Estágio Supervisionado I

O momento da verdade

Apostila do curso

FO/UFRJ · 2026/2

AUTORIA

Prof. Júlio Ventura · Profa. Renata Jorge
Prof. Fernando Santiago · Profa. Inger Tuñas

Departamento de Odontologia Legal e Saúde Coletiva · Faculdade de Odontologia da UFRJ

Capítulos

CADA CAPÍTULO SE ACHA PELO SEU NÚMERO, NA MARGEM DIREITA DAS FOLHAS

1 **Abertura, ética e o território**
A disciplina, a Clínica da Vila Residencial, o dia de campo e o de sala, as oficinas e a avaliação
S2 · 26/08 *O Primeiro Dia*

2 **Habilitação para o campo**
Higienização das mãos, resíduos e a RDC 222/2018
S4 · 09/09 *Isso Aí É Limpo?*

3 **Exame clínico e anamnese**
As dez estações, os sete atributos e a rota do exame
S5 · 16/09 *Abre a Boca, Me Conta*

4 **Risco sistêmico**
ASA, pressão, diabetes, anticoagulação, gestação e a interconsulta
S7 · 07/10 *A Caixa de Remédio*

5 **Plano de tratamento hierarquizado**
A escada das fases, o prognóstico, a decisão a dois e o consentimento
S8 · 14/10 *O Que Vem Primeiro*

6 **Urgência e dor**
A dor pelo que ela conta, drenar antes de prescrever, os sinais de hoje e a receita
S9 · 21/10 *A Dor Não Espera*

7 **Adequação do meio bucal**
O termo e seus três sentidos, a remoção seletiva, o ART, o cariostático e o que a rede diz
S10 · 04/11 *Hoje a Gente Segura*

8 **Prevenção e promoção no território**
Prevenir e promover, o território da Vila, a água e o creme dental, o açúcar e a escola
S12 · 18/11 *Duas Vezes por Dia*

9 **Grupos com necessidades específicas**
A barreira e não a pessoa, quem consente, a conversa, o autismo, a cadeira, a rede, a gestante e a pessoa idosa
S12 · 18/11 *Fala Comigo*

10 **O estágio em odontologia**
O SUS como escola, a porta, o critério da fila, a guia de ida e a de volta, o registro e a Vila na rede
S13 · 25/11 *A Fila Anda*

11 **A história da Vila**
As ilhas, o canteiro da ponte, a associação e quem mora hoje

12 Aprendizados da Vila

CAPÍTULO

1

Abertura, ética e o território

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Território Supervisão **Estágio** *Vizinho*
Dia de campo Lei do Estágio **Clínica da Vila** *Contrato*
Sigilo Relato de campo **Oficina** *Teste do corredor*
Projeto Autonomia *Diploma* Jornada **Código de Ética**
Autoavaliação Associação de Moradores



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 1

O Primeiro Dia

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · Samba-canção

OUÇA

musicplay.club/
estagio/FLB

Nove horas de quarta-feira,
jaleco novo, mão gelada.
Ninguém nasce sabendo a maneira
de escutar quem não fala nada.

A Vila acorda antes da gente,
tem café, tem fila, tem história.
O que a gente estuda aqui dentro
só vira verdade lá fora.

Não é prova, não é papel:
é alguém que chegou e confiou.

É o primeiro dia,
o peito batendo, mas vai.
A boca que abre pra gente
não é só um dente — é um pai.
É o primeiro dia
de doze que a gente vai ter:
anota o nome, olha no olho,
antes de qualquer saber.

Sigilo não é regra de armário,
é a chave de quem se entregou.
O que se escuta na cadeira
morre na cadeira, acabou.

Aqui ninguém atende sozinho:
tem professor, tem prontuário, tem lei.
Errar em voz alta é caminho,
esconder é o que eu não farei.

É o primeiro dia,
o peito batendo, mas vai.
A boca que abre pra gente
não é só um dente — é um pai.
É o primeiro dia
de doze que a gente vai ter:
anota o nome, olha no olho,
antes de qualquer saber.

Onze mil setecentos e oitenta e oito.
Cento e dezoito.
Não são números — é o chão onde a gente pisa.

Doze quartas, uma Vila,
e a primeira começa agora.

Abertura, ética e o território

Até aqui o erro era problema só seu. No pré-clínico você errava em manequim; na clínica-escola, num paciente que foi à faculdade sabendo que seria atendido por estudante. Na Clínica da Vila Residencial você entra num serviço que já funciona sem você — com agenda, com fila e com gente que foi lá resolver um problema, não participar da sua formação. É essa a diferença que dá nome à disciplina: **agora o erro é de outra pessoa**.

> **O QUE ESTE CAPÍTULO É**
>
> O contrato do semestre: o que a disciplina é, como foi montada, o que se espera de você e o que você pode esperar de volta. Segue o que se apresentou na primeira aula, em 19/08 — que não foi gravada —, com o que mudou desde então no plano que vale hoje. O anexo reproduz os artigos da Lei do Estágio e das Diretrizes do curso que tocam a disciplina.

> **O QUE ESTA AULA DECIDE**
>
> O **combinado** do semestre: onde você vai, quando, com quem, o que entrega, como é avaliado — e as cinco condutas que reprovam, qualquer que seja a média.

> **ONDE ELA SE ENCAIXA**
>
> Abre tudo. O Capítulo 2 é a **porta** — a habilitação sem a qual ninguém entra na unidade —, e da S4 à S13 cada manhã de sala **revisa e consolida** o que o campo pede.

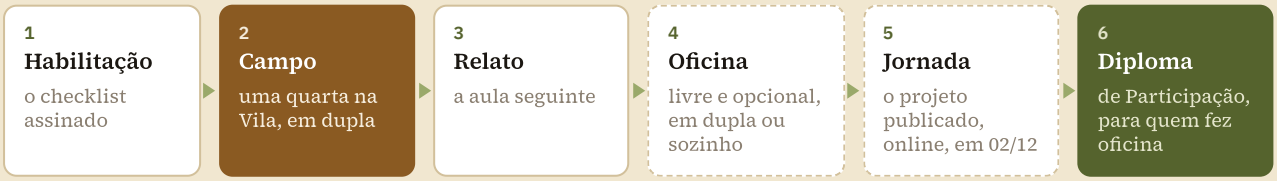
PARTE 1

Um estágio, não uma visita

A lei chama o estágio de **ato educativo escolar supervisionado**, desenvolvido no ambiente de trabalho (Lei nº 11.788/2008, Art. 1º). As três ideias pesam. **Educativo**: você vai para aprender, e o que aprende tem de voltar para a sala. **Supervisionado**: nada se faz no paciente sem um professor que responda por aquilo. **No ambiente de trabalho**: o serviço é real e continua quando você vai embora.

Este estágio é **obrigatório**: está no projeto do curso, e a carga horária dele é requisito para a aprovação e para o diploma (Art. 2º, § 1º). As diretrizes do curso de Odontologia fazem do estágio curricular um ato educativo supervisionado, em ambiente real de trabalho e com complexidade crescente ao longo da formação — e, no curso inteiro, ele deve somar um quinto da carga horária total (Resolução CNE/CES nº 3/2021, Arts. 27 e 28). É a parte da formação que acontece num serviço de verdade — e que não se repõe em laboratório.

Você vai à Clínica da Vila Residencial **uma vez**. Um dia solto seria uma visita. O que transforma esse dia em estágio é o que acontece em volta dele: a habilitação, que vem antes; o relato, que vem depois; e a nota de PRÁTICA, que sai da ficha do seu dia. É esse ciclo, e não o dia sozinho, que o semestre inteiro organiza. Em volta dele há um convite, não uma obrigação: as oficinas livres, para quem quiser fazer um jogo ou um app com o professor e publicá-lo na Jornada.



O ciclo da dupla. Os três primeiros passos são de toda dupla, uma vez; os três tracejados, só de quem quiser — a oficina não vale nota nem é obrigatória. Da S4 à S13, menos a S6 e a S11, a turma inteira está, toda quarta, em algum deles — e é por isso que a manhã de sala tem a forma que tem (Parte 5).

PARTE 2

A Clínica da Vila Residencial

O campo é a **Clínica Odontológica da Associação de Moradores da Vila Residencial do Fundão**. A Vila é a comunidade que vive dentro da Cidade Universitária, no sudeste da Ilha do Fundão — atrás da Reitoria, entre o Parque Tecnológico, o Canal do Cunha e o mangue. E é quase invisível: o diagnóstico que a UFRJ e a UERJ fizeram dela em 2016 a descreve como "relativamente oculta aos olhos do grande número de pessoas que frequentam diariamente a Cidade Universitária".

Nasceu de um canteiro de obras. Em 1969 a UFRJ cedeu ao consórcio da Ponte Rio–Niterói um terreno onde antes havia um depósito de lixo, e ali se ergueu uma cidade operária. A ponte ficou pronta em 1974; muitos operários ficaram, e a eles se juntaram funcionários da universidade, antigos moradores das ilhas aterradas para fazer o campus e famílias removidas para a passagem da Linha Vermelha. A associação de moradores existe desde 1980, e o censo que ela fez com a Geografia da UFRJ, em 2024, contou 644 domicílios e 2.168 residentes. A clínica é dos moradores, e a turma entra nela como convidada — quatro alunos por dia, duas duplas, e é esse número que desenha o semestre inteiro (Parte 3).

Antes de qualquer técnica vem a pergunta de **quem você atende**. O território decide o que chega à cadeira — a doença da comunidade, a hora em que ela pode vir — e o que a unidade resolve ali ou manda para a rede. Quem chega sem essa pergunta trata dentes; quem chega com ela trata gente que mora num lugar.

E ali todo mundo é vizinho de alguém: "a grande maioria dos moradores se conhece", registrou o mesmo diagnóstico, e muitos nasceram e cresceram na Vila. O paciente das nove pode ser o cunhado do paciente das onze — e quase metade dos residentes estuda na UFRJ: o paciente pode ser um colega seu. **Aqui o sigilo não é regra de consultório: é regra de território** (Parte 8).

PARTE 3

A conta que decidiu o semestre

O semestre não foi desenhado a partir de um ideal pedagógico: foi desenhado a partir de uma **conta**. São treze quartas, das 9h às 12h, de 19/08 a 25/11, e a Jornada, online, em 02/12, uma semana depois. A unidade recebe duas duplas por dia de campo, e as 16 duplas da turma, até duas por quarta, ocupam **nove quartas**. Na frente, a abertura (S1) e o Capítulo 1 (S2), e o campo começa na S3. Perto do fim, a S11 (11/11), só de campo; no fim, a aula final (S13) e, em 02/12, a Jornada. No caminho, a S6 (30/09) ficou sem aula e sem clínica, e duas quartas saíram da conta: 23/09, da Reunião Pedagógica da FO/UFRJ, e 28/10, sem atividade.

A consequência é direta: **você vai a campo uma vez**, e, da S4 à S12, menos a S6 e a S11, a turma está toda quarta em dois lugares ao mesmo tempo — uma ou duas duplas na Vila e as outras em sala. Por isso a falta ao seu dia de campo, sem justificativa, reprova (Parte 4): as nove quartas têm dupla escalada. Na S10 e na S12 só uma dupla vai.



A CLÍNICA DA VILA — DUAS DUPLAS POR QUARTA, DA S3 À S12, MENOS A S6 (S10 E S12: UMA)

As treze quartas. A abertura (S1), dez aulas em nove quartas (S2, S4, S5, S7 a S10, S12 e S13; a S12 tem duas), nove quartas de campo e, em 02/12, a Jornada. A S3 (02/09) e a S11 (11/11) ficam sem encontro em sala, só com a clínica; a S6 (30/09) não teve nem aula nem clínica. Cada aula é um capítulo deste livro, com a sua faixa do álbum *Jingles da Saúde Bucal*; o 11 e o 12, *A história da Vila* e *Aprendizados da Vila*, fecham o livro.

PARTE 4

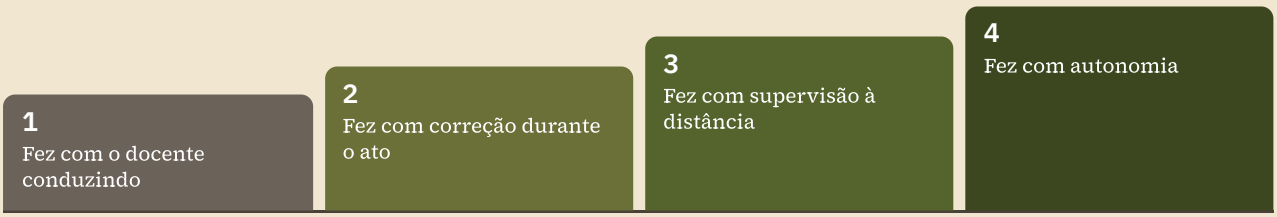
O dia de campo: antes, durante, depois

Antes. A habilitação (Capítulo 2) termina num **checklist assinado**, e sem ele a dupla não entra na unidade. Na semana anterior ao seu dia, meia hora de **briefing** com o supervisor: o que a unidade agendou, o que se espera de vocês, o que vocês podem e o que não podem executar. Sem briefing, a dupla não vai. No dia, chegue antes do horário, apresente-se à equipe da unidade — não só ao supervisor — e confira o box, o instrumental e o descarte antes do primeiro paciente.

Durante. A dupla vai no horário da aula e perde a manhã de sala — mas não o conteúdo: o capítulo daquela aula está neste livro, e é sobre ele que a dupla vai trabalhar na aula seguinte. Na unidade, o que se observa é a **autonomia**, não o acerto. A ficha de desempenho tem quatro níveis e sete domínios, é preenchida durante o atendimento — não de memória, depois — e é dela que o Prof. Fernando Santiago tira a nota de PRÁTICA, dada até 25/11. Antes de a dupla sair, quinze minutos de fechamento: a devolutiva verbal, com o caso ainda fresco.

Leia a escala com atenção, porque ela ensina uma coisa que o pré-clínico não ensinava: **pedir ajuda não é erro nem reprova.** O nível 1 não é "errou"; é "fez com o docente conduzindo", e é onde qualquer um começa num procedimento que nunca fez num paciente real. O que derruba, e derruba fora da média, é o contrário: fazer sozinho o que você não devia fazer sozinho. E o nível 4 é decidir e executar sem precisar de intervenção — sob a mesma supervisão de todo atendimento. **Autonomia é o que se mede; ausência de supervisão é o que reprova.**

Depois. Na primeira aula em sala depois do campo, às 10h30, depois da revisão, vem o **relato de campo**: meia hora para as duplas que estiveram na Vila (a última dupla, que vai sozinha na S12, relata sozinha na S13, a aula final). Três coisas se olham nele: o que vocês *de fato* viram na Vila; o cruzamento com a aula que perderam enquanto estavam lá; e a honestidade sobre o que não deu certo. Relato que só conta o que deu certo não ensina nada à turma — e é à turma que ele serve.



