitar drogas nefrotóxicas (ex: AINES);

3- Adiar o procedimento odontológico até o dia seguinte da realização da diálise;

4- Consultar o médico do paciente sobre o uso de antibioticoprofilaxia;

5- Fazer o monitoramento da taxa cardíaca e pressão arterial;

6- Avaliar a presença de hiperparatireoidismo secundário;

7- Avaliar a possibilidade de triagem para o vírus da hepatite B previamente ao tratamento odontológico e tomar as precauções em caso de impossibilidade de identificação de hepatite.

Para assegurar imunidade contra o vírus da Hepatite B é imprescindível que sejam aplicadas as 3 doses de vacina preconizadas. O profissional deve, antes e depois da vacinação, verificar através de marcadores virais se é portador do vírus, se já o teve no passado e se foi imunizado de maneira eficaz.

Precauções: Biossegurança

- Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)
- Cuidados ao manusear equipamentos pontiagudos e/ou perfurocortantes que tenham contato com material biológico a fim de obter prevenção da infecção cruzada e diminuir os riscos de acidentes com exposição de material biológico

1.5.10 Paciente com transplante renal

1- Adiar o tratamento até que o médico que realizou o transplante do paciente faça a liberação para realização de procedimentos odontológicos;

2- Evitar drogas nefrotóxicas;

3- Avaliar a possibilidade de uso de corticosteroides de forma suplementar;

4- Fazer o monitoramento da pressão arterial;

5- Avaliar a possibilidade de triagem para o vírus da hepatite B previamente ao tratamento odontológico e tomar as precauções em caso de impossibilidade de identificação de hepatite;

6- Ciclosporina A quando usada, atentar para a hiperplasia gengival induzida e enfatizar a importância da higiene oral;

7- Avaliar a possibilidade de antibióticoprofilaxia principalmente em pacientes que fazem o uso de imunossupressores.

1.5.11 Hipertensão

- Hipertensão leve a moderada (> 140/90 mmHg)

1- Não é preciso adiar o tratamento odontológico, mas deve-se salientar para o paciente a importância de procurar um médico para tratamento da hipertensão;

2- Fazer o monitoramento da pressão arterial em todas as visitas e sempre que houver administração de anestésico local com epinefrina acima de 0,04 mg em uma única visita;

3- Aplicar o protocolo de redução de ansiedade;

4- Evitar mudanças bruscas de postura em pacientes que usam drogas vasodilatadoras;

5- Evitar administração de substâncias endovenosas que apresentam sódio na composição.

- Hipertensão Severa (> 200/110 mmHg)

1- Adiar o procedimento odontológico até que a hipertensão esteja controlada;

2- Em caso de emergências, avaliar o encaminhamento para um cirurgião bucomaxilofacial ou realizar o procedimento em ambiente hospitalar.

1.5.12 Insuficiência hepática

1- Identificar a causa, se for hepatite B, buscar a tomada de precauções habituais. *(Para tal, consultar o item 2.5.9 item 7)*

2- Em caso de necessidade de uso de drogas com excreção hepática deve-se alterar a dose, entretanto, o ideal é evitar;

3- Solicitar exames para avaliação de distúrbios hemorrágicos eventualmente presentes;

4- Evitar situações em que o paciente esteja suscetível a engolir grandes quantidades de sangue.

1.5.13 Diabetes mellitus

- Tipo I (Dependentes de insulina)

1- Consultar o médico do paciente, aguardar para realização da cirurgia apenas quando o diabetes estiver controlado;

2- Marcar consultas matutinas e rápidas;

3- Aplicar protocolo de redução de ansiedade (evitar sedação profunda em pacientes ambulatoriais);

4- Fazer o monitoramento dos sinais vitais no transoperatório e pós operatório;

- 5- Conversar com o paciente durante a cirurgia;
- 6- Caso o paciente esteja impossibilitado de beber ou comer anteriormente da cirurgia e tiver dificuldade em se alimentar depois do procedimento é recomendado que este não tome a dose habitual de insulina regular ou NPH. Administrar por via intravenosa 5% de dextrose em gotejamento a 150 mL por hora;
- 7- Se possível, permitir que o paciente tome café da manhã normal antes da cirurgia e orientá-lo a tomar a dose de insulina regular habitual, entretanto, apenas metade da dose de insulina NPH;
- 8- Orientar o paciente a tomar as doses de insulina normais apenas quando estiverem aptos a fazer atividades físicas e a retornar ao nível habitual de ingestão de calorias;
- 9- Atentar-se aos sinais de hipoglicemia;
- 10- Fazer o tratamento das infecções de forma agressiva.
 - Tipo II (não dependentes de insulina)
- 1- Realizar a cirurgia apenas quando a diabetes estiver controlada;
- 2- Agendar consultas matutinas e rápidas;
- 3- Aplicar protocolo de redução de ansiedade;
- 4- Fazer o monitoramento dos sinais vitais no transoperatório e pós-operatório;
- 5- Conversar com o paciente durante a cirurgia;
- 6- Caso o paciente não possa comer ou beber antes da cirurgia e apresentar dificuldade para se alimentar depois do procedimento, orientá-lo a pular qualquer medicação hipoglicêmica oral no dia do tratamento;
- 7- Se o paciente conseguir comer antes da cirurgia, orientá-lo a tomar café da manhã normalmente e a ingerir a dose habitual do agente hipoglicêmico;
- 8- Atentar-se aos sinais de hipoglicemia;
- 9- Fazer o tratamento das infecções de forma agressiva.

1.5.14 Insuficiência adrenal

- Caso o paciente esteja fazendo uso de corticosteroides:
- 1- Aplicar o protocolo de redução de ansiedade;
 - 2- Fazer o monitoramento dos sinais vitais no transoperatório e pós-operatório;
 - 3- Orientar o paciente a dobrar a dose habitual no dia anterior a cirurgia e o no dia depois a cirurgia;
 - 4- Dois dias depois da cirurgia, orientar o paciente a voltar com a dose habitual de esteroides;

- Caso o paciente não esteja fazendo uso de corticosteroides, mas já recebeu ao menos 20 mg de hidrocortisona além de duas semanas durante o ano anterior:

- 1- Aplicar o protocolo de redução de ansiedade;
- 2- Fazer o monitoramento dos sinais vitais no transoperatório e pós-operatório;
- 3- Orientar o paciente a tomar 60mg de hidrocortisona no dia anterior e na manhã do dia da cirurgia (ou o cirurgião dentista administrar 60 mg de hidrocortisona ou equivalente via intramuscular ou intravenoso antes de cirurgia complexa);
- 4- Durante os dias iniciais após a cirurgia, reduzir a dose a 40 mg e diminuir a 20 mg três dias depois da redução anterior. O médico pode interromper a administração de esteroides suplementares seis dias depois da cirurgia.

1.5.15 Hipertireoidismo

- 1- Realizar a cirurgia apenas quando a disfunção da glândula tireoide estiver controlada;
- 2- Fazer o monitoramento dos sinais vitais no transoperatório e pós-operatório;
- 3- Usar epinefrina em quantidade limitada;

Em caso de sintomas leves, não é necessária nenhuma alteração no tratamento odontológico.

1.5.16 Coagulopatias hereditárias

- 1- Realizar a cirurgia apenas após consulta do paciente com um hematologista;
- 2- Ter em mão hemograma para avaliação e fazer triagem para hepatite;
- 3- Marcar a cirurgia de forma que esta aconteça pouco tempo depois da tomada de qualquer medida de correção de da coagulação;
- 4- Elevar a coagulação durante a cirurgia por meio do uso de substâncias tóxicas que propiciam a coagulação, suturas e compressas bem adaptadas;
- 5- Fazer o monitoramento da ferida durante duas horas para avaliar o surgimento de uma coagulação inicial;
- 6- Orientar o paciente de forma a evitar o deslocamento do coágulo e quanto ao que fazer em caso de nova hemorragia;
- 7- Evitar a prescrição de AINEs;
- 8- Tomar medidas que evitem que o paciente contraia hepatite durante a cirurgia;

Em caso de coagulopatias severas, os pacientes que necessitam de cirurgia severa precisam ser hospitalizados.

1.5.17 Anticoagulação terapêutica

- Pacientes recebendo aspirina ou outras drogas inibidoras de plaquetas

- 1- Entrar em contato com o médico do paciente para verificar a seguridade de parar a droga anticoagulante por diversos dias;
- 2- Realizar a cirurgia apenas quando as drogas inibidoras de plaquetas tiverem sido interrompidas** por cinco dias;

*** a Aspirina (AAS) geralmente não precisa ser suspensa para cirurgias de rotina. Estas podem ser executadas de maneira segura em pacientes que fazem uso de anticoagulante oral desde que se utilize INR abaixo de 4,0, haja um bom planejamento do caso com técnicas atraumáticas, extraindo um elemento dentário por sessão e utilizando hemostáticos locais.*

- 3- Promover cuidados extras durante e após a cirurgia para auxiliar na formação de coágulo e retenção destes;

- Utilização de hemostático com gaze para fazer pressão nos vasos do alvéolo ou colocá-lo diretamente no alvéolo;
- Sutura em forma de 8 ajuda na retenção do coágulo sanguíneo no alvéolo dentário;
- O paciente deve ser orientado a morder uma gaze úmida por pelo menos 30 minutos após a cirurgia.

- 4- Reiniciar a terapia com as drogas no dia após a cirurgia se não houver ocorrência de nenhuma hemorragia.

TABELA 9. DROGAS INIBIDORAS DE PLAQUETAS

Ácido acetilsalicílico (AAS)

Triflusal
Ticlopidina
Clopidogrel
Abeiximab
Dipiridamol
Cilostazol

- Pacientes recebendo Wafarina (Cumadin)

- 1- Entrar em contato com o médico do paciente para avaliar se é seguro deixar o tempo de protombina (TP) cair de 2,0 para 3,0 INR. Há possibilidade de levar alguns dias;
- 2- Alcançar a base de referência de TP;
- 3- Caso o TP seja inferior a 3,1 INR, dar continuidade à cirurgia e tomar medidas extras no transoperatório e pós operatório para auxiliar na formação de coágulos e na retenção destes. Se o TP for maior que 3,0 INR, interromper o uso de wafarina nos dois dias que antecedem a cirurgia;
- 4- Avaliar o TP diariamente e realizar a cirurgia no dia em que o TP cair para 3,0 INR;
- 5- Reiniciar a administração de wafarina no dia da cirurgia.

- Pacientes recebendo heparina

- 1- Entrar em contato com o médico do paciente para analisar se é recomendável parar o uso da heparina no transoperatório;

- 2- Realizar a cirurgia quando o uso da heparina for interrompido por pelo menos seis horas ou fazer a alteração desta por protamina;
- 3- Quando houver a formação de uma boa coagulação, retomar o uso da heparina.

1.5.18 Distúrbios convulsivos

- 1- Realizar a cirurgia apenas quando as convulsões estiverem controladas;
- 2- Avaliar a possibilidade de obter níveis séricos de medicamentos medidos se o consentimento do paciente for questionável;
- 3- Aplicar protocolo de redução de ansiedade;
- 4- Aplicar medidas a fim de evitar hipoglicemia e fadiga no paciente.

1.5.19 Etilismo (alcoolismo)

Problemas primários em relação ao tratamento odontológico:

- 1- Insuficiência hepática;
- 2- Interação entre os medicamentos e o álcool;
- 3- Fenômeno da abstinência no período transoperatório;

Pacientes que precisam de cirurgia bucal e que têm sinais graves de doença alcoólica do fígado ou sinais de abstinência de álcool, necessitam ser tratados em ambiente hospitalar.

É recomendado realizar testes de funcionamento do fígado, perfil da coagulação e consulta médica antes de marcar a cirurgia.

Pacientes atendidos em ambulatório, a dose de drogas metabolizadas no fígado deve ser modificada e os pacientes devem ser monitorados para avaliar se há excesso de sedação.

TABELA 9. DROGAS METABOLIZADAS NO FÍGADO

Paracetamol
Amoxicilina
Nimesulida
Ibuprofeno

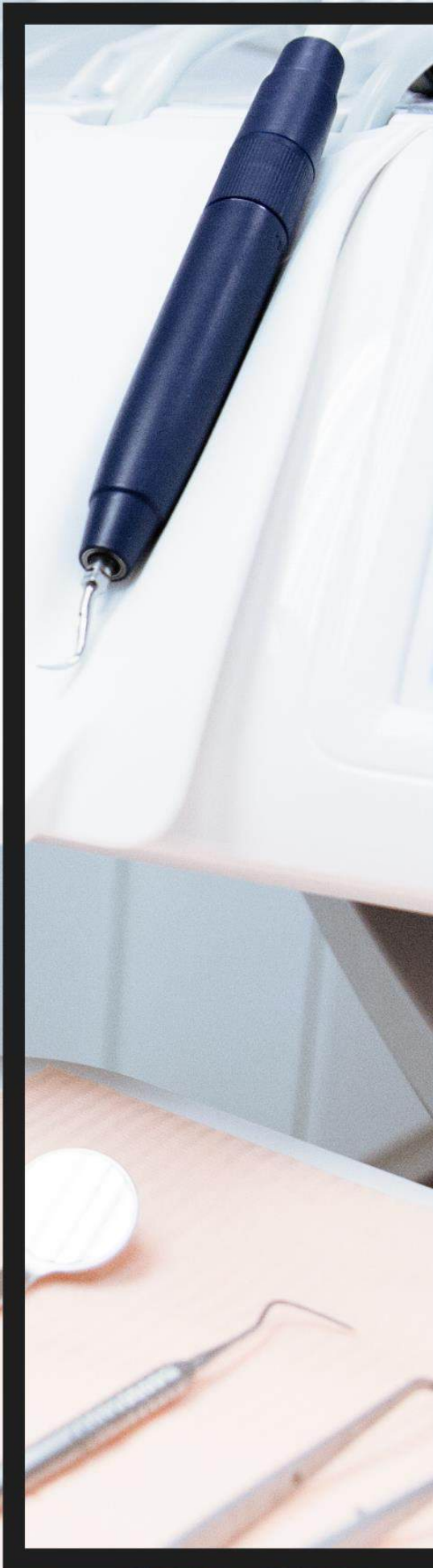
1.5.20 Gravidez

- 1- Se possível, realizar a cirurgia após o parto;
- 2- Entrar em contato com o obstetra do paciente se a cirurgia não puder ser reprogramada;
- 3- Se for necessário a realização de radiografias, usar proteção de chumbo apropriada;
- 4- Evitar drogas com potencial teratogênico. Quando a anestesia for indicada, usar anestésicos locais;

- 5- Em caso de uso de sedação com óxido nitroso, utilizar ao menos 50% de oxigênio;
- 6- A fim de prevenir a compressão da veia cava, a paciente deve evitar posição supina por grandes períodos de tempo;
- 7- Deixar a paciente ir ao banheiro sempre que for solicitado ao cirurgião-dentista.

CAPÍTULO 2

MATERIAIS E
INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS



ÍNDICE

2.1 Materiais de Consumo

2.2 Instrumentais

Anexo: Sugestão de Listas de Materiais para Montagem de Caixa Cirúrgica

CAPÍTULO 2 – MATERIAIS E INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS

2.1 Materiais de consumo

Para iniciar um procedimento cirúrgico devemos separar os materiais de consumo que são:

- Máscara tripla face: N95;
- Face shield;
- Óculos de proteção;
- Gorro descartável;
- Luva de procedimento;
- Luva cirúrgica estéril;
- Agulha gengival;
- Sugadores descartáveis;
- Cotonetes;
- Compressas de gaze;
- Lâmina de bisturi;
- Fio de sutura;
- Kit de campo cirúrgico;
- Agulha hipodérmica estéril descartável;
- Aspiradores cirúrgicos descartáveis.

2.2 Instrumentais

- Cabo Bard Parker nº 3
- As lâminas de bisturi utilizadas na cirurgia oral incluem nº10 (grandes incisões na pele em outras partes do corpo), nº11 (pequenas incisões e em abscessos), nº12 (incisões sobre as faces posteriores dos dentes ou na área da tuberosidade maxilar) e nº 15 (incisões em torno dos dentes e nos tecidos moles);



Fonte: Hupp et al., 2015.



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Descolador periosteal Molt n°9: extremidade pontiaguda (inicia a elevação do periósteo e rebate papilas entre os dentes) e extremidade arredondada (continua o descolamento do periósteo do osso);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Afastador de Minnesota (retração de bochechas e retalhos), Austin de ângulo reto (retração da bochecha), Seldin, Henahan, Weider (mantém a língua fora do campo cirúrgico);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Pinça de Adson (segura e estabiliza o tecido para sutura e dissecação), Stillies (manipulação de tecido na face mais posterior da boca), apreensão (pegar pequenos objetos na boca ou do suporte da bandeja);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Pinça de Allis (apreender e segurar o tecido que será excisado);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Pinça hemostática: reta ou curva (controle de hemorragias, remover tecido de granulação do alvéolo e pegar partículas pequenas que tenham caído nas áreas das feridas ou adjacentes);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Pinças-goiva (remoção de osso);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Broca esférica nº 8, nº 06 ou nº 702 e peça de mão (remoção de osso) e Zekrya (secção dentária);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Martelo e cinzel (remoção de osso - tórus lingual);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Lima para osso (nivelamento ósseo);



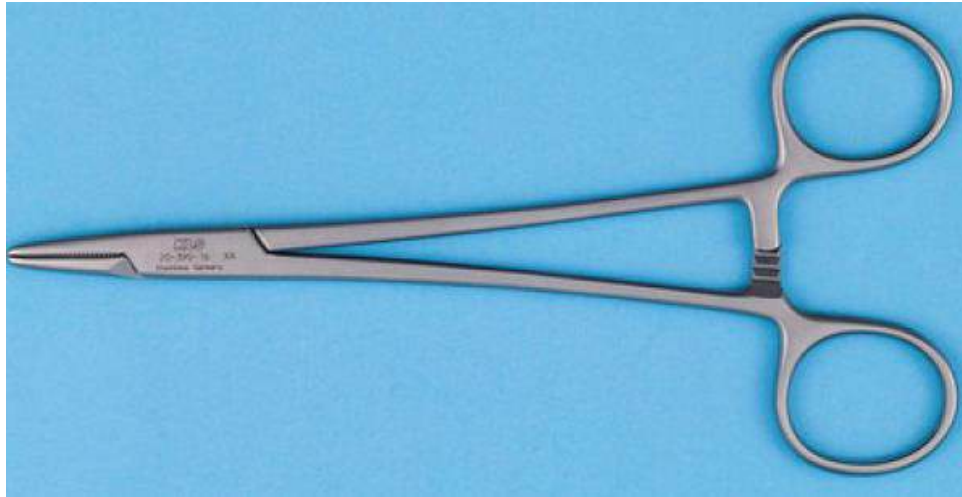
Fonte: Hupp et al., 2015.

- Cureta (remover tecido mole de defeitos ósseos);



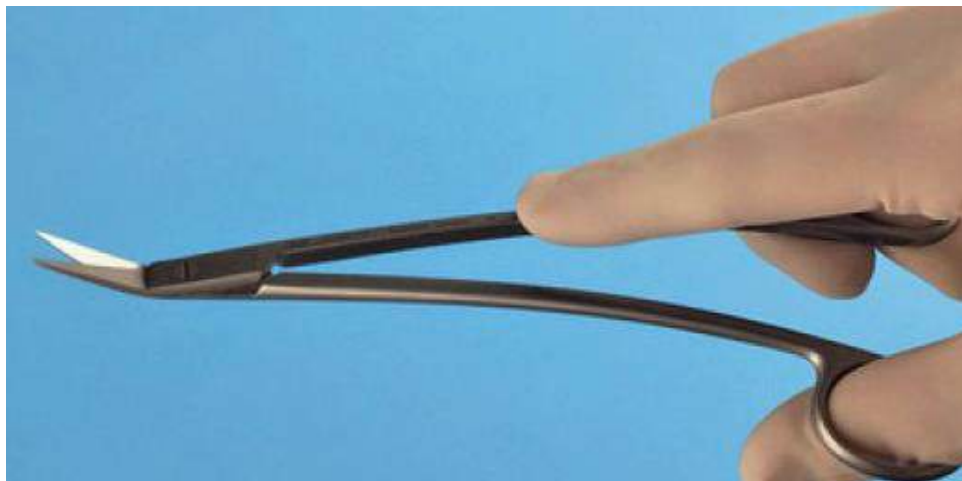
Fonte: Hupp et al., 2015.

- Porta-agulha;



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Tesoura Dean (corte de suturas);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Tesoura íris (corte de tecidos moles); Tesoura Metzenbaum (corte de tecidos moles);



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Bloco de mordida (manter a boca aberta, abridor de boca de ação lateral ou abridor de boca de Molt (manter a boca aberta quando o paciente é incapaz de cooperar – sedado ou trismo);



Fonte: Hupp et al., 2015.



Fonte: Hupp et al., 2015.

- Extratores dentários (luxar dentes do osso circundante): reta (Apexo n° 301, 302 e 303), triangulares (Seldin 1L, 1R e 2), apical;



Fonte: Hupp et al., 2015.



Fonte: Hupp et al., 2015.



