

CURSO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL - TSB

Módulo III – Livro-Texto

A SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR

3

MATERIAL DIDÁTICO PEDAGÓGICO DE EDUCAÇÃO
PROFISSIONAL DA ESCOLA TÉCNICA DO SUS EM SERGIPE

Curso Técnico em Saúde Bucal - TSB

A Saúde Bucal na Atenção Hospitalar

Autor

José Augusto Santos Silva

Organizadores

Francis Deon Kich

Josefa Cilene Fontes Viana

Marcilene Maria de Farias Pereira

Editora

Fundação Estadual de Saúde - Funesa

Aracaju-SE

2015

Copyright 2015 – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, Fundação Estadual de Saúde/Funesa e Escola Técnica do SUS em Sergipe/Etsus/SE

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou para fim comercial.

Impresso no Brasil

EDITORA FUNESA

Elaboração, distribuição e informações:

Av. Mamede Paes Mendonça, nº 629, Centro

CEP: 409010-620, Aracaju – SE

Tel.: (79) 3205-6425

E-mail: editora@funesa.se.gov.br

Catálogo – Biblioteca Pública Epifânio Dória

F981c

Funesa – Fundação Estadual de Saúde

Curso Técnico em Saúde Bucal - TSB. A Saúde Bucal na Atenção Hospitalar – Volume 3 – Módulo III – Livro texto. José Augusto Santos Silva. Organizadores: Francis Deon Kich, Josefa Cilene Fontes Viana, Marcilene Maria de Farias Pereira. Material didaticopedagógico de educação profissional da Escola Técnica do SUS em Sergipe. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe/FUNESA, 2015.

62p.

1. Saúde bucal 2. Rede hospitalar I. Título II. Autor III. Assunto

ISBN: 978-85-64617-29-2

CDU 616.314

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

Governador

Jackson Barreto de Lima

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Secretária

Joélia Silva Santos

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE/FUNESA

Diretora-Geral

Cláudia Menezes Santos

Diretora Operacional

Andréia Maria Borges Iung

Diretor Administrativo e Financeiro

Carlos André Roriz Silva Cruz

ESCOLA TÉCNICA DO SUS EM SERGIPE – ETSUS/SE

Coordenador

Alessandro Augusto Soledade Reis

Assessora Pedagógica

Rosyanne Vasconcelos Mendes

Responsável Técnica do Curso ASB/TSB

Tereza Mônica Leite Fraga

COORDENAÇÃO DE GESTÃO EDITORIAL

Coordenadora

Josefa Cilene Fontes Viana

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Autor

José Augusto Santos Silva

Organizadores

Francis Deon Kich

Josefa Cilene Fontes Viana

Marcilene Maria de Farias Pereira

Revisora Pedagógica

Nivalda Menezes Santos

Revisora Textual

Maria Augusta Teles da Paixão

Revisora de Estilo

Caroline Barbosa Lima

Projeto Gráfico

Ícaro Lopes do Rosário Silva

Ilustrador

Mário César Fiscina Júnior

Diagramador

Guilherme Raimundo Nascimento Figueiredo

Revisora Técnica

Josefa Cilene Fontes Viana

Elaboradores de Atividades

José Augusto Santos Silva

Josefa Cilene Fontes Viana

Marcilene Maria de Farias Pereira

Validadores

Alexsandra Gomes dos Santos
Carla Cristina Nunes de Araujo
Claudivânia Alves Santos
Carlos Humberto Tadeu Souza de Oliveira
Gustavo Marques Sobral dos Santos
Maria América Bezerra Dória
Meyrielle Andrade Lima
Regiane Laranjeiras Ramos
Rosana Sales de Oliveira
Maylin Auras Cintra



COMPONENTE CURRICULAR

A SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR

José Augusto Santos da Silva

APRESENTAÇÃO

A Odontologia Hospitalar teve como um de seus predecessores no Brasil, o professor Dr. Mário Graziani, criador do primeiro serviço de odontologia em hospital, na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Há quase setenta anos, no Estado de Sergipe, seguindo os passos do Dr. Graziani, Dr. João Garcez, seu aluno, entrou no corpo clínico do Hospital de Cirurgia e lá montou um consultório odontológico, onde realizava extrações de dentes inclusos, extrações complicadas, biópsias, diagnóstico de lesões bucais, atendimento a usuários internados que necessitavam de atenção odontológica além dos casos de trauma bucomaxilofaciais. Como se vê, a odontologia hospitalar não está nascendo agora. Embora seja tendência geral relacionar a atuação da odontologia no ambiente hospitalar apenas com a Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, a odontologia tem uma atuação muito mais ampla dentro do hospital atuando em uma equipe multiprofissional ou isoladamente.

Este componente destina-se a dar enfoque à participação da odontologia integrando uma equipe interprofissional e multidisciplinar dentro do ambiente hospitalar enfatizando a participação da equipe odontológica no atendimento a usuários que necessitam assistência sob anestesia geral, que possuem doenças sistêmicas como diabetes, oncológicos (sob quimioterapia e ou radioterapia de cabeça e pescoço), nefropatas com insuficiência renal crônica, cardiopatas, transplantados de órgãos (coração, rim, fígado, e outros), usuários em preparo para transplantes, com distúrbios de coagulação, além de portadores de defeitos da face adquiridos ou congênitos.

Como visto, a participação da odontologia no âmbito hospitalar ocorre em várias vertentes, havendo, por isso, necessidade de que ela as identifique e prepare adequadamente os seus profissionais para o exercício pleno de suas atividades para fechar a tríade: Diagnóstico, Terapêutica e Alta do usuário.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. O HOSPITAL	19
2.1 Serviço Médico-Hospitalar	19
2.2 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	20
2.3 Serviço de Apoio Técnico	20
3. A REDE HOSPITALAR	20
4. REDE DE ATENDIMENTO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	22
5. O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	23
5.1 Na Oncologia	24
5.2 Na Nefrologia.....	26
5.3 NA Cardiologia.....	28
5.4 Na Unidade de Urgência e Emergência	31
5.5 Na UTI.....	35
5.6 No Bloco Cirúrgico	38
5.6.1 A Equipe Cirúrgica	41
5.6.2 Preparo da Equipe Cirúrgica	43
5.6.3 O Ato Cirúrgico	47
5.6.4 O Material Cirúrgico	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58



ODONTOLOGIA HOSPITALAR



ATIVIDADE 1

Tipo da atividade: coletiva

Para Refletir

Realizem a leitura do pensamento seguinte e discutam com o coletivo.

“A pergunta mais importante é: o que você está fazendo pelos outros?”.

Martin Luther King Júnior



1. INTRODUÇÃO



ATIVIDADE 2

Tipo da atividade: coletiva

Rede Hospitalar



Passando pela Rua Maranhão, você vê uma unidade de saúde que costumamos chamar Hospital Zona Norte. Trata-se da Unidade de Atendimento Dr. Nestor Piva (UPA). Em outro momento, indo em direção ao Terminal Rodoviário José Rollemberg Leite, passa por outra unidade de saúde: Hospital de Cirurgia. Outro dia, você vai à colina de Santo Antônio, na Avenida João Ribeiro, passa em frente ao Hospital São José. Finalmente, chegando a Aracaju, para desembarcar no Terminal Rodoviário, vê outra unidade de Saúde: Hospital de Urgência de Sergipe.

Reúnam-se em grupos, discutam e respondam as questões seguintes:

1. O que você entende como ambiente hospitalar?
2. Você sabia que as unidades citadas têm portes diferentes?
3. Para você, o que é UMA REDE HOSPITALAR?
4. De que é composta a rede hospitalar de Sergipe?
5. A odontologia pode atuar em unidades hospitalares? Como?

Você já se reuniu em grupo e respondeu as questões apresentadas. Então podemos continuar.

O atendimento à saúde é feito através da rede pública e da rede privada ou mista. Cada uma das redes tem as suas particularidades, porém todas com um único objetivo: **cuidar da saúde do indivíduo**. O nosso objeto será a REDE PÚBLICA DE SAÚDE, com enfoque para a REDE HOSPITALAR.

A necessidade, real ou imaginária, faz com que o usuário procure tratamento. Assim, começa uma relação de trabalho entre o usuário e o cirurgião (KRUGER, 2002). Sempre que o usuário sente que algo não está funcionando bem no seu organismo, ele procura tratamento. Rotineiramente, o usuário é atendido pela rede de atenção primária, constituída pelas Unidades Básicas de Saúde e pelas equipes de Saúde da Família. Essa é a principal porta de entrada no sistema. O nível seguinte de atendimento são os Centros de Especialidades, no caso da odontologia, os CEO's (Centro de Especialidades Odontológicas) onde, de acordo com a portaria 599 de 23 de março de 2006 GM (Ministério da Saúde), são obrigatórias as seguintes especialidades: **cirurgia oral menor, endodontia, periodontia, diagnóstico bucal e usuários portadores de necessidades especiais**.

No CEO, o usuário terá a resolução de sua demanda ou, na sua impossibilidade,

poderá ser encaminhado para a REDE HOSPITALAR. Observe que até ser encaminhado à rede hospitalar, comumente, o usuário começa o seu atendimento na atenção primária. Depois é encaminhado ao CEO, e daí à REDE HOSPITALAR, salvo os casos de urgência e emergência em que ele é atendido diretamente na RAUE (rede de atenção às urgências e emergências). Essa rede é constituída pelo SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), pelas UPA's 24 horas (Unidade de Pronto Atendimento 24 horas) e pelas unidades de urgência de média e alta complexidade.

As UPA's e o SAMU 192 constituem o nível intermediário entre a atenção primária e o atendimento de urgência de média e alta complexidade que é feito nos hospitais. Criadas pela portaria GM 2048 de 2002, as UPA's 24 Horas são assim definidas pelo Ministério da Saúde: **“Unidades não hospitalares de atendimento de urgência”**. Ainda de acordo com a citada portaria, elas devem funcionar durante as 24 horas do dia e prontas para a prestação de atendimento resolutivo aos usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados de natureza clínica. Em relação aos casos de trauma e de cirurgia, elas prestam o primeiro atendimento, estabilizam o usuário, e feito o diagnóstico inicial, definem ou não o encaminhamento deste para uma unidade hospitalar de maior complexidade.

Nas UPA's pode funcionar um serviço de urgência odontológico onde são atendidos usuários que apresentem:

1. Hemorragia pós exodontias
2. Trauma dentário
3. Abscessos dento alveolares
4. Pulpite
5. Alveolite
6. Queda de prótese fixa
7. Perda de restauração
8. Pericementite
9. Fratura de dente
10. Quebra de aparelho ortodôntico e prótese provocando trauma na cavidade bucal.
11. Dor na ATM
12. Pequenos ferimentos na boca e região peribucal.

Para fazer o atendimento a esses usuários, a equipe odontológica atua para reduzir o sofrimento desses indivíduos na fase aguda fazendo, por exemplo, a remoção de aparelhos ortodônticos ou próteses fraturadas que estejam machucando ou que possam vir a machucar as estruturas da boca. Dentes fraturados podem ou não ser extraídos na UPA a depender da

avaliação do cirurgião-dentista. Uma situação muito frequente é a hemorragia pós-extração dentária e também os abscessos dentários. O ASB/TSB, elemento imprescindível na equipe, é responsável pelo:

- a. Acolhimento do usuário no consultório;
- b. Preparo do material solicitado pelo CD para avaliação e realização do procedimento (se houver necessidade);
- c. Auxílio ao CD na realização do procedimento;
- d. Afastamento de estruturas bucais como a língua para melhorar a visibilidade do campo de atuação do CD;
- e. Aspiração da cavidade bucal;
- f. Instrumentação do CD de acordo com a necessidade do procedimento;
- g. Orientação ao usuário para realização de exames (radiografias e exames de sangue, por exemplo) na própria unidade, quando solicitados pelo CD .
- h. Recolhimento do material utilizado e preparo do ambiente para novo atendimento.
- i. Controle do estoque de material e do instrumental.
- j. Controle do período de validade de esterilização do material e instrumental utilizado no serviço.