A ficha de desempenho em campo. Quatro níveis de autonomia, em cada um dos sete domínios, observados no seu dia de campo.

REPROVAÇÃO DIRETA, QUALQUER QUE SEJA A MÉDIA

Quebra de sigilo · atendimento sem supervisão · falsificação de registro em prontuário · reincidência em falha grave de biossegurança depois de advertência · **falta não justificada ao dia de campo.** São as cinco coisas que, na profissão, também não têm recurso.

PARTE 5

A manhã de sala: revisar, relatar, traduzir, aprender

Da S4 à S13, toda manhã de sala tem a mesma forma, e nenhum bloco é solto. A primeira hora é a **reunião dos professores**; a turma entra às 10h. Aí vêm quatro blocos de trinta minutos.

Revisão da aula anterior, com a apostila. O capítulo da aula anterior volta, agora que a turma já o leu e já viu um pouco dele acontecer no campo. É a **consolidação**: o que se aprendeu em sala, conferido contra o que a clínica pede.

Relato de campo. As duplas do último dia de campo contam o que viram — o caso, a conduta, a dúvida que ficou.

Oficina. Livre e opcional: quem quiser, em dupla ou sozinho, trabalha com o professor num projeto de jogo ou de app, para publicar na Jornada. Não vale nota nem é obrigatória (Parte 6). Até a S10 ela era das duplas que acabavam de relatar, e ali elas rascunhavam a sua peça.

Aula do professor. O tema novo — o capítulo desta quarta, que será a revisão da próxima aula.

Somando, cada tema passa pela turma na leitura e na aula — e os da S2 à S12, uma terceira vez, na revisão da aula seguinte. A dupla que estava em campo no dia dele perde a aula, mas não o tema: tem a leitura e, até a S12, a revisão. O jingle da semana abre e fecha a manhã.

09:00 – 10:00	10:00	10:30	11:00	11:30
Reunião docente — só professores	Revisão com a apostila	Relato de campo	Oficina livre	Aula do professor

A manhã de sala, da S4 à S13. A S1 e a S2 tiveram grade própria — aula longa, sem relato —; a S11 não tem encontro em sala; a S12 tem duas aulas; a S13 não tem oficina, soma o fechamento das notas; a Jornada, online, em 02/12, tem formato próprio (Partes 6 e 7).

PARTE 6

As oficinas livres e a Jornada

As **oficinas são livres e opcionais**: abertas a duplas e a quem quiser fazer sozinho, não valem nota e não são obrigatórias. São a oportunidade de fazer, com o professor, um **projeto de jogo ou de app** de educação em saúde, que é publicado na **Jornada**. Quem participa recebe o **Diploma de Participação**. A nona e última é a da S12 (18/11).

Até a S10, a oficina era das duplas que acabavam de relatar, e ali cada uma rascunhava uma peça. A ideia que ficou serve a qualquer projeto: pensar num **público** — o **paciente**, que é quem está na clínica, ou a **equipe** — e partir do que o campo mostrou que faz falta, e não de um resumo da aula.

A IDEIA
Um tema da aula ou do campo, para o paciente ou para a equipe.

+

A OFICINA
Com o professor, em dupla ou sozinho, quando quiser.

▶

O PROJETO
Um jogo ou um app, publicado na Jornada, em 02/12 — e o Diploma de Participação.

A RÉGUA DA OFICINA

O que o paciente ou a equipe precisam saber de uma aula cabe num jingle, num jogo, num app. O que não cabe provavelmente é nosso, não deles.

PARTE 6 · CONTINUAÇÃO

Sete formas de ensinar

PAINEL OU INFOGRÁFICO	Um painel A2 ou três peças quadradas para tela, até 60 palavras cada.
MÚSICA	Jingle ou canção de 45 a 90 segundos, com letra própria e gravação simples. Com a letra fechada, o professor produz o áudio.
JOGO	De sala de espera: partida de até 5 minutos, no papel ou na tela.
VÍDEO	60 a 90 segundos, vertical e **legendado** — a maioria assiste sem som.
PODCAST	Episódio de 5 a 8 minutos, em forma de conversa, com o roteiro entregue.
APOSTILA	Quatro páginas A5, até 800 palavras, na linguagem de um leitor de 6º ano.
LIVRE	Cordel, carrossel, HQ, app — combinado com o professor, dizendo quem é o público e como o projeto chega até ele.

O teste do corredor vale para todos os formatos. Antes de publicar, mostre o projeto a alguém de fora da odontologia e peça que explique de volta o que entendeu. Se a pessoa não conseguir, o projeto volta para a bancada. Na Jornada, quem publica conta quem testou, o que a pessoa entendeu errado e o que mudou depois.

A Jornada é o encerramento, **online**, em **02/12**, uma semana depois da aula final (S13). Ali se publicam os projetos de jogos e apps das oficinas, e quem participou recebe o Diploma de Participação; e se apresentam a apostila gratuita *Clínica Odontológica Orientada* (clinica.odo.br), o livro, os painéis (infográficos), um filme e os jogos e músicas da Vila. A Jornada não conta presença, e nem ela nem as oficinas valem nota.

PARTE 7

A avaliação

A S13 (25/11) é o último dia de sala: a revisão, o relato da última dupla — a do campo de 18/11 —, a aula final e o fechamento: saem as notas de PRÁTICA e de TEORIA, e você preenche a autoavaliação final. A folha de autoavaliação que você preencheu na S2 volta para a segunda coluna, ao lado da primeira. Ela não vale nota: vale a comparação entre agosto e novembro.

A nota é a **média simples de dois conceitos de pesos iguais**: TEORIA e PRÁTICA. O relato de campo continua sendo atividade do curso, e as oficinas, livres e opcionais, continuam abertas; nenhum dos dois vale nota.

TEORIA · AS PALAVRAS CRUZADAS

A média das dez palavras cruzadas, uma por capítulo, preenchidas na página *Palavras cruzadas · valem nota* do app da turma até 25/11. Cada uma vale o percentual de acertos, de 0 a 10; vale o último envio, e a não enviada conta zero.

PRÁTICA · PROF. FERNANDO SANTIAGO

O dia de campo, pela ficha de desempenho: autonomia nos sete domínios. A nota sai até 25/11.

PARTE 8

A ética que abre o semestre

O que se combina no primeiro dia — sigilo, limites do estágio, quem responde pelo quê — é o que protege o paciente e protege você quando alguma coisa der errado. E é por isso que a ética abre o semestre, e não o fecha: ela vale desde a primeira vez que você vir um prontuário.

Quem responde pelo quê. A Lei do Estágio amarra todo estágio a três requisitos — matrícula e frequência regulares, um **termo de compromisso** entre o estudante, a instituição de ensino e a parte que o recebe, e atividades compatíveis com esse termo (Art. 3º) — e exige acompanhamento efetivo por um professor orientador e por um supervisor (Art. 3º, § 1º). O Código de Ética diz o mesmo pelo lado do professor: é infração ética ele se eximir de responsabilidade pelos trabalhos que os alunos executam em pacientes, ou permitir a prática clínica do acadêmico fora do plano pedagógico da faculdade ou de um programa regular de estágio (CFO-118/2012, Art. 35, II e IX). Daí a regra que não tem exceção: **no paciente, nada sem supervisão.** Não é desconfiança de você; é a condição legal para você estar ali.

A lei também cuida do corpo do estagiário. Todo estagiário tem de estar coberto por seguro contra acidentes pessoais — no estágio obrigatório, a contratação pode ficar com a instituição de ensino (Art. 9º, IV e § 1º) —, e a legislação de saúde e segurança no trabalho vale para ele (Art. 14). Pelo mesmo motivo, a biossegurança do Capítulo 2 é a porta do campo.

O sigilo. Revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que se soube em razão da profissão é infração ética, e as justas causas que o próprio Código dá como exemplo são estreitas — notificação compulsória de doença, colaboração com a justiça nos casos previstos em lei, perícia nos seus exatos limites, estrita defesa de interesse legítimo do profissional e revelação ao responsável pelo paciente incapaz (CFO-118/2012, Art. 14). No território, o fato sigiloso começa antes do diagnóstico: **que alguém esteve na unidade já é informação do paciente.** Há também o que você escreve: registre tudo o que fez, e só o que fez, porque o prontuário é documento — e falsificá-lo reprova.

A PERGUNTA DA PRIMEIRA AULA

"O que você faz se um paciente pedir informação sobre outro paciente, que por acaso é vizinho dele?" Uma resposta gentil, que serve ao vizinho, ao parente e ao amigo: "Isso eu não posso dizer, nem se ele esteve aqui. Com você, eu posso falar do seu tratamento." Muda, por exemplo, com o responsável legal do paciente incapaz, como a mãe de uma criança.

O que se espera de você são quatro combinados: chegue habilitado; pergunte na hora, porque dúvida guardada até o fim do atendimento vira erro; registre tudo o que fez, e só o que fez; e respeite o ritmo da unidade — a turma é visita num serviço que funciona sem ela. **O que você pode esperar de volta:** devolutiva verbal no fim de todo relato e de todo dia de campo, no mesmo dia; critérios publicados antes de valerem; e um parecer escrito de meia página no fim do semestre.

Nota do editor. A aula de 19/08 não foi gravada. Este capítulo segue os quadros projetados naquele dia, a folha da S1 e o plano de aulas em vigor (versão 6, com os ajustes até 23/09), e já traz o que mudou depois da aula: a S3 sem sala, a manhã em quatro blocos, a oficina e a peça, a avaliação em três conceitos; em 20/10/2026, o calendário refeito; e, em 06/11/2026, a nota em TEORIA e PRÁTICA, as oficinas livres; em 16/11, a Jornada em 02/12. Os fatos sobre a Vila vêm do *Diagnóstico da Vila Residencial da UFRJ* (LabUrb/Escola Politécnica da UFRJ e UERJ, 2016), da tese de Leticia de Luna Freire (UFF, 2010), do trabalho de Roselea Barbosa Valadão (UFRJ, 2017), de notas do Conexão UFRJ e do Censo da Vila de 2024 (AMAVILA e Departamento de Geografia da UFRJ). O anexo reproduz os artigos da Lei do Estágio e das Diretrizes do curso que tocam o estágio obrigatório; os do Código de Ética estão no anexo do Capítulo 5.

INFOGRÁFICO: O semestre numa folha

O mapa de bolso da disciplina: **onde você vai, quando, o que entrega e o que não se negocia.** As treze quartas, o ciclo da dupla, a manhã de sala, o dia de campo, as oficinas e a avaliação. Imprima e guarde com a escala.

1 · AS TREZE QUARTAS

19/08 A 25/11 · DAS 9H ÀS 12H · A JORNADA ONLINE EM 02/12

S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13
19/08	26/08	02/09	09/09	16/09	30/09	07/10	14/10	21/10	04/11	11/11	18/11	25/11
Abertura	**Território**	*sem sala*	**Habilitação**	**Exame**	*sem aula*	**Risco**	**Plano**	**Urgência**	**Adequação**	*sem sala*	**Prevenção · Grupos**	**Estágio**
—	cap. 1	—	cap. 2	cap. 3	—	cap. 4	cap. 5	cap. 6	cap. 7	—	caps. 8 e 9	cap. 10

NA VILA: DUAS DUPLAS POR QUARTA, DA S3 À S12, MENOS A S6 (NA S10 E NA S12, UMA) · VOCÊ VAI UMA VEZ

2 · O CICLO DA DUPLA

1 A 3, TODA DUPLA · TRACEJADOS, SÓ QUEM QUISER

1. **Habilitação** — checklist assinado
2. **Campo** — uma quarta na Vila
3. **Relato** — a aula seguinte
4. **Oficina** — livre, opcional
5. **Jornada** — 02/12, online
6. **Diploma** — de Participação

3 · A MANHÃ DE SALA · S4 A S13

REVISAR, RELATAR, TRADUZIR, APRENDER

09:00 – 10:00	10:00	10:30	11:00	11:30
Reunião docente — só professores	Revisão com a apostila	Relato de campo	Oficina livre	Aula do professor

4 · O DIA DE CAMPO

AUTONOMIA, NÃO ACERTO

ANTES
Checklist da habilitação assinado — sem ele, não se entra. Briefing na semana anterior.

DURANTE
No horário da aula. A ficha observa a autonomia, em sete domínios.

DEPOIS
Relato na aula seguinte: o que viu, o cruzamento, o que não deu certo.

1. Docente conduz
2. Correção no ato
3. Supervisão à distância
4. Autonomia

5 · AS OFICINAS LIVRES

OPCIONAIS · SEM NOTA · PUBLICADAS NA JORNADA, ONLINE, EM 02/12

- Livre e opcional
- Em dupla ou sozinho
- Jogo ou app
- Com o professor
- Publicado na Jornada
- Sem nota
- Diploma de Participação

O TESTE DO CORREDOR

"Me explica, com as suas palavras, o que você entendeu?" — se alguém de fora da odontologia não consegue, o projeto volta para a bancada.

6 · A AVALIAÇÃO

MÉDIA SIMPLES DE DOIS CONCEITOS · E CINCO CONDUTAS FORA DA MÉDIA

TEORIA · AS PALAVRAS CRUZADAS

A média das dez cruzadas, uma por capítulo, no app da turma, até 25/11.

PRÁTICA · PROF. FERNANDO SANTIAGO

O dia de campo, pela ficha de desempenho.

REPROVAÇÃO DIRETA

Quebra de sigilo · atendimento sem supervisão · falsificação de registro em prontuário · reincidência em falha grave de biossegurança depois de advertência · falta não justificada ao dia de campo.