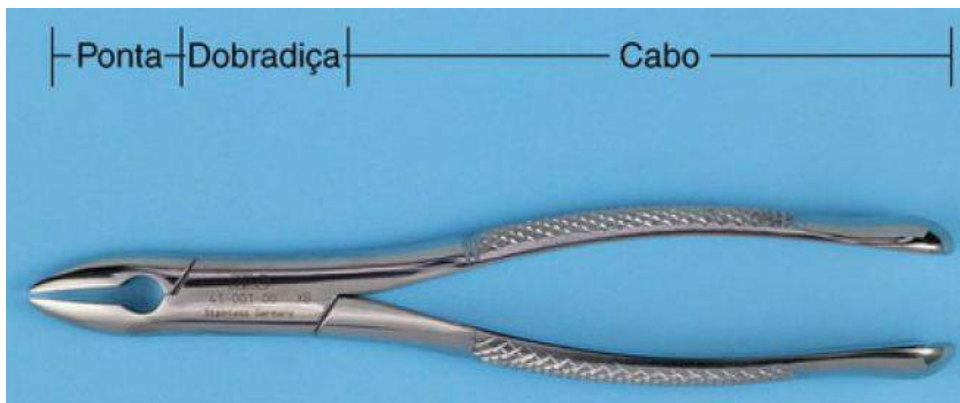
Fonte: Hupp et al., 2015.

- Periótomos (corte de ligamentos periodontais);



Fonte: Hupp et al., 2015

- Férceps de extração (remoção do dente do osso alveolar – auxilia na luxação dos dentes dos alvéolos e a puxá-los de suas bases).



Fonte: Hupp et al., 2015.

SUGESTÃO DE LISTA DE MATERIAIS PARA MONTAGEM DE CAIXA CIRÚRGICA

Para a prática cirúrgica é interessante separar todo o material específico para aquele caso.

TABELA 10. INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS E SUGESTÃO DE MARCAS COMERCIAIS.

MATERIAL	SUGESTÃO DE MARCA
Caixa de aço perfurada para instrumental cirúrgico (28 x 14 x 6 cm)	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
kit clínico - espelho, pinça clínica e sonda exploradora	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Cubas inox redondas 9x5cm	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Pinça Backhaus 10cm	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Pinça Allis 15cm 5x6 dentes	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Pinça Dietrich 16cm	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Pinça Hemostática Micro Mosquito curva 12cm	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Sugador cirúrgico descartável;	Dental
1 mangueira de borracha (silicone) para aspiração – 1,5 mt de comprimento e aprox. 0,5 cm de diâmetro Pode também ser utilizado o extensor para aspiração descartável (ZAMMI) – 1,5/2 mt de comprimento;	Encontrada em casa de borrachas ou lojas de material de construção ou ZAMMI
Seringa Carpule com refluxo	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Afastador de Minessota	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Abaixador de língua Bruennings	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Cabo de bisturi nº7 ou com cabo circular	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Descolador de Molt nº9	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Cureta de Molt 2-4	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany

Alavanca Heldbrink 1	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Alavanca Heldbrink 2	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Alavanca Heldbrink 3	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Alavanca apexo 303	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Alavanca Seldin IL	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Alavanca Seldin IR	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Alavanca Seldin 2	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Boticão adulto 150	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Boticão adulto 151	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Boticão adulto 18R	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Boticão adulto 18L	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Boticão adulto 69	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Cureta Gracey 11/12	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Cureta Lucas Serrilhada 84	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Tesoura cirúrgica Fina romba reta 14cm ou Metzenbaum reta 14cm	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Tesoura Goldman-fox curva 13cm	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Alveolótoma curvo 14cm	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Lima para Osso tipo Seldin nº 12	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Porta-agulha MayoHegar com Vídea 14cm	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Abridor de boca de borracha adulto	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Abridor de boca de borracha infantil	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Broca cirúrgica para alta rotação aste longa 702	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany

Broca cirúrgica Zecryaaste longa para alta rotação	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Broca esférica cirúrgica nº 6 Aste longa para alta rotação	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Broca esférica cirúrgica nº 8 Aste longa para alta rotação	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany
Broca cirúrgica para peça reta 702	Quinelato ou Rhosse ou Maximus ou Golgran ou 6B inventGermany

CAPÍTULO 3

PRINCÍPIOS DA
EXODONTIA DE ROTINA



ÍNDICE

- 3.1 Indicações para remoção dos dentes
- 3.2 Contraindicações para a remoção do dente
- 3.3 Avaliação clínica dos dentes para remoção
- 3.4 Exame radiográfico do dente a ser removido

CAPÍTULO 3 - PRINCÍPIOS DA EXODONTIA DE ROTINA

3.1 Indicações para remoção dos dentes

- Cáries: dente severamente cariado a ponto de ser considerado não restaurável;
- Necrose pulpar: dente não tratável por técnicas convencionais devido às complexidades anatômicas, insucessos endodônticos e etc.;
- Doença periodontal: dente com perda óssea e mobilidade irreversível;
- Razões ortodônticas: pacientes que estão prestes a passar por correção ortodôntica de dentição apinhada com comprimento de arco insuficiente, frequentemente precisam de extração de dentes para gerar espaço para alinhamento dentário. Os dentes mais comumente extraídos são os pré-molares maxilar e mandibular (2° pré-molar), mas um incisivo mandibular pode ocasionalmente precisar ser extraído pela mesma razão. Muito cuidado deve ser tomado para confirmar se a extração é realmente necessária e que o dente ou os dentes corretos sejam removidos se outro que não é o cirurgião que está fazendo as extrações fez o planejamento das mesmas;
- Dentes mal posicionados: casos em que traumatizam o tecido mole, que não conseguem ser reposicionados por tratamento ortodôntico ou hiperirrompidos devido à perda dos dentes no arco oposto (podem interferir na reabilitação protética);
- Dentes fraturados;
- Dentes impactados: quando visto que o dente não está apto a irromper em oclusão funcional;
- Dentes supranumerários;
- Dentes associados a lesões patológicas;
- Radioterapia: pacientes que estão recebendo radioterapia para câncer oral, na cabeça ou no pescoço devem considerar a remoção dos dentes que estão na direção da terapia com radiação. Entretanto, muitos desses dentes podem ser mantidos com devido cuidado;
- Dentes envolvidos em fraturas maxilares;
- Questões financeiras.

3.2 Contraindicações para a remoção do dente

Divididas em dois grupos:

- Contraindicações sistêmicas: impedem a extração porque a saúde sistêmica do paciente é tal que a habilidade de resistir ao trauma cirúrgico pode ser comprometida. São elas: doenças metabólicas severas incontroladas, leucemia não controlada e linfoma, doenças cardíacas severas sem controle, angina pectoris instável e histórico recente de infarto significativo do miocárdio, hipertensão maligna, insuficiência cardíaca aguda, acidentes cerebrovasculares e disritmias severas, gravidez (primeiro ou terceiro trimestre), hemofilia, pacientes que tomam ou já tomaram corticoides sistêmicos, agentes imunossupressores, bisfosfonatos e agentes quimioterápicos para câncer.
- Contraindicações locais: história da radiação terapêutica por câncer (extrações feitas em área de radiação podem resultar em osteorradionecrose), dentes que estão

localizados dentro de uma área de tumor, especialmente um tumor maligno (pode semear metástases), pericoronarite severa ao redor do terceiro molar mandibular, abscesso dentoalveolar agudo (se tiver dificuldade de acesso devido a abertura bucal e anestesia local profunda dificultada).

3.3 Avaliação clínica dos dentes para remoção

- Acesso ao dente: limitação de abertura bucal (trismo associado a infecção ao redor dos músculos da mastigação, disfunção de ATM e fibrose muscular), localização e a posição do dente a ser extraído no arco dental (dentes apinhados ou mal posicionados);
- Mobilidade do dente: maior que o comum (doença periodontal severa), menor que o normal (hipercementose ou anquilose das raízes);
- Condição da coroa: presença de grandes cáries ou restaurações na coroa, dente tratado endodonticamente - é crítico que o dente seja elevado o máximo possível e que o fórceps só então seja aplicado o mais apicalmente possível para que agarre a porção radicular do dente em vez da coroa. Se o dente a ser extraído tem grande acúmulo de tártaro, este acúmulo deve ser removido com uma cureta ou limpador ultrassônico antes da extração (o tártaro interfere na colocação apropriada do fórceps e o cálculo fraturado pode contaminar o alvéolo vazio do dente quando este for extraído);
- Condição dos dentes adjacentes: se tiverem grandes restaurações de amálgama ou coroas, ou passaram por tratamento endodôntico, deve-se usar as alavancas e fórceps com extremo cuidado, pois podem ocorrer fratura ou deslocamento das restaurações. O paciente deve ser informado antes do procedimento cirúrgico sobre a possibilidade de danificar essas restaurações durante o processo de obtenção do consentimento.

3.4 Exame radiográfico do dente a ser removido

Radiografias periapicais e panorâmicas são essenciais antes de qualquer dente ser removido. Se forem mais antigas que 1 ano devem ser refeitas antes da cirurgia.

- Relação com estruturas vitais: molares maxilares (proximidade das raízes no soalho do seio maxilar, pois se houver uma fina camada de osso entre o seio e as raízes aumenta o potencial de perfuração do soalho do seio maxilar), molares mandibulares (de acordo com a proximidade ao canal alveolar inferior podem ser necessárias as imagens de tomografia computadorizada) e pré-molares mandibulares (proximidade ao forame mental);
- Configuração das raízes: número de raízes, forma, tamanho, cáries radiculares, reabsorção radicular (interna ou externa) e dente tratado endodonticamente;
- Condição do osso circundante: mais radiolúcido (provavelmente menos denso e a extração torna-se mais fácil) ou mais radiopaco (densidade aumentada torna a extração mais difícil).
- Condições patológicas: dentes com polpas não-vitais podem ter radiolucidez apical que representam granulomas ou cistos (essas lesões devem ser removidas na hora da cirurgia).

CAPÍTULO 4

PLANEJAMENTO
CIRÚRGICO



ÍNDICE

- 4.1 Prescrição medicamentosa pré-operatória
- 4.2 Procedimento cirúrgico
- 4.3 Anestesia
- 4.4 Diérese (incisão + divulsão)
- 4.5 Exérese
- 4.6 Histopatológico
- 4.7 Irrigação
- 4.8 Síntese/sutura
- 4.9 Hemostasia
- 4.10 Prescrição medicamentosa pós-operatória
- 4.11 Agendamento para remoção de sutura
- 4.12 Intercorrências no transoperatório
- 4.13 Intercorrências no pós-operatório

CAPÍTULO 4 – PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

4.1 Prescrição medicamentosa pré-operatória

A recomendação usual para profilaxia antibiótica é que o medicamento deve ser dado em uma dose de pelo menos duas vezes a dose terapêutica usual. Para penicilina ou amoxicilina, esta é de 2g; para clindamicina, 600 mg; e para azitromicina, 500 mg. Para via oral, é usualmente de uma hora.

Profilaxia antibiótica: pacientes com condições de risco por ocasião de intervenções odontológicas que causam bacteremia transitória.

- Paciente com alto risco de endocardite bacteriana: prótese valvar, história prévia de endocardite infecciosa, doenças cardíacas congênitas complexas, shunts pulmonares construídos cirurgicamente.
- Portadores de próteses ortopédicas: a primeira recomendação é que a profilaxia antibiótica não é necessária para os pacientes odontológicos portadores de pinos, placas ou parafusos ortopédicos, nem mesmo rotineiramente para a maioria dos portadores de próteses totais articulares. Considera-se, também, que pacientes odontológicos portadores de próteses ortopédicas totais só deverão ser candidatos à profilaxia antibiótica se apresentarem as seguintes condições, que podem aumentar o risco potencial de infecção articular por via sanguínea (imunocomprometimento devido a artropatias inflamatórias, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, irradiação ou uso de imunossupressores; diabetes tipo I, subnutrição, hemofilia, primeiros dois anos após a colocação de prótese total articular, história prévia de infecções de próteses articulares);
- Pacientes renais crônicos;
- Diabéticos: a profilaxia antibiótica, de forma rotineira, não é indicada para pacientes diabéticos, bastando-se adotar um protocolo de assepsia e antisepsia local. O uso profilático em diabéticos só deve ser considerado em pacientes com a doença descompensada, já apresentando cetoacidose sanguínea e cetonúria, nos casos de urgência;
- Pacientes imunocomprometidos: profilaxia antibiótica em indivíduos com baixa contagem de granulócitos ($<3500/\text{mm}^3$) que fazem tratamento quimioterápico contra o câncer, aqueles que receberam transplante de medula óssea, paciente com leucemia (profilaxia com quinolonas).

Em caso de cirurgias extensas, pode ser recomendado o uso de corticosteroides, como a dexametasona 8 mg por via oral cerca de 1 hora antes do procedimento cirúrgico.

4.2 Procedimento cirúrgico

Avaliar:

- Tipo de cirurgia
- Área anatômica
- Estruturas anatômicas nobres: seio maxilar (relação de proximidade quando se observa radiograficamente a cúpula radicular, onde o seio maxilar contorna o ápice

das raízes) e canal mandibular (pode haver proximidade em caso de deflexão das raízes, escurecimento do ápice dos molares, alteração de desvio do canal radicular, dilaceração radicular ou raízes bífidas observadas no exame radiográfico);

O melhor tratamento de uma exposição potencial do seio maxilar é evitar o problema com a observação cuidadosa e um plano de tratamento. A avaliação de radiografias de alta qualidade antes da cirurgia geralmente revela a presença ou a ausência de um seio maxilar excessivamente pneumatizado, raízes dilaceradas ou amplamente divergentes, o que apresenta a probabilidade de ter uma comunicação com o seio maxilar ou causar fraturas no assoalho ósseo do antro durante a remoção. Se esses processos forem observados, a cirurgia pode ser alterada para seccionar o dente e remover uma raiz de cada vez.

Nos casos em que há uma relação de proximidade dos molares mandibulares com o canal mandibular, a solicitação de uma tomografia computadorizada do tipo cone beam pode ser a conduta mais adequada, para uma melhor definição do planejamento cirúrgico e esclarecimento e consentimento do risco ao paciente.

- Técnicas:

Cicatrização por primeira, segunda ou terceira intenção: na cura por intenção primária, as margens de uma ferida em que não há perda de tecido são colocadas e estabilizadas essencialmente na mesma posição anatômica que tinham antes da lesão, permitindo curar-se com formação mínima de cicatrizes. Em contrapartida, a cura por intenção secundária implica que seja deixado um intervalo entre as margens de uma incisão ou dilaceração, ou entre o osso ou extremidades nervosas após a reparação, ou implica que ocorra a perda de tecido numa ferida para prevenir a aproximação das extremidades da ferida (a cura é lenta e produz mais cicatrizes que no caso com a cura por intenção primária).

Aberta (cirúrgica com retalho) ou fechada: a técnica fechada é a mais frequentemente usada (em cirurgias simples, com dentes irrompidos é a primeira consideração para quase todas as extrações). A técnica aberta é usada quando o clínico acredita que força excessiva seria necessária para remover o dente, quando uma quantidade substancial da coroa está ausente ou coberta por tecido ou quando uma coroa frágil está presente para dentes profundos na base óssea.

4.3 Anestesia

- Agulha: curta ou longa
- Anestésico/vasoconstritor
- Técnica

TABELA 11. INERVAÇÃO, TÉCNICA ANESTÉSICA E ÁREAS ANESTESIADAS DA MANDÍBULA.

Nervo	Técnica - área de introdução da agulha	Áreas anestesiadas
Nervo Mental	Localizar o forame (colocar o dedo na prega mucobucal contra o corpo da mandíbula), deslocar o dedo	Gengiva vestibular do 2º pré-molar até a linha mediana do lábio inferior

Nervo Incisivo	até sentir irregularidade (concavidade) Localizar o forame mental, por meio da palpação, e injetar o anestésico nas proximidades do mesmo	Dentes incisivos e canino
Nervo Lingual	O nervo lingual habitualmente é anestesiado junto com o nervo alveolar inferior. O mesmo pode ser bloqueado pela introdução da agulha na porção anterior do ramo da mandíbula, introduzindo 5mm da agulha	Gengiva lingual e 2/3 anteriores da língua
Nervo Alveolar Inferior	$\frac{3}{4}$ da distância entre a linha imaginária traçada da incisura coronóide até a rafe pterigomandibular e 6-10mm acima do plano oclusal	Pré-molares e molares
Nervo Bucal	Membrana mucosa de vestibular até o molar mais distal no arco	Pele, mucosa da bochecha e gengiva vestibular dos molares

TABELA 12. INERVAÇÃO, TÉCNICA ANESTÉSICA E ÁREAS ANESTESIADAS DA MAXILA.

Nervo	Técnica - área de introdução da agulha	Áreas anestesiadas
Nervo Infraorbital	Introduzir a agulha na altura do canino maxilar e guiá-la lentamente até sentir a resistência óssea da margem infra orbitária	Gengiva vestibular do 2° pré-molar até a linha mediana do lábio superior
Nervo palatino maior	Tecidos moles levemente anteriores ao forame palatino maior (aprox. na distal do 2° molar superior)	Mucosa posterior do palato duro
Nervo nasopalatino	Mucosa palatina imediatamente lateral a papila incisiva	Mucosa anterior do palato duro
Nervo alveolar superior anterior	Altura da prega mucovestibular sobre o 1° pré-molar superior	Incisivos e canino
Nervo alveolar superior médio	Altura da prega mucovestibular acima do 2° pré-molar superior	Pré-molares + raiz mesiovestibular do 1° molar
Nervo alveolar superior posterior	Altura da prega mucovestibular acima do 2°	Molares, exceto a raiz mesiovestibular do 1° molar

molar superior - avançar a agulha lentamente para dentro, para trás e para cima em um só movimento

+ gengiva vestibular da região molar

- Previsão da quantidade tubetes para a cirurgia proposta
- Quantidade de tubetes tóxica em relação ao peso

TABELA 13. SOLUÇÕES ANESTÉSICAS, QUANTIDADES E DOSAGENS MÁXIMAS.

<i>DROGA/SOLUÇÃO</i>	<i>QUANTIDADE MÁXIMA (MG/KG)</i>	<i>DOSE MÁXIMA RECOMENDADA (MG)</i>
Lidocaína 2% com 1:100.000 epinefrina	7,0	500
Mepivacaína 2% com 1:20.000 levonordefrina	6,6	400
Mepivacaína 3% (sem vasoconstritor)	6,6	400
Prilocaína 4% com 1:100.000 epinefrina	8,8	600
Articaína 4% com 1:200.000 epinefrina	7,0	Nenhuma citada
Bupivacaína 0,5% com 1:200.000 epinefrina	2,0	90

- Quantidade de volume máximo da solução anestésica local

Volume contido nos tubetes = 1,8 mL

Solução 2% = 2 g do sal em 100 mL da solução = 20 mg/mL - 36 mg/tubete

Solução 0,5% = 5 mg/mL - 9 mg/tubete

Solução 3% = 30 mg/mL - 54 mg/tubete

Solução 4% = 40 mg/mL - 72 mg/tubete

Exemplo: solução de lidocaína 2% (contém 2g do sal em 100 mL de solução = 20 mg/mL)

20 mg x 1,8 mL (volume contido em 1 tubete) = 36 mg

Portanto, cada tubete anestésico contém 36 mg de lidocaína

Dose máxima de lidocaína = 7,0 mg/kg peso corporal

Dose máxima para uma criança com 20 kg: $20 \times 7,0 = 140$ mg; $140\text{mg} \div 36\text{mg} = 3,8$ tubetes

Dose máxima para um adulto com 60 kg: $60 \times 7,0 = 420$ mg; $420\text{mg} \div 36\text{mg} = 11,6$ tubetes

Dose máxima para um adulto com 100 kg: $100 \times 7,0 = 700$ mg*; $700\text{mg} \div 36\text{mg} = 19,4$ tubetes

*Apesar de a dose máxima atingir o valor de 700 mg, esse paciente só poderá receber até 500 mg de lidocaína por sessão de atendimento, que é a dose máxima absoluta desse sal anestésico, presente em 13,8 tubetes.

- Tempo previsto de anestesia pulpar e tecido mole

TABELA 14. DURAÇÃO DA ANESTESIA PULPAR DAS SOLUÇÕES ANESTÉSICAS.

Anestésico local	Lidocaína 2%	Mepivacaína 3%	Prilocaína	Articaína	Bupivacaína 0,5%
Anestesia pulpar	1 hora	20 a 40 min	60 a 90 min	60 a 75 min	3 horas
Anestesia dos tecidos moles	3 a 5 horas	2 a 3 horas	3 a 8 horas	3 a 6 horas	10 horas

4.4 Diérese (incisão + divulsão)

- Instrumental e técnica: bisturi (cabo de Bard Parker nº3 e a lâmina), descolador de periosteio tipo Molt nº9 e nº 2-4, espátula 7, sindesmótomo nº 1 e descolador Freer, afastadores (Minnesota, Farabeuf, Mead, Bruenings), pinças (Allis, Adson, dente de rato, Dietrich, Stillies, de algodão), tesoura Goldman Fox
- Sindesmotomia
- Incisão principal
- Incisão relaxante
- Divulsão/Descolamento mucoperiosteal

4.5 Exérese

- Instrumentação: pinças-goivas ou alveolótomo, martelo, cinzel, lima para osso, cureta de Lucas
- Osteotomia: broca esférica nº 8, nº 557 ou nº 702
- Odontosecção: broca Zekrya e nº 702
- Uso de elevadores/alavancas: seldin (1L, 1R e 2), reta, apexo (301, 302 e 303) e apical
- Uso de fórceps:

TABELA 15. TIPOS DE FÓRCEPS E SUAS INDICAÇÕES.

