INTRODUÇÃO

O Manual de Boas Práticas da Área de Urgência Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) foi elaborado para padronizar as etapas realizadas durante os atendimentos mais comuns, visando a excelência e segurança no atendimento.

O Setor de Urgência Odontológica é uma atividade acadêmica com espaço próprio na Clínica Odontológica da FOUSP. Foi criado em 07 de novembro de 1960. O Setor é coordenado desde 1988 pela disciplina de Clínica Integrada. Possui corpo docente próprio, contando atualmente com 5 docentes. Participam do atendimento alunos de graduação dos últimos anos, e profissionais que fazem parte do Programa de Atualização. Um funcionário de nível superior cirurgião dentista participa das atividades no período da manhã.

Possui atualmente 5 cadeiras para atendimento e uma sala para tomadas radiográficas. Ainda, temos duas técnicas que cuidam do material odontológico usado e posterior esterilização, além de dar suporte ao atendimento clínico. O atendimento acontece por procura espontânea, de segunda a sexta feira, no período de 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 16:30h.

1. Apresentação da Área

O Setor de Urgência Odontológica da disciplina de Clínica Integrada da FOUSP visa capacitar os discentes de graduação e profissionais a atuar com segurança no diagnóstico e tratamento das doenças pulpares e periapicais em caso de dor. Outras situações de urgência como trauma dental, sangramentos, dores relacionadas aos tecidos de suporte dental, assim como lesões da mucosa bucal também podem ocorrer. Os discentes e profissionais aprendem a examinar o paciente em situações de urgência para o diagnóstico e execução de procedimento para a solução da queixa principal.

Objetivos

O principal objetivo deste manual é padronizar as etapas realizadas durante o atendimento de urgência odontológica, visando excelência e segurança no atendimento. Entre os objetivos específicos destacam-se:

1.1.1. Definir protocolos de atendimento que descrevam de forma clara as etapas a serem seguidas no tratamento de urgência odontológica. Os procedimentos executados seguem os padrões das disciplinas da FOUSP, com pequenas adaptações para a condição de urgência.

1.1.2. Apresentar um Procedimento Operacional Padrão (POP) para o diagnóstico endodôntico.

1.1.3. Apresentar um Procedimento Operacional Padrão (POP) para o atendimento de urgência endodôntica em caso de pulpite irreversível

1.2. Responsabilidades, funcionamento e risco

A elaboração e revisão periódica deste manual é de responsabilidade das professoras do Setor de Urgência Odontológica, com o apoio do Escritório de Qualidade da FOUSP.

1.2.1 O Setor de Urgência Odontológica está inserido na área de Gestão de acesso ao cuidado do paciente na Clínica Odontológica da FOUSP, cumprindo o horário de funcionamento das 08h00 as 12h00 e das 14h00 as 16h30, localizado no piso térreo. Oferece 5 postos de atendimento. Possui 5 docentes concursadas, que fazem parte do corpo docente do Departamento de Estomatologia. que se revezam,

Possui duas funcionárias técnicas de nível médio concursadas, com formação específica para a odontologia.

Os pacientes se apresentam na FOUSP de forma espontânea. O atendimento no setor de urgência ocorre de acordo com análise de viabilidade do corpo discente e docente e recursos estruturais disponíveis.

O atendimento é realizado por discentes regularmente matriculados no curso de Graduação, ou participantes cirurgiões dentistas do curso de Atualização, selecionados a cada seis meses, sob tutela de docentes.

1.2.2 A forma de admissão do paciente é um ponto em avaliação para aprimoramento constante no Setor. Existe um projeto em desenvolvimento para avaliação e classificação de prioridades, específico para Odontologia, enviado ao CEP em 07/10/2025. A pré-avaliação do paciente é recomendada para minimizar riscos e maximizando o tempo de atendimento, classificando por prioridade.

Atualmente o paciente é admitido no setor por ordem de chegada, e entrega etiqueta com dados pessoais que são confirmados através da Meta 1. Esta etiqueta é afixada em livro de admissão setorial.

PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES

As patologias abaixo são pertinentes ao atendimento. Nas coletas anuais, as queixas mais comuns referem-se ao comprometimento pulpar, sendo necessário avaliar a condição da mesma. Tanto os diagnósticos como os procedimentos para sanar a queixa seguem as recomendações adotadas pelas disciplinas da FOUSP. São diagnósticos possíveis:

DIAGNÓSTICO ENDODÔNTICO

2.1. Procedimentos de Exame e Diagnóstico:

O diagnóstico endodôntico é uma etapa crucial no tratamento, pois orienta a terapia a ser aplicada. Para realizar um diagnóstico preciso, o profissional deve ter conhecimento sobre as condições normais e as doenças pulpares/ periapicais, além

de como essas condições se manifestam. Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente são fundamentais para identificar essas doenças. O processo de exame e diagnóstico deve incluir uma série de avaliações, como:

2.1.1 Anamnese: considerar a história de saúde do paciente, incluindo medicações em uso e alergias, de maneira concisa e objetiva. O Setor de Urgência possui uma Anamnese específica cadastrada no Sistema Romeu.

2.1.2 Queixa principal: investigar a duração e evolução dos sintomas, a localização da dor, o que a intensifica ou alivia, e detalhes sobre tratamentos anteriores.

2.1.3 Aspectos clínicos: observações extraorais, como assimetria facial e edema, e depois aspectos intraorais, como a condição dos dentes e presença de aumento de volume, dor a palpação na região do periápice, presença de fístulas ou hiperplasia.

2.1.4 Aspectos radiográficos: verificar a rizogênese, presença de cáries, qualidade das restaurações e lesões periapicais.

2.1.5 Testes pulpares e periapicais: testes como palpação, percussão e teste térmico (frio) são essenciais para avaliar a sensibilidade e a saúde pulpar. Os testes devem ser realizados inicialmente em dentes adjacentes ou contralaterais para estabelecer uma linha de base de resposta normal em dentes saudáveis.

2.2. Classificação e Terminologia

2.2.1. Diagnóstico Pulpar

2.2.1.1. Polpa Normal: assintomática e normalmente responsiva ao teste de polpa. A polpa normal resulta em uma resposta leve ou transitória ao teste de frio térmico, durando não mais do que um a dois segundos após o estímulo ser removido.

2.2.1.2. Pulpite Reversível: o desconforto é sentido quando um estímulo como frio ou doce é aplicado e desaparece em alguns segundos após a remoção do estímulo. Etiologias típicas podem incluir cáries ou restaurações profundas. Não há alterações radiográficas significativas na região periapical do dente suspeito e a dor sentida não é

espontânea. Após o tratamento da etiologia, o dente requer avaliação adicional para determinar se a polpa retornou ao estado normal.

2.2.1.3. Pulpite Irreversível Sintomática: dor aguda ao estímulo térmico, dor persistente (geralmente 30 segundos ou mais após a remoção do estímulo), espontaneidade (dor não provocada) e dor referida. Às vezes, a dor pode ser acentuada por mudanças posturais, como deitar ou se curvar, e analgésicos de venda livre são tipicamente ineficazes. Etiologias comuns podem incluir cáries profundas, restaurações extensas ou fraturas expondo os tecidos pulpares. O tratamento de canal radicular é indicado.

2.2.1.4. Pulpite Irreversível Assintomática: não apresentam sintomas clínicos e geralmente respondem normalmente ao teste térmico, mas podem ter tido trauma ou cárie profunda com exposição pulpar. Sem alterações periapicais nos exames de imagem. O tratamento de canal radicular é indicado em casos de rizogênese completa.

2.2.1.5. Necrose Pulpar: a polpa não responde ao teste de polpa e é assintomática. A necrose pulpar, seguida da infecção, pode causar a periodontite apical (dor à percussão ou evidência radiográfica de ruptura óssea). O tratamento de canal radicular é indicado.