7 · OS COMBINADOS

O QUE SE ESPERA DE VOCÊ · O QUE VOCÊ RECEBE

1. **Chegue habilitado** — o checklist é a porta
2. **Pergunte na hora** — dúvida guardada vira erro
3. **Registre o que fez — e só o que fez** — prontuário é documento
4. **Respeite o ritmo da unidade** — a turma é visita

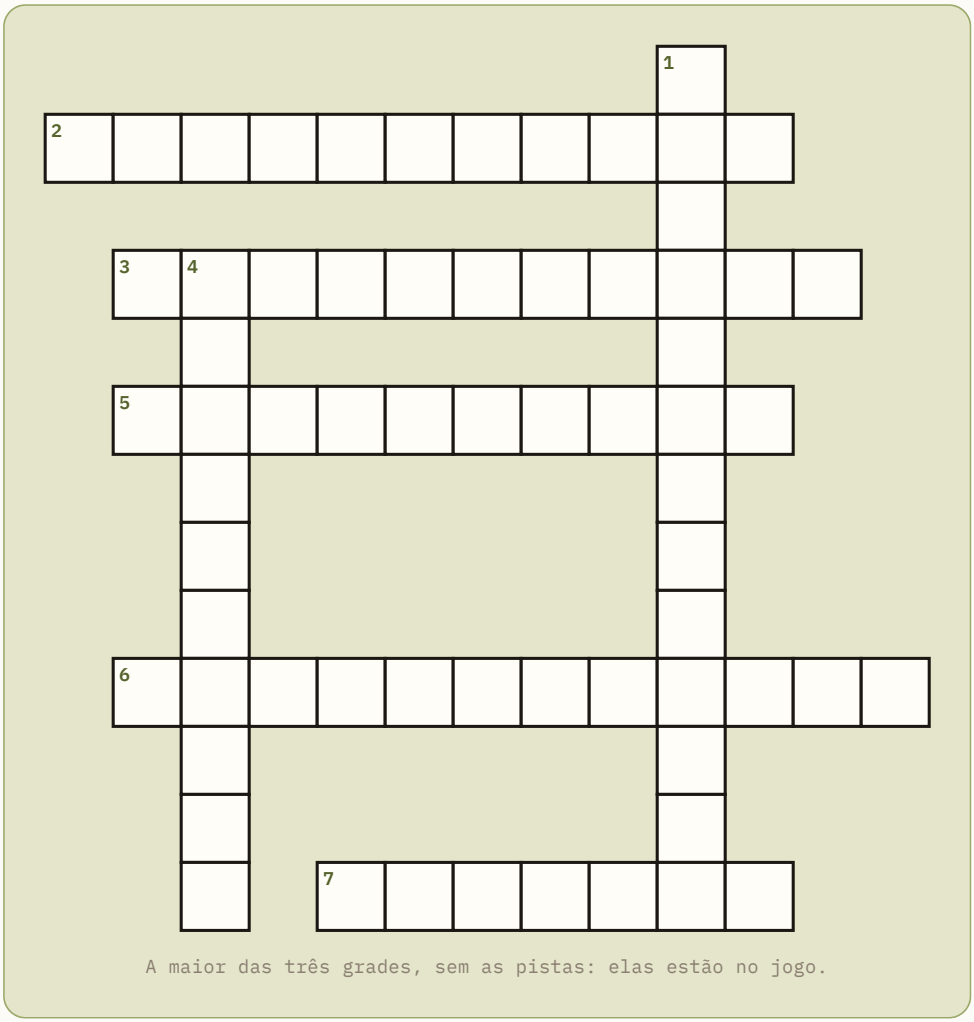
A. **Devolutiva verbal** — todo relato, todo dia de campo
B. **Critérios publicados antes** — a ficha, as cruzadas, o relato
C. **Parecer escrito** — meia página, no fim do semestre

Fontes: Plano de aulas do Estágio Supervisionado I, versão 6 (23/09/2026) · Lei nº 11.788/2008, Lei do Estágio, e Resolução CNE/CES nº 3/2021, Diretrizes do curso (o anexo a seguir) · Código de Ética Odontológica, Resolução CFO-118/2012, Arts. 14 e 35 (no anexo do Capítulo 5).

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 1

A cruzada tem 19 palavras, em três grades que crescem; 7 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/01

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/01/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 14/10/2026.

Reprodução parcial da **Lei nº 11.788/2008**, a Lei do Estágio, e da **Resolução CNE/CES nº 3/2021**, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Odontologia: os artigos que definem o estágio, o tornam obrigatório e dizem quem responde por ele, **cada um na íntegra**. Da lei, a definição (Art. 1º), o estágio obrigatório (Art. 2º), os requisitos e a supervisão (Art. 3º), os deveres da instituição de ensino (Art. 7º) e de quem recebe o estagiário (Art. 9º) e a saúde e segurança no trabalho (Art. 14); das Diretrizes, o estágio curricular supervisionado (Arts. 27 e 28). Os demais artigos foram omitidos.

LEI Nº 11.788, DE 25 DE SETEMBRO DE 2008 — A LEI DO ESTÁGIO

CAPÍTULO I — DA DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E RELAÇÕES DE ESTÁGIO

Art. 1º Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam freqüentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

§ 1º O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando.

§ 2º O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.

Art. 2º O estágio poderá ser obrigatório ou não-obrigatório, conforme determinação das diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do projeto pedagógico do curso.

§ 1º Estágio obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma.

§ 2º Estágio não-obrigatório é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória.

§ 3º Na educação superior, as atividades de extensão, de monitorias, de iniciação científica e de intercâmbio no exterior desenvolvidas pelo estudante poderão ser equiparadas ao estágio em caso de previsão no projeto pedagógico do curso. (Redação dada pela Lei nº 14.913, de 2024)

Art. 3º O estágio, tanto na hipótese do § 1º do art. 2º desta Lei quanto na prevista no § 2º do mesmo dispositivo, não cria vínculo empregatício de qualquer natureza, observados os seguintes requisitos:

I — matrícula e freqüência regular do educando em curso de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e nos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos e atestados pela instituição de ensino;

II — celebração de termo de compromisso entre o educando, a parte concedente do estágio e a instituição de ensino;

III — compatibilidade entre as atividades desenvolvidas no estágio e aquelas previstas no termo de compromisso.

§ 1º O estágio, como ato educativo escolar supervisionado, deverá ter acompanhamento efetivo pelo professor orientador da instituição de ensino e por supervisor da parte concedente, comprovado por vistos nos relatórios referidos no inciso IV do caput do art. 7º desta Lei e por menção de aprovação final.

§ 2º O descumprimento de qualquer dos incisos deste artigo ou de qualquer obrigação contida no termo de compromisso caracteriza vínculo de emprego do educando com a parte concedente do estágio para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

CAPÍTULO II — DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Art. 7º São obrigações das instituições de ensino, em relação aos estágios de seus educandos:

I — celebrar termo de compromisso com o educando ou com seu representante ou assistente legal, quando ele for absoluta ou relativamente incapaz, e com a parte concedente, indicando as condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;

II — avaliar as instalações da parte concedente do estágio e sua adequação à formação cultural e profissional do educando;

III — indicar professor orientador, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário;

IV — exigir do educando a apresentação periódica, em prazo não superior a 6 (seis) meses, de relatório das atividades;

V — zelar pelo cumprimento do termo de compromisso, reorientando o estagiário para outro local em caso de descumprimento de suas normas;

VI — elaborar normas complementares e instrumentos de avaliação dos estágios de seus educandos;

VII — comunicar à parte concedente do estágio, no início do período letivo, as datas de realização de avaliações escolares ou acadêmicas.

Parágrafo único. O plano de atividades do estagiário, elaborado em acordo das 3 (três) partes a que se refere o inciso II do caput do art. 3º desta Lei, será incorporado ao termo de compromisso por meio de aditivos à medida que for avaliado, progressivamente, o desempenho do estudante.

CAPÍTULO III — DA PARTE CONCEDENTE

Art. 9º As pessoas jurídicas de direito privado e os órgãos da administração pública direta, autárquica e fundacional de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, bem como profissionais liberais de nível superior devidamente registrados em seus respectivos conselhos de fiscalização profissional, podem oferecer estágio, observadas as seguintes obrigações:

I — celebrar termo de compromisso com a instituição de ensino e o educando, zelando por seu cumprimento;

II — ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural;

III — indicar funcionário de seu quadro de pessoal, com formação ou experiência profissional na área de conhecimento desenvolvida no curso do estagiário, para orientar e supervisionar até 10 (dez) estagiários simultaneamente;

IV — contratar em favor do estagiário seguro contra acidentes pessoais, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, conforme fique estabelecido no termo de compromisso;

V — por ocasião do desligamento do estagiário, entregar termo de realização do estágio com indicação resumida das atividades desenvolvidas, dos períodos e da avaliação de desempenho;

VI — manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio;

VII — enviar à instituição de ensino, com periodicidade mínima de 6 (seis) meses, relatório de atividades, com vista obrigatória ao estagiário.

§ 1º No caso de estágio obrigatório, a responsabilidade pela contratação do seguro de que trata o inciso IV do caput deste artigo poderá, alternativamente, ser assumida pela instituição de ensino. (Incluído pela Lei nº 14.913, de 2024)

§ 2º O termo de compromisso referido no inciso I do caput deste artigo também poderá ser celebrado com a instituição de ensino superior: (Incluído pela Lei nº 14.913, de 2024)

I — a que esteja vinculado o intercambista estrangeiro; (Incluído pela Lei nº 14.913, de 2024)

II — em que se realizar o intercâmbio, no caso de estudante brasileiro intercambista. (Incluído pela Lei nº 14.913, de 2024)

CAPÍTULO IV — DO ESTAGIÁRIO

Art. 14. Aplica-se ao estagiário a legislação relacionada à saúde e segurança no trabalho, sendo sua implementação de responsabilidade da parte concedente do estágio.

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 21 DE JUNHO DE 2021 — DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE ODONTOLOGIA

CAPÍTULO V — DA ESTRUTURA CURRICULAR E DOS CONTEÚDOS CURRICULARES
SEÇÃO II — DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

Art. 27 A formação do cirurgião-dentista incluirá o estágio curricular obrigatório, entendido como ato educativo supervisionado, a ser realizado obrigatoriamente em ambiente real de trabalho, no qual devem ser desenvolvidas atividades diretamente relacionadas às competências profissionais gerais e específicas, com vistas à formação social, humana e científica do aluno, preparando-o para o trabalho profissional da Odontologia na sociedade, de forma articulada e com complexidade crescente ao longo do processo de formação.

Parágrafo único. O estágio poderá ser desenvolvido em ambientes internos ou externos às IES, neste caso em clínicas integradas com atendimento ao público, e deve ser planejado em função do perfil do egresso almejado no Projeto Pedagógico do Curso.

Art. 28 A carga horária do estágio curricular deve corresponder a 20% (vinte por cento) da carga horária total do curso, e não se confundirá com a carga horária das atividades práticas, exigida para o desenvolvimento das competências e habilidades clínicas específicas de cada componente curricular, mesmo que esta envolva o atendimento de pacientes.

Fontes: Lei nº 11.788, de 25/09/2008 — texto compilado do Planalto (planalto.gov.br), consultado em 22/09/2026, que avisa não substituir o publicado no DOU de 26/09/2008; as notas entre parênteses são do próprio portal. A única lei que alterou a 11.788 foi a Lei nº 14.913/2024: nos artigos daqui, deu nova redação ao Art. 2º, § 3º, transformou em § 1º o antigo parágrafo único do Art. 9º — com o mesmo texto de 2008, embora o portal o marque como incluído — e acrescentou o § 2º. Resolução CNE/CES nº 3, de 21/06/2021 — Diário Oficial da União de 22/06/2021, Seção 1, p. 77, conferida com o PDF do Conselho Nacional de Educação; em vigor, sem alteração, pela lista oficial do CNE atualizada em 20/08/2026.

CAPÍTULO

2

Habilitação para o campo

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Resíduos Infectante **Biossegurança** *Ética*
RDC 222/2018 Luvas **Cinco momentos**
Esterilização **Higienização das mãos** EPI
Contaminação *Amálgama* **Zona do paciente**
Aerossol **Perfurocortante** *Humanização* Fricção antisséptica
Descarte Segregação *Transmissão cruzada*



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 2

Isso Aí É Limpo?

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · Samba-rock

OUÇA

musicplay.club/estagio/WXL

Ela sentou, olhou a bandeja,
apertou a bolsa no colo.
Não perguntou do dente que dói,
perguntou de um assunto todo.

E a pergunta caiu no meio da sala,
sem aviso e sem rodeio:

— Isso aí é limpo, doutor?
— É limpo, dona Maria, e eu mostro:
saiu do pacote selado,
com data, com nome, com rosto.
— Isso aí é limpo, doutor?
— Trinta segundos e eu conto:
o que entra na sua boca
passou por autoclave. E ponto.

Amarelo é o que fura e corta,
não vai no lixo comum.
Agulha usada não se reencapa,
não tem “só dessa vez” nenhum.

Se furou, lava, não espreme,
comunica na mesma hora.
Protocolo não é vergonha —
vergonha é sair porta afora.

— Isso aí é limpo, doutor?
— É limpo, dona Maria, e eu mostro:
saiu do pacote selado,
com data, com nome, com rosto.
— Isso aí é limpo, doutor?
— Trinta segundos e eu conto:
o que entra na sua boca
passou por autoclave. E ponto.

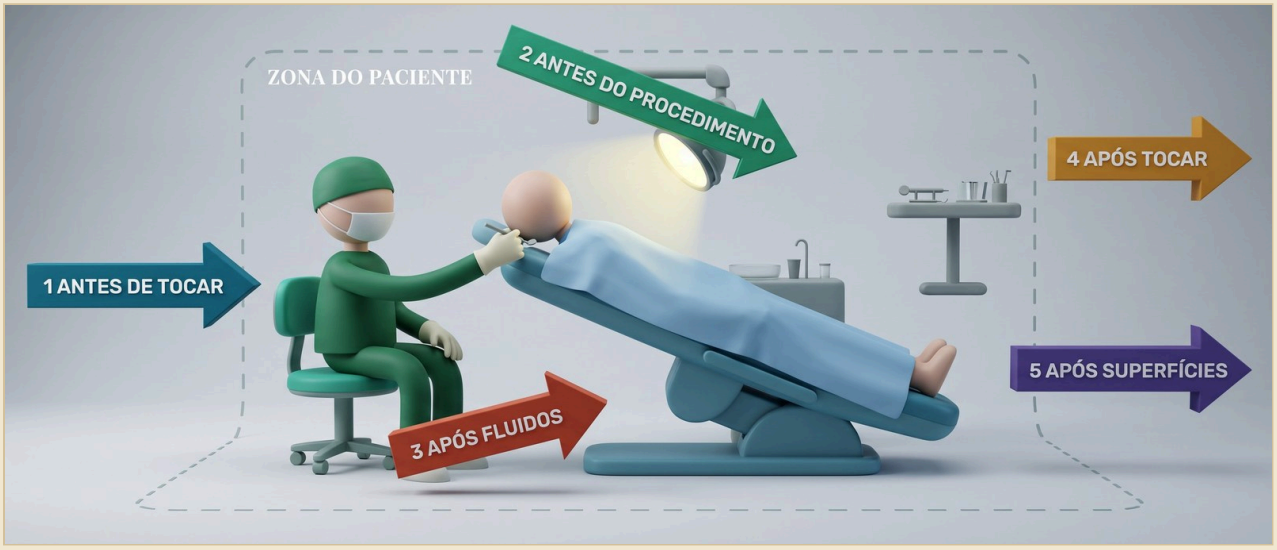
Sem o checklist assinado
ninguém entra na unidade.
Não é rigor, é respeito:
do outro lado tem gente de verdade.