ATENÇÃO

Nas figuras 1 e 2 instrumental, material e a incisão e drenagem de abscesso dento alveolar: lâmina e cabo de bisturi, pinça hemostática, tesoura, porta agulha, seringa carpule, agulha gengival, fio de sutura, gaze estéril, dreno de penrose.



Art. 9º Compete ao Auxiliar em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Saúde Bucal:

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;

Art. 5º Competem ao Técnico em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades, além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal:

IX - proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;

X - remover suturas;

Fonte: Lei 11.889/2008, publicada no dia 24 de dezembro de 2008.



Fig. 1 : Instrumental, material para incisão e drenagem do abscesso.

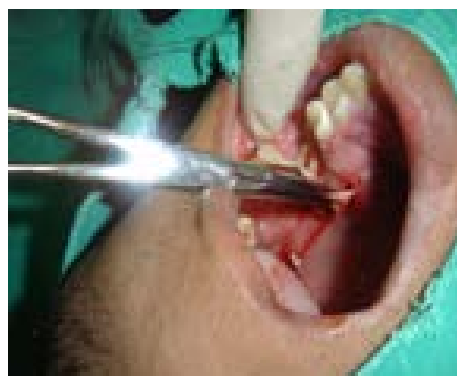


Fig 2 : Drenagem do abscesso.

Por certo, você já ouviu falar e, possivelmente, conhece uma Santa Casa. Quando se falar em atendimento hospitalar no Brasil, não é possível deixar de fazer referência às Santas Casas. A assistência médico-hospitalar brasileira inicia-se no século XVIII, com a fundação das Santas Casas de Misericórdia, instituições ligadas à Igreja Católica que apresentavam finalidades caritativas e filantrópicas para a internação de usuários em várias condições: alienados mentais, miseráveis sem habitação, doentes terminais das mais diversas afecções (exceto as infectocontagiosas, cujos usuários eram totalmente isolados do convívio social). Essas instituições, seguindo a lógica de funcionamento de suas matrizes europeias, retiram da sociedade indivíduos que contrariam sua ordenação, servindo, ao final, como instituição saneadora da sociedade, muito além da função terapêutica que se conhece modernamente (MACHADO, 1978). O atendimento hospitalar até meados do século XX continuou sendo feito no Brasil apenas pelas Santas Casas. Entretanto, é interessante notar que, na década de 30 (com maior intensidade a partir da década de 50), as instituições privadas hospitalares tenham tomado corpo e ganho, rapidamente, poderio econômico, preenchendo uma parte do vácuo deixado por um longo período pelo Estado nesse setor da assistência à saúde.

Classificação dos Hospitais da rede SUS

Vimos que o sistema hospitalar brasileiro teve início com a atividade das Santas Casas, exclusivamente. Várias foram as etapas até chegarmos ao modelo atual em que os hospitais são classificados por porte. Assim, de acordo com a portaria Nº 2.224, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2002, do Ministério da Saúde, os hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) têm a seguinte classificação:

- A. hospital porte I;
- B. hospital porte II;
- C. hospital porte III;
- D. hospital porte IV

Essa classificação se dá atendendo a determinados critérios tais como:

1. número de leitos;

2. número de leitos de UTI;
3. tipo de UTI;
4. alta complexidade;
5. urgência/emergência;
6. gestão de alto risco;
7. número de salas cirúrgicas.

Qual a sua opinião?

POR QUE UM SERVIÇO DE ODONTOLOGIA NO AMBIENTE HOSPITALAR? EXISTE MESMO NECESSIDADE DA PRESENÇA DE UMA EQUIPE DE ODONTOLOGIA EM UM HOSPITAL?

“A capacidade de tratar os usuários num ambiente hospitalar acrescenta uma dimensão estimulante à vida profissional do dentista. Como membro vital de uma equipe de saúde da comunidade, o dentista associado a um hospital é consultado sobre as necessidades dentárias, tanto dos usuários do setor de emergência quanto daqueles encaminhados pelo médico. Os dentistas que se associam às equipes médicas hospitalares podem não apenas oferecer tratamento dentário aos usuários hospitalizados, mas também trazer usuários para o hospital, a fim de realizar procedimentos que são mais bem realizados ali”⁴ (PETERSON, L.J. 1996, p.655).

No momento em que um CD começa a atuar com membro da equipe hospitalar, cria-se então uma necessidade de montar uma equipe odontológica, que inclua, evidentemente, o ASB, o TSB, às vezes o TPD e até mesmo o APD.

ATIVIDADE COMPLEMENTAR 2: coletiva

Tipo da atividade: coletiva

Classificação dos Hospitais da Rede SUS

Forme grupos e expresse a sua ideia sobre a questão seguinte e discuta com a turma sobre a classificação dos hospitais da rede SUS.

1. Lembra-se da atividade anterior? Passamos por quatro unidades. Será que todas estão classificadas no mesmo porte?



Já formou a sua opinião quanto à necessidade de um serviço odontologia no ambiente hospitalar?

Enquanto você pensa, vamos conhecer um pouco a organização hospitalar. Afinal de contas precisamos saber um pouco a respeito do nosso local de trabalho, não acha?

2. O HOSPITAL

Toda unidade hospitalar apresenta uma estrutura organizacional básica, porém com particularidades. De modo geral, existe uma Direção Geral, Direção Administrativa, Direção Técnica, Direção Clínica (obrigatoriamente eleita pelo **Corpo Clínico do Hospital**) Coordenação ou Direção de enfermagem, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Óbitos, Comissão de Mortalidade Materna e de **Mortalidade Neonatal**, Comissão Interna de Controle de Acidente (CIPA). A Portaria interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007 – Ministério da Saúde e Ministério da Educação, estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Cada setor do hospital está vinculado a uma diretoria ou coordenação e todos devem trabalhar em harmonia para atender à atividade fim da unidade. Segundo o Ministério da Saúde:

“o conjunto de médicos de uma instituição com a incumbência de prestar assistência aos pacientes que a procuram, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural”.

Muitos hospitais consideram “Corpo Clínico” todos os profissionais de saúde, de nível superior, que nele atuem. Ou seja, que sob qualquer denominação exerçam a medicina.

Para hospitais que possuem maternidade.

O hospital é parte integrante de uma organização Médica e Social, cuja função básica, consiste em proporcionar à população Assistência Médica Sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob qualquer regime de atendimento, inclusive domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também, em centro de educação, capacitação de Recursos Humanos e de Pesquisas em Saúde, bem como de encaminhamento de usuários, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (MS, 1977, p.9) .

São de importância fundamental em uma unidade hospitalar os seguintes elementos:

2.1 Serviço Médico-Hospitalar

1. Serviço de admissão
2. Comissões e estrutura gerencial
3. Unidade Assistencial (Alas de internamento)
4. Serviço de Enfermagem
5. Pronto Socorro (se for unidade de urgência e emergência)
6. Ambulatório (como o de odontologia hospitalar e cirurgia bucomaxilofacial)
7. Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico (no caso de maternidade)

8. Serviços especializados

9. Unidade de Terapia Intensiva
10. Recursos Humanos
11. Dados de Produção
12. Assessoria de comunicação

Incluem-se aqui as diversas Médicas, bem como a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais.

2.2 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

1. Laboratório de Análises Clínicas
2. Serviço de Diagnóstico por **Imagem**

Exemplos
 Raios x
 Tomografia computadorizada (tc)
 Ressonância magnética (rm)
 Ultrassonografia (us)
 Ecocardiografia.

3. Métodos Gráficos

4. Serviço de Hemoterapia
5. Serviço de Nefrologia

EXEMPLOS
• Eletrocardiograma (ECG)
• TESTE ERGOMÉTRICO
Eletroencefalograma (EEG)

6. Radioterapia

7. Quimioterapia

Radio e Quimioterapia:
Em unidades que fazem tratamento de Câncer

2.3 Serviço de Apoio Técnico

1. Centro de Esterilização de Material (CME)
2. Farmácia
3. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME)
4. Serviço de Nutrição e Dietética (SND)
5. Serviço Social
6. Lavanderia
7. Higiene e limpeza
8. Segurança

3. A REDE HOSPITALAR

A rede hospitalar que atende aos usuários do SUS no Estado de Sergipe é integrada por unidades das redes públicas (HUSE, Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, UPA Zona Norte e Sul, hospitais regionais), filantrópicas (Hospital de Cirurgia, Hospital Santa Izabel, Hospital São José) e privadas (Hospital São Lucas, Hospital do Coração). Essa rede abrange unidades de pequeno porte (Porte I) nos diversos municípios e hospitais

de médio e grande porte (portes II e III) nas regionais com atendimento ambulatorial e de internamento. Isso tem grande importância porque orienta a forma de entrada dos usuários na rede hospitalar. Que pode ser por uma unidade da atenção básica quando o usuário é acometido por uma determinada patologia que tem indicação de um procedimento em âmbito hospitalar, mas não há urgência e nem emergência. Por exemplo: um usuário apresenta uma lesão na mandíbula com características de um cisto. Nesse caso, o profissional faz todo o preparo do usuário (pré-operatório) e então solicita o seu internamento hospitalar para realizar a cirurgia. A lei Nº 6.345 de 2 de janeiro de 2008 dispõe sobre as portas de entrada às ações e serviços do SUS, em Sergipe:



Fonte: globog1.com

Art. 21. São portas de entrada às ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde no Estado, de observância obrigatória por todos os seus usuários:

- I - unidades de atenção básica, nelas compreendidas os serviços de saúde da família;**
- II - unidades de urgência e emergência, entre as quais o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;**
- III - centros de atenção psicossocial;**
- IV - unidades especiais de acesso aberto.**

§ 1º. Cada porta de entrada conterá pontos sistêmicos que disponibilizarão determinado rol de procedimentos, conforme suas especificidades.



ATIVIDADE 3

Tipo da atividade: coletiva

Mapa da Rede Hospitalar

Produzam um desenho esquemático ou um mapa que represente a rede hospitalar na sua região e determine o grau de complexidade desta rede.



4. REDE DE ATENDIMENTO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

VERDE – AMARELA – VERMELHA – AZUL

O acolhimento implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços (BRASIL, 2004).

Vimos que existem várias formas de entrada do usuário aos diversos serviços de saúde. Uma delas é através da Rede de Atendimento de Urgência e Emergência (RAUE). Assim como na atenção básica, na RAUE existe uma estratificação de risco que é feita pelo acolhimento. Isso é feito por meio de análise (Avaliação) e de uma ordenação (Classificação) da necessidade do usuário.

Neste entendimento, o acolhimento com avaliação e classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede (BRASIL, 2004).

Vermelha, amarela, verde, azul são cores que estabelecem as áreas de atendimento conforme sua classificação de risco que é feita nos seguintes níveis:

A. Vermelha: Prioridade zero. São casos de emergência e precisam de atendimento imediato. A área vermelha é dotada com equipamentos, materiais e pessoal capacitado e de prontidão para receber, avaliar e estabilizar as urgências clínicas e de trauma. Ex.: politraumatizado grave, traumatismo craniofacial grave.