Nº DO FÓRCEPS	INDICAÇÕES
1	Incisivos e caninos superiores
16	Molares inferiores, ambos os lados
17	Molares inferiores, ambos os lados
18L	Molares superiores, lado esquerdo
18R	Molares superiores, lado direito
53L	Molares superiores, lado esquerdo
53R	Molares superiores, lado direito
65	Raízes de dentes superiores, ambos os lados
68	Raízes de dentes inferiores
69	Fragmentos e raízes superiores e inferiores

150	Pré-molares, incisivos e raízes superiores
151	Pré-molares, incisivos e raízes inferiores
99 ^a	Pré-molares, caninos e incisivos superiores
101	Pré-molares superiores
203	Pré-molares e raízes inferiores
213	Pré-molares e caninos superiores
23	Molares inferiores
32	Molares e pré-molares superiores
210H	Terceiros molares superiores
222	Terceiros molares inferiores

- Curetagem: cureta de Lucas. Pedacos de dente que estejam no alvéolo devem ser removidos. Nenhum esforço deve ser feito para curetar a porção radicular do alvéolo (a menos que haja lesão evidente), uma vez que o ligamento periodontal contribui para o reparo.

4.6. Histopatológico

- Razões para uma decisão de biópsia de lesões periapicais

Quando todos os seguintes critérios são observados, o cirurgião pode decidir não submeter rotineiramente o tecido periapical coletado:

Houve evidência de necrose antes do tratamento endodôntico?
A característica de radiotransparência é “clássica”?
O paciente retornará para as radiografias de acompanhamento?

- Descrição da peça, encaminhamento, contato, email.

Os fragmentos submetidos ao exame histopatológico devem ser entregues com frascos com rótulos contendo, pelo menos, o nome completo do paciente e o material a ser examinado.

A amostra deve ser enviada ao laboratório sempre acompanhada de um relatório que discrimine os seguintes dados: data da biópsia, nome do paciente, idade, sexo, nome do operador, local da biópsia, descrição breve dos aspectos clínicos da lesão e hipóteses diagnósticas. Em caso de biópsia óssea, enviar os exames de imagem.

Os fragmentos devem estar imersos em líquido fixador, usualmente solução aquosa tamponada de formol a 10%, em frasco com boca larga e com um volume de solução fixadora de, no mínimo, 20 vezes o volume do material a ser fixado.

A colocação do material na solução de formol deve ser imediata, ou não demorar mais do que 30 minutos, após a remoção cirúrgica.

Os espécimes que flutuam no líquido fixador devem ser cobertos com gaze, que ficará embebida com o formol, favorecendo a correta fixação da superfície mais externa do material, não totalmente coberta pelo líquido fixador.

Cada milímetro de tecido leva cerca de 1 hora para ser infiltrado, fixado, pela formalina, sendo que o tempo completo para a fixação ocorre após algumas horas, não devendo ultrapassar 24 a 48 horas.

Amostras fixadas em formol tem durabilidade de várias semanas. No entanto, o tempo ideal para levar ao laboratório é de, no máximo, 48 horas. Após esse período o tecido torna-se menos apropriado para realização de outros exames complementares, como o exame imuno-histoquímico.

4.7. Irrigação

- Instrumental: cuba de inox, seringa de irrigação descartável de 20 mL
- Soro fisiológico 0,9%
- Associado a ATB: qual?
- Clorexidina 0,12%

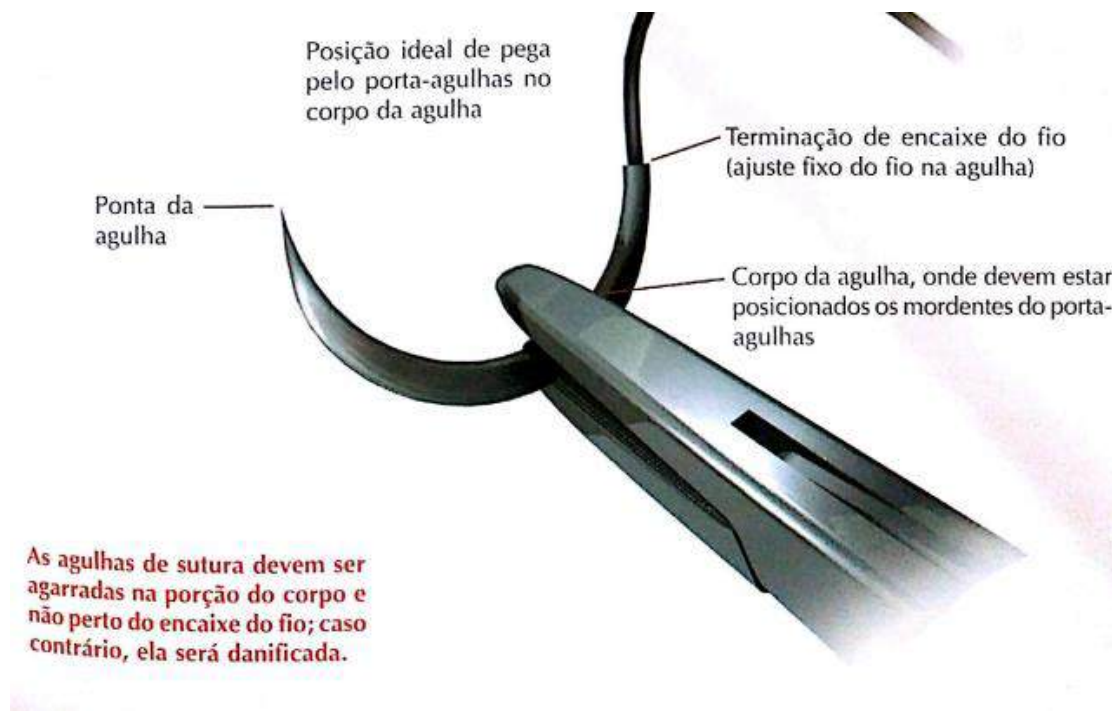
4.8. Síntese/sutura

- Instrumental: porta-agulha (Mayo-Hegar ou Castroviejo), tesouras (íris curva ou Spencer)
- Fio de sutura: náilon, seda (diâmetro 3.0 ou 4.0) ou outros e técnica

	Seda	Náilon
CARACTERÍSTICAS	Consistem em filamentos de seda torcidos ou trançados para formar um cordão (fio)	É um polímero sintético feito a partir da poliamida. Pode ser monofilamentado ou multifilamentado. Possui elasticidade, baixo coeficiente de fricção, superfície lisa e capilaridade.
COR	Preta Branca	Preta Incolor
CONSERVAÇÃO DA RESISTÊNCIA À TRAÇÃO	Perde 30% de sua tensão em duas semanas	Após 6 meses no tecido perde quase totalmente sua resistência
REAÇÃO DO TECIDO	Inflamação aguda	Inflamação aguda mínima
INDICAÇÕES	Cirurgias periodontais Implantodontia Cirurgias orais	Cirurgias periodontais Implantodontia Cirurgias orais
CONTRAINDICAÇÕES	Pacientes com sensibilidade ou alergia à seda	Não deve ser utilizado quando necessário resistência à tração
VANTAGENS	Lisura do fio, fácil manuseio, elasticidade natural, boa manipulação e segurança do nó	Revestido com lubrificante, que melhora a passagem do fio através do tecido
DESVANTAGENS	Não absorvível e efeito de pavio (atrai bactérias e fluidos para o local da ferida)	Não absorvível, mais fácil dos nós desamarrarem devido a lisura do material, necessita de vários nós para oferecer segurança (memória) e sua rigidez dificulta as manobras de sutura

A seleção do material de sutura deve ser baseada nas propriedades biológicas dos tecidos a serem aproximados, nas características físicas e biológicas dos fios e nas condições da ferida a ser fechada, higiene do paciente.

Em geral, os fios monofilamentares são apontados como mais vantajosos, pois os multifilamentares proporcionam condições propícias para o desenvolvimento de infecção, uma vez que colônias bacterianas são formadas nos espaços entre o filamento.



Fonte: Silverstein et al. 2003.

4.9. Hemostasia

- Instrumental: pinças hemostáticas - pinça hemostática Halstead curva ou mosquito

4.10. Prescrição medicamentosa pós-operatória

- Antibióticos: não são usualmente necessários para pacientes saudáveis numa extração de rotina. O seu uso deve restringir-se aos casos em que houver quebra da assepsia durante o ato cirúrgico ou em cirurgias mais invasivas com odontosseção e osteotomia.
- Analgésico e AINES: expectativa de desconforto ou dor de intensidade leve no período pós-operatório para as exodontias por via alveolar (unitárias ou múltiplas) e de dor moderada a intensa acompanhada de edema inflamatório e limitação da função mastigatória para as exodontias por via não alveolar (osteotomia e odontosseção).
- Colutório/Bochecho: orientar o paciente a bochechar 15 mL de uma solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%, pela manhã e à noite, até a remoção da sutura (5-7 dias).
- Outros

Corticosteróides: duas variáveis ajudam a determinar o grau de edema pós-cirúrgico: (1) Quanto maior a quantidade de lesão tecidual maior a quantidade de edema; e (2) quanto mais solto o tecido conjuntivo contido na região lesionada, maior o edema. Por exemplo, a gengiva inserida tem pouco tecido conjuntivo frouxo, e por isso apresenta menor tendência para edema; no entanto, os lábios e o soalho da boca contêm uma grande quantidade de tecido conjuntivo frouxo e podem edemaciar significativamente.

Em geral, para avaliar a necessidade de medicação pós-operatória, deve-se considerar o estado dos mecanismos de defesa do hospedeiro, tais como:

- Doenças metabólicas não controladas: diabetes não controlado, etilismo, desnutrição, doença renal em estágio terminal
- Doenças que suprimem o sistema imune: vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida, linfomas e leucemias, outras malignidades, doenças congênitas e imunológicas adquiridas
- Terapias imunossupressoras: quimioterapia contra o câncer, corticosteróides, transplante de órgãos

Quando outros fatores importantes como eficácia antibacteriana, efeitos colaterais, interações medicamentosas e custo são razoavelmente iguais, o medicamento que precisa ser tomado com menor número de vezes por dia é preferível para melhorar a cooperação do paciente.

4.11. Agendamento para remoção de sutura

- Data, horário e local.

Uma semana após a cirurgia: avaliar a cicatrização e remover as suturas.

As suturas devem ser removidas quando a ferida já desenvolveu suficiente resistência à tração, que se dá entre 7 e 10 dias da data da cirurgia.

Desinfecção (peróxido de hidrogênio diluído ou clorexidina para enxágue bucal).

O fio deve ser cortado o mais próximo possível do tecido.

Suturas contínuas: cada seção deve ser cortada e retirada individualmente.

4.12. Intercorrências no transoperatório

- Lipotímia, síncope, pico hipertensivo, convulsão, alergia, sangramento, acidente perfurocortante ou outros.

4.13. Intercorrências no pós-operatório

- Trismo, alveolite seca, alveolite úmida, dor, sangramento, edema, hematoma, equimose, febre, supuração, parestesia ou outros.

Alguns fatores podem ser relacionados com o surgimento de infecção pós-operatória, tais como: o volume da inoculação bacteriana (presença de celulite ou abscesso), duração da cirurgia (maior que 4 horas), presença de corpo estranho, implante ou espaço morto, estado da resistência do hospedeiro.

CAPÍTULO 5

CUIDADOS
PRÉ-OPERATÓRIOS



CAPÍTULO 5 – CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

- Não tome bebidas alcoólicas no dia agendado para a cirurgia;
- Alimente-se sem restrições quanto ao tipo de alimento, porém moderadamente;
- Evite praticar exercícios físicos exagerados no dia da intervenção;
- Coloque uma roupa de forma a ficar confortável;
- Quando indicada, tome a medicação no horário estabelecido pelo dentista;
- Chegue ao consultório 1/2h antes da hora marcada, com um acompanhante;
- Se vier de automóvel, seu acompanhante deverá dirigi-lo.

CAPÍTULO 6

PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS



ÍNDICE

- 4.6.1. Necessidades básicas para cirurgia
- 6.2. Incisões
- 6.3. Planejamento do retalho
- 6.4. Manipulação de tecido
- 6.5. Hemostasia
- 6.6. Manejo do espaço morto
- 6.7. Descontaminação e debridamento
- 6.8. Controle de edema

CAPÍTULO 6 - PRINCÍPIOS CIRÚRGICOS

6.1 Necessidades básicas para cirurgia

Para tomada de decisões num procedimento cirúrgico bucomaxilofacial, o planejamento deve ser realizado muito antes da administração da anestesia. Para um adequado desempenho desses procedimentos, existem necessidades básicas requeridas para atingir essa meta. As duas principais exigências são: (1) visibilidade adequada e (2) auxílio/assessoramento.

Visibilidade adequada – uma visibilidade adequada depende dos três fatores a seguir: acesso adequado (abertura ampla de boca, retração apropriada dos tecidos moles e criação de retalho cirúrgico), luz adequada e um campo cirúrgico livre de excesso de sangue e outros fluidos e; assessoramento: assistente treinado corretamente.

6.2 Incisões

A lâmina de bisturi é cuidadosamente colocada no cabo que prende a lâmina com um porta-agulha: segura-se a lâmina pela extremidade sem corte, a qual é forçada com um pequeno encaixe, e o cabo é segurado de modo que a parte macho do encaixe esteja apontada para cima; depois desliza-se lentamente a lâmina de bisturi para o cabo pelos sulcos da porção macho até que se encaixe na posição.

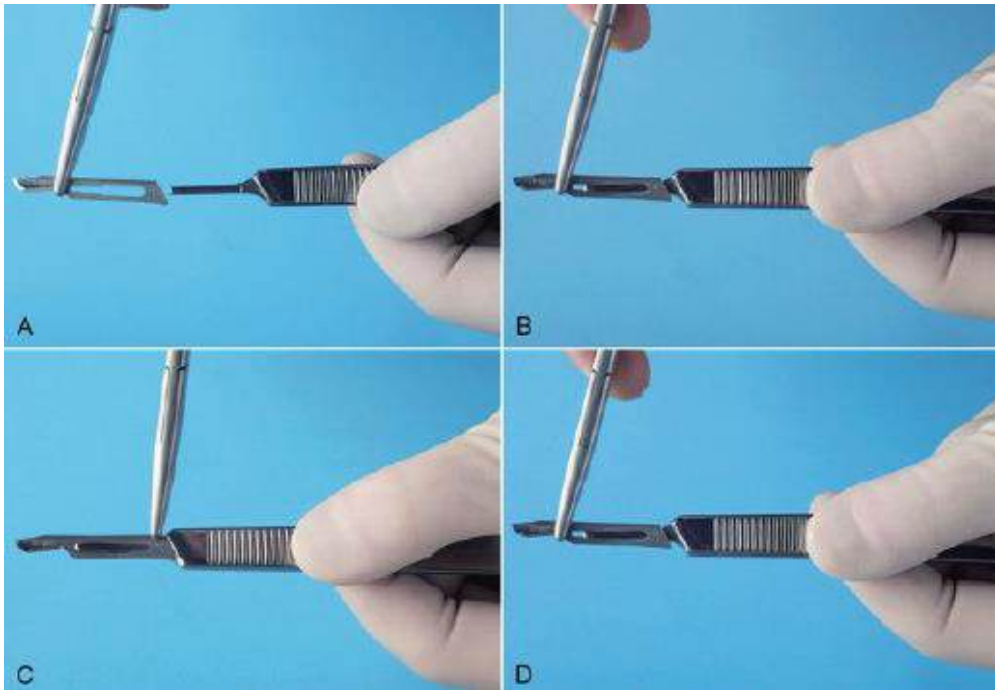
O bisturi é segurado como se fosse uma caneta para permitir o controle máximo: o tecido móvel deve ser mantido firmemente no lugar sob alguma tensão para que, enquanto a incisão é feita, a lâmina incise e não apenas afaste a mucosa.

Princípios básicos:

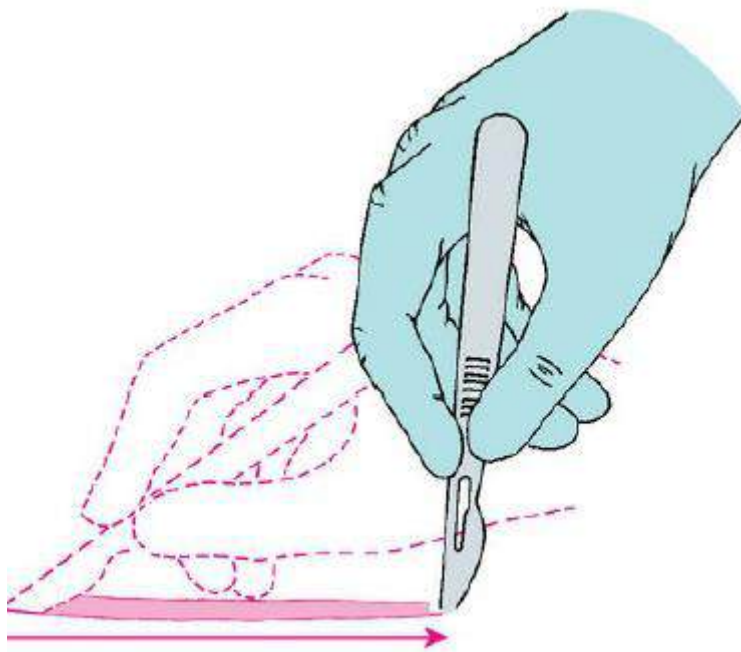
- Lâmina afiada de tamanho adequado: trocar a lâmina sempre que o bisturi não estiver fazendo a incisão facilmente;
- Movimento firme e contínuo: incisões longas e contínuas são preferíveis a golpes curtos e intermitentes;
- Evitar cortar estruturas vitais: incisão profunda o suficiente para definir camadas;
- Incisões em superfícies epiteliais, que se planeja reaproximar, devem ser feitas com a lâmina em posição perpendicular à superfície epitelial;
- Incisões na cavidade oral devem ser devidamente aplicadas: incisões em gengivas inseridas e sobre ossos saudáveis são mais desejáveis que aquelas em gengivas não inseridas, e ossos doentes e ausentes.

O método apropriado de fazer incisão usando bisturi lâmina nº 15 é feito movimentando a mão na altura do pulso e não movendo todo o antebraço. O término do movimento deve ser feito mantendo a lâmina perpendicular à superfície do tecido, formando um ângulo de 90°.

Atenção deve ser dada ao usar um bisturi, focando na lâmina para evitar cortar estruturas acidentalmente ao mover o bisturi para dentro e fora da boca.



Fonte: Hupp et al., 2015



Fonte: Hupp et al., 2015.

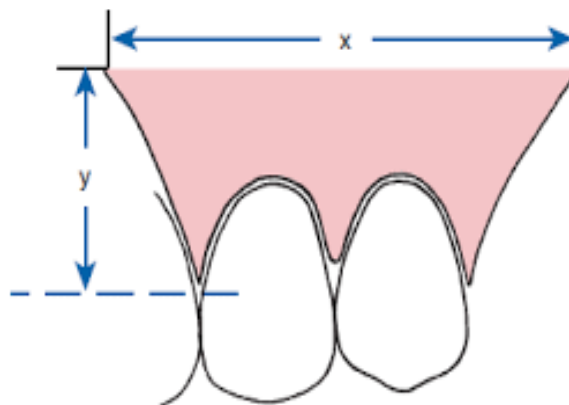
6.3 Planejamento do retalho

Retalhos cirúrgicos são feitos para conseguir acesso cirúrgico a uma área ou para mover o tecido de um local para o outro.

O periósteo deve ser rebatido a partir do osso cortical subjacente em uma única camada com um descolador periosteal.

Seguir os princípios básicos a fim de evitar as complicações da cirurgia de retalho (necrose, deiscência e dilaceração).

- O ápice (ponta) do retalho não deve nunca ser maior que a base, a não ser que a artéria principal esteja presente na base. Retalhos devem ter lados paralelos um ao outro ou, preferencialmente, convergir movendo da base para o ápice do retalho;
- O comprimento do retalho não deve jamais exceder a largura;
- Quando possível, um fornecimento de sangue axial deve ser incluído na base do retalho;
- A base dos retalhos não deve ser excessivamente torcida, esticada ou apertada com qualquer coisa que possa danificar os vasos, assim prejudicar a drenagem do retalho;
- Aproximação das bordas do retalho sobre osso saudável, manuseando-as gentilmente e não colocando o retalho sobre pressão;
- O tamanho do retalho deverá ser grande o suficiente para promover o acesso cirúrgico, evitando-se estender a incisão posteriormente ou a necessidade de uma nova incisão de liberação.



Fonte: Hupp et al., 2015.

Note na imagem como a base (representada pelo “x”) do retalho deve ser maior que a altura (representada pelo “y”) para assegurar o devido suprimento sanguíneo.

6.4 Manipulação de tecido

- Deve-se tomar cuidado sempre que tocar no tecido;
- Não permitir que os tecidos sejam desidratados, irrigando abundantemente o osso e os tecidos moles durante o corte para protegê-los do calor da fricção;
- Cortes abertos devem ser umedecidos frequentemente ou cobertos com uma gaze úmida, caso não esteja trabalhando neles por um tempo;
- Somente substâncias fisiológicas devem entrar em contato com tecido vivo.