— Isso aí é limpo?
— É limpo.
— Isso aí é limpo?
— É limpo. Pode abrir.

Habilitação para o campo

Esta é a matéria que funciona como porta: sem o checklist de habilitação assinado, não se entra na unidade de saúde. Por isso o conteúdo deste capítulo não é introdução: é condição. Duas decisões separam um atendimento seguro de um que espalha contaminação — **quando você higieniza as mãos**, e **onde você descarta o que gerou**.

> O QUE ESTE CAPÍTULO É
>
> O registro do que foi **dado em sala**, escrito a partir da gravação da aula — com as falas dos professores onde elas pesam, e com as pranchas do atlas didático como figuras.



A cena clínica e a zona do paciente: a linha tracejada que não existe no consultório, mas organiza tudo o que este capítulo ensina. Ilustração da Prancha 01 do atlas didático.

PARTE 1

Higienização das mãos: cinco horas marcadas

Higienizar as mãos não é um hábito genérico de limpeza. É uma intervenção com hora marcada — cinco horas marcadas. Existem cinco instantes precisos, dentro de um atendimento odontológico, em que a transmissão cruzada tem chance real de acontecer, e higienizar as mãos nesses cinco instantes interrompe o caminho do microrganismo. Fora deles, lavar as mãos é higiene pessoal. Dentro deles, é controle de infecção.

O que organiza os cinco momentos é uma fronteira invisível: a **zona do paciente**. Olhe para a linha tracejada na ilustração acima. Ela não existe no consultório, mas é a coisa mais importante do desenho: marca a cadeira, o refletor, as mangueiras, a mesa auxiliar e o próprio paciente. Tudo o que está dentro dela compartilha a mesma microbiota durante o atendimento. Cruzar essa fronteira — para dentro ou para fora — é o gatilho da ação.

PARTE 1 · CONTINUAÇÃO

Momento a momento

1 Antes de tocar o paciente

Você chega, cumprimenta, ajusta a cadeira, coloca o babador. Nesse instante, as suas mãos ainda carregam o corredor, a maçaneta, o celular. Higienizar aqui protege o paciente de tudo o que você trouxe de fora.

PROTEGE O PACIENTE

2 Antes de procedimento limpo ou asséptico

Você já está dentro da zona, já conversou, já examinou — e agora vai anestesiar, extrair, suturar, abrir um acesso endodôntico, tocar um instrumental estéril. Entre o exame e o procedimento existe um intervalo em que as suas mãos foram contaminadas pelo próprio ambiente. Higienizar aqui impede que microrganismos entrem em um sítio crítico.

PROTEGE O PACIENTE

3 Após risco de exposição a fluidos corporais

É o mais concreto de todos, porque você o sente. A professora o descreveu do jeito que ele acontece: “eu fui lá, no momento retirei as minhas luvas, e aí caiu alguma coisa, eu mexi, peguei uma gaze que está contaminada — eu preciso higienizar as minhas mãos”. A luva reduz o risco, mas não elimina a contaminação das mãos: por isso a higienização vem sempre **depois** de retirá-la.

PROTEGE VOCÊ E O AMBIENTE

4 Após tocar o paciente

“Estou saindo da minha condição de mãos limpas, assépticas, e vou tocar uma superfície, uma pessoa potencialmente contaminada por estar naquele ambiente de atendimento.” Você ajuda a pessoa a levantar, verifica alguma coisa, vai em direção ao prontuário. Sair da zona com as mãos sujas é levar aquele atendimento para o resto da clínica.

PROTEGE VOCÊ E O AMBIENTE

5 Após tocar superfícies próximas ao paciente

O mais esquecido da rotina. “Eu estava com a minha mão limpa, e aí toquei na bancada, toquei em algum material que não estava limpo.” A bancada, o refletor, a seringa tríplice, a mesa auxiliar. Você não encostou em ninguém — mas encostou no que já está potencialmente contaminado. É esse momento que leva contaminação para a maçaneta, para o celular e para o prontuário.

PROTEGE VOCÊ E O AMBIENTE

A TÉCNICA, E OS TRÊS ERROS QUE A ANULAM

Sem sujidade visível, a preparação alcoólica a 70 %, friccionada por **20 a 30 segundos**, é o padrão. Com sujidade visível, com sangue, com fluidos, ou após o uso do sanitário, é água e sabonete líquido por **40 a 60 segundos**, com secagem em papel-toalha. Sete passos: palma, dorso, entre os dedos, polegares, pontas, punhos, secagem.

E três erros anulam tudo: usar a luva como substituta da higienização; manter anéis, pulseiras, relógio e unhas longas ou esmaltadas; e tocar prontuário, celular ou maçaneta com a mesma luva do atendimento.

“Isso é novidade para alguém?”, perguntou a professora à turma. “Esse é o primeiro ponto que eu quero falar com vocês: a importância da higienização das mãos. É a principal forma de a gente prevenir a contaminação dentro do consultório.”

Cinco momentos. Não é sobre lavar mais as mãos. É sobre lavá-las na hora certa.

PARTE 2

Resíduos: a decisão de dois segundos

"Vocês vão gerar resíduos durante o atendimento." A professora começou pelo óbvio, porque é do óbvio que se esquece: a luva que você calçou, a gaze que encostou na saliva, o tubete que acabou, a agulha que foi usada, a espátula, o dente que você extraiu. Nenhum desses itens some quando sai da sua mão. Cada um entra em um ciclo — "e vocês fazem parte desse ciclo".

O ciclo começa na geração e termina na disposição final. Entre um ponto e outro estão a segregação, o acondicionamento, a identificação, a coleta interna, o armazenamento, o transporte e o tratamento. As quatro primeiras acontecem com você, à beira da cadeira, em poucos segundos; todas as outras dependem de decisões já tomadas nessas quatro. É por isso que a decisão que determina risco, logística e custo do ciclo inteiro é tomada em dois segundos, no momento da segregação.



O quadro da aula, como foi escrito: o ciclo do manejo à esquerda, os cinco tipos à direita — construídos com a turma, pergunta a pergunta.



O ciclo do manejo, da Prancha 02. Em verde-claro, as quatro etapas que dependem de você; as demais são executadas pela equipe de limpeza, pela prefeitura ou pela empresa contratada — mas seguem sob responsabilidade do gerador, formalizada no PGRSS.



Os cinco grupos, da Prancha 02, com o coletor de cada um e a base normativa — RDC ANVISA nº 222/2018 e Resolução CONAMA nº 358/2005.

OS CINCO GRUPOS, CONSTRUÍDOS COM A TURMA

A professora não deu a classificação pronta. Perguntou. “Sabem qual é o resíduo tipo A? Podem chutar.” “Saliva”, respondeu alguém. “Saliva. Uma gaze contaminada com saliva ou sangue do paciente. É um exemplo de resíduo infectante que foi gerado.” E o dente extraído — para qual coletor? Tipo A também, “porque é um material infectante”.

O grupo B é o químico, e na odontologia tem endereço certo: “principalmente na dentística, para quem ainda utiliza amálgama — resto de amálgama é resíduo químico”. O C são os rejeitos radioativos, praticamente ausentes da clínica. O D é o comum, sem contato com sangue ou saliva. E o E é o perfurocortante, que exige recipiente rígido.

PARTE 2 · CONTINUAÇÃO

A conta que raramente se conta

“Isso aqui faz toda a diferença na hora de separar.” A parte que a graduação costuma pular é a fatura. Quem coleta o resíduo comum da sua clínica, no futuro, é a prefeitura — “e teoricamente você não paga por esse serviço; você não faz um contrato com a prefeitura”. Já o infectante e o perfurocortante exigem empresa licenciada, contratada pelo gerador, com tratamento antes da disposição final — em geral incineração. “A empresa, no final, vai queimar, vai incinerar.”

A consequência é aritmética. “Se você segrega de forma errada, se pega material comum e coloca no infectante, você está aumentando o seu volume de infectante — e aumenta quanto você vai pagar depois para essa empresa fazer a retirada.” Jogar um papel-toalha limpo no saco branco não aumenta a segurança de ninguém: aumenta o volume de infectante e aumenta a fatura. Vale para a clínica que você vai ter, e vale para a faculdade onde você está.

PARTE 2 · CONTINUAÇÃO

O risco é de quem vem depois

Com o perfurocortante, o erro não é só de conta. A agulha tem de estar em coletor de superfície rígida — "a ANVISA não fala 'coloca numa sacola de plástico e põe lá no coletor'". Saco plástico não contém a agulha: quem manuseia o resíduo depois — a equipe de limpeza, o coletor — é quem se acidenta. Colocar um perfurocortante em saco plástico não é apenas erro de classificação; é transferir para outra pessoa um risco que era seu.

Onde termina a sua parte. "Nessa etapa, para vocês, é só até aqui: é só até a segregação." Na clínica-escola, quem recolhe o material e o leva ao abrigo é a equipe de limpeza da UFRJ. Mas a professora fez questão de mostrar o ciclo inteiro, e explicou por quê: "no dia em que vocês tiverem uma clínica própria, vocês precisarão conhecer todo esse ciclo".

QUATRO CONDUTAS RESOLVEM QUASE TUDO NA CLÍNICA-ESCOLA

Separe no momento e no local da geração · troque o saco do grupo A ao atingir dois terços, ou a cada 48 horas, mesmo com pouco volume · mantenha a caixa de perfurocortante montada, identificada e ao alcance da mão, nunca no chão · e saiba que tudo isso está descrito no PGRSS do serviço, disponível para consulta.

> "O dia a dia da clínica parece muito fácil, mas tem um bastidor por trás que é importante." Segregar leva dois segundos. Corrigir uma segregação errada custa dinheiro — e, às vezes, custa um acidente.

O QUE SE LEVA DESTA AULA

TEMA	O QUE VOCÊ DEVE SABER FAZER
Os cinco momentos	Nomear os cinco e dar um exemplo clínico de cada; dizer o que é a zona do paciente
A técnica	20–30 s com álcool a 70 % sem sujidade visível; 40–60 s com água e sabonete quando há; os três erros que anulam
O ciclo do manejo	Ordenar as etapas e dizer onde termina a sua responsabilidade na clínica-escola
Os grupos A a E	Classificar qualquer item da rotina odontológica, e dizer em que coletor vai
A conta	Explicar por que misturar comum e infectante aumenta o custo sem aumentar a segurança
O perfurocortante	Justificar o recipiente rígido pelo risco a quem vem depois
A norma	Dizer que a RDC 222 vale para o consultório; o que é o PGRSS; os seis números

PARTE 3

O que a RDC 222/2018 exige de você

A professora “simplificou bastante, puxando para dois pontos”, e citou a referência que estava no material da aula: a resolução da ANVISA, de 2018. “Vocês podem abrir uma clínica e precisam saber o que a normativa exige.” Em 28 de março de 2018 a ANVISA publicou a RDC nº 222, que substituiu a RDC 306, de 2004, e entrou em vigor 180 dias depois. Descumpri-la é infração sanitária.

Vale para o meu consultório? Vale. A norma alcança todos os geradores, públicos e privados, inclusive ensino e pesquisa, e cita expressamente os serviços de atenção à saúde humana ou animal. O consultório odontológico está ali, ao lado do hospital e do laboratório.

O coração da norma é o PGRSS. Todo serviço gerador precisa ter o seu; quem gera só resíduo comum pode substituí-lo por notificação à vigilância; um serviço novo tem 180 dias para apresentá-lo. Comprovantes, contratos e licenças ficam arquivados por cinco anos. A elaboração pode ser terceirizada — a responsabilidade, não.

Seis números valem decorar:

- **2/3**, o limite do saco;
- **48 h**, a troca do saco do grupo A, mesmo quase vazio;
- **24 h**, a troca do saco do grupo A quando o resíduo é de fácil putrefação;
- **3/4**, o limite do recipiente de perfurocortante;
- **180 dias**, o prazo do novo gerador;
- **5 anos**, a guarda dos comprovantes.

E quatro pontos que a odontologia não pode errar: a agulha não se reencapa nem se desconecta à mão; o amálgama e o mercúrio líquido vão para recipiente sob selo d’água; o revelador é tratado, podendo ser neutralizado a pH 7–9, e o fixador segue para recuperação da prata; EPI e vestimenta sem suspeita de contaminação podem ser manejados como grupo D.

Em uma frase: a RDC 222 pede um plano, um fluxo e a prova de que os dois existem. Quem faz a segregação certa à beira da cadeira já cumpre a parte mais visível dela.

PARTE 4

Ética e humanização, em um minuto

> *Que seja de uma forma tranquila. Atender como gostaria de ser atendido, com humanização, com respeito. São pessoas diferentes. É ética, né, Júlio?*
>
> PROFA. RENATA JORGE

> *Sem dúvida. Quando você cuida bem dos outros, você cresce interiormente também como pessoa. O seu paciente é uma grande oportunidade de você exercer empatia e cuidado.*
>
> PROF. JÚLIO VENTURA

> **Nota do editor.** Escrito a partir da gravação da aula (58 min 33 s), transcrita automaticamente e revisada, e das três pranchas do atlas didático de biossegurança. A gravação começa com a aula em andamento, no meio dos cinco momentos — os momentos 1 e 2 vêm da prancha, não da fala. Não constam da gravação, e por isso não estão aqui: o acidente com material biológico, a emergência médica na cadeira, e prontuário, TCLE e LGPD. As citações são das falas dos professores, limpas de repetição e hesitação, com o sentido preservado.

ADENDO

A norma que o Rio acrescenta

A RDC 222/2018 é federal e vale no país inteiro. Mas quem abre a porta de um consultório no estado do Rio responde, ainda, a uma norma própria — e é ela que a vigilância sanitária estadual cobra na visita.

No Rio de Janeiro...

...a norma federal não anda sozinha. Quem atende no estado responde também à **Resolução SES-RJ nº 1219, de 31/07/2015**, que fixa as Normas Técnicas dos estabelecimentos de assistência odontológica: ela deu 180 dias para todos se adequarem (Art. 2º) e fez do descumprimento uma infração sanitária (Art. 3º). A Norma Técnica anexa detalha o consultório — e os artigos abaixo são dela:

- **Ar tratado, com registro.** Cada ambiente precisa de ventilação ou climatização compatível (Art. 18). O ar-condicionado exige manutenção anual por empresa autorizada e — o que mais escapa — **filtros limpos toda semana, com a folha de registro à mão** (§§ 1º–2º). Ventilador não climatiza área crítica: na cadeira, ele só espalha aerossol.
- **Torneira que a mão não toca.** No mínimo um lavatório só para as mãos, na área clínica, e uma pia para os artigos, na área de esterilização — os dois com **torneira que dispensa o contato das mãos** e aerador (Art. 22).
- **Banheiro à parte.** O acesso ao sanitário não pode se dar através da sala clínica nem da área de esterilização (Art. 11, III).
- **Barreira onde a mão toca.** Dispositivo descartável, trocado a cada paciente, nas superfícies de contato: as alças e o interruptor do refletor, a seringa tríplice, o disparador do raio-X (Art. 29, IX).
- **Estufa, não.** A esterilização é por processo físico aprovado, e a **estufa tipo Forno de Pasteur está vedada** — o padrão é a autoclave a vapor (Art. 29, XIII). Ela se faz em área exclusiva, e escritório na sala clínica é vedado (Art. 10).
- **Tudo liso e lavável.** Piso, paredes e bancadas lisos, impermeáveis, laváveis e resistentes a saneantes; e o teto das áreas críticas, contínuo (Arts. 13, 15, 16 e 27).