B. Amarela: Prioridade 1. O usuário precisa ter atendimento o mais rápido possível, porém, não há iminente risco de morte. Ex.: Trauma cranioencefálico leve, trauma de face

C. Verde: Prioridade 2: Não há urgência. O usuário apresenta condições agudas (urgência relativa) ou não agudas e tem prioridade no atendimento sobre consultas simples. Ex.: idosos, abscessos.

D. Azul: Prioridade 3: Atendimento de baixa complexidade. O atendimento é feito por ordem de chegada. Ex.: Queixa crônica sem agudização, curativos. Geralmente o usuário é liberado após a consulta.

Essa é uma classificação para o acolhimento inicial. Porém pode um usuário evoluir para uma área mais crítica ou menos crítica durante a sua permanência na unidade. Portanto, ele pode ser liberado para casa. Encaminhado para o bloco cirúrgico, para UTI ou unidade de internamento.

5. O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO NO AMBIENTE HOSPITALAR



ATIVIDADE 4

Tipo da atividade: coletiva

Trabalho de uma Equipe Multiprofissional num Atendimento Odontológico Hospitalar

Formem duplas, discutam e produzam uma história que mostre um trabalho de uma equipe multiprofissional num atendimento odontológico hospitalar. Apresentem-na, em seguida.



O ser humano é um ente complexo e o seu atendimento, principalmente quando hospitalizado necessita de uma equipe multiprofissional visto que nenhuma profissão é capaz de, isoladamente, realizar de maneira segura o seu diagnóstico e tratamento.

Em 1900, surgiu a ideia de que microrganismos bucais fossem responsáveis por condições sistêmicas que não eram reconhecidas como sendo infecciosas por natureza⁷. Cárie, necrose da polpa e abscessos periapicais, como também gengivite e periodontite seriam responsáveis por infecções sépticas (NEWMAN, 1996). Já em 1901 o surgiu o primeiro conceito de atendimento odontológico hospitalar criado por um comitê da Associação Dentária Americana (ADA). Nesse contexto observa-se que a atividade da equipe de odontologia no ambiente hospitalar torna-se imprescindível.

Na maioria das vezes, as equipes de odontologia estão longe dos hospitais. É comum encontrar essas equipes atuando nas unidades básicas de saúde (UBS's), programas de saúde da família (PSF's), e nos centros de especialidades odontológicas (CEO's). Apenas equipes de cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais rotineiramente atuam em hospitais, principalmente nas unidades de urgência e emergência. Mas a atuação da odontologia em ambiente hospitalar é muito mais ampla.

O atendimento hospitalar é feito em dois níveis: de ambulatório e de internamento. No primeiro caso o usuário é atendido no hospital sem necessidade de internamento. E no segundo caso, o usuário é internado para realização de procedimento ou tratamento clínico. Isso ocorre tanto para a área médica como para odontológica.

No ambiente hospitalar muitas vezes são realizados procedimentos semelhantes aos feitos nas unidades básicas de saúde e centros de especialidades odontológica (CEO's). São atendidos em ambulatórios de odontologia no ambiente hospitalar ou mesmo em unidade de internamento, usuários de diversas especialidades médicas ou apenas com necessidade de tratamento odontológico. São usuários que necessitam de maior dedicação de uma equipe multiprofissional e de cuidados especiais que vão desde a utilização de tecnologias capazes de melhorar ou prolongar a sua vida, até a criação de ambientes mais confortáveis e seguros (CECÍLIO, 2003).

5.1 NA ONCOLOGIA

Usuários em tratamento de câncer por quimioterapia, por radioterapia ou por ambos recebem atendimento prévio, durante e pós-tratamento pela odontologia. A radioterapia é uma importante modalidade de tratamento dos tumores malignos das vias aerodigestivas superiores, em associação à cirurgia ou como a única forma de tratamento em casos selecionados (SALLES, 2007). Durante a radioterapia de tumores de cabeça e pescoço, várias estruturas da cavidade boca e face são também atingidas e isso pode provocar algumas complicações. Neste caso a odontologia atua para prevenir e tratar as complicações, como também do seu acompanhamento após o tratamento radioterápico. A odontologia desempenha hoje um papel importante nas diferentes fases terapêuticas contra o câncer, seja na fase que antecede a cirurgia, em que uma avaliação prévia poderá reduzir de forma efetiva complicações oriundas de processos infecciosos ou inflamatórios crônicos, de origem bucal, que podem exacerbar após o tratamento cirúrgico, seja na prevenção das sequelas bucais que ocorrem durante e após o tratamento por radioterapia (LIMA, 2001). Antes de iniciar a radioterapia são realizados os seguintes procedimentos:

Restauração de dentes cariados

Extração de unidades dentária com cáries extensas

Remoção de tártaro

Profilaxia

Aplicação tópica de flúor

Durante a radioterapia a odontologia atua no tratamento de suas complicações:

- **Mucosite**
- **Disgeusia**
- Xerostomia (boca seca)
- Dor à deglutição

Exemplos
Raios x
Tomografia computadorizada (tc)
Ressonância magnética (rm)
Ultrassonografia (us)
Ecocardiografia.

Após a radioterapia, a odontologia continua fazendo o acompanhamento desse usuário, pois complicações ainda podem ocorrer, sendo as principais:

A cárie de radiação

Osteorradionecrose.

Outras complicações durante a radioterapia são pigmentação da pele e distúrbios nutricionais.

A quimioterapia também pode provocar algumas complicações na cavidade bucal, inclusive com grande risco para a saúde e a vida do usuário. Na literatura, cerca de 40% dos usuários oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico apresentam complicações bucais, decorrentes de estomatotoxicidade direta ou indireta (MARTINS, 2002).

As principais manifestações bucais da quimioterapia são:

Xerostomia (boca seca)

Sangramento bucal

Infecção por fungos (Cândida)

Infecção por bactérias (E. coli e Pseudomonas)

Infecção por vírus (Herpes simples)

Neurotoxicidade (semelhante a Pulpite: dor de dente)

Mucosite (Ulceração na mucosa bucal causada pela quimioterapia)

Osteonecrose: Necrose do osso do maxilar e da mandíbula

Trabalho de pesquisa realizada por Oliveira et al. concluiu que antes dos usuários serem submetidos ao tratamento antineoplásico, todos os portadores de neoplasias malignas da boca vivenciaram momentos de adequação da saúde bucal, tais como remoção de lesões de cárie e tratamento de abscessos, fato recomendado por Daniel et al. Em relação às sequelas do tratamento antineoplásico, todos os prontuários de usuários acometidos por neoplasia bucal e em tratamento radioterápico e/ou quimioterápico referiram hipossalivação e complicações nutricionais (OLIVEIRA, 2010).

O usuário mantido sob medicação analgésica e cuidados adequados de hidratação, nutrição e **higiene oral** tem suas complicações minimizadas (EPSTEIN, 2007). Como se vê, é imprescindível a equipe de odontologia no tratamento do câncer no âmbito hospitalar, algumas vezes atuando no ambulatório e outras vezes atuando nas unidades de internamento.



Fig.3 xerostomia



Fig.4 Aparelho de laser terapia

O instrumental e equipamentos clínicos de uso rotineiro na prática odontológica são também usados para a adequação da cavidade bucal para o tratamento do câncer. Acrescente-se a esse arsenal terapêutico um aparelho de laserterapia cuja finalidade é auxiliar no tratamento da mucosite e xerostomia (Fig. 3 e 4) causadas pela radioterapia

e pela quimioterapia Fig. 5 e 6. O tratamento é feito com um aparelho de laser de baixa potência e o auxiliar deve colocar óculos de proteção no usuário, além de disponibilizar para óculos também para si e para o cirurgião-dentista.



Fig.5: Laserterapia



Fig 6. Mucosite induzida pela radio terapia

ATIVIDADE 5

Tipo da atividade: coletiva

Bom Humor no Ambiente Hospitalar

Assistam ao filme que trata sobre a medicina tradicional x a medicina do bom humor e sigam as orientações recomendadas pelo docente.



5.2 NA NEFROLOGIA

Os usuários com insuficiência renal crônica, os que são submetidos à **diálise**, e os que realizaram transplantes renais bem sucedidos necessitam de estratégia especial no tratamento dentário, por causa de seu estado crítico complicado (SONIS, 1999). Na diálise peritoneal um cateter é introduzido na cavidade peritoneal (Fig. 7) enquanto que na hemodiálise é criada uma fístula que permite acesso à corrente sanguínea (Fig. 8). Esses usuários com frequência apresentam problemas de hemorragia gengival e são contra indicados medicamentos comumente usados na odontologia, como anti-inflamatórios. Os principais sinais de interesse odontológico nos renais crônicos são:

É a remoção de líquidos e de substâncias tóxicas do sangue como a ureia e a creatinina. Pode ser feita através da hemodiálise (uma máquina faz a função renal) ou da diálise peritoneal (a eliminação dos líquidos e substâncias tóxicas é feita por uma solução que corre através do peritônio).

- Gosto ruim
- Halitose (cheiro de amônia)
- Inflamação e aumento da parótida
- Hemorragia de gengiva
- Gengivite
- Periodontite

- Ulcerações dolorosas na boca
- Infecção fúngica (Candida albicans).

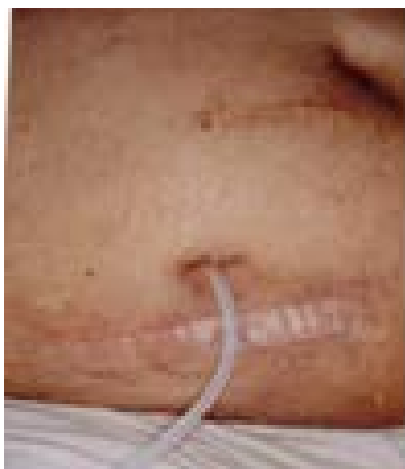


Fig.7: Diálise peritoneal



Fig.8: Hemodiálise

Os usuários tendem a ter complicações bucais mais acentuadas quando eles têm **uremia** (SONIS, 1999) e que são exacerbadas na presença de má higienização bucal. Daí a importância do atendimento odontológico eficiente a esses usuários até que a uremia seja totalmente controlada.

Excesso de ureia na corrente sanguínea por deficiência da capacidade de filtração dos rins.

Os usuários transplantados apresentam um efeito colateral em relação a uma droga que tem a finalidade de evitar a rejeição do rim transplantado. Essa droga é a ciclosporina cujo efeito é o aumento da gengiva. O tratamento consiste na orientação ao usuário quanto à higiene bucal, remoção de tártaro utilizando equipamento e instrumental próprios (ultrassom e curetas periodontais) e, por fim, a cirúrgica (gengivectomia e gengivoplastia).

As recidivas do aumento gengival induzido por drogas são comuns e devem ser tratadas para evitar o estabelecimento da doença periodontal. Quanto maior o cuidado com a higiene oral maior será o intervalo entre as recidivas (MACHADO, 2004).



ATIVIDADE 6

Tipo da atividade: coletiva

Orientações a Usuários com Problemas Renais

Quais as orientações que a equipe de saúde bucal deve dar para usuários com insuficiência renal crônica, os que são submetidos à diálise, os usuários com transplantes renais bem sucedidos e aos usuários que estão em preparo para transplante?