6.5 Hemostasia

Pode ser obtida pelos seguintes meios:

- Aplicando pressão sobre vasos sangrantes com uso de gazes (mecanismos hemostáticos naturais);
- Utilizando esponja de tecido (mecanismos hemostáticos não naturais/farmacológicos);
- Pinçando o vaso com uma pinça hemostática (mecanismos hemostáticos naturais);
- Uso do calor para fundir a ponta dos vasos cortados (coagulação térmica);
- Através de ligadura (nó cirúrgico/sutura);
- Colocar no corte substâncias vasoconstritoras (epinefrina) ou aplicar pró-coagulantes (trombina ou colágeno).

6.6 Manejo do espaço morto

Espaço morto em um corte é qualquer área que permanece desprovida de tecido após o fechamento do corte. Pode ser eliminado de quatro formas:

- Suturar os planos teciduais juntos para minimizar o vácuo pós-operatório;
- Colocar um curativo compressivo sobre o corte reparado;
- Colocar uma vedação no vácuo até que o sangramento pare e então remover a vedação;
- Uso de drenagem.

6.7 Descontaminação e debridamento

Descontaminação: irrigação com soro fisiológico esterilizado ou água esterilizada repetidamente durante a cirurgia e fechamento do corte.

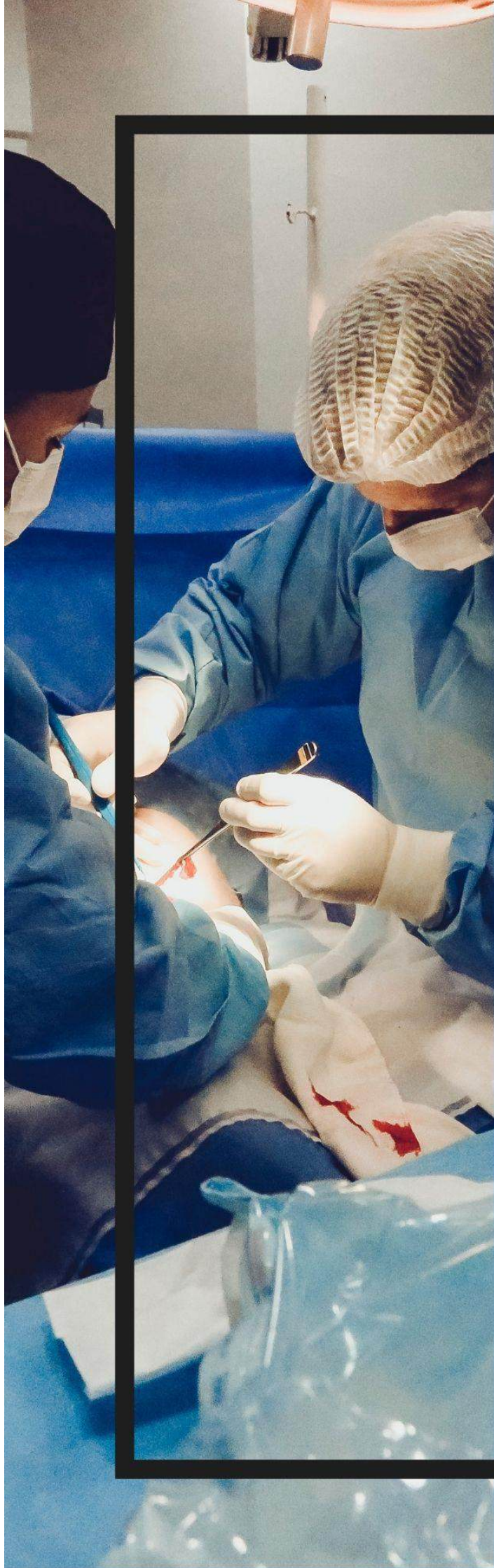
Debridamento: remoção cuidadosa de tecido severamente isquêmico e necrosado, e material externo do tecido lesado que impediria o corte de cicatrizar.

6.8 Controle de edema

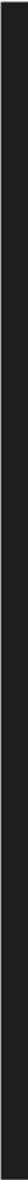
- Minimizar lesões no tecido (cirurgia atraumática);
- Administração pré-operatória de corticosteroides sistêmico;
- Cabeceira elevada no pós-operatório (menor fluxo sanguíneo e menor edema);
- Compressa gelada (vasoconstrição, diminui o sangramento e minimiza o edema).

CAPÍTULO 7

PARAMENTAÇÃO E
MONTAGEM DA MESA
CIRÚRGICA



ÍNDICE



7.1 Paramentação

7.2 Montagem de mesa cirúrgica

CAPÍTULO 7 – PARAMENTAÇÃO E MONTAGEM DA MESA CIRÚRGICA

7.1 Paramentação

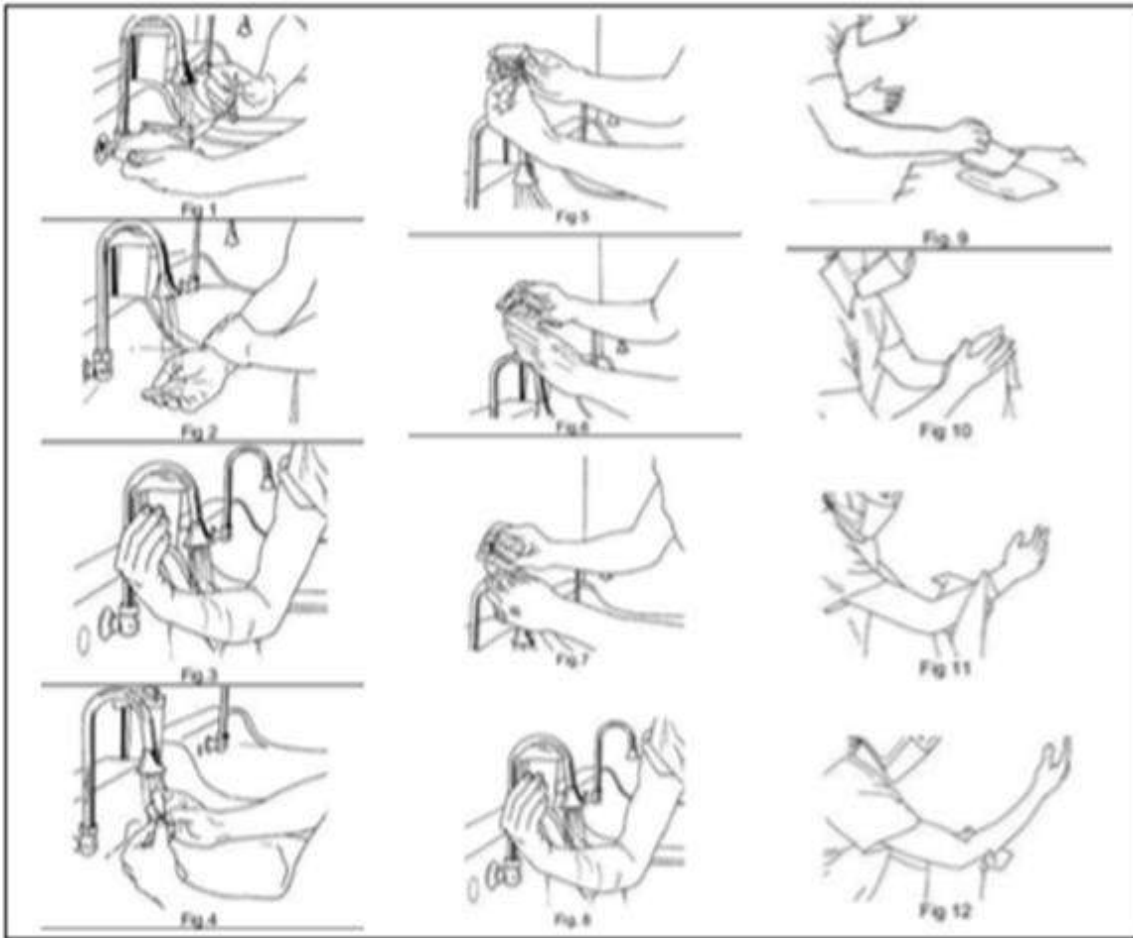
Aposição dos EPIs: gorro, máscara, óculos de proteção (nesta sequência);

Lavagem e degermação das mãos:

- Acionar a água da torneira, enxaguando as mãos e antebraços até o cotovelo;
- Aplicar o sabão líquido (procedimentos não-invasivos) ou o digluconato de clorexidina a 2% (procedimentos invasivos) sobre toda a extensão das mãos e antebraços;
- Friccionar palma com palma, palma sobre o dorso contralateral, espaços interdigitais, unhas sobre a palma, punhos, antebraços, nesta sequência -10 fricções manuais em cada região, deixando o produto agir por, no mínimo, 5 minutos;
- Enxaguar novamente as mãos em água corrente, deixando-a escorrer das pontas dos dedos ao antebraço, mantendo as mãos em plano mais elevado que o cotovelo. Não tocar na torneira. Secar as mãos em toalha descartável, realizando movimentos leves e compressivos, partindo da ponta dos dedos até o antebraço;

Pegar os aventais estéreis pela parte superior com o dedo indicador e polegar de cada mão, balançando-o suavemente para que se abra, sem encostar em qualquer superfície e o circulante amarrá-los;

Calçar as luvas de procedimento (procedimentos não-invasivos) ou luvas cirúrgicas assepticamente (procedimentos invasivos), estando as últimas com o punho da luva voltado para si neste momento - retirar a luva esquerda com a mão direita, pela dobra do punho (região da luva que, depois de calçada, ficará em contato com a pele); levantar a luva de modo a manter os dedos para baixo e introduzir a mão esquerda; repetir o movimento com a mão direita; desfazer a seguir a dobra até cobrir o punho da manga do avental; ajustar os dedos de ambas as mãos; após o uso, retirar as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho e a segunda pelo lado interno.



Fonte: Google imagens.

Note o procedimento adequado de lavagem e secagem das mãos, seguindo a premissa básica de limpeza de todas as superfícies envolvidas.



Fonte: Google imagens.

Note a paramentação feita de forma asséptica, tocando nas superfícies estéreis do avental cirúrgico com cuidado após a degermação das mãos.



Fonte: Google imagens.

Note a sequência correta de colocação das luvas estéreis.



Fonte: Google imagens.

Note que após o término da paramentação, o operador inicia a montagem da mesa cirúrgica com o auxílio do circulante, que abre os invólucros contendo os instrumentais, enquanto o auxiliar finaliza a sua paramentação.

7.2 Montagem da mesa cirúrgica

Composição e organização da mesa em uma sequência lógica:

Ao lado devem ser colocados os instrumentais de divulsão (descolador, sindésmotomos) e exérese (alavancas e fórceps), cureta de lucas, lima para osso, pinça goiva;

Na parte superior devem ser posicionados as pinças hemostáticas, pinça porta agulha, tesoura, pinça Allis e pinça Backaus e cuba com soro fisiológico;

Cobrir a mesa com um campo estéril impedindo a visualização do paciente;

Envolver a mangueira de aspiração com uma proteção estéril;

Conectar o sugador cirúrgico descartável estéril à mangueira de aspiração;

As canetas de alta rotação e a peça reta com micromotor devem estar estéreis (assim como as brocas) e disponíveis em todos os procedimentos, ambos envolvidos por uma proteção estéril.

*Nunca passar materiais perfurocortantes sobre o paciente. Ao passar instrumentos para outra pessoa, não aponte a lâmina do bisturi/agulha para o receptor.



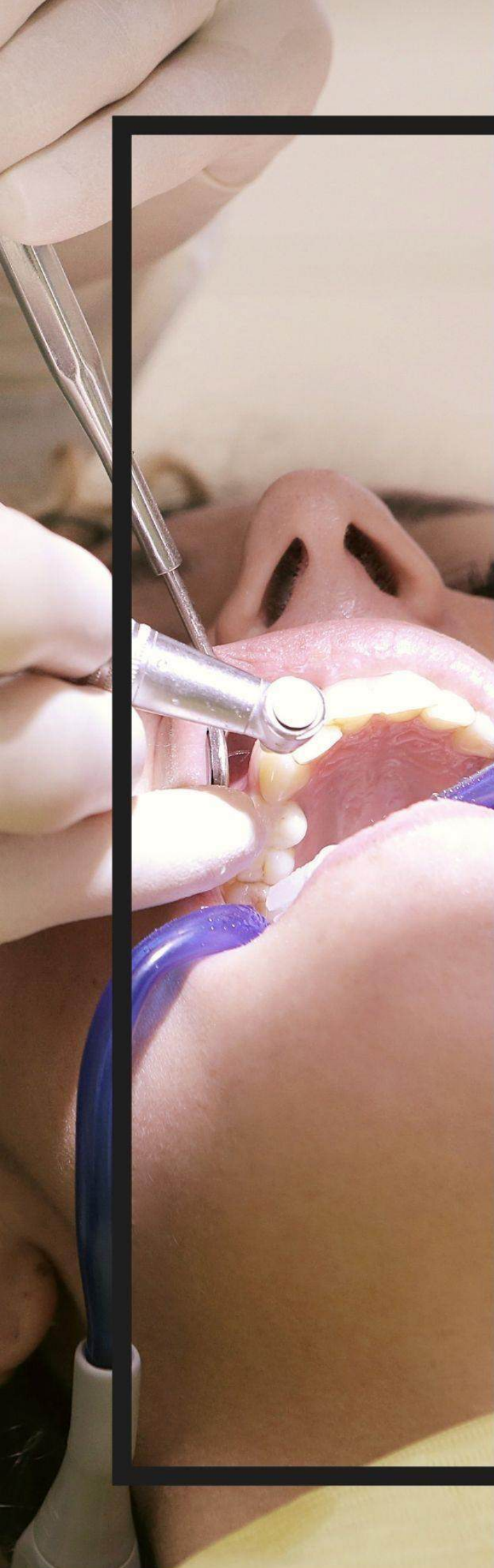
Fonte: Hupp et al., 2015.



Fonte: Autores.

CAPÍTULO 8

EXODONTIAS POR VIA
ALVEOLAR (SIMPLES E
MÚLTIPLAS)



ÍNDICE

- 8.1 Técnica fechada na exodontia simples
- 8.2 Técnica fechada nas exodontias múltiplas

CAPÍTULO 8 – EXODONTIA POR VIA ALVEOLAR (SIMPLES E MÚLTIPLAS)

- Fornecer ao paciente um gorro envolvendo o cabelo e solicitar o bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% por 1 minuto;
- Dobrar as gazes 3 vezes em formato de triângulo, prendendo-a na pinça Allis, embebendo-a em digluconato de clorexidina 2% para realizar a antisepsia extra-oral, no sentido lábio-bochecha, sem retornar ao local;
- cPrender a mangueira de aspiração à pinça Backhaus e à blusa do paciente, após aposição de campos estéreis (deixando a face ainda visível nessa fase).
- Anestesiocar o paciente, seguindo os princípios de anestesia, atentando-se a possível ocorrência de alguma reação alérgica na face e/ou pescoço;
- Adaptar o campo fenestrado ao rosto do paciente;
- Tranquiliza-se o paciente com uma breve conversa e inicia-se o procedimento cirúrgico;

8.1 Técnica fechada na exodontia simples

- Incisão intrassulcular e descolamento: com uma lâmina de bisturi e a ponta afiada de um descolador de periósteo nº 9 realiza-se o descolamento do tecido mole aderido na porção cervical do dente e o rebatimento da papila gengival adjacente, gentilmente no início e depois aumentando a força.

*Neste momento o cirurgião-dentista poderá interrogar o paciente se ele sente pressão ou dor e desconforto, para que ele tenha certeza que uma anestesia profunda foi obtida. Caso o paciente diga que apenas uma pequena quantidade de pressão é sentida, dar-se início ao procedimento informando-o previamente.

- Luxação do dente com um extrator dental: inicia-se geralmente com a alavanca reta inserida perpendicularmente ao dente dentro do espaço interdental, girando-a de tal forma que a porção inferior da lâmina encoste em osso alveolar e que a porção superior ou oclusal da lâmina seja girada na direção do dente a ser extraído - força de giro no cabo, intensa, lenta e progressiva, movendo o dente na direção posterior.

*ATENÇÃO: Deve ser feita com cuidado, pois forças excessivas podem prejudicar ou até mesmo deslocar os dentes adjacentes aqueles sendo extraídos, especialmente quando existe uma restauração grande ou lesão cariada no dente adjacente.

- Adaptação do fórceps ao dente: o fórceps previamente escolhido para o dente a ser extraído é agora ajustado ao dente para que suas pontas prendam a raiz abaixo do tecido mole descolado, sendo a ponta lingual ajustada primeiro e depois a ponta vestibular. O cirurgião-dentista deve apertar as alças do fórceps mantendo as pontas do fórceps seguras paralelas ao longo eixo do dente. O fórceps é então forçado apicalmente o máximo possível para segurar a raiz do dente o mais apicalmente possível.
- Luxação do dente com fórceps: resultado dos movimentos de pressão apical, vestibular, lingual/palatina, rotação e tração, removendo o dente. A pressão apical deve ser aplicada sempre que o fórceps for adaptado ao dente. Em relação a pressão no sentido vestibulolingual, a maior força deve ser feita na direção do osso mais fino e, portanto, mais fraco, de forma controlada, lenta e mantida por alguns segundos, e

gradualmente aumenta sua força. A pressão rotacional deve ser reservada para dentes com raízes únicas, cônicas e aqueles com raízes que não são curvas. Durante a extração, o fórceps deve ser reajustado no sentido apical periodicamente. Por fim, a força de tração é feita removendo o dente do seu alvéolo quando já houve devida expansão óssea, sendo ela a parte final do processo de extração.

*A maioria dos dentes é removida por uma combinação de forças vestibulares e linguais (palatinas). Como o osso maxilar vestibular é normalmente mais fino e o palatino é uma cortical mais espessa, dentes maxilares são normalmente removidos por forças expansivas vestibulares mais fortes e forças palatinas menos vigorosas. Na mandíbula, o osso vestibular é mais fino a partir da linha média posterior à área dos molares. Assim, incisivos, caninos e pré-molares são removidos principalmente como resultado de força vestibular e pressão lingual menos vigorosa. Molares mandibulares têm osso vestibular mais grosso e geralmente precisam de maior pressão lingual em comparação com outros dentes na boca.

- Remoção do dente do alvéolo: com força de tração leve e geralmente de direção vestibular.
- Cuidados com o alvéolo pós-extração: o alvéolo deve ser debridado apenas se necessário, como nos casos em que a lesão periapical é visível na radiografia pré-operatória e não há granuloma preso ao dente quando este é removido, assim a região periapical deve ser curetada cuidadosamente com uma cureta periapical para remover o granuloma ou cisto. Se algum resíduo é óbvio, como cálculo, amálgama, ou fragmento de dente permanecer no alvéolo, ele deve ser gentilmente removido com cureta ou ponta do aspirador. Entretanto, se não há nem lesão periapical nem debris, o alvéolo não deve ser curetado. As corticais ósseas bucolinguais e linguais expandidas devem ser comprimidas de volta à configuração original. Pressão digital deve ser aplicada às corticais vestibulolinguais para comprimir as lâminas gentilmente, mas firmemente, na sua posição original (manobra de Chompret). Deve-se tomar cuidado para não reduzir muito o alvéolo, se a colocação de implantes é planejada ou possível no futuro. Em alguns casos, nenhuma redução deve ser feita, se os implantes são planejados. Se dentes forem removidos devido a doença periodontal, pode haver acúmulo excessivo de tecido de granulação ao redor da bainha gengival. Se este for o caso, atenção especial deve ser dada para remover este tecido de granulação com a cureta, tesoura de tecido ou pinça hemostática. Finalmente, o osso deve ser palpado através da mucosa que o cobre para procurar qualquer projeção óssea afiada. Se existir alguma, a mucosa deve ser rebatida e as pontas afiadas alisadas criteriosamente com uma lima para osso ou aparados com pinça goiva/alveolótomos ou até mesmo as brocas para desgaste ósseo. O controle inicial da hemorragia é conseguido usando uma gaze úmida de 5 x 5 cm colocada sobre o alvéolo da extração, posicionada de tal forma que o paciente consiga ocluir os dentes e que ela se encaixe no espaço previamente ocupado pela coroa do dente.

A função do auxiliar durante a operação é de afastar os tecidos moles das bochechas e da língua e sugar qualquer sangue, saliva, e solução irrigadora usada durante o procedimento cirúrgico.