Resíduo infectante fora do lugar já é, sozinho, infração sanitária (Art. 3º da Resolução).

> **Na prática.** Onde só há torneira de girar, como na Clínica da Vila, a exigência do acionamento sem as mãos se cumpre de um jeito simples: abre-se e fecha-se a torneira com um papel.

O TEXTO DA NORMA · EMENTA E ARTS. 1º–3º

Estabelece normas técnicas para estabelecimentos assistenciais de saúde odontológicos.

Art. 1º Estabelecer, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, as Normas Técnicas para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Odontológicos, constante no Anexo desta Resolução.

Art. 2º Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Odontológicos deverão promover as adequações necessárias ao integral cumprimento da presente Norma Técnica no prazo de 180 dias, a contar da data de sua publicação.

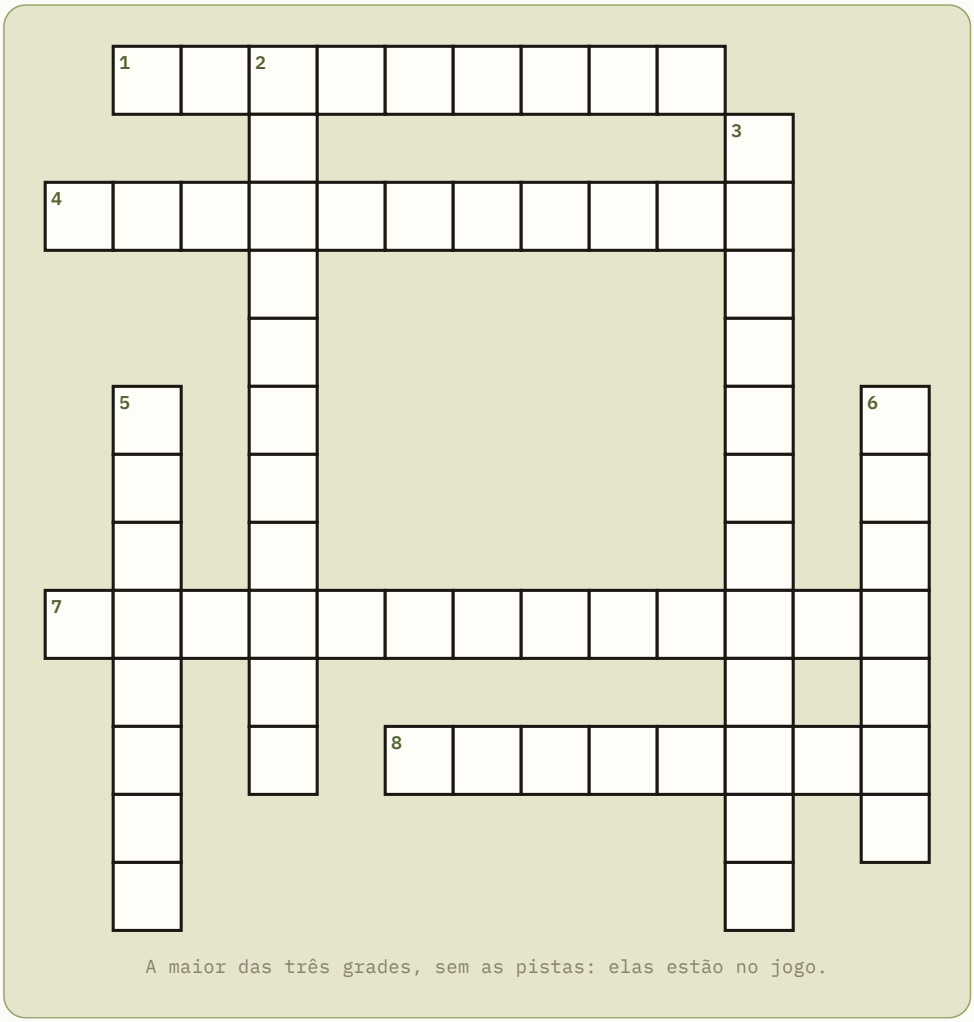
Art. 3º O não cumprimento dos dispositivos desta Norma configura infração sanitária, sujeitando o infrator às sanções previstas na Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

> **Fonte.** Resolução SES-RJ nº 1219, de 31/07/2015 (SES-RJ). Ementa e Arts. 1º–3º acima, na íntegra; os artigos técnicos são da Norma Técnica anexa. A íntegra da Resolução segue nas próximas páginas; confira a redação vigente antes de citar em processo.

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 2

A cruzada tem 23 palavras, em três grades que crescem; 16 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/02

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/02/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 15/10/2026.

O texto integral da **Resolução SES-RJ nº 1219, de 31/07/2015** — a norma estadual citada no adendo, reproduzida da publicação oficial. Vem primeiro o corpo da Resolução (Arts. 1º a 4º); em seguida, o **Anexo**, que é a Norma Técnica do consultório (Capítulos I a V).

Estabelece normas técnicas para estabelecimentos assistenciais de saúde odontológicos.

O Secretário de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando:

— que os arts. 264 e 265 do Decreto nº 1754, de 14.03.1978, conferem à Secretaria Estadual de Saúde, competência para expedir instruções e fornecer aos interessados todas as informações indispensáveis à instalação, ao registro e ao funcionamento das organizações que se proponham a exercer atividades, no Estado;

— que as ações de vigilância sanitária em estabelecimentos assistenciais de saúde odontológicos (EAS-Odontológicos) integram um conjunto de intervenções do poder público que visam à prevenção e o controle dos riscos relacionados a produtos e serviços de interesse à saúde e ao meio ambiente; e

— a necessidade de estabelecer regras básicas para a adequada instalação e funcionamento dos EAS-Odontológicos, bem como a necessidade de um instrumento de orientação tanto para as equipes de Vigilância Sanitária quanto para os profissionais que atuam nos serviços de Odontologia sediados no Estado do Rio de Janeiro;

Resolve:

Art. 1º Estabelecer, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, as Normas Técnicas para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Odontológicos, constante no Anexo desta Resolução.

Art. 2º Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Odontológicos deverão promover as adequações necessárias ao integral cumprimento da presente Norma Técnica no prazo de 180 dias, a contar da data de sua publicação.

Art. 3º O não cumprimento dos dispositivos desta Norma configura infração sanitária, sujeitando o infrator às sanções previstas na Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

Art. 4º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 31 de julho de 2015

FELIPE DOS SANTOS PEIXOTO

Secretário de Estado de Saúde

ANEXO · NORMA TÉCNICA

CAPÍTULO I — DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS E DO LICENCIAMENTO

Art. 1º Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Odontológicos (EAS-Odontológicos) poderão ser formalmente constituídos como pessoa jurídica ou como pessoa física, e só estarão habilitados a funcionar depois de concedida a Licença de Funcionamento pela autoridade sanitária competente.

§ 1º A Licença de Funcionamento requerida será concedida pela autoridade sanitária competente após o cumprimento das formalidades documentais e demais exigências de ordem técnica.

§ 2º Os EAS-Odontológicos constituídos como pessoa jurídica deverão requerer a renovação da Licença de Funcionamento anualmente.

Art. 2º Os requerimentos de Licença de Funcionamento, relativos aos EAS-Odontológicos organizados como pessoa jurídica, deverão ser obrigatoriamente instruídos com documento expedido pelo Conselho Regional de Odontologia do Estado do Rio de Janeiro, onde constem o nome e o número de inscrição do Responsável Técnico, e de uma declaração deste indicando o nome do Responsável Técnico Substituto e respectiva ciência do indicado.

Parágrafo único. Quando do desligamento do Responsável Técnico ou do seu substituto o fato deverá ser comunicado à autoridade sanitária, no prazo de 30 dias, indicando-se os nomes do novo responsável técnico e/ou seu substituto.

Art. 3º Todos os EAS-Odontológicos devem cumprir a legislação, de modo a proteger a vida, o meio ambiente, promover a saúde e reduzir os riscos advindos da atividade.

§ 1º A estrutura física deverá estar de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária RDC-ANVISA nº 50, de 20.02.2002, com as alterações contidas na RDC-ANVISA nº 307, de 14.11.2002 ou normas que as substituam, além das demais instruções normativas Federais, Estaduais e Municipais.

§ 2º O EAS-Odontológico deve obedecer às normas de Biossegurança de acordo com a legislação vigente e o conhecimento científico estabelecido.

§ 3º A quantidade de artigos e equipamentos disponíveis deve ser compatível com a demanda.

§ 4º Os registros dos pacientes devem estar acessíveis e organizados de acordo com as normas legais e os princípios da ética e da rastreabilidade.

Art. 4º A todos os trabalhadores envolvidos, direta ou indiretamente, com as atividades desenvolvidas pelo EAS-Odontológico deverão ser fornecidos:

I — programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os demais estabelecidos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), gratuitamente.

II — instruções sobre os riscos ocupacionais inerentes à sua atividade em conformidade com os programas de: Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

III — equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) adequados às condições do ambiente de trabalho e à atividade a ser desempenhada.

Art. 5º Os EAS-Odontológicos deverão disponibilizar aos pacientes os EPI compatíveis com as atividades executadas.

Parágrafo único. Os EAS-Odontológicos deverão manter informações quanto ao uso de EPI em local visível e em linguagem acessível para os pacientes.

CAPÍTULO II — REQUISITOS PARA CARACTERIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE - ODONTOLÓGICOS

Art. 6º Os EAS-Odontológicos caracterizam-se como estabelecimentos públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, organizados e equipados para realização de procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias do aparelho estomatognático.

Art. 7º Os EAS-Odontológicos classificam-se conforme sua configuração como:

I — Consultório Odontológico - EAS-Odontológico, constituído como pessoa física, sob responsabilidade de cirurgião-dentista regularmente inscrito no Conselho Regional de Odontologia, que comporta até 02 (dois) conjuntos de equipamentos odontológicos, dotado ou não de aparelhos de Raios - X, com sala de espera, local fechado e devidamente identificado para guarda de material de limpeza, área de esterilização, sanitário, podendo manter em anexo, oficina de prótese e/ou estar consorciado a outros serviços de saúde, com acesso independente da sala clinica.

II — Clínica Odontológica I - EAS-Odontológico constituído como pessoa jurídica, que comporta no máximo 03 (três) conjuntos de equipamentos odontológicos em salas independentes dotadas ou não de aparelho de Raios-X, com sala de espera, local fechado e devidamente identificado para guarda de material de limpeza, área de esterilização, instalações sanitárias, podendo manter em anexo laboratório de prótese e/ou estar consorciada a outros serviços de saúde, com acesso independente da sala clinica.

III — Clínica Odontológica II - EAS-Odontológico constituído como pessoa jurídica, com 04 (quatro) ou mais conjuntos de equipamentos odontológicos em salas independentes, sala de espera, sala de administração, instalações sanitárias exclusivas para paciente/acompanhantes e para funcionários, depósito de material de limpeza (DML), local para guarda de artigos, insumos, central de esterilização odontológica, vestiário de paramentação, dotados ou não de aparelhos de Raios-X, podendo manter em anexo laboratório de prótese e/ou estar consorciada a outros serviços de saúde, com acesso independente da sala clinica.

IV — Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico em Odontologia - EAS - Odontológico voltado para o auxílio diagnóstico, através da utilização de equipamentos de Raios-X, intra e extraorais e/ou equipamentos de digitalização de imagens, moldagens para confecção de modelos de gesso e fotografias, que deve possuir local para moldagem dos pacientes com equipo odontológico, área de esterilização, local adequado para desinfecção, lavagem de moldagens e vazamento de modelos de gesso, sala de espera, sala de administração, almoxarifado, instalações sanitárias exclusivas para pacientes/acompanhantes e funcionários, e procedimentos relacionados ao radiodiagnóstico em conformidade com a Portaria MS nº 453 de 01.06.1998 ou dispositivo que a substituir.

V — Unidade Odontológica de Ensino - EAS-Odontológico vinculado a instituição de ensino que ministra cursos de graduação, pós-graduação ou aperfeiçoamento, que presta assistência odontológica e desenvolve atividades pedagógicas, dispondo de áreas clínicas em conformidade com a presente norma e de salas de apoio para aulas teóricas, podendo manter em anexo laboratório de prótese.

VI — Unidade Odontológica Hospitalar - EAS-Odontológico localizado em unidade hospitalar que realiza atendimentos ambulatoriais, urgências e emergências, se utilizando da CME, recepção, instalações sanitárias, equipamentos e demais atividades de apoio da unidade hospitalar, e que se submete às recomendações da CCIH.

Parágrafo único. Os casos omissos deverão ser classificados por similaridade, considerando o que é expresso nesta norma.

Art. 8º A prestação de assistência odontológica temporária, realizada por profissionais habilitados fora do âmbito dos estabelecimentos anteriormente descritos, se inclui nas Modalidades Especiais de Assistência Odontológica, que podem ser desenvolvidas utilizando-se de:

I — Unidade Odontológica Móvel - EAS-Odontológico que presta assistência ambulatorial instalada em veículo automotivo ou veículo tracionado, dotado de conjunto de equipamento odontológico, compressor, reservatório para água tratada, ponto de água corrente para lavagem das mãos, bomba a vácuo para aspiração de secreções, coletores adequados para resíduos e materiais utilizados, armários dedicados para guarda de artigos estéreis, para guarda de insumos e para materiais de limpeza, e sistema de esgoto equipado com caixa coletora.

II — Unidade Transportável - EAS-Odontológico, provisório, instalado em locais previamente preparados de acordo com o que estabelece o art. 9º desta norma, destinado a prestar atendimento em caráter temporário.

III — Unidade Portátil - Equipamento portátil que possibilita a assistência odontológica a pacientes impossibilitados de se locomover.

Parágrafo único. As pessoas jurídicas ou pessoas físicas que utilizam os equipamentos de assistência descritos neste artigo se obrigam a solicitar Licença de Funcionamento para a sede, e a seguir as orientações de Biossegurança estabelecidas no Capítulo IV desta norma.