5.3 NA CARDIOLOGIA

Segundo dados estatísticos, no ano de 2003, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 479.305 mortes e que 13.200.000 pessoas vivas tiveram história pregressa de ataque cardíaco(SALLUM,2007). O número de pessoas acometidas por um tipo de doença cardiovascular é muito grande. E diariamente essas pessoas são atendidas nos consultórios odontológicos das clínicas privadas, postos de saúde e de modo especial, nos serviços de odontologia hospitalar. Desse modo, frequentemente a equipe de odontologia está diante de indivíduos portadores de uma dessas patologias:

1. **Aterosclerose:** é o estreitamento das artérias provocadas por acúmulo anormal de lipídios no seu interior. É responsável por 50% das mortes nos Estados Unidos (SONIS, 1999).

2. **Hipertensão arterial:** é a elevação anormal da pressão sanguínea sistólica. Quando há um aumento súbito da pressão arterial, é chamada de crise hipertensiva. São considerados valores pressão arterial normal: 120 X 80 mm Hg (SONIS, 1999).

3. **Angina do peito (pectoris):** literalmente significa compressão do peito descrita como uma sensação de peso na área precordial(SONIS,1999). Ela é um conjunto de sintomas que causa forte dor no peito devido a um baixo suprimento de oxigênio ao músculo cardíaco.

4. **Enfarte do miocárdio:** resulta da isquemia prolongada do coração. Estudos existem que relacionam a saúde bucal com o enfarte. “Nossas observações indicam que cáries dentárias ou doença periodontal ou ambas é mais comum entre usuários com enfarte agudo do miocárdio que dentre os controles feitos para idade e sexo (MATTILA, 1989). O tratamento odontológico, não cirúrgico como restaurações podem ser realizados entre seis e doze meses após a ocorrência. Tratamento cirúrgico como extração de dentes inclusos, cirurgia de implantes ou cirurgias maiores, preferencialmente deve ser realizado após os 12 meses porque a incidência de novo enfarte estabiliza-se em torno de cinco por cento (SONIS, 1999).

5. **Insuficiência cardíaca congestiva:** ocorre quando o coração torna-se incapaz de fornecer quantidade adequada de sangue oxigenado para atender às demandas metabólicas do organismo. Os portadores dessa doença normalmente apresentam queixa de dispneia (falta de ar) (SONIS, 1999).

6. **Arritmia:** trata-se de uma alteração do ritmo normal de batimentos do coração. Suas principais complicações são: angina, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, parada cardíaca (SONIS, 1999).

7. **Endocardite infecciosa:** EI é uma doença infecciosa rara que acomete as valvas cardíacas (Fig. 9 e 10) que pode ser acompanhada de morbidade e mortalidade altas (MANSUR, 2007). A EI ocorre em decorrência de uma disseminação de microorganismos através da corrente sanguínea chamada bacteremia. Esse

processo é transitório e pode ser provocada por alguns procedimentos odontológicos, como exodontias, tratamento periodontal e até mesmo pela escovação. Ela tem um alto índice de mortalidade podendo chegar a 40% (FILHO, N.C.M, 2009). Em 1912 o médico Billing apresentou à comunidade médica o termo **infecção focal** e propôs que os dentes ou as tonsilas infectadas poderiam ser os responsáveis por vários tipos de doenças nos seres humanos tais como: artrite, reumatismo, nefrite, apendicite, **endocardite** entre outras (FURTADO, 2007). Portanto, como se vê a boca além de ser a porta de entrada dos alimentos, necessários para manutenção da vida, é também um dos responsáveis pelo desencadeamento de diversas doenças.



Fig.9: Valva cardíaca removida



Fig.10: Prótese de valva cardíaca.

Como se observa, são várias as alterações cardiológicas que acometem usuários que necessitam também de atendimento odontológico. Na maioria das vezes o atendimento odontológico pode ser realizado na UBS ou nos CEO's. Em algumas situações, porém o atendimento deve ser feito em ambiente hospitalar. Assim, os usuários são classificados em:

Alto risco

Médio risco

Baixo risco.

Fator de suma importância é a eliminação do estresse nos usuários cardiopatas, pois o estresse impõe ao coração uma maior carga de trabalho²⁴. Estresse é definido como uma resposta inespecífica do organismo a qualquer mudança ambiental (SEGER, 2007). Isso ocorre quase sempre quando vai ser ou está sendo realizado um procedimento cirúrgico no usuário. De suma importância a participação do auxiliar no acolhimento do usuário para evitar ou mesmo diminuir o estresse deste.

O usuário cardiopata com frequência toma medicamentos e, sendo orientado pelo CD, o medicamento de urgência deve ser colocado em uma bandeja de emergência em local de fácil acesso. Além dos demais cuidados como fácil acesso ao telefone para unidades de urgência (SAMU), da unidade urgência da própria unidade hospitalar em que está sendo realizado o tratamento, a equipe de odontologia deve dispor de material e equipamento para o atendimento de possível urgência e emergência.

O auxiliar deve estar capacitado para colaborar com o CD na prevenção e no atendimento de urgências no consultório odontológico da USF ou da unidade hospitalar. Assim, o acolhimento bem feito ajuda a diminuir ou mesmo afastar o estresse do usuário. O auxiliar também deve estar atento para facilitar o acesso à medicação e a equipamento de urgência, deixando-os sempre facilmente alcançáveis. Salvo nos usuários com risco de EI, em que o maior número de procedimentos possíveis deve ser feito, o usuário cardiopata deve ser atendido sempre em consultas curtas para evitar o estresse. O material e instrumental utilizado é o mesmo para as diversas especialidades: periodontia, clínica (restaurações), prótese, radiologia, cirurgia oral menor. (Fazer uma foto de acolhimento).



ATIVIDADE 7

Tipo da atividade: coletiva

A Ação da ESB diante de um Atendimento Cirúrgico a um Usuário Cardiopata

Dividam-se em grupos, leiam o caso relatado a seguir e respondam as questões propostas.



Seu Paulo é uma pessoa muito conhecida e comunicativa, do povoado de Jericocó. Há mais ou menos cinco anos foi diagnosticado nele um problema cardíaco, e desde então, ele sempre faz o acompanhamento com o cardiologista da rede. Na semana passada ele sofreu um acidente doméstico que culminou num trauma facial. Foi avaliado pelo especialista que lhe contou da necessidade da realização de uma cirurgia no centro cirúrgico. Isto deixou Seu Paulo muito estressado.

1. O que a equipe de SB poderia fazer para diminuir o estresse de Seu Paulo? Qual a importância dessa ação?
2. Quais as situações que são possíveis de acontecer durante o atendimento a um cardiopata. O que fazer?

ATIVIDADE COMPLEMENTAR 7: individual e coletiva

O Acolhimento como Ferramenta para Mudança no Processo de Trabalho

Formem duplas, leiam o artigo proposto pelo docente sobre o acolhimento na unidade coronariana e sigam as orientações dele para desenvolver esta atividade.

5.4 NA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



ATIVIDADE PRÁTICA 1

Tipo da atividade: coletiva

Áreas de Atendimento

Formem quatro grupos. Simulem o atendimento da equipe de saúde bucal no local adequado, seguindo a ordem de prioridade com base nos riscos e de acordo com os casos relatados a seguir:



Módulo III - Livro Texto

CURSO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL – TSB

Caso 1

Jovem de aproximadamente vinte anos dirigindo moto em alta velocidade, sem uso de capacete, colidiu frontalmente com muita violência com um ônibus na Rodovia dos Náufragos. Chamado o SAMU, de pronto correu ao local e encontrou o jovem deitado na pista desacordado, com grande sangramento na face. Feitos os procedimentos protocolares no local, o jovem foi levado pelo SAMU para o HUSE.

Caso 2

Atleta do sexo feminino, praticante de boxe, durante o treinamento sofreu um golpe na face, lado direito, região do osso zigoma. De imediato teve um edema e um hematoma na região. A jovem estava lúcida e orientada. O treino foi suspenso e a jovem foi encaminhada para o HUSE onde foi feito o seu acolhimento e conduzida para o atendimento.

Caso 3

Adulto do sexo masculino correu ao Hospital Nestor Piva (UPA), com dor e dificuldade em abrir a boca e aumento de volume na região do lábio superior. Incisivo central superior do lado direito com cárie muito extensa. Foi encaminhado ao cirurgião-dentista que após fazer o diagnóstico de abscesso dentário, fez os procedimentos indicados para o caso.

Caso 4

Mulher com aproximadamente 30 anos, apresenta queixa de dor leve há vários anos na região da articulação têmporo mandibular do lado direito. Quando a dor fica mais forte toma um analgésico e continua com suas atividades normalmente. Passando pela porta do Nestor Piva, vindo do seu trabalho, resolveu fazer uma consulta, pois era aquele o momento em que ela tinha tempo para fazer a avaliação que havia sido recomendada há muito tempo pelo otorrinolaringologista.

Já vimos que rotineiramente nas urgências dos hospitais a odontologia está presente com a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais. Porém, muitas das demandas que podem ser resolvidas pelo cirurgião dentista clínico, acabam chegando aos hospitais de urgência, por não existir, na maioria das UPA's, um serviço de urgência odontológica. Assim casos de abscessos dentários, pulpite (dor de dente), pequenos traumas bucodentários, são atendidos pela equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais que atuam nos prontos socorros.

Já vimos que uma unidade de urgência e emergência é composta por áreas de estratificação de risco para receber os usuários de acordo com o grau de gravidade do seu quadro clínico e/ou risco de morte.

Diferentemente das UPA's em que há serviço de urgência odontológica, não é frequente a presença do auxiliar (ASB ou TSB) nas urgências hospitalares como no caso do HUSE.

Os usuários que chegam à urgência são triados, como dito acima, de acordo com a gravidade do seu quadro. Essa classificação é feita pelo acolhimento. A equipe de odontologia só começa a intervir no usuário depois de sua classificação de risco e avaliado pelo médico plantonista. O usuário é então encaminhado para a área correspondente ao seu quadro clínico.

Os usuários graves com risco de morte são encaminhados de imediato para a área vermelha onde são iniciados os procedimentos necessários para a manutenção da vida antes mesmo de ser feita ficha de admissão. Incluem-se nessa situação:

- A. Politraumatizado grave de um ou mais órgãos (Fig.: 11).
- B. Trauma crâniomaxilofacial grave-
- C. Usuário em coma (droga ou álcool)
- D. Forte dor no peito associada à falta de ar (IAM?)
- E. Ferimentos perfurantes na cabeça, no tórax ou no abdômen.
- E. Infecções graves (inclusive de origem dentária). Fig. 12
- F. Choque anafilático
- G. Usuários em parada cardiorrespiratória



Fig,11: Politrauma



Fig.12: Infecção Orafacial



Fig.13: Trauma de face

A amarela é uma área para onde são encaminhados usuários que necessitam atendimento o mais rápido possível, porém não correm risco imediato de vida (BRASIL, 2004). Incluem-se nessa situação, entre outros, os seguintes quadros clínicos:

- A. Politraumatizado leve sem alteração de sinais vitais
- B. Cefaléia intensa de início súbito e evolução rápida com alterações neurológicas
- C. Trauma craniomaxilofacial leve Fig. 13 (Trauma facial)
- D. Crise asmática
- E. Diabetes com alteração do seu estado clínico (sudorese, alteração do estado mental, alteração da visão)
- F. Desmaio
- G. Overdose
- H. Dor no tórax com antecedente cardiovasculares
- I. Hematêmese (vômito de sangue)

- J. Epistaxe (sangramento nasal)
- K. Dor no abdômen com vômitos, sudorese ou alterações dos sinais vitais.
- L. Vítimas de abuso sexual
- M. Imunodeprimidos com febre

Para a área verde são encaminhados os usuários com urgência relativa. São usuários quadros agudos ou não agudos com atendimento prioritário, espera de até 30 minutos (BRASIL, 2004). Na área verde são atendidos usuários com o seguinte quadro:

- A. Dor no abdômen sem alteração dos sinais vitais
- B. usuários sob escolta
- C. Idosos (idade superior a 60 anos)
- D. Portadores de deficiência física
- E. Doadores de sangue
- F. Complicações da gestação
- G. Dor de ouvido de moderada à grave
- H. Abscessos. Fig. 14.