8.2 Técnica fechada nas exodontias múltiplas

- Comunicação com o protesista com atenção à recolocação dos dentes que serão extraídos (prótese imediata total ou parcial removível ou vários implantes) e sobre a necessidade de qualquer outro tipo de cirurgia de tecido mole como redução de tuberosidade ou remoção de depressões ou exostoses em áreas críticas;
- Sequência de extração: (1) dentes maxilares posteriores, deixando os primeiros molares; (2) dentes maxilares anteriores, deixando o canino; (3) primeiros molares maxilares; (4) caninos maxilares; (5) dentes mandibulares posteriores, deixando os primeiros molares mandibulares; (6) dentes mandibulares anteriores, deixando os caninos mandibulares; (7) primeiros molares mandibulares; (8) caninos mandibulares;
- Anestesia, o ligamento de tecido mole ao dente é incisado com uma lâmina de bisturi e estendida ao redor dos colos dos dentes e através da papila interdental; o descolador periosteal é usado para rebater o tecido mole até o rebordo e osso alveolar labial; luxação com extrator reta e depois extração com o fórceps;
- Se a remoção de qualquer um dos dentes requer força excessiva, deve-se remover essa resistência, removendo uma pequena quantidade de osso vestibular;
- Após as extrações estarem completas, as corticais vestibulolinguais são pressionadas em sua posição preexistente com pressão firme, a menos que implantes estejam planejados. O tecido mole é reposicionado e o cirurgião-dentista palpa o rebordo para determinar se alguma área de espículas ósseas afiadas pode ser encontrada. Se uma prótese removível parcial ou total está planejada, depressões ósseas devem ser identificadas. Se qualquer espícula afiada ou depressões existirem, a pinça-goiva é usada para remover áreas grandes ou interferências, e uma lima para osso é usada para alisar qualquer espícula óssea afiada e o rebordo regularizado;
- A área é irrigada abundantemente com soro fisiológico 0,9% estéril. Se qualquer tecido de granulação estiver presente, deve ser removido; o tecido mole é então reaproximado e inspecionado por excesso de gengiva (se esta for a situação, a gengiva deve ser cortada para que pouca ou nenhuma sobreposição ocorra quando o tecido mole for reposicionado) e assim, as papilas são suturadas em posição com suturas ininterruptas ou contínuas;
- Em alguns pacientes, uma alveoloplastia mais extensiva após extrações múltiplas é necessária.

CAPÍTULO 9

EXODONTIAS POR VIA
NÃO ALVEOLAR
(OSTEOTOMIA E
ODONTOSSECÇÃO)



ÍNDICE

- 9.1 Técnica aberta para extração de dentes unirradiculares
- 9.2 Técnica para a extração de dentes multirradiculares

CAPÍTULO 9 – EXODONTIAS POR VIA NÃO ALVEOLAR (OSTEOTOMIA E ODONTOSSECÇÃO)

9.1 Técnica para extração aberta de dentes unirradiculares

- Rebatimento de um retalho mucoperiosteal: retalho tipo envelope estendido dois dentes anterior e um dente posteriormente ao dente que será removido. Se uma incisão relaxante é necessária, ela deve ser colocada pelo menos um dente anterior ao sítio de extração;
- Determinar a necessidade de remoção de osso: com o retalho mantido em posição adequada pelo descolador periosteal, o cirurgião-dentista poderá tentar remover o dente previamente sem nenhuma remoção de osso com uso de alavanca ou fórceps ou proceder com a remoção cirúrgica de osso sobre a área do dente com uma broca e irrigação ampla – a largura do osso vestibular que é removido é essencialmente a mesma largura que o dente na direção mesiodistal e metade ou dois terços do comprimento do dente no sentido vertical – e assim um extrator ou fórceps podem ser usados para remover o dente;
- Se o dente ainda está difícil de extrair, um ponto de apoio pode ser feito na raiz com a broca na porção mais apical da área de remoção óssea (cerca de 3 mm de diâmetro e profundo o suficiente para permitir a inserção de um instrumento) e um extrator poderá ser usado para elevar ou retirar o dente de seu alvéolo;
- Conferir as bordas do osso; se estiverem afiadas, elas devem ser alisadas com uma lima para osso. Reposicionando o retalho de tecido mole e palpando gentilmente com o dedo, o clínico pode conferir bordas agudas;
- Irrigação do campo cirúrgico com grandes quantidades de soro fisiológico 0,9% estéril. Atenção especial deve ser direcionada para a porção mais inferior do retalho (onde ele se une com o osso) porque é um lugar comum para os debris se acumularem;
- Reposicionamento do retalho em sua posição original e sutura.

9.2 Técnica para a extração de dentes multirradiculares

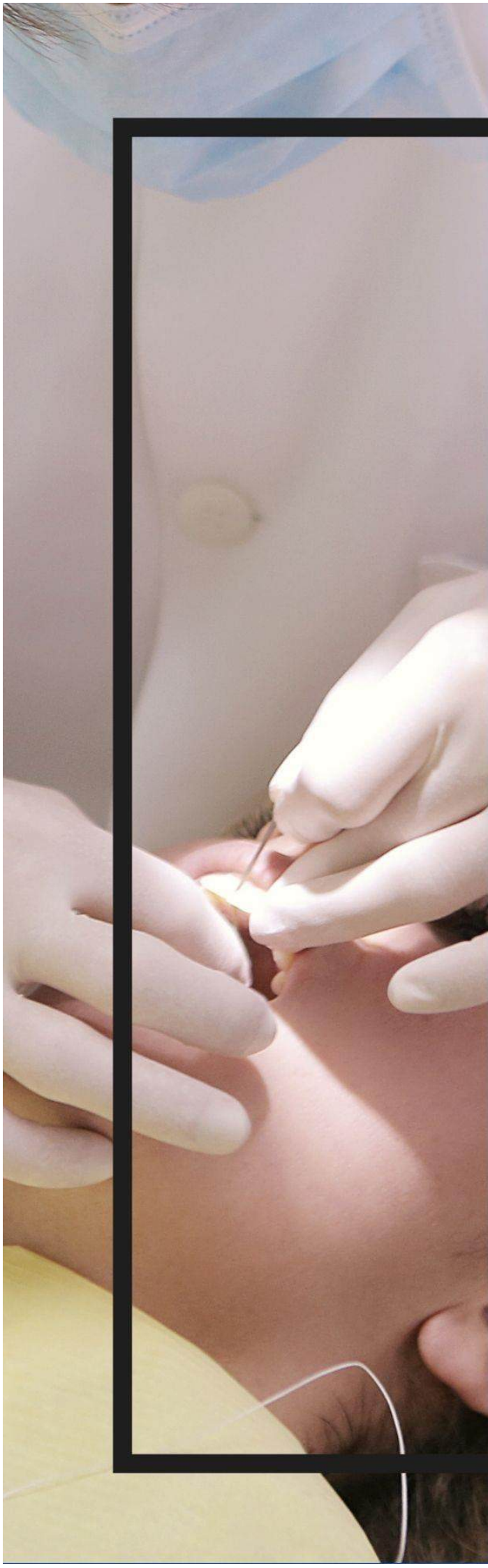
Mesma técnica citada anteriormente, exceto que o dente pode ser dividido com uma broca para transformar um dente multirradicular em dois ou três dentes unirradiculares. Se a coroa do dente permanece intacta, a porção coronária é seccionada para facilitar a remoção das raízes. Entretanto, se a porção coronária do dente está ausente e apenas as raízes permanecem, o objetivo é separar as raízes para torná-las mais fáceis de elevar.

- Rebatimento de um retalho: retalho tipo envelope ou triangular;
- Avaliação da necessidade de seccionar as raízes e remover osso: ocasionalmente, fórceps, extratores ou ambos são posicionados na tentativa de remover o dente sem remover osso;
- Na maioria das situações, uma pequena quantidade de osso alveolar deve ser removida, e o dente dividido com uma peça de mão reta com a alta rotação com as respectivas brocas, a redonda n° 8 ou com uma broca n° 557 ou n° 702, e irrigação abundante;

- O extrator reto pode ser usado para remover o dente seccionado e luxado. Se a coroa do dente é seccionada, fórceps universal superior ou inferior são usados para remover as porções individuais dos dentes seccionados. Se a coroa está ausente, então os extratores retos e triangulares são usados para elevar as raízes do dente de seus alvéolos;
- Se uma raiz remanescente é difícil de remover, a remoção de osso adicional (com descrito para dentes unirradiculares) pode ser necessária. Ocasionalmente, é necessário preparar um ponto de apoio com a broca e usar um extrator para elevar a raiz remanescente;
- Reposicionamento do retalho e a área cirúrgica é palpada para procurar áreas com osso cortante. Se qualquer parte de osso cortante estiver presente, ela é alisada com uma lima para osso. A ferida é bastante irrigada e debridada de fragmentos de dente, osso, cálculo, e outros debrís. O retalho é reposicionado e suturado.

CAPÍTULO 10

EXODONTIA DE DENTES
INCLUSOS



ÍNDICE

- 10.1 Indicação para a exodontia
- 10.2 Contraindicação da exodontia
- 10.3 Fatores que influenciam na exodontia
- 10.4 Classificação dos dentes inclusos
- 10.5 Procedimento cirúrgico

CAPÍTULO 10 - EXODONTIA DE DENTES INCLUSOS

10.1 Indicação para a exodontia

- Prevenção da cárie: dentes parcialmente inclusos podem reter placa bacteriana, formando um nicho e promovendo um sítio propício para a cárie;
- Prevenção da doença periodontal: pela mesma razão descrita acima, a placa acumulada pode ocasionar a periodontite;
- Prevenção da pericoronarite: dentes inclusos podem desenvolver pericoronarite devido ao trauma do opérculo ou acúmulo de alimento entre ele e o dente incluído;
- Prevenção da reabsorção radicular: dentes inclusos podem fazer pressão em dentes vizinhos, levando a reabsorção de suas raízes;
- Dentes impactados sob próteses: próteses instaladas sobre dentes retidos podem acarretar em lesão ao tecido bucal, bem como desadaptação da prótese;
- Prevenção de cistos e tumores odontogênicos: sacos foliculares podem vir a se tornar cistos, como cisto dentífero, ou em casos mais raros pode dar origem a tumores, como o ameloblastoma;
- Tratamento de dores sem origem aparente: em caso de dores bucais sem razão aparente, excluindo DTM e dor miofascial, se um dente incluído estiver presente, sua extração pode eliminar a dor;
- Prevenção de fraturas mandibulares: dentes inclusos em regiões de esforço mastigatório podem gerar fratura óssea, em virtude da fragilização dessa região. Enfatizar ao paciente a necessidade da limitação da força mastigatória por 2 meses após a cirurgia;
- Facilitação do tratamento ortodôntico: dentes retidos podem vir a ser um empecilho para a terapia ortodôntica, em virtude da alteração do formato do arco, bem como a perda de espaço promovida por eles;
- Otimização da saúde periodontal.

10.2 Contraindicação da exodontia

- Extremos de idade
- Condição médica comprometida
- Dano excessivo às estruturas nobres adjacentes

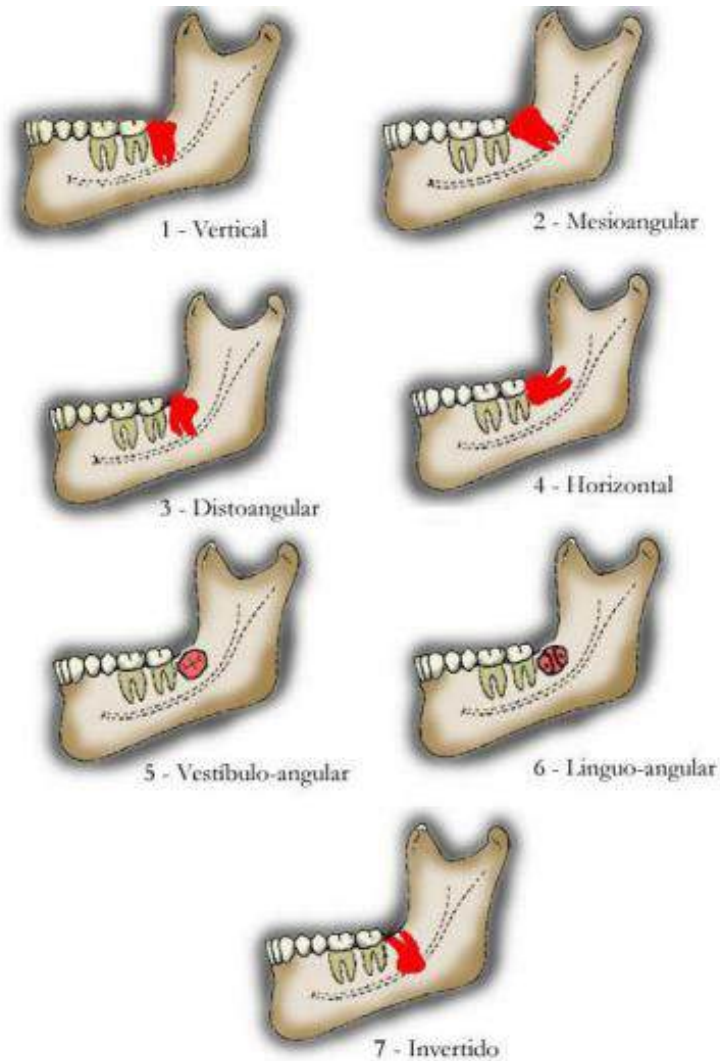
10.3 Fatores que influenciam na exodontia

- Morfologia da raiz (fusionadas e cônicas são mais facilmente removíveis);
- Tamanho do saco folicular (quanto maior for, menos osso será removido);
- Densidade do osso adjacente (quanto menos denso, mais fácil será a exodontia);
- Relação com o nervo alveolar inferior e seio maxilar;
- Natureza do tecido de recobrimento suprajacente;
- Contato com o segundo molar.

10.4 Classificação dos dentes inclusos

Angulação:

- Vertical;
- Mesioangulado;
- Distoangulado;
- Horizontal;
- Invertido;
- Transalveolar (vestíbulo-versão e línguo-versão).



Fonte: Peterson et al., 2005.

Quanto à dificuldade

Mandíbula

Mesioangulado < Horizontalizado < Verticalizado < Distoangulado

Maxila

Vertical e Distoangulado < Mesioangulado

Classificação de Pell & Gregory

Classe (só se aplica à mandíbula)

- 1: a coroa do dente se encontra totalmente anterior ao ramo da mandíbula;
- 2: a coroa se encontra parcialmente imersa no ramo da mandíbula;
- 3: a coroa está totalmente inclusa no ramo da mandíbula.

Posição

- A: a coroa se encontra ao nível da coroa do segundo molar;
- B: a coroa se encontra a meia altura entre a coroa do segundo molar e a crista óssea alveolar;
- C: a coroa está abaixo do terço cervical do segundo molar.

Quanto ao tecido suprajacente

- Intraósseo: dente totalmente incluso no osso;
- Semi-incluso: dente parcialmente imerso no osso;
- Tecido mole: quando o dente perfura a cortical óssea e está recoberto apenas de tecido mucoso.

10.5 Procedimento cirúrgico

Incisão

- Para dentes retidos a terço cervical, opta-se pela incisão e retalho na forma Envelope, que se aplica na grande maioria dos molares retidos. A incisão deve-se iniciar na papila do primeiro molar e seguir contornado o segundo molar. Ao chegar à região do ramo, deve-se lateralizar a incisão para vestibular e não seguir em linha reta, pois pode-se lesar o nervo lingual. Caso o dente esteja muito profundo, pode-se fazer necessário o uso de incisões relaxantes para evitar o rasgo do retalho. Após isso, deve-se descolar cuidadosamente o tecido e expor o osso.

Osteotomia

- Dentes inclusos frequentemente irão requer osteotomia para facilitar sua remoção. A mesma deverá ser feita nas faces oclusal, vestibular e distal para expor o elemento. Na mandíbula, nunca se remove osso na face lingual, pois pode-se lesar o nervo lingual. Como exemplo de brocas úteis, tem-se a nº 8 e a 702.

Odontossecção

- Trata-se do ato de dividir o dente em partes menores para facilitar sua remoção. Sua execução irá variar conforme o grau de retenção. Para o mesioangulado, deve-se seccionar a porção mesial e removê-la, em seguida, usa-se um extrator para elevar o dente do alvéolo. Para o horizontalizado, secciona-se primeiro a coroa e a remove, seguida de deslocamento anterior das raízes para removê-las. Caso as raízes sejam muito divergentes, estas devem ser seccionadas também para aí remover as raízes. Para o verticalizado, deve-se cavar uma canaleta medialmente na coroa, deixando o terço final para clivar na alavanca e, em seguida, remover a porção medial e distal. Para o distoangulado, deve-se remover toda a coroa para liberar as raízes que poderão ser removidas juntas ou seccionadas. Após isso, remove-se as raízes do alvéolo.

Preparando o fechamento da ferida

- Após a retirada do dente, deve-se remover espículas ósseas do alvéolo com a pinça goiva ou a lima para osso ou até mesmo brocas de desgaste. A cavidade deve ser curetada em caso de lesão, resto de tecido/capus, resto de debris, resto de dente e cálculos que caíram dentro do alvéolo, seguida de uma abundante irrigação com soro fisiológico 0,9% estéril. Feito isso, prossegue-se com a sutura, terminando o procedimento.

CAPÍTULO 11

COMPLICAÇÕES
TRANSOPERATÓRIAS



ÍNDICE

- 11.1 Remoção de fragmento de raiz e dos ápices radiculares
- 11.2 Justificativa para permanência de fragmentos de raiz

CAPÍTULO 11 - COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS

11.1 Remoção de fragmento de raiz e dos ápices radiculares

- Examinar o dente extraído para ver o quanto de raiz permanece;
- Irrigar o alvéolo do dente e aspirar com uma ponta de aspiração pequena, porque o fragmento de dente solto geralmente pode ser aspirado para fora do alvéolo;
- Inspeccionar o alvéolo dentário cuidadosamente para se certificar que a raiz foi mesmo removida;
- Se a técnica de irrigação e aspiração não obtiver sucesso, o próximo passo é movimentar o ápice da raiz com um extrator apical ou com um extrator reto (especialmente quando há grandes fragmentos de raiz), inserindo-a no espaço do ligamento periodontal para jogar a raiz pra fora do alvéolo (movimento de cunha);
- Se a técnica fechada não tiver sucesso deve-se trocar para a técnica aberta;
- 1º opção: um retalho de tecido mole com incisão relaxante é rebatido e retraído com descolador periosteal. Osso é removido com uma broca para expor a superfície vestibular da raiz do dente. A raiz é removida vestibularmente através da abertura com uma pequena alavanca reta. A ferida é irrigada e o retalho é reposicionado e suturado.
- 2º opção: um retalho do tipo triangular é rebatido e a área apical do fragmento do dente é localizada. Uma broca dental é usada para remover o osso que cobre o ápice do dente, expondo o fragmento da raiz. Um extrator apical ou extrator reto pequeno é então inserido na janela, e o dente é guiado para fora do alvéolo.

*OBSERVAÇÃO: A abordagem de janela aberta é especialmente indicada quando o osso vestibular deve ser deixado intacto, como na remoção de pré-molares maxilares para fins ortodônticos, especialmente em adultos.

11.2 Justificativa para permanência de fragmentos de raiz

Condições para que um fragmento de raiz seja deixado no processo alveolar:

- O fragmento deve ser pequeno, geralmente não maior que 4 a 5 mm de comprimento;
- A raiz deve estar profundamente inserida no osso;
- O dente envolvido não deve estar infectado e não deve haver radiolucidez ao redor do ápice radicular.

Justificativas para que um fragmento de raiz seja deixado no processo alveolar:

- Quantidades excessivas de osso precisam ser removidas para recuperar a raiz;
- Risco de dano a estruturas importantes, mais comumente o nervo alveolar inferior no forame mentoniano ou ao longo do trajeto do canal alveolar inferior;
- Risco de deslocamento para dentro dos espaços teciduais ou para dentro do seio maxilar.

Protocolo:

- Informar o paciente que, no julgamento do cirurgião-dentista, deixar a raiz em sua posição irá fazer menos mal do que a cirurgia;
- Realizar uma radiografia da região;


- Manter documentação radiográfica da presença e localização do ápice da raiz no prontuário do paciente e anotar no prontuário que o mesmo foi informado sobre a decisão de deixar o ápice da raiz;
- Consultas de acompanhamento periódicas durante o ano seguinte para acompanhar as condições desta raiz;
- Orientar o paciente a contactar o cirurgião-dentista imediatamente, se algum problema se desenvolver na área da raiz retida.

CAPÍTULO 12

CUIDADOS PÓS-
OPERATÓRIOS



ÍNDICE

- 
- 12.1 Repouso
 - 12.2 Alimentação
 - 12.3 Cuidados com a ferida
 - 12.4 Higiene bucal

CAPÍTULO 12 – CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

12.1 Repouso

- Faça repouso o maior tempo possível, nos primeiros três dias;
- Ao deitar, mantenha a cabeça num plano mais alto que o restante do corpo;
- Evite atividades físicas e exposição ao sol durante 5 dias;
- Evite falar muito.

12.2 Alimentação

- Não deixe de se alimentar, preferindo uma alimentação mais branda líquida ou pastosa (sucos de frutas, sorvetes cremosos, caldos e sopas após esfriar), fracionada a cada 2-3h;
- Tome água à vontade, pois a hidratação é um cuidado importante;
- Não faça movimentos de sucção, como tomar líquidos com ajuda de um canudo;
- Evite alimentos sólidos que possam ferir a área operada (prevenir eventos hemorrágicos);
- Alertar ao paciente quanto a importância da alimentação, uma vez que pode ocorrer situações de tonturas e desmaios, provavelmente compatíveis com quadro de hipoglicemia;
- O paciente vai retornando moderadamente a sua alimentação normal com o passar dos dias.

12.3 Cuidados com a ferida

- Mantenha a compressa de gaze colocada sobre a ferida por 15 min, para depois removê-la cuidadosamente;
- Não toque a local da ferida com os dedos ou qualquer objeto. Evite colocar a língua sobre a ferida;
- Algum sangramento poderá ocorrer neste período. Manchas de sangue poderão ser observadas no travesseiro, ao acordar;
- Não fique cuspiendo por qualquer motivo.