2.2.1.6. Dente Tratado Endodonticamente: dente com canais já obturados. O dente normalmente não responde aos testes de sensibilidade pulpar.

2.2.1.7. Dente com Tratamento Iniciado: indica que o dente foi tratado anteriormente por terapia endodôntica parcial, como pulpotomia ou pulpectomia. Dependendo do nível de terapia, o dente pode ou não responder às modalidades de teste de polpa.

2.2.2. Diagnóstico Periapical

2.2.2.1. Tecido Apical Normal: Não deve apresentar sensibilidade aos testes de percussão e palpação. Na avaliação radiográfica, o espaço do ligamento periodontal deve apresentar largura uniforme e a lâmina dura ao redor da raiz deve ser intacta.

2.2.2.2. Periodontite Apical Sintomática: representa inflamação do periodonto apical, produzindo sintomas clínicos envolvendo uma resposta dolorosa à mordida e/ou percussão ou palpação. Isso pode ou não

ser acompanhado por alterações radiográficas. Dor intensa à percussão e/ou palpação é altamente indicativa de uma polpa degenerada e é necessário tratamento de canal radicular.

2.2.2.3. Periodontite Apical Assintomática: é a inflamação e destruição do periodonto apical como consequência da necrose pulpar. Ela aparece como uma radiolucência apical e não apresenta sintomas clínicos (sem dor à percussão ou palpação). Nos exames de imagem, há rarefação óssea periapical difusa ou circunscrita.

2.2.2.4. Abscesso Apical Crônico: é uma reação inflamatória à necrose pulpar caracterizada por pouco ou nenhum desconforto e uma descarga intermitente de pus através de um trato sinusal associado. Radiograficamente, há tipicamente sinais de destruição óssea, como radiolucência. Para identificar a fonte de um trajeto sinusal drenante quando presente, um cone de guta-percha é cuidadosamente colocado através do estoma ou abertura até que pare e uma radiografia é tirada.

2.2.2.5. Abscesso Apical Agudo: é uma reação inflamatória à infecção pulpar e necrose caracterizada por início rápido, dor espontânea, extrema sensibilidade do dente à pressão, formação de pus e inchaço dos tecidos associados. Pode ou não haver sinais radiográficos de destruição e o paciente frequentemente apresenta mal-estar, febre e linfadenopatia.

2.2.2.6. Osteíte Condensante: é uma lesão radiopaca difusa que representa uma reação óssea localizada a um estímulo inflamatório de baixo grau, geralmente visto no ápice do dente.

2.3 Pericoronarites

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

2.4 Hemorragia alveolar

É o extravasamento abundante e anormal de sangue que pode ocorrer tanto no período transoperatório (acidente) quanto após o término da cirurgia (complicação). Também pode acontecer após o paciente sofrer um trauma na região da boca.

2.5 Alveolite

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

2.6 TRAUMATISMO DENTÁRIO

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

2.6.1 FRATURA CORONÁRIA:

a. Fratura de esmalte e/ou dentina com ou sem exposição pulpar;

b. Perda de esmalte e dentina visível no raio-X.

2.6.2 FRATURAS RADICULARES

2.6.2.1 FRATURAS RADICULARES (TERÇO APICAL):

a. Porção coronária do dente com pouca ou nenhuma mobilidade;

b. Pode ocorrer fratura alveolar (verificar);

c. Sangramento sulco gengival;

d. Linha de fratura visível.

2.6.2.2 FRATURAS RADICULARES (TERÇO MÉDIO):

a. Porção coronária com alguma mobilidade;

b. Desalinhamento da borda incisa do dente fraturado com relação aos adjacentes;

c. Visível linha de fratura na raiz dependendo da incidência dos raios-X.

2.6.2.3 FRATURAS RADICULARES (TERÇO CERVICAL):

a. Fratura de coroa estendendo abaixo da gengiva marginal;

b. Coroa com muita mobilidade e com fragmento deslocado;

c. Difícil visualização.