Fig.14: Abscesso dentoalveolar

Os usuários com ferimento são encaminhados para a sala de sutura (BRASIL, 2004).

Usuários que apresentam quadro clínico que não caracterizam urgência são encaminhados para a área azul (Pronto Atendimento), onde serão atendidos por ordem de chegada. Abaixo algumas situações que são encaminhadas para a área azul:

- A. Dor crônica sem alterações agudas (dor na articulação têmporomandibular)
- B. Realização de curativo (restauração que caiu)
- C. Requisição ou troca de receita
- D. Solicitação de atestado.

5.5 NA UTI



ATIVIDADE 8

Tipo da atividade: coletiva

A ESB na UTI.

Escreva sobre a importância de uma equipe de saúde bucal estar inserida no atendimento a um usuário na UTI. Qual o seu papel? Em seguida, leiam as notícias apresentadas pelo docente, e discutam sobre o assunto abordado. Apresentem os pontos principais da discussão ao coletivo.



O conceito de unidades hospitalares específicas para tratar usuários críticos, surgiu na década de 60 (SERRANO JR. C. V. 2007). São as unidades de terapia intensiva, que tem como finalidade dispor de suporte de vida e cuidados extraordinários aos usuários que apresentam chances de sobrevivência (LOPES, 2006). A UTI é uma unidade de alto custo e por isso ela deve ser reservada para o internamento de usuários com condições médicas reversíveis, isto é que tenham uma razoável perspectiva de melhora do seu quadro.

A UTI é uma unidade complexa, onde são encontrados equipamentos e material necessários para cuidados intensivos aos usuários (fig. 15). Dentre os equipamentos estão (disponíveis para cada leito):

1. Monitor de pressão arterial
 - a. Não invasivo
 - b. Invasivo
2. Monitor cardíaco
3. Ventilador mecânico
4. Catéter de oxigênio
5. Máscara de oxigênio
6. Tubo traqueal
7. Rede de gazes
8. Termômetro
9. Oxímetro de pulso



Fig.15: Atendimento de paciente na UTI

10. Sonda nasoenteral

11. Sonda vesical

12. Cateter central

Toda essa aparatologia faz parte do ambiente em que o usuário grave possa ser beneficiado com um tratamento de alto nível tecnológico e de alta complexidade.

No usuário crítico, o monitoramento de órgãos e sistemas não são a causa direta do problema que o levou a esta condição não deve ser esquecido (SERRANO JR. C. V. 2007). Por esse motivo, o enfermo grave é assistido por uma equipe multiprofissional composta por equipes médica, de enfermagem, de psicologia, de fisioterapia, de fonoaudiologia, de serviço social e **de odontologia**.

A infecção hospitalar é uma alteração que o usuário pode adquirir no decorrer de seu internamento. É uma morbidade que retarda a recuperação do usuário, aumenta o tempo de internamento e os custos hospitalares. A probabilidade de adquirir uma infecção hospitalar é maior na UTI do que em outras unidades de internamento hospitalar. Dentre as infecções hospitalares na UTI a pneumonia nosocomial, também chamada de pneumonia hospitalar é responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade e aumento expressivo dos custos hospitalares, sendo que seu estabelecimento se dá mais comumente pela aspiração do conteúdo presente na boca e faringe (MORAIS, 2006). É importante também uma avaliação da saúde bucal da equipe assistencial pelo CD com o objetivo de prevenir a contaminação cruzada através de infecções bucais.

A Pneumonia nosocomial corresponde a 15% das infecções hospitalares: são 275.000 casos por ano, 10% do total são usuários cirúrgicos e 20% necessitam de ventilação mecânica. Entre 20 e 50% dos usuários que necessitam de internação na unidade de terapia intensiva morrem. É a segunda infecção nosocomial mais frequente, principal causa mortis entre as infecções hospitalares (LOPES, 2006). A ventilação mecânica aumenta em 21 vezes a possibilidade de o usuário adquirir pneumonia nosocomial (LOPES, 2006).

A higiene bucal deficiente é comum em usuários internados em UTI, o que propicia a colonização do biofilme bucal por microrganismos patogênicos, especialmente por patógenos respiratórios. Os estudos mostram claramente que a quantidade de biofilme bucal em usuários de UTI aumenta com o tempo (MORAIS, 2006). Entre 48 e 72 horas após o internamento na UTI a boca do usuário já começa a ter colonização de microorganismos, que podem atingir os pulmões do usuário entubado através de secreção bucal pelo tubo traqueal desencadeando a pneumonia nosocomial. A boca sofre colonização contínua e apresenta uma das mais concentradas e variadas colonizações microbianas (SERRANO JR. C. V. 2007). Dessa forma torna-se evidente a importância da equipe de odontologia atuando conjuntamente com outras equipes na promoção da saúde do usuário internado na UTI.

A pneumonia nosocomial tornou-se uma complicação cara e grave para qualquer serviço de assistência à saúde nas visões médico-assistencial, farmacológica, econômica, social e familiar. Portanto, mais importante que otimizar sua abordagem diagnóstica e terapêutica é preveni-la (LOPES, 2006). O uso de antibióticos e outras medidas alternativas

têm sido propostas para promover a diminuição do número de microrganismos na orofaringe com o fim de reduzir as infecções respiratórias nos usuários internados em UTI. No entanto, pouco adianta todas essas medidas profiláticas se uma provável fonte de infecção tão importante como a boca for subestimada (SERRANO JR. C. V. 2007).

A atuação da equipe de odontologia na UTI visa, de modo prioritário, ao controle do biofilme. Assim fazendo, favorecerá a diminuição da quantidade de microrganismos presentes na boca do usuário (SERRANO JR. C. V. 2007). Além disso, o trabalho da equipe de odontologia na UTI abrange:

1. Avaliar e tratar as infecções odontogênicas (abscessos)
2. Prevenir infecções odontogênicas através do selamento de cavidades, exodontias e tratamento periodontal
3. Avaliar a presença de restos radiculares
4. Fazer extração, se necessário, de unidades dentárias não recuperáveis (periodontite avançada)
5. Fazer avaliação de aparelhos ortodônticos
6. Remover superfícies que estejam ou possam provocar traumatismo na cavidade oral (próteses ou dentes)
7. Fazer a remoção de crostas, e cálculos dos dentes
8. Avaliar a integridade da mucosa bucal
9. Remoção de saburra lingual
10. Avaliação e remoção de corpo estranho na cavidade bucal
11. Orientação da equipe para a higienização bucal.

Para a realização desses procedimentos o auxiliar deve preparar e disponibilizar os seguintes itens:

- A. Laser de baixa potência (FOTOS)
- B. Módulo portátil para atendimento ao usuário no leito
- C. Instrumental de odontologia necessário para o procedimento proposto
- D. **Fotóforo**

Fonte luminosa colocada na frente do profissional

Todos esses procedimentos nem sempre são de fácil realização visto que muitas vezes o usuário tem dispositivos intrabucais, como tubos traqueais, hipertonia muscular, dificuldade de realizar movimentos da língua e do pescoço. Em vista desses fatos, a atuação do auxiliar na UTI é de suma importância, pois o seu desempenho

facilitará a execução dos procedimentos pelo CD. O esforço conjunto da equipe de odontologia na assistência aos usuários internados na UTI, apresenta evidências científicas de:

- A. Prevenção de endocardite infecciosa
- B. Redução do tempo de internamento hospitalar
- C. Redução no consumo de antibióticos
- D. Redução dos custos hospitalares
- E. Aumento da disponibilidade de leitos de UTI.

5.6 NO BLOCO CIRÚRGICO



ATIVIDADE 9

Tipo da atividade: individual

A ESB no Bloco Cirúrgico

Respondam as questões seguintes:

1. No seu trabalho na área de saúde bucal você já teve alguma experiência ou conhece algum usuário que foi encaminhado ao bloco cirúrgico? Como foi essa experiência? Relate ao coletivo.
2. Dos casos descritos na atividade prática 1, quais devem ser tratados no bloco cirúrgico? Justifique.
3. Qual o papel do TSB no bloco cirúrgico?



O centro cirúrgico é a unidade hospitalar adequadamente estruturada e equipada para receber o usuário que será submetido a tratamento cirúrgico e ou procedimento que necessite ser realizado em tal ambiente, como o caso do tratamento odontológico sob anestesia geral em usuários portadores de necessidades especiais.

O centro cirúrgico não faz parte da rotina da atividade odontológica. É mais utilizado pelas áreas da cirurgia bucomaxilofacial, estomatologia, usuários portadores de necessidades especiais e na área de implantodontia quando há necessidade de intervenção sob anestesia geral. Assim, são indicados para realização de procedimento em centro cirúrgico usuários:

Não cooperativos ao atendimento ambulatorial sob anestesia local

Com reação importante aos componentes dos anestésicos locais

Deficientes físicos e mentais graves, que sejam impeditivos para o tratamento convencional

Usuários com trismo mandibular

Usuários com doenças sistêmicas que impeçam o tratamento convencional.

É importante que toda a equipe odontológica atente para a rotina do centro cirúrgico com suas peculiaridades e hierarquia para ter uma postura adequada no local, assim como em todo o hospital.

Uma série de equipamentos e uma área física especialmente planejada com o fim de eliminar ou diminuir a possibilidade de contaminação da ferida cirúrgica e atender às necessidades e eventualidades do ato operatório, são necessários em um centro cirúrgico.

Um centro cirúrgico deve ter em média 2 salas para cada 100 leitos de um hospital geral ou 5 salas por cada 100 leitos para hospitais que têm leitos exclusivamente cirúrgicos e as salas de operação em geral ocupam um terço da área total do centro cirúrgico³⁰.

Sendo um local especial para a realização de diversos tipos de cirurgia e procedimentos sob anestesia geral, o centro cirúrgico é dividido em três áreas:

1. **Não restrita:** também chamada zona de proteção é uma área para proteger o ambiente cirúrgico contra a entrada de material contaminado. Os profissionais podem circular com as próprias roupas (MAGALLHÃES, 1993); (SANTOS,2012).

a. **Vestiário:** local destinado para a troca de roupa pela roupa privativa (calça comprida, jaleco de mangas curtas e propés). Os gorros devem cobrir totalmente os cabelos. As máscaras, que tiveram uso rotineiro instituído por Radecki von Mikulicz, em 1896, devem abranger a boca e nariz e ser trocada a cada cirurgia ou a cada duas horas (FREITAS, 2006). Os propés são um foco de polêmica, pois alguns autores consideram que eles são capazes de carregar bactérias pelos ambientes (FREITAS, 2006).

b. **Área de transferência:** local de entrada e saída do usuário do centro cirúrgico. O usuário é transferido da maca da enfermaria para a maca do centro cirúrgico e vice-versa, sem que a maca da enfermaria entre no centro cirúrgico e nem a do centro cirúrgico saia para a área externa.

c. **Expurgo:** Área destinada a receber materiais e objetos para serem desinfetados e encaminhados para sala de condicionamento.