12.4 Higiene bucal

- Escove os dentes normalmente, tomando cuidado com a área operada. Na zona operada a escovação deve ser menos vigorosa, jamais ausente;
- Escove o dorso da língua;
- Empregue a solução antisséptica de acordo com a orientação pelo dentista.

12.5 Outros cuidados

- Se for fumante, tente não fumar ou ao menos reduza a quantidade de cigarros até a cicatrização da área cirúrgica, além de evitar quadros de sangramento devido a pressão negativa gerada pelo fumo;
- Não tome bebidas alcoólicas de nenhuma espécie;
- Siga corretamente as orientações contidas na receita;

- Não tome nenhum medicamento por conta própria;
- No caso de dor, edema ou sangramento excessivo, comunique-se com o dentista para as orientações necessárias;
- Não deixe de comparecer à consulta de retorno para a remoção dos pontos.

CAPÍTULO 13

PRESCRIÇÃO
MEDICAMENTOSA



ÍNDICE

13.1 Prevenção e controle da dor

13.2 Uso de antibióticos no tratamento ou na prevenção das infecções bacterianas bucais

CAPÍTULO 13 - PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

13.1 Prevenção e controle da dor

- Anti-inflamatórios não esteroides (AINES): empregados no controle da dor aguda de intensidade moderada a severa, no período pós-operatório de procedimentos odontológicos eletivos (analgesia preventiva) e no controle de dores já instaladas (processos infecciosos agudos) durante um período máximo de 2 a 3 dias.

Tabela 16. Classificação dos AINES.

Inibidores não-seletivos para a COX-2 (inibem ambas – COX 1 e COX 2)	Ibuprofeno, cetoprofeno, diclofenaco, cetoalaco, piroxicam e tenoxicam, AAS, naproxeno
Inibidores seletivos para a COX-2	Etoricoxibe, celecoxibe, meloxicam e nimesulida

Tomar nota:

O uso dos coxibes (celecoxibe e etoricoxibe, no Brasil) deve ser considerado exclusivamente para pacientes com risco aumentado de sangramento gastrointestinal, mas sem risco simultâneo de doença cardiovascular.

É contraindicado o uso de inibidores seletivos da COX-2 em pacientes que fazem uso contínuo de antiagregantes plaquetários, como a aspirina ou o clopidogrel.

O uso concomitante de piroxicam, ibuprofeno (e provavelmente outros AINES) com a varfarina pode potencializar o efeito anticoagulante desta e provocar hemorragia.

O uso concomitante dos AINES com certos anti-hipertensivos pode precipitar uma elevação brusca da pressão arterial sanguínea.

Deve-se evitar a prescrição dos inibidores da COX a pacientes com história de infarto do miocárdio, angina ou stents nas artérias coronárias, pelo risco aumentado de trombose, especialmente em idosos.

Todos os AINES podem causar retenção de sódio e água, diminuição da taxa de filtração glomerular e aumento da pressão arterial sanguínea, particularmente em idosos.

Anti-inflamatórios não esteroidais (AINES)
COMPRIMIDOS Uso interno Nimesulida 100 mg – 10 comprimidos Posologia Tomar 1 comprimido, por V.O., de 12 em 12 horas durante 3 a 5 dias. Obs: Não se recomenda o uso de nimesulida para gestantes e mulheres que estão amamentando.
SUSPENSÃO ORAL Uso interno Nimesulida gotas 50 mg/mL – 1 frasco 15 mL Posologia Tomar 1 gota por quilo diluída em água, de 12 em 12 horas durante 3 a 5 dias.

COMPRIMIDOS

Uso interno

Ibuprofeno 200 mg – 20 comprimidos

Posologia

Tomar 1 comprimido, por V.O., de 6 em 6 horas durante 3 a 5 dias.

SUSPENSÃO ORAL

Uso interno

Ibuprofeno gotas 100 mg/mL – 1 frasco 20 mL

Posologia (adultos)

Tomar de 20 a 80 gotas de 6 em 6 horas, durante 3 a 5 dias.

Anti-inflamatório esteroidal**COMPRIMIDOS**

Uso interno

Diclofenaco sódico 50 mg – 1 caixa

Posologia (adultos e crianças acima de 12 anos)

1 comprimido por V.O., de 8 em 8 horas enquanto houver dor.

Obs: Não é recomendado o uso deste medicamento para pacientes com falência hepática, renal e insuficiência cardíaca grave.

Tomar nota:

- Corticosteroides: empregados para prevenir a hiperalgesia e controlar o edema inflamatório, decorrentes de intervenções odontológicas eletivas.

Posologia: dexametasona ou betametasona 4 a 8 mg administrada 1h antes do início da intervenção.

Os corticosteroides são mais seguros para serem empregados em gestantes ou lactantes, bem como em pacientes hipertensos, diabéticos, nefropatas ou hepatopatas, com a doença controlada.

Contraindicações absolutas: pacientes portadores de doenças fúngicas sistêmicas, herpes simples ocular, doenças psicóticas, tuberculose ativa ou os que apresentam história de alergia aos fármacos deste grupo.

Corticosteróides**COMPRIMIDOS**

Uso interno

Prednisona 20 mg – 28 comprimidos

Posologia

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas durante 7 dias.

COMPRIMIDOS

Uso interno

Prednisona 5 mg – 28 comprimidos

Posologia

Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas durante 7 dias.

COMPRIMIDOS

Uso interno

Dexametasona 4 mg – 4 comprimidos

Posologia

Tomar 2 comprimidos 1 hora antes da cirurgia e 2 comprimidos no dia seguinte.

- Analgésicos: empregados no controle da dor aguda de baixa intensidade por períodos curtos – 1 a 2 dias.

Dipirona:

O uso da dipirona deve ser evitado nos três primeiros meses e nas últimas seis semanas da gestação e, mesmo fora desses períodos, somente administrar em gestantes em casos de extrema necessidade.

A dipirona é contraindicada para pacientes com hipersensibilidade aos derivados da pirazolocna, pelo risco de alergia cruzada, ou para portadores de doenças metabólicas como a porfiria hepática ou a deficiência congênita da glicose-6-fosfato-desidrogenase.

Deve ser evitada em pacientes com história de anemia ou leucopenia.

Paracetamol:

Uso seguro em gestantes e lactantes

Pode causar danos ao fígado (dose máxima diária para adultos = 3,25 g)

Pelo mesmo motivo, deve-se evitar o uso concomitante do paracetamol com álcool etílico ou outras substâncias com potencial hepatotóxico, como o estolato de eritromicina.

Contraindicado para pacientes fazendo uso contínuo da varfarina sódica, pelo risco de aumentar o efeito anticoagulante e provocar hemorragia.

Ibuprofeno:

Contraindicado para pacientes com história de gastrite ou úlcera péptica, hipertensão arterial ou doença renal.

Evitar em pacientes com história de hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico.

Opioides fracos: codeína (em associação com o paracetamol) e o tramadol: indicados no tratamento de dores moderadas a intensas, que não respondem ao tratamento com outros analgésicos.

Devem ser utilizados com cautela em pacientes idosos, debilitados, com insuficiência hepática ou renal, hipertrofia prostática e portadores de depressão respiratória.

Analgésicos

COMPRIMIDOS

Uso interno

Paracetamol 500mg ou 750 mg – 1 caixa

Teto: 4g/dia.

Crianças: 10mg/Kg de 6 em 6 horas ou 8 em 8 horas

Teto: 230/dose

Posologia

Tomar 1 comprimido, por V.O., de 6 em 6 horas, enquanto houver dor.

SUSPENSÃO ORAL

<p>Uso interno Paracetamol gotas 200 mg/mL – 1 frasco 15 mL Posologia (adultos e crianças maiores de 12 anos) Tomar 35 a 55 gotas de 6 em 6 horas, enquanto houver dor.</p>
<p>COMPRIMIDOS Uso interno Dipirona sódica 500 mg – 1 caixa Endovenosa: até 1g, de 6 em 6 horas Criança: 10mg/Kg de 6 em 6 horas Posologia Tomar 1 comprimido de 6 em 6 horas enquanto houver dor.</p>
<p>SUSPENSÃO ORAL Dipirona sódica 500 mg/mL – 1 frasco de 20 mL Posologia (adultos e adolescentes acima de 15 anos) Tomar 20 a 40 gotas de 6 em 6 horas, enquanto houver dor.</p>
<p>COMPRIMIDOS Uso interno Paracetamol + fosfato de codeína - Tylex 30 mg – 1 caixa Posologia (adultos em casos de dores mais intensas) Tomar 2 comprimidos de 6 em 6 horas durante 24 horas.</p>

13.2 Uso de antibióticos no tratamento ou na prevenção das infecções bacterianas bucais

São prescritos para o tratamento ou prevenção das infecções. Quando a descontaminação do local em infecções bacterianas agudas, por si só, não surte o efeito desejado, e há sinais e sintomas que indicam a disseminação da infecção, o uso de antibióticos é recomendado. Sinais como edema pronunciado (celulite), limitação da abertura bucal, linfadenite, febre, taquicardia, falta de apetite, disfagia ou mal-estar geral são indicativos de que as defesas imunológicas do hospedeiro não estão conseguindo, por si só, controlar a infecção e a antibioticoterapia torna-se uma conduta importante. A profilaxia antibiótica consiste no uso de antibióticos em pacientes que não apresentam evidências de infecção, com o intuito de prevenir a colonização de bactérias e suas complicações, no período pós-operatório. O uso profilático de antibióticos em odontologia pode ser instituído com o objetivo de prevenir infecções na própria região operada (profilaxia cirúrgica) ou na prevenção de infecções à distância, em pacientes suscetíveis.

No tratamento, recomenda-se iniciar com uma dose de ataque, no mínimo o dobro das doses habituais, seguida das doses de manutenção. Como as infecções bacterianas bucais agudas têm início rápido e duração relativamente curta, uma vez erradicada a fonte de infecção, a duração ideal da terapia antibiótica deve ser a menor possível e que o único parâmetro prático para determinar o tempo de tratamento é a remissão dos sintomas da infecção. Se assim for entendido, o curso do quadro infeccioso agudo deve ser monitorizado diariamente pelo profissional, podendo interromper a administração do antibiótico quando, por meio de evidências clínicas, ficar demonstrado que as defesas imunológicas do hospedeiro reassumiram o controle da infecção, bastando para isso se basear no exame clínico (anamnese, exame físico e sempre que possível, exames laboratoriais). Dessa maneira, a duração do tratamento pode ser completada após um período de 3-5 dias, e não somente após os “famigerados” 7-10 dias.

Penicilinas: 1° escolha para o tratamento das infecções bucais bacterianas. Incluem a fenoximetilpenicilina (penicilina V), ampicilina ou a amoxicilina. É bastante empregada em associação com o metronidazol e mais raramente com o clavulanato de potássio (em caso em que as infecções não respondem clinicamente ao tratamento com as penicilinas isoladamente ou associadas ao metronidazol).

Cefalosporinas: são reservadas para a profilaxia cirúrgica em cirurgias ortognáticas ou para o tratamento de infecções graves na região da cabeça e pescoço (em ambiente hospitalar). São também empregadas na profilaxia da endocardite bacteriana, como alternativa às penicilinas em pacientes alérgicos.

Metronidazol: O metronidazol pode ser usado em associação com a amoxicilina. É um medicamento importante nas infecções por anaeróbios Gram (-). Útil no tratamento de infecções bacterianas agudas como as pericoronarites, os abscessos periapicais e a gengivite ulcerativa necrosante, sendo geralmente associado às penicilinas ou cefalosporinas.

Eritromicina: empregada no tratamento das infecções bacterianas leves a moderadas, em fase inicial, apenas como alternativa para pacientes alérgicos às penicilinas, mas nunca como a primeira escolha.

Claritromicina e azitromicina: antibióticos de escolha no tratamento dos abscessos periapicais agudos, em pacientes com história de alergia às penicilinas.

Clindamicina: selecionada para o tratamento de infecções mais avançadas na clínica odontológica.

Tetraciclina: uso restrito ao tratamento das periodontites agressivas ou crônicas, como alternativa aos pacientes alérgicos às penicilinas ou que apresentam efeitos adversos ao metronidazol. A doxiciclina é a mais empregada na clínica odontológica.

Antibióticos
Uso interno Amoxicilina 500 mg – 21 cápsulas Posologia Tomar 1 cápsula por V.O., de 8 em 8 horas durante 7 dias. Obs: Não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento.
Uso interno Azitromicina 500 mg – 3 comprimidos Posologia Tomar 1 comprimido por dia por V.O., durante 3 dias. Obs: Não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento.
Uso interno Clindamicina 300 mg – 21 cápsulas Posologia Tomar 1 cápsula por V.O., de 8 em 8 horas durante 7 dias. Obs: Não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento.
Uso interno Tetraciclina 500 mg – 28 cápsulas Posologia Tomar 1 cápsula por V.O., de 6 em 6 horas durante 7 dias. Obs: Não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento.

CAPÍTULO 14

ACIDENTES E
COMPLICAÇÕES EM
CIRURGIA



ÍNDICE

- 14.1 Hemorragia
- 14.2 Alveolitec
- 14.3 Edema e dor
- 14.4 Trismo
- 14.5 Lesões nervosas
- 14.6 Injúrias em dentes adjacentes
- 14.7 Fratura radicular
- 14.8 Fratura do processo alveolar
- 14.9 Fratura óssea da tuberosidade maxilar
- 14.10 Fratura de mandíbula
- 14.11 Deslocamento de dentes para o seio maxilar
- 14.12. Deslocamento de dentes para o espaço submandibular
- 14.13 Deslocamento de dentes para o espaço infratemporal
- 14.14 Deslocamento de dentes para a orofaringe

CAPÍTULO 14 – ACIDENTES E COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA

As complicações ainda podem ser classificadas como:

Transitórias menores: alveolite, trismo, infecção, hemorragia e fraturas dento-alveolares;

Permanentes menores: injúrias periodontais, traumas a dentes adjacentes e/ou ATM;

Permanentes maiores: alterações neurossensoriais, infecções a órgãos vitais, fraturas de mandíbula e tuberosidade.

14.1 Hemorragia

- Extravasamento abundante e anormal de sangue que ocorre durante ou após a intervenção cirúrgica;
- Oxigenação (diminui a oxigenação dos tecidos, pré-dispõe o paciente a anemia);
- Visibilidade do campo operatório comprometida;
- Formação de hematomas: pressiona ferida, diminui vascularização, aumenta tensão nas bordas, meio de cultura para crescimento bacteriano;
- Tratamento: compressão, hemostáticos locais absorvíveis, como esponja de fibrina, celulose oxidada, esponja de gelatina e hemostasia por processos cirúrgicos, como pinçagem, ligadura, sutura.

14.2 Alveolite

- Causas: higiene oral deficiente, descuidar dos cuidados pós-operatórios, dificuldade, duração e trauma inerentes à cirurgia, tipo e quantidade de anestesia, presença de infecções adjacentes ou infecções não tratadas/mal tratadas como pericoronarite, tabagismo, bochechos durante as primeiras 24 horas pós-extração, falha na assepsia, certas doenças sistêmicas, nomeadamente as que possam interferir nos processos de coagulação ou cicatrização inerentes;
- Sintomas: 2 a 3 dias após a extração dentária, e normalmente incluem inicialmente a dor confinada ao local da extração e com o passar do tempo um aumento gradual da dor e sua difusão para estruturas adjacentes (maxilares, face, ouvido, pescoço, etc.), pequeno edema na face, eventual aumento da temperatura corporal, normalmente não passando os 38°, debilidade ou mal-estar geral, mau hálito acentuado (halitose), hipertrofia dos gânglios linfáticos da região, presença de líquido esbranquiçado ou pus no interior do alvéolo (no caso da alveolite purulenta/alveolite úmida/supurativa), gengiva circundante à zona de extração muito vermelha, edemaciada e muito sensível ao toque;
- Tratamento: alívio sintomático - curetagem cuidadosa de restos necróticos, curativo intra-alveolar, laser de baixa intensidade.

14.3 Edema e dor

- Complicação mais comum;
- Com o intuito de amenizar: aplicar bolsa de gelo sobre o local por 20' e retirar 20', nas primeiras 24 horas, no segundo dia não usar nem gelo e nem calor e após um

tempo mínimo de 72 horas pós-operatórias e no terceiro dia a aplicação de calor pode ajudar a reduzir o edema;

- Prevenção: uso de anti-inflamatórios esteroidais.

14.4 Trismo

- Variação de dor muscular devido a um espasmo miofascial que pode resultar de injúrias às fibras musculares, múltiplas injeções anestésicas locais, principalmente se estiverem penetrando nos músculos mastigatórios, extrações com tempo prolongado, hematoma e infecções pós-operatórias;
- Aparece nos primeiros 2 dias pós-operatórios, reduzindo após o sétimo dia;
- Aplicação de calor úmido pode ajudar;
- Fisioterapia.

14.5 Lesões nervosas

- Alveolar inferior e lingual;
- Parestesia do nervo lingual: sensação de formigamento, comichão, dormência, ardor, friagem, flacidez, inchaço e sensibilidade dolorosa na língua;
- Felizmente as injúrias mais comuns aos nervos são as neuropraxias e axonotmeses;
- Sem rompimento das estruturas neurais, injúrias temporárias recuperam em até 6 meses;
- Tratamento: prescrição de vitaminas do complexo B (promotoras do desenvolvimento da bainha de mielina dos nervos) e lasers de baixa intensidade.

14.6 Injúrias em dentes adjacentes

- Grandes restaurações e destruições coronária-radiculares;
- Avisar o paciente;
- Causa: mau posicionamento de elevadores e fórceps;
- Prevenção: controle de força, apoiar a alavanca entre o dente e o tecido ósseo interproximal e o uso de instrumental adequado.

14.7 Fratura radicular

- Causas: raízes longas, curvas e divergentes e força excessiva durante a luxação;
- Prevenção: planejamento, cirurgia aberta, osteotomia e odontosecção;
- Tratamento: preservação/remoção imediata ou posterior cirurgia.

14.8 Fratura do processo alveolar

- Áreas mais suscetíveis: lâmina cortical vestibular na altura dos caninos e molares superiores, porções do assoalho do seio maxilar associada a molares, tuberosidade maxilar, cortical vestibular dos incisivos inferiores e dentes isolados ou anquilosados;
- Tratamento: osso com periósteo aderido – reposicionar o conjunto dente + osso, realizar esplintagem e sutura. Postergar a exodontia até cicatrização óssea. Quando não temos periósteo aderido ao osso - deslocado do tecido mole, remoção da porção óssea fraturada/dente e suturar.

14.9 Fratura óssea da tuberosidade maxilar

- Tecido ósseo bastante delgado;
- Raízes divergentes;
- Força excessiva;
- Comunicação buco-sinusal? Tratar comunicação caso houver.

14.10 Fratura de mandíbula

- Geralmente associado a remoção do 3º molar;
- Presença de osteomielite, tumor cístico, estados fisiológicos ligados ao metabolismo de cálcio, diabetes;
- Tratamento: redução e fixação da fratura.

14.11 Deslocamento de dentes para o seio maxilar

- O dente pode penetrar no seio maxilar e alojar-se no piso da cavidade ou deslizar entre a mucosa do seio e o piso ósseo, ficando coberto pela mucosa e também cair dentro de uma cavidade patológica, por debaixo do seio e nela ficar alojado;
- Tratamento: acesso de Caldwell Luc.

14.12 Deslocamento de dentes para o espaço submandibular

- Molares mandibulares
- A extração com pressão apical propicia o deslocamento por meio da parede cortical lingual para o espaço submandibular
- Tratamento: remoção do fragmento dentário por pressão digital no tecido mole da face lingual da mandíbula dissecada através do mucoperiosteio de forma que o fragmento seja encontrado.

14.13 Deslocamento de dentes para o espaço infratemporal

- Terceiros molares superiores
- Deslocamento posterior por meio do periosteio até a fossa infratemporal durante a luxação
- Remoção do fragmento dentário com pinça hemostática se houver iluminação adequada e disponibilidade de acesso
- Caso contrário, a incisão deve ser fechada e a operação concluída. Posteriormente, informar ao paciente que a remoção será feita em outra ocasião. Administrar antibiótico e indicar rotina pós-operatória.

14.14 Deslocamento de dentes para a orofaringe

- Girar o paciente e colocá-lo de forma que a boca fique virada para o chão o máximo possível
- Pedir o paciente para tossir e assim cuspir o dente no chão
- Se o paciente apresentar tosse excessiva ou falta de ar é possível que o fragmento dentário tenha sido aspirado pelas cordas vocais, traqueia e assim para os brônquios principais. Nesses casos, deve ser encaminhado para um centro de emergência.

CAPÍTULO 15

EMERGÊNCIAS MÉDICAS



ÍNDICE

- 15.1 Prevenção
- 15.2 Emergências
 - 15.2.1 Reações de hipersensibilidade/alergia
 - 15.2.2 Reações cutâneas
 - 15.2.3 Reações respiratórias
 - 15.2.4 Anafilaxia
 - 15.2.5 Desconforto torácico
 - 15.2.6 Dificuldade respiratória
 - 15.2.7 Alteração da consciência

CAPÍTULO 15 - EMERGÊNCIAS MÉDICAS

15.1 Prevenção

- Anamnese bem feita;
- Aferição de pressão arterial;
- Verificar pulso e estado emocional;
- Conversar com o paciente antes do procedimento;
- Ter conhecimento em técnicas e possuir equipamentos de primeiros socorros.