CAPÍTULO III — REQUISITOS ARQUITETÔNICOS DE CONFORTO E SEGURANÇA EM EAS - ODONTOLÓGICOS

Art. 9º Os imóveis ou empreendimentos imobiliários, destinados à prestação da assistência odontológica, devem estar de acordo com esta Norma Técnica e o Regulamento Técnico para Planejamento, Elaboração e Avaliação, de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - RDC-ANVISA nº 50, de 20.02.2002, com as alterações contidas na RDC-ANVISA nº 307, de 14.11.2002, ou norma que as substituam, além das demais instruções normativas Federais, Estaduais e Municipais.

Parágrafo único. Todos os EAS-Odontológicos, enquadrados no art. 7º, III e IV, terão que submeter, obrigatoriamente, seus projetos de construção, reforma ou ampliação à análise e aprovação da autoridade sanitária.

Art. 10. Os EAS-Odontológicos desobrigados da apresentação de projeto arquitetônico para construção ou reforma devem dispor, na sua configuração mínima de:

I — Recepção dotada de acomodações que ofereçam conforto aos usuários e acompanhantes, com dimensões que reservem um mínimo de 1,3 m² por pessoa.

II — Sala de atendimento clínico com dois ambientes, composta por uma área de atendimento com no mínimo 6,0 m², e área de esterilização com no mínimo 3,0 m².

III — Barreiras físicas entre as áreas, setores e ambientes de acordo com a necessidade expressa pelas atividades desenvolvidas.

§ 1º A área de Esterilização é destinada exclusivamente à lavagem, enxague secagem, acondicionamento e esterilização de artigos, devendo ser equipada com pia de lavagem e bancada.

§ 2º Na área de Esterilização poderá ser considerado o aproveitamento vertical da mesma, como área limpa, destinada a mobiliário para estocagem e guarda de artigos esterilizados.

§ 3º É vedado manter escritório na sala de atendimento clínico.

§ 4º Os sanitários deverão ter dimensões mínimas de acordo com o estabelecimento no Código Municipal de Obras.

Art. 11. Os acessos para pacientes, profissionais e acompanhantes devem possibilitar aos portadores de necessidades especiais a circulação no estabelecimento, sem ajuda de terceiros, sendo obrigatório que:

I — As portas de acesso a pacientes, inclusive de sanitários, tenham dimensões mínimas de 0,80 m de vão livre e 2,10 m de altura, e sejam equipadas com maçanetas do tipo alavanca;

II — As portas dos sanitários de pacientes devem abrir para fora do ambiente, ou permitir a retirada da folha pelo lado de fora, devem ser dotadas de fechaduras que permitam facilidade de abertura em caso de emergência, e de barra de apoio horizontal a 0,90 m. do piso;

III — O acesso aos sanitários não poderá ser efetuado através das salas clínicas, de esterilização ou de qualquer procedimento técnico.

Art. 12. Os EAS-Odontológicos, com quatro ou mais conjuntos de equipamentos odontológicos deverão dispor de uma Central de Esterilização Odontológica que abrigue sala limpa e sala suja contíguas, separadas por parede até o teto e, comunicadas através de guichê ou similar, ocupando área mínima de 13,0 m², assim distribuída:

I — Sala suja com no mínimo 4,80 m²;

II — Vestiário de barreira com no mínimo 3,0 m²;

III — Sala de preparo e esterilização com no mínimo 3,2 m²;

IV — Área de guarda de material esterilizado com no mínimo 2,0 m².

§ 1º A sala suja, destinada à recepção de materiais utilizados no atendimento clínico, deverá ser dotada de bancada, pia de lavagem e de guichê ou similar, para recebimento de materiais sujos.

§ 2º A sala limpa, destinada ao preparo, esterilização e guarda, deverá ser dotada de bancadas separadas em área de preparo, área de esterilização e guarda, guichê ou similar para passagem de materiais esterilizados, e ser acessada por vestiário de barreira para paramentação dotado de lavatório.

§ 3º Os EAS-Odontológicos com quatro ou mais conjuntos de equipamentos odontológicos deverão manter vestiário para paramentação dotado de lavatório, armários, dispensador de sabão líquido e toalheiro de papel.

Art. 13. Os materiais para revestimento de paredes e divisórias no EAS-Odontológicos deverão ser do tipo rígido, liso, impermeável, lavável e resistente aos produtos saneantes.

Art. 14. Quando houver mais de um equipamento odontológico instalado, deve haver separação entre os equipamentos com paredes ou divisórias com altura mínima de 2.10m.

Art. 15. Os pisos dos EAS-Odontológicos devem ser lisos, laváveis, impermeáveis e resistentes a produtos saneantes, devendo-se evitar reentrâncias na junção das paredes com o piso.

Art. 16. O teto, em áreas críticas, deve ser contínuo, lavável, impermeável e resistente a produtos saneantes.

Art. 17. A iluminação natural e/ou artificial deverá possibilitar boa visibilidade, sem ofuscamento ou sombras.

Parágrafo único. A iluminação artificial necessária aos ambientes onde os procedimentos clínicos são realizados deverá estar de acordo com as normas da ABNT-NBR 5413/1992, ou outras que venham a substituí-las.

Art. 18. Todos os ambientes devem ser dotados de ventilação ou climatização compatível com a demanda existente, em consonância com a Resolução - ANVISA nº 176, de 24.10.2000, Portaria GM/MS nº 3.523, de 28.08.1998, ABNT-NBR 7256/2005, ABNT-NBR 16401-1:2008, ABNT-NBR 16401-2:2008, ABNT-NBR 16401-3 ou outras que venham a substituí-las.

§ 1º É obrigatória a manutenção anual dos aparelhos de ar condicionado, por empresa autorizada, mantendo-se os devidos registros de manutenção.

§ 2º Os filtros dos aparelhos de ar condicionado deverão ser limpos uma vez por semana, mantendo-se os devidos registros de limpeza.

§ 3º Quando o EAS-Odontológico for dotado de sistema de climatização central, o mesmo deverá possuir programa de manutenção de acordo com a Portaria GM/MS nº 3523 de 28.08.1998 e demais legislações vigentes sobre a matéria ou dispositivo que venha a substituí-la.

Art. 19. Os refrigeradores utilizados para guarda de insumos ou materiais odontológicos deverão ser de uso exclusivo.

Art. 20. Os bebedouros não deverão ser instalados em áreas criticas e em sanitários/banheiros.

Art. 21. As persianas, painéis e películas de proteção no vidro das janelas, somente poderão ser instalados se constituídas de material metálico ou plástico, com superfícies lisas e resistentes à lavagem e ao uso de saneantes.

Art. 22. Os EAS-Odontológicos deverão dispor de no mínimo um lavatório exclusivo para lavagem das mãos dos profissionais na área clínica, e uma pia de lavagem de artigos na área de esterilização, ambos dotados de torneiras que dispensem o contato das mãos quando da abertura e fechamento da água, e equipadas com dispositivo aerador.

Art. 23. É vedada a utilização de sabão em barra e saboneteiras para higienização das mãos, permitindo-se somente o dispensador de sabão líquido fixado à parede.

Parágrafo único. O dispensador deverá sofrer limpeza mecânica a cada troca do produto ou quando se fizer necessário.

Art. 24. O compressor deverá ser instalado em área arejada, preferencialmente no meio externo, e de acordo com as legislações específicas vigentes.

Parágrafo único. Quando não houver essa possibilidade, será permitida a instalação do compressor na sala clínica, desde que atestada às condições de segurança de instalação por profissional habilitado.

Art. 25. As instalações prediais do estabelecimento deverão ser embutidas nas paredes ou, quando não for possível, protegidas por canaletas, de modo a facilitar a sua limpeza.

Art. 26. O sistema de refrigeração para pontas e abastecimento de água deverá ser em circuito fechado e dotado de sistema de autolimpeza.

Parágrafo único. Os reservatórios de água deverão ser de material inquebrável, transparente e de fácil acesso à inspeção.

Art. 27. As superfícies das bancadas deverão ser revestidas de material liso, impermeável, resistentes a saneantes.

Parágrafo único. Os armários sob bancadas deverão ser dotados de portas ou gaveteiros revestidos de material liso, impermeável e resistente a saneantes, sendo vedada a guarda de quaisquer materiais e/ou produtos de uso odontológico nos espaços sob cubas e lavatórios.

CAPÍTULO IV – MÉTODOS DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DE INFECÇÕES EM ODONTOLOGIA

Art. 28. Os EAS-Odontológicos classificados como Clínica Odontológica II devem implementar Fluxo Operacional para a Central de Esterilização Odontológica, para orientar a circulação de profissionais e de público, de modo a impedir o tráfego indesejado em áreas críticas e o cruzamento desnecessário de pessoal envolvido nas atividades assistenciais e de apoio.

Parágrafo único. Este Fluxo Operacional deverá ser apresentado em forma de "croquis" no momento da solicitação da Licença Inicial de Funcionamento.

Art. 29. Uso de Barreiras - Os EAS-Odontológicos, devem adotar medidas de biossegurança para reduzir os riscos de contaminação dos profissionais, pacientes, materiais e meio ambiente, tais como:

I – higienização de mãos - As mãos devem ser obrigatoriamente higienizadas, em lavatório distinto daquele usado para a lavagem dos instrumentais, nas seguintes situações:

a) Previamente a colocação de gorros, máscaras e protetor ocular;

b) Antes de vestir o jaleco e calçar as luvas;

c) Imediatamente após a retirada das luvas;

d) Em caso de contaminação acidental deverão ser seguidas as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde e/ou Secretarias Municipais e Estadual de Saúde.

II – lavagem das mãos com vistas a procedimentos não-cirúrgicos, quando se deve:

a) Retirar anéis, relógios e pulseiras;

b) Ensaboar as mãos e a metade dos antebraços por, no mínimo, 15 segundos;

c) Enxaguar em água corrente;

d) Secar com papel toalha.

III – lavagem das mãos com vistas à realização de procedimentos cirúrgicos, quando se deve:

a) Retirar anéis, relógios, e pulseiras;

b) Usar sabão anti-séptico;

c) Escovar, nesta ordem, unhas, dedos, palmas e dorso das mãos e antebraço, até o cotovelo;

d) Enxaguar em água abundante, respeitando a mesma seqüência empregada na escovação;

e) Secar com compressas estéreis;

IV – uso dos equipamentos de proteção individual obrigatórios para toda a equipe odontológica, tais como:

a) Gorro descartável;

b) Máscara descartável, com capacidade de filtração de partículas

c) Protetores oculares específicos para cada procedimento, utilizados pelos profissionais que estejam no campo operatório e pelo paciente.

V – Uso de luvas, seguindo as determinações:

a) Nos atendimentos não críticos deverão ser utilizadas luvas de procedimento, trocadas após atendimento de cada paciente ou quando danificadas;

b) Para procedimentos cirúrgicos será obrigatório o uso de luvas cirúrgicas estéreis;

c) Para limpeza e desinfecção de pisos e paredes deverão ser utilizadas luvas de borracha grossa com cano longo, especialmente destinadas para este fim que, após sua utilização, deverão ser higienizadas, desinfetadas, secas e armazenadas apropriadamente junto aos demais materiais de limpeza;

d) Para limpeza e desinfecção de superfícies de trabalho, equipamentos e instrumentais deverão ser utilizada luvas de borracha grossa, de cor diferente das destinadas à limpeza e desinfecção de pisos e paredes, com cano longo, especialmente destinadas para este fim que, após sua utilização, deverão ser higienizadas, desinfetadas, secas e armazenadas apropriadamente, junto aos demais materiais de limpeza;

e) Após tocar em superfícies alheias ao procedimento odontológico as luvas deverão ser retiradas e substituídas.

VI — Utilização de Aventais ou jalecos de mangas longas, punhos de elástico e comprimento de ¾ cobrindo os joelhos, observando que:

a) os aventais e jalecos sejam utilizados exclusivamente nas áreas clínica e de esterilização;

b) os aventais e jalecos devem ser trocados após cada intervenção cirúrgica;

c) na área de esterilização, deverá ser utilizado avental impermeável sobre o jaleco.

VII — calçados - Toda a equipe deve trabalhar com calçados fechados e impermeáveis, sendo vedado o uso de tamancos, sandálias e chinelos, conforme MT- NR6/1992 e MT- NR32/2005 ou outras normas que venham a substituí-las.

VIII — protetores auriculares - Uso obrigatório onde o nível de ruídos seja superior ao permitido.

IX — barreiras transitórias - Uso obrigatório de dispositivos descartáveis, substituídos após cada atendimento de paciente, nos equipamentos odontológicos e periféricos e em todas as superfícies onde, por razões ergonômicas, haja contato, voluntário ou não, durante as manobras do Cirurgião-Dentista e equipe, destinados a impedir a contaminação de superfícies específicas aqui exemplificadas:

a) Alças e interruptor do refletor;

b) Tubo alça e disparador dos Raios-X;

c) Pontas de alta e baixa rotação;

d) Seringas tríplices;

e) Haste de mesa auxiliar;

f) Ponta da mangueira do sugador;

g) Ponta do aparelho ultrassônico e jato de bicarbonato;

h) Ponta do fotopolimerizador ou laser;

i) Câmera intra-oral;

j) Película radiográfica;

l) Superfícies de apoio do campo operatório.

X — barreiras para proteção do contágio indireto - Compreende a desinfecção de superfícies e a desinfecção/esterilização de pontas e periféricos, observando-se que:

a) Deverá ser providenciada a troca das barreiras de proteção após o atendimento de cada paciente;

b) Materiais de uso não crítico são passíveis de procedimento de desinfecção de baixo nível;

c) Materiais de uso semi-crítico devem ser submetidos à desinfecção de alto nível;

d) Materiais de uso crítico devem ser submetidos à esterilização;

e) A limpeza e desinfecção do circuito de refrigeração através de Sistema de auto-limpeza, deverá ser realizada após cada atendimento de acordo com as especificações do equipamento;

f) A desinfecção e troca da proteção das pontas do sistema de sugadores ou ejetores de saliva, sangue e secreções deve ser feita após cada atendimento, realizando-se a aspiração de substâncias saneantes após procedimentos cruentos;

g) A limpeza e desinfecção de bancadas, mesas auxiliares e superfícies de contato deverá ser realizada após cada atendimento, empregando-se água, sabão e, no mínimo, desinfetante;

h) Na limpeza e desinfecção de pisos deverá ser realizada a varrição úmida sempre que necessário, empregando-se água, sabão e saneante para uso em superfícies;

i) A limpeza e desinfecção de pias e lavatórios deverão ser realizadas uma vez por dia, após o expediente de trabalho ou sempre que necessário, empregando-se água, sabão e saneante para uso em superfícies;

j) A limpeza de paredes deverá ser realizada uma vez por semana, ou sempre que necessário, empregando-se água, sabão e saneante para uso em superfícies;

k) Todos os produtos saneantes utilizados devem estar regularizados junto ao órgão sanitário competente.