2.6.3 FRATURAS QUE ENVOLVEM AS ESTRUTURAS DE SUPORTE

A. SUB-LUXAÇÃO

a. Dente sensível ao toque; b. Pode apresentar pequena mobilidade, porém sem deslocamento; c. Sangramento sulco gengival; d. Sem alterações radiográficas.

B. LUXAÇÃO

a. Deslocamento lateral, vestibular ou lingual do dente; b. Geralmente sensível ao toque * quase sempre com fratura óssea alveolar; c. Pode apresentar mobilidade; d. Sangramento sulco gengival presente; e. Aumento do espaço periodontal.

C. INTRUSÃO

a. Deslocamento do dente para dentro do alvéolo dentário; b. Rompimento suprimento vascular pulpar; c. Sem sensibilidade ao toque e sem mobilidade; d. Fratura do osso alveolar; e. Ausência de espaço pericementário nível apical.

D. AVULSÃO

a. Dente totalmente expulso do alvéolo; b. Dente fora da cavidade oral; c. Ausência do elemento dentário no alvéolo.

E. FRATURAS ALVEOLARES

a. Fratura do processo alveolar podendo ou não envolver o alvéolo dentário; b. Mobilidade processo alveolar; c. Dente com mobilidade acentuada mais que o normal; d. Pode ter fratura radicular associada; e. Linha de fratura pode ser visualizada no osso alveolar (dente e alvéolo movimentam em bloco).

3. Organização setorial

3.1 Aplica-se os preceitos da Comissão de Biossegurança

13.2 Os instrumentais são encaminhados a CME após cumprir rotina de Biossegurança

2.3. Bibliografia

AAE Consensus Conference Recommended Diagnostic Terminology. J Endod 2009; 35:1634.

Endodontic Diagnosis. American Association of Endodontics 2013 (www.aae.org/colleagues)

Borsatti MA, Tortamano IP, Penha SS, Buscariolo IA, Domaneschi C. Urgências em Odontologia. Clínica Integrada em Odontologia. 1ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013, p. 83-122.

3. PROTOCOLO DO ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA ENDODÔNTICA

Após a realização do diagnóstico, o discente ou o profissional deverá realizar o tratamento endodôntico para alívio da sintomatologia seguindo o protocolo descrito a seguir.

3.1. Preparo para o atendimento:

Essa fase visa garantir o conforto do paciente através da aplicação da anestesia local. Os procedimentos realizados nessa fase são:

3.1.1. Bochecho com antisséptico oral por 30 segundos.
3.1.2. Secagem da mucosa com ar antes da aplicação de anestésico tópico.
3.1.3. Aplicação de anestesia local.
3.1.4. Remoção completa de cáries, estruturas sem suporte e restaurações defeituosas.

3.2. Cirurgia de Acesso

A cirurgia de acesso é um conjunto de etapas essenciais para garantir o acesso direto aos canais radiculares.

3.2.1. Determinação do Ponto de Eleição

3.2.2. Confecção da Pré-Cavidade

3.2.3. Forma de Contorno

Após a trepanação, faz-se a remoção do teto da câmara pulpar, onde a cavidade assume diferentes formas geométricas:

- **Incisivos superiores e inferiores:** Triangular com base voltada para incisal.
- **Caninos superiores e inferiores:** Losangular.
- **Pré-molares superiores:** Elíptica no sentido vestíbulo-palatino.

- **Pré-molares inferiores:** Circular.
- **Molares superiores:** Triangular com base para vestibular e vértice para a palatina, preservando a crista de esmalte.
- **Molares inferiores:** Trapezoidal, base maior voltada para mesial.

3.2.4. Forma de Conveniência

O objetivo é garantir boa iluminação e acesso direto aos canais radiculares, e facilitar a visualização e inserção de instrumentos.

3.3. Esvaziamento dos Canais Radiculares

3.3.1. Fase Inicial do Acesso:

3.3.1.1. Selecionar o primeiro instrumento manual (#15, #20 ou maior para dentes anteriores; #10 ou #15 para pré-molares e molares) e levá-lo ao interior do conduto.