2. **Área semirrestrita:** também chamada de área ou zona limpa é constituída de vários setores. Nela é permitida a circulação do pessoal de modo com roupa privativa.

a. **Secretaria:** Onde são feitos procedimentos burocráticos e de onde são feitos os contatos com as demais áreas do hospital e fora dele.

b. **Estar:** Local de repouso enquanto a equipe aguarda o momento da cirurgia. Podem ser servidos lanches e refeições.

c. Recepção de usuários: Da área de transferência os usuários são encaminhados para esse local onde aguardam o momento de serem encaminhados à sala de operação.

d. SRPA: Sala de recuperação pós anestésica, é o ambiente para o qual o usuário é levado após a realização da cirurgia onde fica em observação até ficar fora de risco imediato e ser encaminhado para a enfermaria.

e. CME: Local onde todo o material é acondicionado, esterilizado e armazenado.

f. Arsenal: local em que todos os materiais e instrumentais esterilizados para uso imediato em cirurgia, são armazenados.

g. Sala de equipamentos: Destinada à colocação de aparelhos que não são usados rotineiramente nas cirurgias.

3. **Restrita:** Ou zona estéril é a área em que há o menor grau de contaminação no centro cirúrgico. Neste ambiente devem ser usados além da roupa privativa, gorro e máscara e as técnicas de assepsia devem ser fortemente respeitadas a fim de evitar ou diminuir os riscos de infecção pós operatória.

a. Corredor de acesso: permite a entrada nas salas de operação.

b. Lavabo: Local que deve ficar próximo da sala de cirurgia. A pia deve ter haste capaz de ser manipulada com o cotovelo. Mais recomendáveis são pias com torneiras fotoativadas ou ativadas por pedal.

c. Sala de cirurgia: É uma área de dimensões variáveis de acordo com o porte cirúrgico a ser realizado ou mesmo da especialidade. Na sala de cirurgia deve haver:

- Mesa cirúrgica
- Mesas auxiliares
- Focos cirúrgicos
- Aparelho de anestesia (carro de anestesia)
- Bisturi elétrico
- Outros equipamentos e
- Rede de gases
- Rede de vácuo

Na área restrita não é permitido o uso de adereços tais como brincos, anéis e pulseiras.



Fig.16: Transferência de paciente para o bloco cirúrgico

5.6.1 A EQUIPE CIRÚRGICA

É uma equipe multiprofissional e por vezes multidisciplinar composta do cirurgião, 1º auxiliar, anesthesiologista, instrumentador cirúrgico (TSB ou ASB), equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico e auxiliar de enfermagem) em que todos têm sua especificidade de ação. Assim é importante que cada um esteja perfeitamente sintonizado com a sua função específica que é bem definida. O bom entrosamento da equipe leva a uma redução do tempo cirúrgico, bem como diminui possíveis intercorrências no transoperatório e o estresse dessa mesma equipe.

1. **Cirurgião:** Tem responsabilidade total sobre o procedimento e a equipe. A ele compete:

- a. Conhecer o usuário e sua doença
- b. Conhecimento técnico e científico
- c. Observar se existe material e instrumental necessários antes de iniciar a cirurgia.
- d. Exigir boas condições de trabalho (como a iluminação)
- e. Deve estar confortavelmente postado
- f. Evitar desperdício de materiais
- g. Facilitar o trabalho dos auxiliares
- h. Fazer o comando com ordens claras e precisas
- i. Exigir silêncio e ordem
- j. Respeitar e exigir respeito

2. **Cirurgião auxiliar:** É o profissional de quem mais o cirurgião depende.

Portanto, ao auxiliar compete:

- a. Conhecer o procedimento que vai ser realizado

- b. Fazer a antisepsia do campo operatório assim que receber autorização do anesthesiologista
- c. Facilitar as manobras do cirurgião
- d. Estar capacitado para substituir o cirurgião se necessário
- e. Não realizar monobras que sejam de competência exclusiva do cirurgião, salvo se solicitado.
- f. Fazer curativos após o final da cirurgia, bem como fazer descrição do ato cirúrgico, evolução e prescrição pós-operatórias, se necessário.

3. **Anesthesiologista:** Ele discute com o cirurgião a melhor abordagem anestésica para a realização do procedimento cirúrgico. É o responsável pelo “dormir” e “acordar” do usuário. A ele compete:

- a. Fazer a avaliação pré-anestésica do usuário
- b. Fazer o planejamento do tipo de anestesia a ser utilizada, com o cirurgião
- c. Garantir acesso venoso adequado
- d. Autorizar o início da cirurgia
- e. Informar ao cirurgião qualquer alteração ocorrida no usuário
- f. Assistência contínua e controle das funções vitais no transoperatório
- g. Acompanhar o usuário na recuperação pós-anestésica
- h. Dar alta ao usuário para a enfermaria.

4. **Instrumentador (TSB ou ASB)** é o profissional responsável pela entrega e recebimento do instrumental utilizado durante a cirurgia. É o componente que tem maior mobilidade na equipe, pois faz os contatos prévios com o pessoal da enfermagem, suprimento e CME para que todo o material, instrumental e equipe estejam disponíveis no momento da cirurgia. Compete a ele:

- a. Preparar o instrumental a ser utilizado na cirurgia
- b. Solicitar o material antecipadamente ao CME
- c. Preparar a mesa cirúrgica
- d. Deve conhecer os passos do procedimento cirúrgico a ser realizado
- e. Quando solicitado, atender ao cirurgião em primeiro lugar

- f. Passar e receber os instrumentos com precisão e firmeza
- g. Obedecer à organização da mesa
- h. Manter os instrumentos limpos e em ordem na mesa
- i. Controlar quantidade de gazes e compressas utilizadas.
- j. Ajudar ao primeiro auxiliar a fazer o curativo
- k. Evitar o acúmulo de instrumental próximo ao campo operatório.
- l. Limpar os instrumentos após o término da cirurgia.

5.6.2 PREPARO DA EQUIPE CIRÚRGICA



ATIVIDADE PRÁTICA 2

Tipo da atividade: coletiva

Prática da Paramentação no Centro Cirúrgico

Simulem que estão se preparando para entrar no centro cirúrgico para auxiliar o Cirurgião-Dentista durante uma cirurgia de redução de fratura da mandíbula. Dividam-se em dois grupos e elejam um representante de cada grupo para realizar a prática da paramentação completa para atuar no centro cirúrgico, dentro das normas de Biossegurança, obedecendo à ordem dos atos. Sigam as orientações do docente para o desenvolvimento desta atividade.



ATIVIDADE PRÁTICA 3

Tipo da atividade: individual

Antissepsia Cirúrgica ou Preparo Pré-operatório das Mãos

Desenvolva a técnica de antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços com antisséptico degermante. Produza um relatório da prática executada e apresente em seguida.



Uma das principais fontes de infecção bacteriana é a equipe cirúrgica. Assim antes de iniciar o procedimento cirúrgico, a equipe deve realizar alguns procedimentos:

1. **Manilúvio:** é o processo pelo qual é realizada a degermação e antissepsia das mãos e dos braços. As unhas devem estar sempre curtas e limpas evitando assim o rompimento das luvas, além de melhorar a destreza e conforto do profissional. Anéis, pulseiras e

relógios devem ser removidos. A degermação deve ser feita com escovas macias, estéreis e de cerdas firmes. Essas escovas vêm em embalagens estéreis com um lado esponjoso embebido em sabões ou líquido antissépticos (polivinilpirrolidona degermantes, clorhexedina degermante entre outros). O manilúvio dura entre 5 e 10 minutos e deve ser realizado da área mais para a menos crítica, isto é, das pontas dos dedos para o cotovelo. Deve ser feito seguindo os seguintes passos: (Figs.: 17 e 18).



Fig.17: Escova para degermação



Fig.18: O manilúvio

- a. Enxague das mãos e braços
- b. Limpeza das unhas
- c. Aplicação do sabão degermante

Ponta dos dedos

Mão (lateral)

Mão (espaços interdigitais)

Mão (palma)

Mão (dorso)

Braço (lateral)

Braço (ventre)

Braço (dorso)

Cotovelo.

- d. Escovação: segue a mesma sequência

e. Enxague em água corrente das pontas dos dedos para o cotovelo colocando as mãos para cima favorecendo ao escorrimento da água dos dedos para os cotovelos.

2. Paramentação – Ela ocorre em dois estágios. O primeiro é a vestimenta do avental cirúrgico. E o segundo, o calçamento das luvas estéreis.

a. Avental cirúrgico: o seu uso foi proposto em 1882 por Neuber. A vestição do avental segue os passos seguintes:

Enxugar as mãos com campos estéreis (compressas)

Segurar o avental com o lado interno voltado para o profissional que vai usá-lo

Ajuste das mangas

Amarria das tiras por pessoal auxiliar (Fig 19)

b. Luvas estéreis: introduzidas em 1889 por Halstead, para proteger as mãos de sua instrumentadora, alérgica ao bicloreto de mercúrio, substância usada na época para esterilização³². As luvas estéreis são acondicionadas aos pares, em envelope duplo e revestida por papel grau cirúrgico. Para calçar as luvas, que vêm entalcadas de fábrica, as mãos devem estar bem secas.

Aprender a luva pelo punho dobrado com a mão contrária a que vai ser calçada.

Introduzir a mão na luva localizando os dedos na luva.

Com a mão desluvada, pega a luva pelo punho dobrado e leva até o punho do capote.

Com os quatro dedos da mão enluvada pela face interna do punho dobrado adapta os dedos da mão desluvada e introduz toda a mão na luva e ajusta a luva sobre o punho do avental

Ajuste do punho da primeira luva sobre o punho do avental. (Fig. 20)

As luvas também podem ser calçadas por um auxiliar já paramentado. Após a cirurgia, as luvas e o avental são removidos e colocados em recipientes próprios. (Fig.20)



Fig.19: Paramentação – Avental Cirúrgico



Fig.20: Paramentação – Luvas Esteris

5.6.3 O ATO CIRÚRGICO

O uso adequado e preciso do material disponível na sala de operação permite ao cirurgião e equipe observarem os princípios básicos para a realização de um procedimento cirúrgico que são:

Acesso adequado

Boa iluminação

Campo cirúrgico sem líquidos e /ou fluidos.

Para seguir os princípios acima, torna-se necessário que sejam obedecidos aos tempos fundamentais da cirurgia. São eles:

1. **Diérese:** significa dividir. Nesse tempo o cirurgião faz o acesso e divide os planos (tecidos) para chegar ao seu objetivo.



Fig.21: Incisão

São tipos de diérese:

a. **Punção:** é o mais simples. Feito por meio de agulha para remover substância líquida (punção do conteúdo de um cisto) ou por meio de um trocater para remover substância mais espessa. Ambos em geral com fins de diagnóstico.

b. **Incisão:** é o corte feito pelo cirurgião com o bisturi. Essa incisão é feita de forma que seja ampla o suficiente para que o objeto seja atingida de forma adequada com o mínimo de trauma para os tecidos. Ela pode ser realizada através de bisturi frio (com lâmina), bisturi elétrico ou com raio laser (Fig. 21).

c. **Divulsão:** é o afastamento dos tecidos através do uso de tesouras e pinças rombas, sem seccioná-los (Fig. 22)



Fig.22: Divulsão

d. Descolamento: é o afastamento dos tecidos através de instrumentos como os descoladores, ruginas e sindesmótomos.