XI — barreiras para redução de Aerossóis - Todo EAS-Odontológico deve implementar barreiras destinadas a evitar respingos e reduzir a geração de aerossóis, considerando como área crítica um raio de 1,5 m, tendo por centro o campo operatório, e adotando as seguintes providências:

a) Usar dique de borracha, sempre que possível;

b) Usar sugador adequado;

c) Evitar o uso de jato de água muito forte ao lavar o instrumental;.

d) Usar pia de lavagem dotada de cuba com um mínimo de 15 cm de profundidade e torneiras com dispositivo aerador;

e) Minimizar o uso dos jatos de ar e água da seringa tríplice dirigidos à boca do paciente.

XII — todo EAS-Odontológico deve promover a prevenção e o controle de contaminação por artigos críticos, semi-críticos e não críticos, garantindo que:

a) A limpeza seja rigorosa, podendo ser manual, com escovas plásticas de uso exclusivo, ou mecânica, utilizando-se equipamentos como lavadoras ultrassônicas ou termo desinfetadoras, e utilizando-se, preferencialmente de detergente enzimático para a lavagem do material;

b) O enxágue seja efetuado com água corrente potável;

c) A secagem seja executada com material adequado e limpo ou em equipamentos específicos de secagem;

d) As embalagens utilizadas para a esterilização sejam confeccionadas com material adequado a esta finalidade;

e) As embalagens de uso único utilizadas estejam autorizadas pelo órgão sanitário competente e sejam utilizadas conforme as instruções do fabricante;

f) As embalagens sejam identificadas, antes da esterilização, com a data e a validade da esterilização, a descrição do conteúdo quando necessário, e o nome do responsável pelo processamento do artigo.

XIII — esterilização executada por meio de processos físicos devidamente aprovados pelo órgão sanitário competente, observando-se que:

a) É vedado o uso de estufas tipo Forno de Pasteur para esterilização de artigos;

b) Quando se utilizar vapor saturado sob pressão (autoclaves) se levará em consideração o volume, tamanho, tipo e fluxo dos artigos submetidos ao processo de esterilização;

c) Os artigos submetidos à autoclavação deverão estar adequadamente embalados e dispostos de modo a garantir a livre circulação do vapor, e não deverão ocupar mais de 80% da capacidade volumétrica da câmara da autoclave;

d) Deverão ser afixadas junto aos equipamentos de esterilização as anotações da rotina diária de uso dos mesmos, com os respectivos horários de início e término de cada ciclo;

e) Depois de iniciado o ciclo de esterilização este não deverá ser interrompido sob nenhuma hipótese;

f) Todo o processo de esterilização deverá ser monitorado;

g) Deverão ser obedecidas as instruções fornecidas pelo fabricante dos equipamentos e artigos;

h) Os equipamentos de esterilização deverão possuir registro junto à autoridade sanitária competente;

i) Deverão ser adequadamente utilizados equipamentos de proteção individual como luvas de borracha com cano longo, avental impermeável, protetor ocular e máscaras, durante a execução da esterilização de artigos por processo físico.

XIV — esterilização executada por meio de produtos químicos devidamente aprovados pelo órgão sanitário competente, observando-se que:

a) Os Agentes Químicos utilizados como esterilizantes devem ter espectro de atividade desejada, ação rápida e irreversível, toxidade, e estabilidade adequadas à natureza do artigo a ser processado;

b) Os artigos, criteriosamente limpos e secos, deverão ficar totalmente imersos nos recipientes contendo o agente químico esterilizante de escolha;

c) Quando o artigo sob esterilização tiver áreas ocas deverá ser garantido que estas sejam totalmente preenchidas pelo agente químico;

d) O recipiente utilizado deve ser de material plástico resistente ao agente químico e dotado de tampa;

e) Deverão ser obedecidas as instruções descritas pelo fabricante do produto;

f) Deverão ser observadas, como inscrições obrigatórias nos rótulos dos produtos, o número de registro junto ao órgão competente de vigilância sanitária, a data de fabricação, o prazo de validade, o número do lote de fabricação, o nome do responsável técnico e o número de seu registro junto ao respectivo conselho profissional, e a identificação e endereço do fabricante;

g) Deverão ser adequadamente utilizados equipamentos de proteção individual como luvas de borracha com cano longo, avental impermeável, protetor ocular e máscaras com filtro químico, durante a execução da esterilização de artigos por processo químico.

Art. 30. Monitoramento de Processos: É obrigatório o monitoramento dos processos empregados na esterilização, mantendo-se os respectivos registros arquivados no estabelecimento, e observando-se que:

I — o monitoramento dos manômetros de leitura da pressão interna de autoclaves deverá ser diário, mantendo-se no local os devidos registros de tempo e temperatura de todos os ciclos executados;

II — todas as embalagens destinadas à esterilização deverão dispor de indicador químico externo de temperatura;

III — deverá ser realizado o monitoramento do processo através de indicadores biológicos, respeitando-se as recomendações expressas dos fabricantes, ao menos uma vez por semana, mantendo-se no local os respectivos registros;

IV — em caso de uso de autoclave do tipo auto vácuo, deverá ser realizado semanalmente teste de Bowie-Dick, mantendo-se no local os respectivos registros;

V — o EAS-Odontológico deverá dispor de contrato de manutenção preventiva e corretiva de seus equipamentos com empresa especializada habilitada, mantendo no local os respectivos registros de manutenção.

CAPÍTULO V – GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS ODONTOLÓGICOS

Art. 31. O EAS -Odontológico gerador do resíduo é responsável pelo seu gerenciamento até a disposição final do mesmo, e deverá implementar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) em conformidade com a Resolução da ANVISA/MS - RDC nº 306, de 07.12.2004, ou dispositivo legal que a substitua, observando que:

I — o requerimento de Licença de Funcionamento junto ao órgão sanitário deverá ser acompanhado de declaração assinada, datada e carimbada pelo responsável técnico explicitando os tipos de resíduos gerados, formas de segregação, acondicionamento e descarte, seguindo as normas vigentes, a qual deverá ser atualizada sempre que o EAS-Odontológico realizar obras de reforma ou ampliação;

II — o EAS-Odontológico deverá manter cópia do PGRSS no estabelecimento disponível para consulta da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral;

III — as empresas contratadas para executar a remoção e destinação final dos resíduos de saúde deverão dispor de credenciamento junto ente municipal responsável pela limpeza urbana e possuir licença de operação concedida pelo órgão estadual competente;

IV — os resíduos derivados do atendimento deverão ser segregados na fonte e acondicionados separadamente de acordo com a sua natureza;

V — os ambientes onde são gerados resíduos da assistência ao paciente deverão dispor de recipientes coletores adequados à recepção dos resíduos comuns, infectantes, perfurantes, cortantes, contundentes, e químicos, em quantidade e dimensões compatíveis com o volume gerado;

VI — as salas de recepção deverão dispor de recipientes coletores adequados à recepção de resíduos comuns;

VII — os resíduos potencialmente infectantes deverão ser acondicionados em recipientes adequados que evitem vazamentos, resistam às ações de punctura e ruptura, e disponham das informações e identificações estabelecidas nas normas específicas vigentes;

VIII — o acondicionamento de materiais pérfuro-cortantes não deverá ultrapassar o limite de enchimento de 2/3 do volume total do coletor utilizado;

IX — os coletores destinados a materiais pérfuro-cortantes deverão se instalar em suportes exclusivos, dispostos em altura que permita a visualização e facilite o acesso à abertura.

X — os resíduos químicos deverão ser acondicionados em recipientes adequados, com características físicas e químicas compatíveis, que evitem vazamentos, resistam às ações de punctura e ruptura, e disponham das informações e identificações estabelecidas nas normas específicas vigentes;

XI — resíduos de amálgama e restos de mercúrio devem ser acondicionados sob selo d'água em recipientes adequados, identificados com símbolo de risco associado, discriminação da substância e frases de risco, conforme estabelecido em norma específica vigente;

XII — o transporte interno dos resíduos ao abrigo temporário ou externo deverá ser realizado por pessoal especificamente treinado e devidamente protegido por EPI adequados.

Fonte: Resolução SES-RJ nº 1219, de 31/07/2015 (Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro), publicada no D.O. do Estado em 04/08/2015. Texto integral consultado em legisweb.com.br.

INFOGRÁFICO: Os cinco momentos das mãos

O roteiro de bolso da higienização — **quando a transmissão cruzada acontece** e onde a fricção das mãos a interrompe. A abordagem "Meus 5 Momentos" da OMS, na cadeira. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · OS CINCO MOMENTOS

ONDE HIGIENIZAR, E QUEM CADA UM PROTEGE

1 · Antes de tocar

Ao aproximar-se

Protege o **paciente** do que veio de fora. *Apertar a mão, posicionar na cadeira, o babador.*

2 · Antes do asséptico

Já na zona, sítio crítico

Protege o **paciente** no sítio crítico. *Anestesia, exodontia, sutura, endodontia.*

3 · Após fluidos

E sempre ao tirar a luva

Protege **você e o ambiente**. *Saliva e sangue, gaze usada, sugador.*

4 · Após tocar

Ao sair da zona

Protege **você e o ambiente**. *Ajudar a levantar, tomar o pulso, ir ao prontuário.*

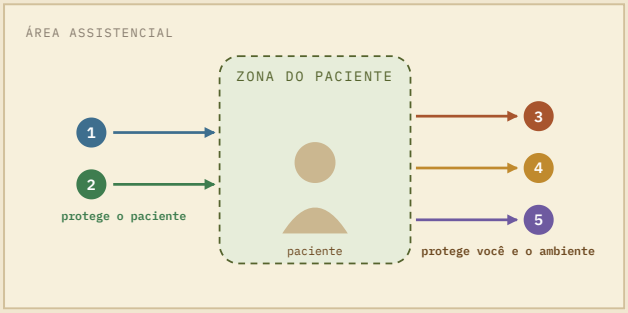
5 · Após superfícies

O mais esquecido

Protege **você e o ambiente**. *Bancada, refletor, equipo, seringa tríplice.*

2 · A ZONA DO PACIENTE

CRUZAR A FRONTEIRA É O GATILHO



A fricção acontece ao **cruzar a fronteira** da zona — entrando (1, 2) e saindo (3, 4, 5).

ENTRAR — MOMENTOS 1 E 2

Protegem o **paciente**: você chega e toca a zona (1) e, dentro dela, abre um sítio crítico (2). O que suas mãos trouxeram de fora não entra com você.

SAIR — MOMENTOS 3, 4 E 5

Protegem **você e o ambiente**: ao fim do contato e ao tirar a luva (3), ao deixar o paciente (4) e ao tocar as superfícies da zona (5) — mesmo sem ter tocado o paciente.

3 · COMO HIGIENIZAR

O TEMPO DECIDE A TÉCNICA

20 a 30 s · álcool

Fricção antisséptica com preparação alcoólica a **70%** — o padrão da rotina, sem sujidade visível.

40 a 60 s · água

Água e sabonete líquido, obrigatório com sangue, fluidos, sujidade visível e após o sanitário.

7 passos

Palma, dorso, entre os dedos, polegares, pontas e punhos — e secagem com papel-toalha.

4 · A LUVA E A MÃO

UMA NÃO DISPENSA A OUTRA

ANTES DE CALÇAR

Higienize e deixe **secar** antes da luva — a luva sobre a mão contaminada leva a sujeira para dentro e não protege ninguém.

DEPOIS DE TIRAR

Higienize **sempre** ao descalçar: a luva tem microfuros e a mão transpira dentro dela — é o momento 3. A luva reduz, não elimina.

5 · ERROS QUE ANULAM A TÉCNICA

A LUVA NÃO SUBSTITUI A MÃO

- Usar a **luva como substituta** da higienização — ela reduz, mas não elimina a contaminação das mãos.
- **Anéis, pulseiras, relógio** e unhas longas ou esmaltadas: guardam microrganismos que a fricção não alcança.
- Tocar **prontuário, celular ou maçaneta** com a mesma luva do atendimento.

Fontes: Souza, Weber Sobrinho & Tipple (2021), adaptado de WHO (2009; 2012) e OMS (2014) — *Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos*. Os tempos e os passos seguem a Anvisa e a OMS; o julgamento do momento é seu, a cada gesto na cadeira.

INFOGRÁFICO: Resíduos em serviços de saúde

O que a clínica gera e para onde cada resíduo vai. **A segregação correta é decisão do gerador**, feita no momento e no local da geração — e define risco, logística e custo. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · OS CINCO GRUPOS

RDC ANVISA Nº 222/2018 · CADA UM TEM A SUA COR

A · Infectante

Biológico

Gaze e algodão com sangue ou saliva, luvas e sugadores usados, dentes, agulhas de sutura. *Saco branco leitoso.*

B · Químico

Perigo químico

Amálgama, revelador e fixador, resina não polimerizada, remédio vencido. *Recipiente rígido, estanque.*

C · Radioativo

Rejeito

Radionuclídeos. Quase ausente — o raio X convencional **não** gera grupo C.

D · Comum

Sem contato

Papel, plástico, copo sem sangue ou saliva; restos de alimento. *Coleta municipal.*

E · Perfurocortante

Fere quem manuseia

Agulha (sem reencape), lâmina, lima, broca, ampola e tubete de vidro. *Caixa rígida.*

O PERFUROCORTANTE É RÍGIDO POR UM MOTIVO

Saco plástico não contém a agulha: quem manuseia depois — a equipe de limpeza, o coletor — é quem se acidenta. **Proibido reencapar ou desconectar agulha à mão** (art. 89); a caixa fica junto à cadeira e troca-se a **3/4** (art. 87).

2 · O CICLO DO MANEJO

DA GERAÇÃO À DISPOSIÇÃO FINAL · 1 A 4 SÃO SEUS, À BEIRA DA CADEIRA

1. **Geração** — o resíduo nasce no atendimento
2. **Segregação** — separar na origem
3. **Acondicionamento** — o saco ou coletor certo
4. **Identificação** — símbolo, cor e grupo
5. **Coleta interna**
6. **Armazenamento**
7. **Transporte**
8. **Tratamento**
9. **Disposição final**

As **quatro primeiras** dependem de você, na cadeira; as demais são da equipe de limpeza, da prefeitura ou da empresa contratada — mas seguem sob a responsabilidade do gerador, formalizada no **PGRSS**.