15.2 Emergências

15.2.1 Reações de hipersensibilidade/alergia

- Resultado de fármacos, anestésicos, látex, dentre outros.

15.2.2 Reações cutâneas

- Eritemas, prurido, edemas, urticárias;
- Interromper qualquer fármaco em uso, não utilizar mais anestésicos, além de cessar o atendimento;
- Monitorar o paciente, fornecer epinefrina 0,3ml em casos mais severos e prescrever anti-histamínicos, como Benadryl 50mg.

15.2.3 Reações respiratórias

- Dispneias e sibilos;
- Interromper os fármacos em uso, colocar o paciente sentado, fornecer epinefrina;
- Acompanhar o paciente por 1 hora. Se este não evoluir para melhora, encaminhar ao pronto-socorro.

15.2.4 Anafilaxia

- Interromper todos os fármacos e substâncias em uso;
- Colocar o paciente em supina sobre uma superfície plana e em seguida ligar para assistência;
- Enquanto espera pela ajuda, realizar suporte básico a vida caso seja necessário e monitorar os sinais vitais;
- Fornecer oxigênio e epinefrina.

15.2.5 Desconforto torácico

- Ocorrência de aperto no peito, dores leves a fortes, palpitações, fraquezas, dentre outras;
- Pedir ao paciente que detalhe a dor, sua intensidade, local de origem e se a mesma se irradia;

- Caso se trate de ansiedade, tentar tranquilizar o paciente. Se não for possível, remarcar a cirurgia, considerando o uso de calmantes;
- Se a dor for de origem cardíaca, ligar para a emergência, monitorar o paciente e fornecer suporte à vida, se necessário.

15.2.6 Dificuldade respiratória

- Causada por condições médicas ou por ansiedade

Asma

- Doença que dificulta a respiração, gerando respiração ruidosa e encurtada, podendo gerar quadros de cianose;
- Colocar o paciente em posição sentada, administrar nitroglicerina spray ou comprimido (0,4 mg) ou qualquer outro broncodilatador, fornecer oxigênio e monitorar os sinais vitais;
- Se não melhorar repetir a nitroglicerina uma segunda e terceira vez. Caso não haja melhora, suspeitar de um infarto em progressão;
- Administrar 352 mg de aspirina e chamar a emergência.

Hiperventilação

- Mais comumente causada pela ansiedade;
- Interromper o tratamento, sentar o paciente e oferecer um saco de papel para ele respirar dentro, de modo a aumentar a concentração de Co₂ no sangue, o que age no trato nervoso reduzindo a frequência anormal de ciclos respiratórios
- Administrar oxigênio e aguardar;
- Caso não haja melhora, ligar para a emergência.

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

- Não colocar o paciente em posição de supina total, preferindo por deixar a cadeira levemente inclinada;
- Ter oxigênio para ofertar.

Aspiração de corpo estranho

- Se o objeto estiver no início do trato respiratório, aguardar o reflexo de tosse e vômito para averiguar se este será expelido;
- Caso este esteja obstruindo a respiração, realizar a manobra de Heimlich;
- Caso o objeto não possa ser removido ou expelido, monitorar o paciente e ligar para o resgate.

Aspiração de conteúdo gástrico

- Pode acarretar dificuldade em respirar;
- Mais comum em pacientes em sedação total ou parcial;
- Caso ocorra, monitorar o paciente e ligar para o resgate;
- Orientar o paciente que irá passar por sedação a não se alimentar nas 8 horas que antecedem a cirurgia se mostra fundamental para prevenir tal ocorrência.

15.2.7 Alteração da consciência

- Resultante de problemas médicos, medicamentos ou estado ansioso;
- Pode ir desde uma tontura até a total perda de consciência.

Síncope vasovagal

- Perda transitória da consciência;
- Geralmente causada pelo estresse;
- Paciente relata aumento da temperatura, náuseas e palpitações antes da ocorrência;
- Geralmente, colocar o paciente em posição horizontal com as pernas elevadas (Trendelenburg);



Fonte: Google imagens.

- Após o término do quadro, o paciente pode relatar tontura e estar com palidez;
- Recuperado do quadro, ele deve ser liberado com um acompanhante e deve-se optar por sedação em futuros procedimentos.

Hipotensão ortostática

- Tontura ou desmaio que ocorrem ao levantar rapidamente após longo período deitado;
- Para prevenir, o paciente deve ser levantado aos poucos e permanecer sentado na borda da cadeira até que sua pressão se estabilize.

Convulsão

- Os pacientes que sofrem deste mal devem relatar detalhadamente em sua anamnese;
- Assegurar que o paciente tenha tomado sua medicação normalmente no dia da consulta;

- Caso ocorra numa consulta, raramente a mesma requer maiores cuidados do que afastar do paciente objetos que possam feri-lo e aguardar a crise cessar naturalmente;
- Durante e após a crise o paciente deve ser monitorado. Pode ser necessário fornecer oxigênio;
- Sua cabeça deve ser colocada de lado para evitar que ele aspire seu vômito
- Com o fim da crise, o paciente estará com tonturas e fraqueza. Deve ser dispensado e acompanhado para casa;
- Casos de crises mais severas irão requerer auxílio médico, sendo necessário acionar o socorro.

Toxicidade ao anestésico local

- Ocorre quando se fornece uma dose excessiva do anestésico;
- Manifestações como confusão mental, fala arrastada e ansiedade são comuns;
- Em casos leves e moderados, cessar o atendimento, monitorar o paciente por 1 hora e aguardar por melhora costumam ser eficientes;
- Casos mais severos que gerem desmaio, convulsão e vômito deve fazer uso de oxigênio, 2 a 6 mg de midazolam intravenoso e ligar imediatamente para o socorro.

Diabetes mellitus

- O paciente descompensado poderá sofrer com quadros de hipoglicemia, onde a perda de consciência pode ocorrer em casos mais severos, acompanhada de náuseas, tremor e tontura;
- Uso incorreto da insulina ou medicamento e até o próprio estresse emocional podem gerar hipoglicemia;
- Caso o paciente comece a se sentir mal, deve ser oferecido a ele fontes de glicose;
- Em caso de desmaio, deve-se rapidamente administrar 1 ampola de glicose de 50 ml a 50% de concentração via endovenosa durante 2 a 3 minutos;
- Caso o paciente melhore, ele deve ser acompanhado durante 1 hora e orientado a ter uma reavaliação médica antes da próxima consulta;
- Caso não haja melhora, deve se ligar para a emergência;
- Uma anamnese bem feita é capaz de detectar a presença do diabetes, bem como seu grau;
- O paciente diabético deve ser orientado a sempre se alimentar antes da consulta, dando preferência a consultas pela manhã.

Alterações tireoidianas

- Hipertireoidismo e hipotireoidismo;
- A condição de alteração pode ser descoberta na anamnese;

- Caso o paciente possua hipertireoidismo, deve-se evitar o uso de anestésicos com epinefrina, visto que pode haver sensibilização do miocárdio, gerando arritmias. Deve-se preferir a felipressina nesse caso;
- Raramente alteram nível de consciência, mas, em caso de Tempestade Tireoidiana, o paciente pode necessitar de urgente intervenção;
- A crise tireoidiana pode gerar tremores, taquicardia, exoftalmia, sensação de calor, dentre outros;
- Caso ocorra em nível ambulatorial, deve-se acalmar o paciente, providenciar forma de refrescar sua temperatura e chamar o socorro.

Insuficiência da Suprarrenal

- Relacionada com danos prévios à suprarrenal;
- Sua crise gera confusão mental, náusea, fadiga e fraqueza muscular;
- Em caso de crise, deve-se monitorar os sinais vitais. Se houver hipotensão, deve-se colocar o paciente deitado com as pernas mais elevadas que a cabeça. O oxigênio deve ser fornecido e o socorro solicitado.

Comprometimento cerebrovascular

- Pode ser causado por trombos ou isquemias, que venham a bloquear o fluxo sanguíneo para o cérebro;
- Seus sintomas irão variar de acordo com o grau de severidade do trombo ou isquemia;
- Geralmente leva à fraqueza, tontura, náuseas e alteração de consciência;
- Deve-se acalmar o paciente, monitorá-lo e solicitar socorro o mais rápido possível;
- Caso ocorra um AVC, tendo como um dos mais clássicos sintomas a fraqueza em um dos lados do corpo, deve-se imediatamente cessar o atendimento, assegurar que o paciente esteja respirando e monitorar seus batimentos cardíacos, enquanto se espera pelo socorro. Não se deve dar nada para o mesmo beber ou comer.

ANEXO

BIOSSEGURANÇA NA
ODONTOLOGIA:
PROTOCOLOS PARA
RETORNO SAUDÁVEL DA
PRÁTICA CLÍNICA APÓS
PANDEMIA

ANEXO - BIOSSEGURANÇA NA ODONTOLOGIA: PROTOCOLOS PARA RETORNO SAUDÁVEL DA PRÁTICA CLÍNICA APÓS PANDEMIA

No final do ano de 2019, na cidade de Wuhan, localizada na China Continental, surgiu o novo coronavírus, um vírus que espalhou por diversos países atingindo também o Brasil e foi declarado a partir de 11 de março de 2020 como sendo uma pandemia.

Medidas de biossegurança devem fazer parte deste cenário pandêmico como uma forma de “prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente”. É de responsabilidade do dentista adotar medidas de prevenção e controle de infecção para evitar ou reduzir ao máximo a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência odontológica realizada em seu consultório.

Pacientes e profissionais de odontologia podem ser expostos a microrganismos patogênicos, incluindo vírus e bactérias que infectam a cavidade oral e o trato respiratório. O ambiente do atendimento odontológico carrega risco de infecção viral devido à procedimentos que envolvem comunicação face-a-face com pacientes e exposição frequente à saliva, sangue e outros fluidos corporais, bem como manuseio de instrumentos perfurocortantes.

Como se portar:

Para segurança de todos, as recomendações devem iniciar no momento da saída de casa até o seu retorno, incluindo o deslocamento, e permanência na clínica.

Antes de sair de casa:

- Lavar as mãos e rosto com água e sabão;
- Colocar a máscara de tecido;
- Evitar tocar olhos, nariz, boca e máscara sem antes higienizar as mãos.

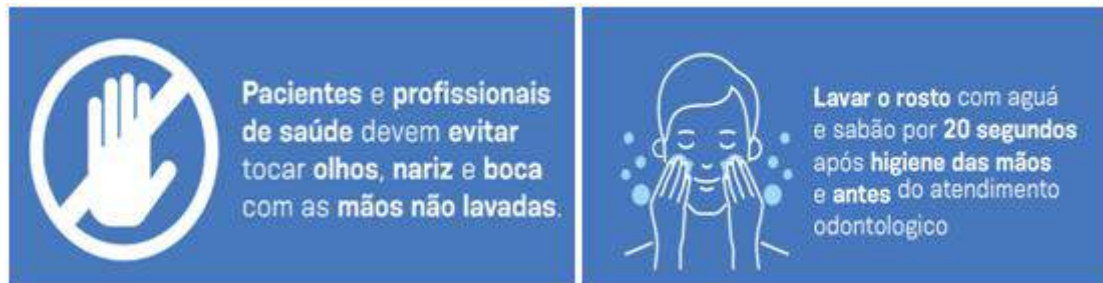
Deslocamento:

- Ao tossir ou espirrar, cobrir nariz e boca com lenço ou com o braço, e não com as mãos;
- Evitar tocar olhos, nariz, boca e máscara com as mãos não lavadas;
- Levar álcool em gel a 70%, caso precise realizar a higienização das mãos no caminho;
- Se utilizar transporte público, evitar encostar em superfícies, manter distância de 2 metros das outras pessoas e ficar próximo às janelas, que deverão estar abertas.

Ao chegar à instituição:

- Ao chegar na instituição realizar a higiene das mãos com água e sabão;
- Só retirar a máscara caso necessitar trocá-la pela de uso clínico. Neste caso lave também o rosto com água e sabão;

- Os estudantes deverão guardar todos os seus pertences, incluindo celulares e bolsas, em armários disponíveis para esse fim. Caso a instituição não disponibilize esses armários, orientar estudantes a carregar consigo o mínimo de pertences pessoais e preferir sacolas plásticas.



Fonte: Consenso ABENO, 2020.

Antes do atendimento odontológico:

- Preparo em casa:
 - Remover todos os acessórios e adereços;
 - Prender os cabelos, se aplicável;
 - Manter as unhas curtas, sem alongamentos nem esmalte;
 - Não utilizar maquiagem e/ou protetor solar, pois dificulta o selamento e fixação dos EPIs;
 - Barbear-se, se aplicável (a barba prejudica o selamento marginal dos respiradores).
- Preparo na instituição:
 - Beber água se necessário, para evitar interrupções durante o atendimento;
 - Ir à toalete se necessário, para evitar interrupções durante o atendimento;
- Vestir o pijama cirúrgico, calçado cirúrgico específico para uso na clínica com meia grossa de uso restrito à clínica e deixar o material pessoal, roupas e calçado no vestiário em armários ou, alternativamente, dentro de sacolas plásticas descartáveis, fechadas;
- Lavar o rosto com água e sabão;
- Fazer a higienização completa das mãos com água e sabão líquido:
 - Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.

(Consenso ABENO: Biossegurança no ensino odontológico pós-pandemia da COVID-19 / Pág. 51).

- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;

- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete;
- Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartável;
- No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha;
- Duração do procedimento: 40 a 60 segundos.;
- Evitar toques após a higienização das mãos;
- Na ausência de água e sabão, pode-se fazer a higienização com álcool a 70% seguindo os mesmos procedimentos;

Duração do procedimento: 20 a 30 segundos.



Fonte: Consenso ABENO, 2020.

Paramentação preliminar:

- Avental cirúrgico de mangas longas descartável, impermeável e com gramatura de 50g/m²;

- Em situações de escassez admite-se a utilização de avental de menor gramatura (no mínimo 30g/m²), desde que o fabricante assegure que esse produto seja impermeável;
- Respirador (N95/PFF2 ou similar sem válvula): adaptar o respirador e efetuar o teste de ajuste ou vedação;
- Óculos de proteção, com fechamento lateral (sobre óculos corretor de visão, se aplicável);
- Gorro em polipropileno 30g/m², de tamanho adequado, acomodando todo o cabelo e orelhas no seu interior;
- Protetor facial (face shield);
- Luvas de procedimentos de látex ou vinílica que, no contexto da epidemia da COVID-19, devem ser utilizadas em qualquer contato com o usuário ou seu entorno;
- Separar apenas os instrumentais e materiais de consumo que serão utilizados no procedimento clínico, acondicionados em caixa plástica com tampa;

Sequência da paramentação: máscara/respirador, óculos, gorro/touca e protetor facial.

Cuidados na sala de atendimento:

Realizar a limpeza e desinfecção das superfícies do consultório e de outros ambientes utilizados pelo paciente antes das atividades clínicas e entre um paciente e outro;

- Hipoclorito de Sódio a 1%;
- Quaternário de amônio e biguanida;
- Glucoprotamina;
- Álcool 70%;

Orienta-se que o atendimento presencial seja sempre precedido pelo contato por via remota (telefone, e-mail, WhatsApp ou outro aplicativo de comunicação) com o usuário ou seu responsável. Para a triagem, deverá ser elaborada uma ficha direcionada ao usuário ou responsável no caso de idosos, crianças e adolescentes e pessoas com necessidades especiais. Esta ficha de triagem ou anamnese prévia deve questionar alguns aspectos clínicos relevantes sobre a COVID-19.

(Consenso ABENO: Biossegurança no ensino odontológico pós-pandemia da COVID-19 | Pág. 19).

Ao agendar consultas:

- Perguntar ao usuário se ele(a) ou acompanhantes apresentam sintomas de infecção respiratória (exemplo: tosse, coriza, espirros, dificuldade para respirar). Esses usuários devem ser orientados a adiar a consulta para depois da melhora dos sintomas. Se as respostas forem negativas para os sintomas da COVID-19, o agendamento da consulta pode ser realizado;
- Orientar que todos os usuários e acompanhantes venham para atendimento usando máscara de tecido (exceto crianças menores de 02 anos devido ao elevado risco de asfixia e rápido

umedecimento) e que permaneçam com esta durante o tempo em que estiverem nas dependências do prédio e no seu trajeto de ida e de volta. Orienta-se, também, que o usuário e acompanhante levem outra máscara (limpa) para ser utilizada após o atendimento, ao saírem da clínica;

- Informar o usuário que evite se adiantar ou atrasar em relação ao horário agendado;
- Solicitar que, se possível, realize higiene bucal prévia antes de se deslocar para a consulta agendada, minimizando escovações no ambiente da clínica-escola;
- Orientar ao usuário e ao acompanhante que levem o mínimo de bagagem consigo na data da consulta, de preferência apenas exames e documentos;
- Para melhorar a qualidade das triagens, aconselha-se que as informações fiquem registradas no prontuário do usuário e que sejam assinadas pelo responsável pela triagem;
- Realizar, conforme preconizado pelas normas técnicas e literatura atualizada, a anamnese específica sobre a situação de saúde do usuário (indicado repetir a cada novo agendamento).

Recebendo o paciente:

- O discente (operador ou auxiliar, pré-paramentado) deve recepcionar o usuário na entrada na clínica;
- No box, orientar o usuário a guardar sua máscara em um envelope de papel;
- Oferecer ao usuário, em copo descartável, 15 mL de gluconato de clorexidina a 0,12% sem álcool ou de cloreto de cetilpiridínio a 1:4.000 ou Iodopovidona a 0,2% para bochecho durante 1 minuto. O líquido deve voltar ao copo e ser descartado na pia do box;
- Usuários de próteses ou aparelhos removíveis devem retirá-los antes do bochecho e os mesmos serão limpos com gaze úmida e imersos em cuba contendo a solução adequada durante 10 minutos (somente acrílico: hipoclorito de sódio a 1%; com partes metálicas: clorexidina a 0,2%);
- Limpar a face do paciente com gaze embebida em solução de clorexidina não alcoólica a 0,2% ou Iodopovidona a 0,2% (neste caso verificar previamente alergia ao iodo).

Orientações para áreas comuns (sala de aula, setores administrativos):

- Evitar contato físico como abraços, beijos e apertos de mãos;
- Manter a distância mínima de 2 metros entre você e outras pessoas;
- Evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas;
- Não compartilhar seus objetos pessoais, como talheres, toalhas, pratos, copos, celulares, canetas, lápis, borracha e notebooks;
- Manter os ambientes bem ventilados;
- Portar garrafa de água de uso próprio, abastecida preferencialmente em casa.

Ao retornar para casa:

- Na entrada de casa, manter um pano com solução de água e hipoclorito de sódio (1 parte de água sanitária e 3 partes de água);
- Retirar os sapatos na entrada de casa;
- Higienizar as mãos e rosto com água e sabonete ou preparação alcoólica a 70%;
- Deixar bolsa, carteira, chaves e outros objetos pessoais em uma caixa na entrada da sua casa;
- Lavar as mãos até a altura dos punhos, com água e sabão e higienizar com álcool em gel a 70%;
- Higienizar os objetos pessoais, como chave do carro, celular e relógio, com álcool a 70% ou isopropílico;
- Determinar uma área contaminada, para deixar roupas e calçados antes de circular dentro de casa;
- Lavar as roupas usadas fora de casa separadas das demais, com água e sabão (prefira secagem ao sol ou em secadora no ciclo quente);
- Tomar banho e higienizar bem as áreas mais expostas como mãos, punhos, pescoço e rosto;
- Lavar cabelos, bigodes e barbas com xampu e/ou sabonetes.



Fonte: Consenso ABENO, 2020.

Limpeza, acondicionamento e esterilização de instrumentais:

Não há uma orientação especial quanto ao processamento de equipamentos, produtos para saúde ou artigos utilizados na assistência a casos suspeitos ou confirmados da COVID-19.

- Descarte apropriado dos perfurocortantes com o uso do porta-agulha, se for o caso;
- Pré-lavagem por imersão da cesta contendo o instrumental e então imersão em detergente alcalino ou enzimático respeitando a diluição e tempo recomendados pelo fabricante;
- Utilização preferencial de métodos automatizados para a remoção de sujidade por meio de lavadoras (cubas) com ultrassom de baixa frequência, caso seja possível. Alternativamente, colocar a cesta com todos os instrumentos dentro da cuba de inox da pia de lavagem de material;
- Lavar e enxaguar todos os instrumentos com atenção para a total remoção dos resíduos orgânicos;
- Lavar e secar com papel toalha a bandeja, a caixa e sua tampa;
- Secar os instrumentos apenas com panos descartáveis ou toalhas de papel. Não utilizar jato de ar.

(Consenso ABENO: Biossegurança no ensino odontológico pós-pandemia da COVID-19 / Pág. 32).