2. **Preensão:** é o ato de prender e agarrar estruturas e tecidos. É feito com o auxílio de instrumentos tais como pinça dente de rato, pinças anatômicas e pinças Allis (traumáticas) e Collin (atraumáticas). Fig. 23

Fig.23: Preensão



3. **Hemostasia:** diz-se do procedimento pelo qual é feita contenção de sangramento que pode ser através da compressão com uso de gaze. Essa contenção também pode ser feita através do pinçamento, termocoagulação ou ligadura de vasos que estão sangrando no campo operatório. São utilizadas pinças de Kocher, Kelly e Halstead (Fig.: 24)

Fig.24:Hemostasia e Exposição



4. **Exposição:** consiste em expor, planos e órgãos através do uso de instrumentos chamados de afastadores como os de Farabeuf, Langebeck, Volkman, maleáveis (Minnesota e Reverdin)(Fig.: 24)

5. **Exérese:** é o objeto do nosso procedimento. Nos casos de tumor, por exemplo, a exérese consiste na sua remoção. São utilizados instrumentos de acordo com o caso específico.

6. **Síntese:** à reposição e sutura dos tecidos entre si, seguindo os planos de dentro para fora, dá-se o nome de síntese. O principal instrumento para a sua realização é o porta-agulhas (Fig.25).



Fig.25: Síntese

5.6.4 O MATERIAL CIRÚRGICO



ATIVIDADE PRÁTICA 4

Tipo da atividade: coletiva

Atividade de Demonstração

Dividam-se em grupos e sigam as orientações do docente para o desenvolvimento da atividade de demonstração dos materiais e instrumentais cirúrgicos.



Todo, objeto, instrumental e equipamento necessários para a realização de uma cirurgia ou procedimento no centro cirúrgico, é denominado de material cirúrgico (MAGALHÃES, 1993. p. 41-65).

Na odontologia hospitalar, por vezes, ocorre a necessidade de realização de procedimento não cirúrgico sob anestesia geral. Para isso, são utilizados os mesmos instrumentos do tratamento convencional. Descreveremos aqui apenas os instrumentos que são empregados na cirurgia, conforme os tempos do procedimento cirúrgico.

1. Diérese:

a. Bisturi: constituída de duas partes: o cabo, que tem em uma de suas extremidades um encaixe para adaptar a lâmina, que é descartável. Existem vários tamanhos. Em odontologia utilizam-se mais comumente os de número 3 e o de número 7. A lâmina é o segundo componente do bisturi. Também existem

em vários tamanhos, sendo mais utilizadas na odontologia hospitalar as de número 15, 11. Embora de tamanhos diferentes, as lâminas têm uma abertura na sua parte posterior que se encaixam no cabo de bisturi de qualquer tamanho. O bisturi é utilizado para realizar a incisão e às vezes para auxiliar na exérese.

b. Tesouras: as tesouras são utilizadas para realizar a divisão dos tecidos, além de dissecação do planos, cortar tecidos, gaze, fio e borrachas. Têm tamanho e formas variadas. As tesouras curvas de ponta romba são as mais utilizadas pelo cirurgião. São classificadas em

- **Dissecção:** as mais utilizadas são as de Metzenbaum e de Mayo. Tem pontas finas e delicadas.
- **De uso geral:** também chamada de tesoura cirúrgica é utilizada para o corte de fios, gaze e de outros materiais.

c. Descoladores: são instrumentos utilizados para fazer a separação de tecidos moles do osso.

I. RUGINA

II. FREE

III. MOLT

2. Preensão: são instrumentos destinados a prender e agarrar os tecidos. As pinças têm tamanho variado e podem ser retas ou anguladas.

- **Pinça de dissecação:** é um instrumento auxiliar utilizado para manipular os tecidos.

o **Dente de rato:** utilizada para apreender o tecido durante a sutura.

o **Anatômica:** possui estrias na face interna da sua ponta ativa para facilitar a apreensão dos tecidos.

o **Pinça de Kocher:** tem extremidades longas e robustas, com dente de rato no seu final.

o **Pinça de Allis:** a sua extremidade ativa é denteada o que lhe dá alto poder de preensão.

3. Hemostasia: são instrumentos destinados para pinçar pequenos vasos sangrantes. São também utilizadas para promover a ligadura de vasos e pinçar fios de sutura e tecidos.

- **Pinça de Halstead:** ou pinça mosquito por causa da delicadeza da sua parte ativa e do seu pequeno tamanho.

• **Pinça de Kelly:** são maiores que as pinças mosquito. Tal como a pinça mosquito, ela é constituída por duas argolas em uma extremidade, área ativa serrilhada, a outra extremidade, e de uma cremalheira na parte intermediária, próximo às argolas. Essa cremalheira dão a elas o poder de preensão contínua dos vasos.

4. Exposição: são instrumentos que têm por finalidade fazer o afastamento de tecidos, planos e estruturas adjacentes, permitindo um bom acesso ao campo cirúrgico.

a. Afastadores dinâmicos: necessitam de força manual para ativá-los.

- Afastador de Farabeuf: de diversos tamanhos, ele possui duas extremidades ativas. Indicado para promover o afastamento da pele, tecido celular subcutâneo, planos superficiais e músculos.
- Afastador de Langenbeck: tem cabo longo e extremidade ativa em forma de lâmina e curva no seu final. Utilizado para afastamento de planos mais profundos.
- Afastador de Volkman: usado para afastamento de planos musculares, ele tem um cabo longo e sua extremidade ativa é curva e possui garras tipo garfo.
- Afastador de Gilles: cabo longo e na extremidade ativa um gancho bastante fino. Utilizado para fazer afastamento delicado.
- Afastador de Demarres: cabo longo, com extremidade ativa à semelhança de bico de pato.
- Afastador de Senn-Muller: tem uma ponta ativa em forma de garfo e a outra em forma lâmina com curvatura no seu final. Também utilizado para afastamento delicado.
- Afastadores maleáveis: são espátulas maleáveis ou rígidas de vários tamanhos e larguras utilizadas para afastamento e proteção de tecidos, estruturas adjacentes.

I. ESPÁTULA DE REVERDIN

II. AFASTADOR DA UNIVERSIDADE DE MINESOTA

III. AFASTADOR DE BRUENINGS

b. Afastadores autoestático: de pouco uso na odontologia. Eles são constituídos de peças que permanecem abertos quando ativados sem necessidade de força manual contínua. Existem vários tipos, sendo de uso na odontologia:

i. AFASTADOR DE ALM.

II. AFASTADOR DE JANSEN ROMBO

III. AFASTADOR DE MC IVOR

5. Exérere: são instrumentos utilizados para realizar a remoção do tecido ou órgão objeto do ato cirúrgico.

a. Alavancas ou extratores

b. Boticões

- c. Curetas
- d. Cinzéis e martelos (Fig 26)

6. Síntese: são instrumentos utilizados para realizar a última etapa do procedimento cirúrgico, a reposição dos tecidos por planos, a sutura da ferida cirúrgica.

- a. Porta-agulhas

Hegar: tem uma ponta ativa que prende a agulha. Na sua extremidade de empunhadura possui duas argolas e nas suas hastes, uma cremalheira para fazer graduação da pressão. (Fig. 26)

Mathieu: possui uma mola entre as duas hastes, uma cremalheira na extremidade de empunhadura e uma ponta ativa para prender a agulha. (Fig 26)

- b. Pinça: utilizada para preensão do tecido mole a fim de facilitar o traspasse da agulha com o fio através dele.

Pinça dente de rato.

- c. Tesoura de uso geral.

7. Especial: são instrumentos não classificados nas etapas acima.

- a. Pinça de campo: instrumento utilizado para prender os campos cirúrgicos entre si ou algum objeto neles. A mais utilizada é a pinça de Backaus que apresenta na sua extremidade ativa pontas que se entrelaçam. Na sua extremidade de empunhadura duas argolas e entre as hastes uma cremalheira.

- b. Fórceps de nariz: utilizado para redução de fratura de nariz

- c. Pinça para redução de fratura: possui uma ponta ativa para prender o osso fraturado em posição. Entre suas hastes existe uma cremalheira e na empunhadura, duas argolas

- d. Serra de Gigli com gancho: uma serra maleável presa a dois ganchos utilizada para fazer osteotomia (cortar o osso)

- e. Pinça goiva: possui uma mola entre suas hastes. Utilizada para fazer ostectomia.

- f. Fórceps de Howe: utilizado para fazer a mobilização da maxila em cirurgia de fratura ou ortognática.

- g. Instrumental para fixação interna rígida: instrumental especial para fixar placas e parafusos no osso em cirurgias de enxerto, redução de fraturas ósseas e cirurgia ortognática.

- h. Abridor de boca de Molt usado para usuários com necessidades especiais.

8. Mesa de instrumentação: é uma mesa auxiliar que deve ser recoberta com um campo cirúrgico estéril, onde serão dispostos todo o instrumental a ser utilizado no procedimento. Essa disposição obedece a uma sequência dos passos cirúrgicos ou do procedimento a ser realizado. A mesa de instrumentação fica à esquerda da mesa cirúrgica e dividida em sextantes: hemostasia, prensão, diérese, exposição, especial e síntese (Fig.26).



Fig.26: Mesa Cirurgica.

EXPOSIÇÃO	ESPECIAL	SÍNTESE
HEMOSTASIA	PRENSÃO	DIÉRESE

9. Material: consiste em todos os itens não incluídos como instrumental, que serão utilizados durante o procedimento e que devem ser estéreis e dispostos sobre a mesa de instrumentação.

- a. Gazes
- b. Compressas
- c. Lâmina de bisturi
- d. Seringa descartável
- e. Fios de sutura ou cirúrgicos
- f. Outros.

O fio de sutura é um material de origem sintética, vegetal ou animal, flexível que se destina à contenção ou fixação de estruturas orgânicas ou elementos usados em cirurgia através de suturas e nós (MAGALHÃES, 1993. Pg. 93-98). Ele pode ser monofilamentar e multifilamentar. O monofilamentar é constituído por apenas um filamento e por isso é menos resistente. Porém atravessa os tecidos com mais facilidade provocam menor reação dos tecidos e pouca ou nenhuma nidação de bactérias nos tecidos, ao contrário do fio multifilamentar que é constituído de vários filamentos.

O fio de sutura atualmente já vem montado, isto é, com a agulha presa a ele. Essa agulha pode ser classificada em:

- Cônica - com ponta romba, traumatiza menos o tecido, porém com menor capacidade de penetração. Utilizada para sutura de mucosa.
- Cortante – mais utilizada, sua ponta é afiada e tem maior capacidade de penetração nos tecidos, porém é mais traumática podendo esgarçar ou rasgar o tecido. Utilizada para sutura de pele e gengiva.

O fio cirúrgico ideal deve ter as seguintes características:

Provocar a menor reação tecidual possível

Ter bastante flexibilidade e pouca elasticidade

Ser resistente à tração e à torção

Fácil esterilização

Diâmetro que varia de 6 a 12-0

Baixo custo

Os fios são classificados quanto a sua absorção, origem e construção:

A. Absorção

a. Reabsorvível:

I. CATEGUTE (SIMPLES E CROMADO) – É um fio multifilamentoso. Mantém sua ação por uma a duas semanas sendo nesse período absorvido pelo organismo. O catgute cromado tem uma vida útil mais prolongada é absorvido totalmente pelo organismo ao final de três meses. Seu maior emprego é na urologia, ginecologia e obstetrícia, oftalmologia, otorrinolaringologia, odontologia e cirurgia geral;

II. ÁCIDO GLICÓLICO – Constituído de múltiplos filamentos. Provoca pouca reação dos tecidos e mantém sua ação por 15 dias e são totalmente absorvido entre 90 e 120 dias pelo organismo. Seu uso é mais indicado para sutura de estruturas do aparelho digestivo, em urologia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, neurocirurgia, odontologia e sutura aponeuroses;

III. POLIDIOXANONA – É um fio monofilamentar. Tem pouca reação dos tecidos. Mantém sua ação por 14 dias e é totalmente absorvido em 180 dias. Seu maior uso é em cirurgia ginecológica, do aparelho digestivo, cirurgia ortopédica, transplantes de fígado e rim, cirurgia vascular e cardíaca.

b. Não absorvível:

I. ALGODÃO + POLIÉSTE – É um fio multifilamentar. Tem baixo custo. Apresenta reação moderada dos tecidos. Mantém sua ação por três meses a dois anos. Seu uso é indicado para ligaduras e em cirurgia geral quando há necessidade de um fio com grande resistência na presença de tecido com alta tensão.