3.3.1.2. Gotejar hipoclorito de sódio na câmara pulpar e observar a efervescência.

3.3.1.3. Iniciar o esvaziamento da câmara pulpar, renovando a solução quando necessário.

3.4. Regime de Irrigação/Aspiração

Para a execução adequada da irrigação e aspiração dos canais radiculares, com seringa e cânula de aspiração.

4. PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO – SBAR (Situação, Background, Avaliação, Recomendação) Aplicado a sinais clínicos desfavoráveis em ambiente odontológico

1. Objetivo

Padronizar a comunicação entre os membros da equipe frente a emergências clínicas ou sinais desfavoráveis durante o atendimento odontológico, garantindo segurança, agilidade e rastreabilidade, conforme normas da ONA.

- **SITUAÇÃO (S)**

O que está acontecendo com o paciente agora?

- “O paciente apresentou queda de pressão súbita e está com sudorese fria e palidez.”
- “Interrompemos o atendimento, ele está consciente, mas com tontura.”
- “Apresentou reação imediata à anestesia.”

- **BACKGROUND (B)**

Qual o histórico e contexto relevante?

- “Paciente com histórico de hipertensão controlada.”
- “Já passou por procedimentos anteriores sem reações.”
- “Fez refeição leve antes do atendimento, está em jejum há 4 horas.”
- “Utilizou medicação de rotina hoje pela manhã (Losartana).”

- **AVALIAÇÃO (A)**

Qual é sua análise clínica do momento?

- “Pressão aferida: 85x60 mmHg.
  FC: 58 bpm. Saturação: 95%.”
- “Paciente consciente, verbaliza, mas refere fraqueza.”
- “Possível quadro de hipotensão postural ou hipoglicemia leve.”

- **RECOMENDAÇÃO (R)**

Qual a conduta ou solicitação imediata?

- “Recomendo posicionar o paciente em Trendelemburg (pernas elevadas), ofertar O_2 se necessário e glicose oral.”
- “Monitorar sinais vitais por 10 minutos.”
- “Se não houver melhora, acionar SAMU (192).”
- “Registrar o evento no prontuário e comunicar à coordenação.”

2. Aplicação no Treinamento da Equipe

- Simulações periódicas devem ser realizadas com situações como:
  - Síncope vasovagal
  - Hipoglicemia
  - Reação alérgica a anestésico
  - Crise hipertensiva
  - Convulsão
- Materiais necessários para treinamento:
  - Roteiros simulados com fichas SBAR
  - Avaliação prática do tempo de resposta e clareza da comunicação
  - Checklist de conduta + formulário de relato de evento adverso.

3. Documentação sugerida

- Ficha SBAR preenchida (modelo impresso ou digital)
- Lista de presença dos treinamentos
- Registro em prontuário do paciente (resumo do evento + conduta)
- Relato para análise de evento adverso (se aplicável

4.Modelo de Ficha SBAR

Modelo de Ficha SBAR para Preenchimento:
Cabeçalho oficial
S – Situação:
……

B – Background:
……

A – Avaliação:

……

R – Recomendação:

……

Data: ___ / __ / _____

Nome do profissional responsável: _____

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Manual Brasileiro de Acreditação: Serviços de Saúde. 2022–2025. São Paulo: ONA, 2022. Disponível em: www.ona.org.br
2. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA, 2013. Disponível em: www.gov.br/anvisa
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: MS, 2013. Disponível em: www.gov.br/saude
4. INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation. Boston: IHI, 2017. Disponível em: www.ihi.org
5. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Resoluções e Normas sobre Atendimento Clínico e Segurança. Brasília: CFO, 2011. Disponível em: www.cfo.org.br
6. RESUSCITATION COUNCIL UK. Medical Emergencies in the Dental Practice. London: RCUK, 2021.

ANEXOS

1. POP - DIAGNÓSTICO ENDODÔNTICO