- Os instrumentos rotatórios (canetas de alta rotação e contra ângulos) devem ser lavados com detergente, secos e lubrificados;
- Após o término da lavagem e secagem dos instrumentais, lavar a parte externa das luvas de borracha com água e sabão;
- Enxágue com água corrente;
- Seque com papel toalha ou panos descartáveis;
- Aplique o desinfetante disponível;
- Retire a luva da mão direita puxando-a pelos dedos com a mão esquerda;
- Retire a luva da mão esquerda introduzindo os dedos da mão direita desluvada pela parte de dentro sem encostar na parte externa;
- Verifique a presença de furos e rasgos e despreze-as se necessário;
- Acondicione as luvas de borracha em saco plástico limpo e hermeticamente fechado;
- Leve o instrumental à área de empacotamento e proceda conforme as orientações da IES;
- As equipes do CME irão seguir as normas de cada instituição para registro, separação, esterilização e armazenamento dos pacotes;
- Funcionários da Central de Esterilização devem utilizar EPIs completos: protetor facial, gorro / touca descartável impermeável TNT 30g/m² , respirador N95/PPF2 ou similar sem válvula, avental impermeável e descartável de gramatura 50 g/m² e calçado emborrachado e fechado com meias grossas, além de roupas cirúrgicas com lavagem na instituição ou lavagem contratada por empresa certificada;

- Marcação no chão para a fila de retirada e entrega de material, para manter a distância e em horários previamente estabelecidos;

Orientações para a lavagem de roupas utilizadas na área clínica:

- Ao final do expediente, retirar o pijama cirúrgico, colocar em uma sacola/embalagem plástica fechada;
- Em casa lavar o pijama cirúrgico separado das demais roupas, deixar de molho por 30 min em solução de hipoclorito de sódio a 0,02% - 10ml de alvejante comercial a 2 ou 2,5% para cada litro de água (realizar a mistura antes da colocação da roupa para evitar manchas). Lavar em água quente (≥ 71 °C) e sabão na quantidade especificada pelo fabricante, secar ao sol ou em secadora e passar a ferro quente. Embalar em saco plástico limpo e fechado;
- Após a lavagem em máquina de lavar, executar o ciclo de autolimpeza da máquina.

Descontaminação de superfícies:

- A descontaminação das superfícies já protegidas por barreiras deve ser feita com álcool a 70%, hipoclorito de sódio a 1% ou ácido peracético a 0,2% da área menos contaminada para mais contaminada, de cima para baixo, de dentro para fora:

1° - Alça do refletor

2° - Cadeira odontológica

3° - Mocho

4° - Superfície da unidade/carrinho auxiliar

5° - Encaixes para alta e baixa rotação, seringa tríplice, sugadores e cuspeira.

- A cuspeira deverá ser utilizada o mínimo possível, dando preferência a sucção da saliva por meio de bomba a vácuo. O usuário deverá ser orientado a utilizar a cuspeira só em casos de extrema necessidade e a descontaminação ao final de cada atendimento deve ser feita com hipoclorito a 1%;
- Superfícies como bancadas e unidade/carrinho auxiliar devem ser cobertas por campos descartáveis e impermeáveis;
- Seringas tríplices devem ter pontas descartáveis;
- Deve-se manter nas bancadas de trabalho somente o material que será utilizado no procedimento. Tais materiais devem ser descontaminados com álcool a 70%. O circulante, quando precisar trazer para a bancada um material que não esteja disponível no local, deverá fazer uso de sobreluvas plásticas.

Desmontagem do box:

Operador 1:

- Manter todos os EPIs, apenas retirar as luvas de procedimento, descartá-las adequadamente, higienizar as mãos, avental plástico descartável com fechamento nas costas (ou avental

impermeável descartável em TNT 30g m²) sobre o avental cirúrgico, e calçar as luvas de borracha de cano longo e tamanho apropriado para limpeza;

- Levar o instrumental dentro da caixa com tampa até o expurgo e proceder sua limpeza e preparo para esterilização.

Operador 2:

- Manter todos os EPIs, apenas retirar as luvas de procedimento, descartá-las adequadamente, higienizar as mãos e calçar as luvas de borracha de cano longo e tamanho apropriado para limpeza;
- Recolher todos os materiais perfurocortantes com o uso do porta-agulha e descartá-los em recipiente adequado ainda no box, ou armazená-los no interior de recipiente metálico com tampa para descarte apropriado no setor de expurgo;
- Recolher todos os instrumentos da superfície da mesa, colocando-os em bandeja perfurada;
- Colocar por último o recipiente com perfurocortantes e porta-agulha, se for o caso;
- Acondicionar a bandeja contendo todos os instrumentos contaminados no interior de uma caixa plástica rígida e hermeticamente fechada, com travas na tampa, para o transporte ao setor de expurgo;
- Remover os campos da mesa e o PVC das superfícies, dobrando-os e compactando-os para que gerem o menor volume possível e descartá-los no lixo infectante;
- Lavar a parte externa das luvas de borracha com água e sabão;
- Enxague com água corrente evitando respingos;
- Seque com papel toalha ou panos descartáveis;
- Aplique o desinfetante disponível;
- Retire a luva grossa da mão direita puxando-a pelos dedos com a mão esquerda;
- Retire a luva grossa da mão esquerda introduzindo os dedos da mão direita desenluvada pela parte de dentro, sem encostar na parte externa da luva de borracha;
- Verifique a presença de furos e rasgos e despreze-as se necessário;
- Acondicione as luvas de borracha em saco plástico limpo e hermeticamente fechado;
- Proceda a desparamentação conforme indicado.

Ao final do atendimento:

- Orientar o usuário para colocar nova máscara de tecido (limpa) e permanecer sentado;
- Realizar a remoção das luvas descartáveis empregando a técnica para evitar a contaminação das mãos;

- Retire as luvas puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta;
- Segure a luva removida com a outra mão enluvada.
- Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva.
- Realizar a higiene das mãos imediatamente após a retirada das luvas descartáveis;
- Realizar as orientações pós-operatórias, para retorno e ou encaminhamentos a outros serviços de saúde, verbais e escritas (proteger a caneta com papel filme);
- Retirada dos EPIs do usuário
- menos a máscara e os propés
- e orientação para a saída da clínica.

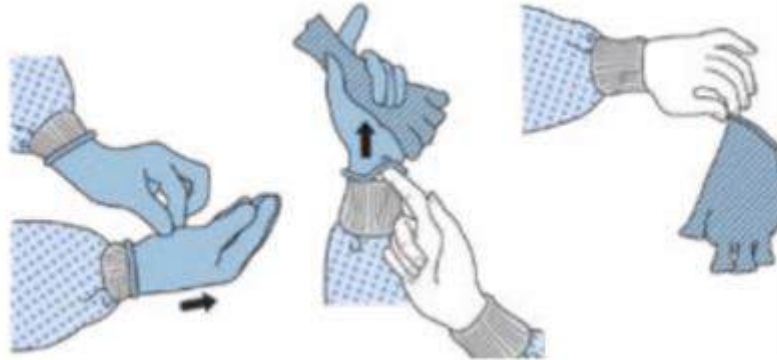
Moldagens, modelos e dispositivos de prova:

- As moldagens devem ser lavadas em uma cuba com água, realizando movimentos pendulares por 20 segundos (não lavar sob jato da torneira);
- Para alginato realizar descontaminação com algodão ou gaze embebido em hipoclorito de sódio a 1% utilizando almotolias e acondicionar em saco plástico fechado por 10 minutos;
- Elastômeros devem permanecer imersos durante pelo menos 10 min em hipoclorito de sódio a 1% ou glutaraldeído a 2%;
- Enxaguar em uma cuba com água, realizando movimentos pendulares por 20 segundos;
- Secar com papel toalha descartável;
- Modelos de gesso que foram manuseados durante a consulta e contaminados por saliva deverão ser imersos em solução de água de gesso com hipoclorito de sódio a 0,5%, durante 30 minutos e secar naturalmente;
- Dispositivos de prova podem ser descontaminados por imersão em álcool a 70% durante 5 minutos;
- Próteses acrílicas devem ser imersas em solução de hipoclorito de sódio a 1% durante 10 minutos;
- Próteses com partes metálicas devem ser imersas em solução de clorexidina a 0,2% durante 10 minutos.

Desparamentação:

- A desparamentação deve ser realizada preferencialmente em ambiente destinado especificamente para tal, à saída da clínica. Caso não seja possível, ainda no box remover as luvas e o avental, sendo os demais EPIs removidos fora da clínica, em local designado pela IES;

- Remoção das luvas: retirar a luva de uma das mãos com o auxílio da outra, tocando somente as superfícies externas. Com a mão desenluvada retire a luva da outra mão, agora tocando somente sua face interna. As luvas devem ser descartadas imediatamente em lixeira de material biológico;



Fonte: AVASUS (UFRN, 2020).

- Lavagem das mãos;
- Remoção do avental: remover as amarras do pescoço, seguida pelas da cintura, retirando os braços da face interna do avental, virando-o pelo avesso e enrolando-o até o final para o descarte imediato na lixeira de material biológico;



Fonte: AVASUS (UFRN, 2020).

- Remoção do protetor facial e óculos de proteção: na remoção do protetor facial utiliza-se as hastes laterais. Nunca se deve tocar na parte frontal do protetor facial, superfície mais contaminada. Os óculos de proteção também devem ser retirados e colocados em superfície adequada para posterior descontaminação;



Fonte: AVASUS (UFRN, 2020).

Remoção do protetor facial de trás para frente.

- Remoção do gorro/touca pela parte posterior e descarte no lixo de material biológico;
- Lavagem das mãos;
- Remoção da máscara/respirador: iniciar pelo elástico inferior, seguido pelo superior, segurando ambos com a mão, sem tocar na face frontal da máscara. Excepcionalmente, em situações de carência de insumos e para atender a demanda da epidemia da COVID-19, o respirador N95/PFF2 ou similar sem válvula poderá ser reutilizado pelo mesmo profissional, desde que cumpridos passos obrigatórios para a retirada sem a contaminação da sua face interna. Com objetivo de minimizar a contaminação do respirador, se houver disponibilidade, pode ser usado um protetor facial (face shield). Se o respirador estiver íntegro, limpo e seco, pode ser usado várias vezes durante o mesmo dia pelo mesmo profissional por até 12 horas ou conforme definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH do serviço de saúde (Ministério da Saúde).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ufjf | CAMPUS GV

REFERÊNCIAS

1. DE ANDRADE, Eduardo Dias. Terapêutica medicamentosa em odontologia. Artes Médicas Editora, 2014.
2. CUFFARI, Linneu; DE SIQUEIRA, José Tadeu Tesseroli. Suturas em Cirurgia Oral e Implantodontia Qual a melhor escolha? Revisão. JBC J. bras. odontol. Clín, v. 1, n. 1, p. 43-47.
3. HUPP, JR; ELLIS III, ER; TUCKER, MR. Cirurgia Oral e Maxilo-Facial Contemporânea, 6ª ed., Elsevier, Rio de Janeiro, 2015.
4. CHAVES JÚNIOR, Airton Charles et al. Técnica cirúrgica para remoção dos terceiros molares inferiores e a classificação de Pell-Gregory: um estudo relacionado. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac, v.6, n.4, p. 65-72, 2006.
5. MALAMED, SF. Manual de Anestesia Local. 6ª ed., Elsevier, 2013.
6. SILVERSTEIN, LH; CHRISTENSEN, GJ; GARBER, DA; MEFFERT, RM; QUINONES, CR. Princípios de sutura em odontologia: guia completo para fechamento cirúrgico. Editora Santos, 2003.
7. PETERSON LJ, ELLIS III E, HUPP JR, TUCKER M. Contemporary Oral & Maxillofacial Surgery. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. FERNANDEZ, CS; MELLO, EB; ALENCAR, MJS; ALBRETCH, N. Knowledge of dentists on contamination of hepatitis B and C in dental routine. Rev. Bras. Odontol, Rio de Janeiro, v. 70 n. 2, 2013.
9. GRASSI, EA; ARAÚJO, MC. Antiplatelet: growing knowledge. Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 1, p. 131-143, 2012.
10. PESSE, MS; MACEDO, LD; MESTRINER, SF; BATAGLION, CAN. Dental care protocol for patients using antithrombotic therapy. RFO UPF, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 229-235, 2018.
11. YAGIELA, JA. et al. Farmacologia e Terapêutica para dentistas. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
12. THE NEWCASTLE UPON TYNE HOSPITALS NHS FOUNDATION TRUST SURGICAL SCRUB, GOWN AND GLOVE PROCEDURE. 2013. Disponível em <http://www.newcastlehospitals.org.uk/downloads/policies/Infection%20Control/SurgicalScrubGownandGloveProceduresPolicy201310.pdf>. Acesso em 31 de julho 2020.

13. TRENDELENBURG POSITION. 2009 Disponível em: <http://2.bp.blogspot.com/qiK0nhevC64/Vf0YQdfkINI/AAAAAAAAAKM/Dq3T1cscAlw/s1600/Trendelenberg-Position.jpg>. Acesso em: 31 de julho de 2020.
14. ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL (OSHA). [homepage na internet]. Diretrizes para a preparação dos locais de trabalho para o COVID-19. Disponível em: <https://www.abho.org.br/wp-content/uploads/2020/03/DiretrizesdaOSHA3990-TRAD-CORONAVIRUS.pdf>. Acesso em: 03 março 2020
15. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Nota técnica nº. 4, de 05 de maio de 2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2). 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 18 maio 2020.
16. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Nota técnica nº. 7 (complementar nº.4/2020). Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde. 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/NOTA+T%C3%89CNICA+-GIMS-GGTES-ANVISA+N%C2%BA+07-2020/f487f506-1eba-451f-bccd-06b8f1b0fed6>. Acesso em 18 maio 2020
17. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Nota técnica nº. 38 SEI/COSAN/GHCOS/DIRE3/ANVISA. Desinfecção de pessoas em ambientes públicos e hospitais durante a pandemia de Covid-19. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/SEI_ANVISA+-+0988597+-+Nota+T%C3%A9cnica+de+desinfec%C3%A7%C3%A3o.pdf/9db87994-2267-4923-89ae-e2d132fa4bdd. Acesso em: 15 maio 2020.
18. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de risco. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento_roupas.pdf. Acesso em 02 jun 2020.
19. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Segurança do usuário em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: ANVISA; 2012. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-limpeza-edesinfeccao-de-superficies>. Acesso em 18 maio 2020.
20. CONSENSO ABENO: Biossegurança no ensino odontológico pós-pandemia da COVID-19 | Pág. 46 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Gerencia de Regulamentação e Controle Sanitário em Serviços de Saúde. Gerencia Geral de

- Tecnologia em Serviços de Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº. 222, de 28 de março de 2018. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3427425/RDC_222_2018_.pdf/c5d3081d-b331-4626-8448-c9aa426ec410. Acesso em 18 maio 2020.
21. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Resolução nº. 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União 16 mar 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 22. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Resolução nº. 306, de 07 de dezembro de 2004. Diário Oficial da União 10 dez 2004. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-306-de-7-de-dezembro-de-2004>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 23. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Serviços odontológicos prevenção e controle de riscos. Brasília: O Ministério; 2006. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&101struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=271950&_101_type=document. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 24. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Releases interim guidance on minimizing COVID-19 transmission risk when treating dental emergencies. 2020. Disponível em: <https://www.ada.org/en/publications/ada-news/2020-archive/april/ada-releases-interim-guidance-on-minimizing-COVID-19-transmission-riskwhen-treating-emergencies>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 25. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Returnto work interim guidance toolkit. ADA. 2020. Disponível em: https://success.ada.org/~media/CPS/Files/Open%20Files/ADA_Return_to_Work_Toolkit. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 26. BRASIL. Lei nº. 5.250, de 25 março de 2011. Diário Oficial do Município 01 dez 2011. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=178108>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 27. BRASIL. Lei nº. 10.206, de 17 junho 2011. Diário Oficial da União 09 abr 2001 Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2011/1021/10206/lei-ordinaria-n10206-2011-dispoe-sobre-a-obrigatoriedade-de-realizacao-de-processo-de-sanitizacao-nos-locais-que-especifica-e-daoutras-providencias>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 28. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção. Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de Saúde. Brasília: O Ministério; 1994

- Brasil. Ministério da Educação. Portaria nº. 343, de 17 de mar de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20343-20-mec.htm. Acesso em: 10 de maio de 2020.
29. BRASIL. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Sobre a doença. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
30. CONSENSO ABENO: Biossegurança no ensino odontológico pós-pandemia da COVID-19 | Pág. 47 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária. Nota Informativa nº. 3, de 06 abr de 2020. Disponível em <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/06/Nota-Informativa.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
31. BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Gestão de Resíduos e Produtos Perigosos. Resolução CONAMA nº. 275, de 25 de abril de 2001. Diário Oficial da União 19 jun 2001; Seção 1, nº 117, p.80. Disponível em: <http://www2.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=273>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
32. CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH. Non-manual techniques for room disinfection in healthcare facilities: a review of clinical effectiveness and guidelines. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK264202>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
33. CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Communities, schools, workplaces and events: information for where you live, work, learn, and play. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/index.html>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
34. CENTER OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): how to protect yourself & others. Washington: Center of Disease Control. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention-H.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
35. CONSEJO DENTISTAS. Organización Colegial de Dentistas de España. Plan estratégico de acción para el periodo posterior alacrisiscreada por el COVID-19. Madrid: Consejo, 2020. Disponível em: <https://www.consejodentistas.es/comunicacion/actualidad-consejo/notas-de-prensa-consejo/item/1763-plan-estrategico-de-accion-para-el-periodo-posterior-a-la-crisis-creada-por-el-covid-19.html>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
36. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. COVID19: Manual de boas práticas em biossegurança para ambientes odontológicos [notícias na internet]. Brasília: CFO, 2020. Disponível em: <http://website.cfo.org.br/covid19-manual-de-boas-praticas-em>

- biosseguranca-para-ambientes-odontologicos-e-lancado-com-apoio-institucional-do-cfo/. Acesso em: 10 de maio de 2020.
37. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação nº. 020, 7 de abril de 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns?start=20%20>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 38. DOREMALEN N, BUSHMAKER T, MORRIS DH, HOLBROOK MG, GAMBLE A, WILLIAMSON BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*, v. 382, n. 16, p.1564-1567, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2004973>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 39. EUROPEAN CHEMICALS AGENCY. ECHA/NR/20/10. ECHA to support EU-wide action against COVID-19. Helsinki: European Chemicals Agency. Disponível em: <https://echa.europa.eu/-/echa-to-support-eu-wide-action-against-COVID-19>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 40. JIANYUN L, JIENI G, KUIBIAO L, CONGHUI X, WENZHE S, ZHISHENG L, et al. COVID-19 outbreak associated with air conditioning in restaurant, Guangzhou, China, 2020. *EID Jour*, v. 26, n. 7, 2020. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0764_article. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 41. CONSENSO ABENO: Biossegurança no ensino odontológico pós-pandemia da COVID-19 | Pág. 48 Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronavirus on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. *J. Hosp. Infect*, v. 104, n. 3, p. 246-251, 2020. Disponível em: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(20\)30046-3/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30046-3/fulltext). Acesso em: 10 de maio de 2020.
 42. MARTINS-FILHO PR, GOIS-SANTOS VT, SOUZA CTS, MELO EGM, NASCIMENTO-JÚNIOR EM, SANTOS VS. Recommendations for a safety dental care management during SARS-CoV-2 pandemic. *Rev Panam Salud Publica [periódicos na Internet]*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.51>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. Geneva, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
 44. OTTER JA, DONSKEY C, YEZLI S, DOUTHWAITE S, GOLDENBRG SD, WEBER DJ. Transmission of SARS and MERS coronaviruses and influenza virus in healthcare settings: the possible role of dry surface contamination. *J. Hosp. Infect*. v.

- 92, n.3, p. 235–250, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7114921/>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
45. PALMER M, BARTH D, ABADI M. People in China are walking through these giant disinfectant machines to ward off the coronavirus: but experts don't think it Works. *Business Insider*. v. 1, n. 21, 2020. Disponível em: <https://www.businessinsider.com/coronavirus-china-wuhan-spray-disinfectant-tunnel-bleach-2020-2>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
46. PANIGRAHI SK, PATHAK VK, KUMAR M, RAJ U, PRIYA PK. COVID-19 and mobile phone hygiene in healthcare settings. *BMJ global health*. v. 5, n. 4, 2020. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/4/e002505.full.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
47. PENG X, XU X, LI Y, CHENG L, ZHOU X, REN B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int J Oral Sci*, v. 12, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41368-020-0075-9>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
48. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Informe técnico: vacinação de rotina durante a pandemia de COVID- 19. [internet]. 2020. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nota-tecnica-sbim-vacinacao-rotina-pandemia.pdf>. Acesso em: 10 de maio de 2020.
49. THOMÉ G, BERNARDES SR, GUANDALINI S, GUIMARÃES MCV. Manual de boas práticas de biossegurança para ambientes odontológicos. Brasília: Conselho Federal de Odontologia; 2020. Disponível em: <http://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/cfo-lanc%CC%A7a-Manual-de-BoasPra%CC%81ticas-em-Biosseguranc%CC%A7a-para-Ambientes-Odontologicos.pdf>. Acesso em: 06 maio 2020.
50. WEI, J; LI, Y. Airborne spread of infectious agents in the indoor environment. *Am J Infect Control* [periódicos na internet] v. 44, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655316305314>. Acesso em: 14 maio 2020.
51. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19. OMS 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/cleaningand-disinfection-of-environmental-surfaces-inthe-context-of-covid-19>. Acesso em 14 mar 2020.
52. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Getting your workplace ready for COVID-19. OMS. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/getting-workplace-ready-for-covid-19.pdf?ua=14.1>. Acesso em 14 mar 2020.

ufjf | CAMPUS GV