II. SEDA – É um fio de alto custo, pois é feito a partir do casulo do bicho de seda. É um dos fios mais antigos utilizados em cirurgia. Apresenta baixa reação dos tecidos e mantém sua ação em 100% por um ano. Indicado para sutura de estruturas com alta tensão.

III. POLIAMIDA – É um fio monofilamentar e sua ação diminui 20% a cada ano. Apresenta baixa reação tecidual. Baixo custo é muito utilizado para sutura de pele, músculo, trato gastrointestinal, em cirurgia oftalmológica e odontologia.

IV. POLIPROPILENO – É um fio monofilamentar, mais maleável que o de poliamida é recomendado para cirurgia cardiovascular, sutura de pele, em oftalmologia, fechamento de aponeuroses e odontologia. Sua ação é reduzida 50% a cada ano.

V. METÁLICO – Monofilamentar, feito de aço inoxidável. Apresenta grande resistência e difícil manuseio. São utilizados para síntese óssea em cirurgia torácica e cardiovascular para fechar o esterno, em cirurgia ortopedia e em odontologia (cirurgia bucomaxilofacial). Pode ser agulhado ou não.

B. Origem:

a. Animal:

I. CATGUTE: inicialmente fabricado do intestino do gato, atualmente é feito do intestino de boi, porco e carneiro.

II. SEDA: feita do casulo do bicho da seda.

b. Vegetal:

I. LINHO

II. ALGODÃO

c. Sintética:

I. ÁCIDO GLICÓLICO

II. POLIDIOXANONA

III. POLIAMIDA

IV. POLIPROPILENO

d. Mineral:

I. AÇO

Os fios têm comprimentos padronizados que variam de 8 a 90 cm. Podem ser agulhados ou não. Os fios agulhados podem ter uma ou duas agulhas. Os fios são apresentados em embalagens estéreis envolvidas em outra embalagem manipulável por profissional que não está no campo cirúrgico. Os fios são esterilizados, em geral, pelo Cobalto 60 como o catgute, e pelo Óxido de Etileno como o vicryl. Deve vir especificado na embalagem: (Fig 27)

- a. Lote
- b. Validade
- c. Nome do fabricante
- d. Número (calibre)
- e. Tipo do material (seda, algodão, catgute...)
- f. Comprimento do fio
- g. Tamanho da agulha
- h. Tipo da agulha
- i. Registro na ANVISA



Fig. 27: Tipos de Fios Cirúrgicos



ATIVIDADE 10

Tipo da atividade: coletiva

Roda de leitura - A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva.



ATIVIDADE 11

Tipo da atividade: coletiva

A Higiene Bucal em Usuários Internados em UTI.

Foi abordado que a falta de tratamento dentário aumenta a possibilidade de graves infecções a usuários internados nas unidades hospitalares de Sergipe e que a boca é uma das portas de entrada para infecções, principalmente a respiratória. Se não estiver limpa, facilita a proliferação das bactérias. Diante desse conhecimento, como você atuaria? Formem grupos, releiam a notícia 1 apresentada neste componente, discutam sobre a importância da higiene bucal em usuários internados na UTI e escrevam em papel Kraft as ações que fariam para minimizar as possibilidades de infecções. Em seguida apresentem para o coletivo.



ATIVIDADE 12

Tipo da atividade: individual

A importância da Odontologia na Atenção Hospitalar

Produza um texto sobre o tema: A importância da odontologia na atenção hospitalar.



ATIVIDADE FINAL – para descontrair

Objetivos

- refletir através da interpretação de trechos da música O Pulso (Titãs)
- relacionar com o componente estudado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KRUGER, G. O. ; **Cirurgia Bucomaxilofacial**. 7ª reimpressão da 5ª edição, México: Panamericana 2002, Cap. 27 p.655.
2. MACHADO (1978). In: Marinho, A.;Moreno, A. B; Cavalini, L. T.: **avaliação descritiva da rede hospitalar do sistema único de saúde (SUS)**. Rio de Janeiro: IPEA 2001
3. SANTOS FILHO (1991) In: Marinho, A.;Moreno, A. B; Cavalini, L. T.: **Avaliação descritiva da rede hospitalar do sistema único de saúde (SUS)**. Rio de Janeiro: IPEA 2001
4. PETERSON, L. J.; ELLIS, E.; HUPP, J. R.; TUCKER, M. R.: **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 2ª Ed, Rio de Janeiro: Guanbara Koogan S.A. 1996, Cap. 30 p. 655.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma éticoestético no fazer em saúde. Brasília-Df, 2004
6. NEWMAN (1996) in: Neto, J. F. T.; PENTEADO, L. A. M: **Doença periodontal no paciente renal – revisão de literatura**. Periodontia, 2009, Vol. 19, N°4, 23-28, dez 2009.CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.: **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, 2003** In: Silva, A. P. A. D.: **Cuidado clínico de enfermagem, no domicílio, à mulher cardiopata: análise nos fundamentos de Watson**.
7. SALLES J. M. P: **Câncer de Boca Uma visão multidisciplinar**. Coopmed Editora Médica, Belo Horizonte MG, 2007, Cap. 25, 205-212
8. LIMA A. A. S., FIGUEIREDO M. A. Z, LOUREIRO MS, DUARTER. **Radioterapia de neoplasias malignas na região de cabeça e pescoço - o que o cirurgião dentista precisa saber**. Revista Odontociência 2001;16: 156-63.
9. MARTINS, A. C. M, CAÇADOR N. P., GAETI W. P. **Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica**. Acta Scientiarum, Maringá, 2002, Vol. 24, N° 3, 663-670
10. OLIVEIRA, L. G. S; SILVA J. A. S.; MELO, M. F. B; BRASILEIRO, F. B: **Prevalência de lesões bucais cancerosas e cancerizáveis em pacientes ambulatoriais atendidos na FBHC de 2006 a 2007**. Odontol. Clín.-Cient., Recife, Vol. 9, N° 145-150, abr./jun., 2010
11. EPSTEIN JB, VAN DER MEIJ EH. 1997 in Salles J.M.P: **Câncer de Boca Uma visão multidisciplinar**. Coopmed Editora Médica, Belo Horizonte MG, 2007 Cap. 22: 179-184.
12. SONIS, S. T. ; FAZIO R. C.; FANG. L.: **Medicina oral**. Interamericana, Rio de Janeiro, Seção IX, 255-273 1999

13. MACHADO, M. A.; GRÉGIO, A. M. T.; KIM, S. H.; ROSA, E. A. R.; FILHO, G. R. N.; SALLUM, E. A.: **Conduta terapêutica e tratamento odontológico em transplantados renais com crescimento gengival**. Periodontia. Vol. 14, N°02, 27-31, jun. 2004.
14. SALLUM, E. A. et al: **O perfil biopsicossocial dos paciente: a importância da anamnese para médicos e cirurgiões dentistas**. In: Jr. C.V. S.; Oliveira, M.C. M.; Lotufo, R. F. M.; Moraes, R. G. B.; Morais, T. M. N.: **Cardiologia e Odontologia: uma visão integrada**. Santos, Rio de Janeiro, 2007 Cap. 1: 1:25.
15. SONIS, S. T. ; FAZIO R. C. .; FANG. L.: **Medicina oral**. Interamericana, Rio de Janeiro, Seção II, 29-35.
16. MATTILA, K. J; NIEMINEN, M.S; VALTONEN,V.V.;RASI V. P.;KESANIEMI, Y.A.;SYRJALA,S.L; JUNGELL, P.S;ISOLUOMA, M.;HIETANIEMI, K.;JOKINEN,M.J.;HUTTUNEN,J.K.: **Association between dental health and acute myocardial infarction**. Bri. Med. J., 1989. Vol. 298, 779-781
17. MANSUR A. J.1995. In: Franco A.C.O; Mansur A.J.; Siqueira, J.T.T. In: In: Jr. C.V. S.; Oliveira, M.C. M.; Lotufo, R. F. M.; Moraes, R. G. B.; Morais, T. M. N.: **Cardiologia e Odontologia: uma visão integrada**. Santos, Rio de Janeiro, 2007 Cap. 3: 27-34.
18. FILHO , N.C. M.: **Comentários sobre as recomendações atuais da American Heart Association (AHA)**. Periodontia. Vol. 19, N° 4, 11-14, dez. 2009.
19. FURTADO, M. A. H; MORAES, R. G. B. In: In: Jr. C. V. S.; OLIVEIRA, M. C. M.; LOTUFO, R. F. M.; MORAES, R. G. B.; MORAIS, T. M. N.: **Cardiologia e Odontologia: uma visão integrada**. Santos, Rio de Janeiro, 2007 Cap. 3: 35 - 47.
20. YAGIELA, J. A; NEIDLE, E.A; DOWD,J. F.: **Farmacologia e Terapêutica para Dentistas**.Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000. Cap. 25: 329-341.
21. SEGER, L. In: In: Jr. C.V. S.; Oliveira, M.C. M.; Lotufo, R. F. M.; Moraes, R. G. B.; Morais, T. M. N.: **Cardiologia e Odontologia: uma visão integrada**. Santos, Rio de Janeiro, 2007 Cap. 22: 347 - 365.
22. SERRANO JR. C. V. .; OLIVEIRA, M. C. M.; LOTUFO, R. F. M.; MORAES, R. G. B.; MORAIS, T. M. N.: **Cardiologia e Odontologia: uma visão integrada**. Santos, Rio de Janeiro, 2007 Cap. 15: 249-270.
23. LOPES, A. C.: **Tratado de Clínica Médica**. Vol. III. Roca, São Paulo, 2006. Cap. 442: 4511-4516.
24. MORAIS, T. M. N.; SILVA, A.; AVIS, A. L. P..O.; SOUZA, P. H. R.; KNOBEL, E.; CAMARGO, L. F. A.: **A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol.18, n 4, Outubro-Dezembro, 2006.

25. LOPES, A.C.: **Tratado de Clínica Médica. Vol. III.** Roca, São Paulo, 2006. Cap. 463: 465-467.
26. MAGALHÃES, H. P.: **Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental.** Savier, São Paulo, 1993. Cap. 5: 31-36
27. SANTOS, P. S. ; Soares Júnior, L.A.V.: **Medicina Bucal - A Prática na Odontologia Hospitalar.** Santos, São Paulo, 2012. Cap.6, 93
28. FREITAS, R.: **Tratado de Cirurgia Bucomaxilofacial.** Santos, São Paulo, 2006. Cap. 3, 15-28
29. MAGALHÃES, H. P.: **Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental.** Savier, São Paulo, 1993. Cap. 7: 41-65
30. MAGALHÃES, H. P.: **Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental.** Savier, São Paulo, 1993. Cap. 10: 93-98.