3 · SEGREGAR CERTO TEM CUSTO — E ECONOMIA

SEPARAR NA ORIGEM É DECISÃO DE QUEM GERA (ART. 11)

QUEM LEVA CADA UM

Grupo D sai na coleta pública municipal — você não paga por quilo. **Grupos A e E** exigem empresa licenciada, com tratamento (incineração ou autoclavagem) antes da disposição final.

NA CLÍNICA-ESCOLA

Saco do grupo A trocado a **2/3** ou a cada **48 h**, mesmo com pouco volume (art. 14). Tudo está descrito no **PGRSS** do serviço, disponível para consulta (art. 9º).

4 · ACONDICIONAR E IDENTIFICAR

O SACO CERTO, A COR CERTA, O RÓTULO CERTO

OS SACOS

Branco leitoso para o grupo A sem obrigação de tratar, e todo rejeito já tratado (art. 15); **vermelho** quando a regra local mandar tratar tudo (art. 16). Trocados a **2/3**, nunca esvaziados ou reaproveitados (art. 13 §2º).

O COLETOR E O RÓTULO

Coletor liso, lavável, resistente à punctura, com **tampa de abertura sem contato manual** (art. 17). **Identificação impressa** em sacos e coletores — o adesivo é vedado; o grupo D é dispensado (art. 22).

5 · ERROS COMUNS NA CLÍNICA

O QUE INFLA A CONTA E O RISCO

- **Tubete de anestésico ou ampola** no saco branco — é **grupo E**, vai na caixa rígida.
- **Papel-toalha e embalagem limpos** no infectante: inflam o volume de risco e a fatura, sem ganho de segurança.
- Caixa de perfurocortante **além de 3/4**, ou longe da cadeira.
- Saco cheio **além de 2/3**, ou sem identificação impressa — o adesivo é vedado (art. 22).

Fontes: RDC ANVISA nº 222/2018 (boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde) e Resolução CONAMA nº 358/2005. A segregação e a destinação seguem a norma; a conferência do PGRSS do serviço é o passo local.

INFOGRÁFICO: RDC ANVISA nº 222/2018

A norma das Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. **Alcança o consultório como alcança o hospital** — e cobra do gerador um plano, um fluxo e prova de que ambos existem. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · A LINHA DO TEMPO

DE ONDE VEM, E DESDE QUANDO OBRIGA

2004
A **RDC 306** regia os resíduos — revogada por esta (art. 92).

28·03·2018
RDC 222 publicada no DOU de 29/03/2018.

+ 180 dias
Entrada em vigor, conforme o art. 95.

hoje
Descumprir é **infração sanitária** (art. 94, Lei 6.437/1977).

2 · A QUEM SE APLICA

ARTS. 1º E 2º

ENTRA

Todo gerador de RSS, público ou privado, inclusive ensino e pesquisa. O **consultório e a clínica odontológica** entram com hospitais e laboratórios; e farmácias, estética, tatuagem e piercing.

FICA DE FORA

Fontes radioativas seladas (CNEN) e indústrias sob vigilância sanitária, com regras próprias. Desde **2018** a RDC 222 substitui a antiga RDC 306/2004.

3 · O PGRSS

O DOCUMENTO QUE A FISCALIZAÇÃO PEDE PRIMEIRO · ARTS. 5º A 10

- **Todo serviço gerador precisa ter** — só quem gera apenas grupo D substitui o plano por notificação à vigilância (art. 5º).
- **Novo serviço tem 180 dias** para apresentá-lo, contados do início do funcionamento (art. 5º §3º).
- **Descreve** a quantidade por grupo, o manejo, as emergências, o controle de vetores e a capacitação (art. 6º).
- **Guardado por 5 anos** e disponível a fiscais, equipe e pacientes; a responsabilidade é do gerador, mesmo se terceirizar (arts. 6º P.Ú., 7º, 9º e 10).

4 · OS NÚMEROS QUE A NORMA FIXA

DECORE ESTES SEIS

2/3
LIMITE DE ENCHIMENTO DO SACO (ART. 13 §1º)

48 h
TROCA DO SACO DO GRUPO A, MESMO QUASE VAZIO (ART. 14)

24 h
SE O RESÍDUO FOR DE FÁCIL PUTREFAÇÃO (ART. 14 P.Ú.)

3/4
TROCA DO RECIPIENTE DE PERFUROCORTANTE (ART. 87)

180
DIAS DO NOVO GERADOR PARA APRESENTAR O PGRSS (ART. 5º §3º)

5
ANOS DE GUARDA DOS COMPROVANTES (ART. 6º P.Ú.)

5 · NA CADEIRA ODONTOLÓGICA

O QUE A ODONTOLOGIA NÃO PODE ERRAR

- **Agulha:** proibido reencapar ou desconectar à mão; só com dispositivo de segurança (art. 89).
- **Mercúrio e amálgama:** recipiente sob selo d'água, destinado à recuperação (art. 69).
- **Revelador e fixador:** revelador neutralizado a pH 7–9 antes do esgoto; fixador para a recuperação da prata (arts. 66 e 67).
- **Identificação impressa** em sacos e coletores — o adesivo é vedado; o grupo D é dispensado (art. 22).

6 · SEGURANÇA OCUPACIONAL

ARTS. 90 E 91 · TAMBÉM QUEM PASSA POUCO TEMPO

SAÚDE DE QUEM MANEJA

Avaliação periódica de saúde ocupacional dos trabalhadores, com registros mantidos pelo serviço. O programa cobre segregação, símbolos e cores, coletores, EPI e EPC, e a conduta em acidentes.

EDUCAÇÃO CONTINUADA

Permanente e para todos os envolvidos no manejo, inclusive quem atua temporariamente — o estagiário entra aqui. Comprovar a capacitação é item do próprio **PGRSS** (art. 6º, IX e X).

Fonte: BRASIL. ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada — RDC nº 222, de 28 de março de 2018 (DOU de 29/03/2018). A destinação final também é regida pela Resolução CONAMA nº 358/2005. Descumprir é infração sanitária (art. 94 da Lei 6.437/1977).

CAPÍTULO

3

Exame clínico e anamnese

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Queixa principal Assoalho **Anamnese**
Tabaco **Sete atributos** Palpação **Mucosa** *Extrabucal*
Exame clínico Hipótese **Minuto de ouro**
Conduta **Carcinoma** Eritroplasia **Língua**
Régua das duas semanas Leucoplasia **Lesão** Orofaringe
Pressão arterial



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 3

Abre a Boca, Me Conta

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · MPB bossa

OUÇA

musicplay.club/estagio/SFT

Você veio por causa de um dente,
eu vou olhar a boca inteira.
Não é curiosidade da gente:
é que a queixa às vezes mente.

Me conta desde quando dói,
se acorda de noite ou não,
se piora com frio, com doce,
se passa com um comprimido na mão.

Abre a boca, me conta,
que eu escuto antes de olhar.
Metade do diagnóstico
tá no que você vai falar.
Abre a boca, me conta,
devagar, do seu jeito, no seu tom.
Quem pergunta na ordem certa
não precisa de chute nem dom.

Bochecha, língua, o céu da boca,
o que ninguém pediu pra ver.
Uma mancha que não incomoda
é a que a gente tem que conhecer.

Anoto o que você me contou
com a sua palavra, não a minha.
O prontuário não é redação:
é a prova de que alguém te ouviu.

Abre a boca, me conta,
que eu escuto antes de olhar.
Metade do diagnóstico
tá no que você vai falar.
Abre a boca, me conta,
devagar, do seu jeito, no seu tom.
Quem pergunta na ordem certa
não precisa de chute nem dom.

“Tá doendo faz quanto tempo?”
“Ah, faz um tempinho.”
Um tempinho não é diagnóstico. Pergunta de novo.

Abre a boca, me conta.
Eu tenho tempo pra ouvir.

Exame clínico e anamnese

Metade do diagnóstico chega pela boca do paciente, não pela sua. A outra metade está na parte da boca que ele não veio mostrar. Este capítulo é sobre as duas: a **ordem das perguntas**, que decide se a consulta rende, e a **rota do exame**, que decide o que se acha.

> O QUE ESTE CAPÍTULO É
>
> O conteúdo da aula, escrito para ser lido **antes** dela — e relido depois. Traz o conteúdo, os exemplos que o fundamentam e as fontes onde eles pesam.

> O QUE ESTA AULA DECIDE
>
> Se você vai gastar a consulta inteira perguntando e chegar ao mesmo lugar — ou perguntar em ordem, sobrar tempo, e examinar a boca toda.

> O QUE VALE ESCREVER ANTES DE LER
>
> Uma sequência de anamnese na ordem em que você perguntaria, três perguntas que abrem sem induzir a resposta, e uma imagem de lesão de mucosa que você não saberia nomear. É com esse material que as Partes 1, 2 e 5 rendem.

PARTE 1

A consulta tem uma ordem, e ela não é negociável

A anamnese não é o preenchimento de uma ficha antes da parte importante. Ela **é** a parte importante. Em ambulatório de clínica médica, a história clínica sozinha já apontava o diagnóstico correto em **76%** dos casos (Peterson, 1992); numa série de cardiologia, a carta do clínico geral mais a história bastaram em **82%** (Hampton, 1975). O exame físico e os complementares confirmavam e refinavam. Não há número equivalente consagrado para a odontologia, mas o mecanismo é o mesmo: dor, sangramento, ardência, mobilidade e "um caroço que apareceu" têm histórias diferentes umas das outras, e é a história que as separa antes de a sonda tocar o dente.

O que estraga a anamnese quase nunca é falta de conhecimento — é falta de **sequência**. Perguntar na ordem em que as perguntas caem na cabeça faz três estragos de uma vez: você repete, você esquece justamente o que mudaria a conduta de hoje, e você chega ao exame sem tempo. A ordem abaixo é a da semiotécnica clássica, e ela existe para poupar a sua memória.

Repare no lugar dos exames complementares: **no fim**. Radiografia, teste de vitalidade e biópsia servem para confirmar uma hipótese que já existe — não para procurá-la. Quem pede exame antes de ter hipótese está terceirizando o raciocínio, e o exame vai devolver achados que não sabe interpretar.

AS DEZ ESTAÇÕES

#	A ESTAÇÃO	O QUE SE FAZ NELA
1	**Identificação**	Nome, idade, ocupação, onde mora. Ocupação e endereço já são dado clínico na atenção básica.
2	**Queixa principal**	Nas palavras dele, **entre aspas.** Uma pergunta aberta e a boca fechada até ele parar.
3	**História da doença atual**	Os sete atributos do sintoma — Parte 2. Aqui a pergunta passa a ser dirigida.
4	**Saúde geral**	Doenças, desde quando, controladas como. Internações, cirurgias, radioterapia.
5	**Medicamentos e alergias**	Peça a caixa ou a foto da receita. A que é alérgico e **o que aconteceu**.
6	**História odontológica**	Último atendimento, o que já foi feito, o que correu mal, o medo que ficou.
7	**Hábitos e vida**	Tabaco e álcool em quantidade e tempo, dieta, higiene, bruxismo, exposição ao sol.
8	**Exame extrabucal**	Começa no aperto de mão: face, pele, linfonodos, ATM, glândulas.
9	**Exame intrabucal**	A rota fixa da mucosa — e só então os dentes, um a um, e o periodonto.
10	**Hipótese e plano**	A única estação em que se decide alguma coisa. É aqui que entram os complementares.

PARTE 1 · CONTINUAÇÃO

O minuto de ouro

Há um dado incômodo e bem medido sobre a estação 2. Em 112 consultas gravadas, de atenção primária e de especialidades, o profissional **sequer perguntou** a que o paciente tinha ido em 64% delas; nas **36%** em que perguntou, interrompeu em dois terços dos casos, depois de **onze segundos** em mediana. Só **12%** dos pacientes chegaram ao fim da própria frase. O contraponto é igualmente medido: quando não se interrompe, a fala espontânea dura em média **92 segundos** — mediana de 59 —, e **78%** terminam em menos de dois minutos.

A conta é simples. A interrupção não economiza tempo — ela empurra a informação para o fim da consulta, quando já não há o que fazer com ela. É o famoso “ah, doutor, e tem outra coisa...” dito com a mão na maçaneta. Noventa segundos de silêncio seu, no começo, compram a consulta inteira.

Duas regras práticas fecham a estação. A primeira: anote a queixa **entre aspas**, nas palavras do paciente. “Dói quando eu tomo água gelada” não é a mesma coisa que “sensibilidade” — a segunda já é um diagnóstico disfarçado de relato, e contamina tudo o que vier depois. A segunda: antes de sair da estação 2, pergunte **“tem mais alguma coisa?”**. É essa pergunta que faz aparecer a segunda queixa, que com frequência é a de verdade.

A PERGUNTA QUE ABRE E A PERGUNTA QUE JÁ TRAZ A RESPOSTA DENTRO

ABRE — E NÃO INDUZ	INDUZ — E CONTAMINA O DADO
“O que trouxe o(a) senhor(a) aqui hoje?”	“Veio por causa desse dente aqui, né?”
“Me conta como isso começou.”	“Começou depois que quebrou, foi?”
“Como é essa dor?” — e cale-se.	“Dói quando toma gelado?”
“Tem mais alguma coisa?”	“Então é só isso, né?”
“Quantos cigarros por dia, e desde quando?”	“Fuma muito?” — **muito** é seu, não dele.
“Quantas vezes por dia o(a) senhor(a) consegue escovar?”	“Escova três vezes por dia, não escova?”
“Me mostra a caixinha dos remédios que toma.”	“Toma algum remédio?” — quase sempre volta “não”.

> E no fim, o **teach-back**: “me explica, com as suas palavras, o que a gente combinou hoje”. Não é gentileza — é o único jeito de saber se a orientação chegou. Vale especialmente onde a escolaridade do território é heterogênea.

PARTE 2

Todo sintoma tem sete atributos

A estação 3 é onde a pergunta deixa de ser aberta e passa a ser **dirigida**. O roteiro é o mesmo da semiologia médica clássica e serve a qualquer sintoma — dor, ardência, sangramento, aumento de volume. Aplicado à dor, ele resolve sozinho boa parte do diagnóstico diferencial da próxima folha.

ATRIBUTO	A PERGUNTA	O QUE ELE SEPARA
Localização	“Mostre com um dedo onde dói.”	Localizada × difusa; irradiação
Qualidade	“É latejante, pontada, choque, peso?”	Pulpar × periodontal × neuropática
Intensidade	“De 0 a 10, quanto foi a pior?”	Urgência real × urgência sentida
Cronologia	“Começou quando? Dura quanto? Volta com que frequência?”	Segundos × minutos × horas; aguda × crônica
Desencadeante	“O que faz começar: frio, calor, doce, mastigar, deitar?”	Reversível × irreversível; dentária × não dentária
Alívio e piora	“O que melhora? Tomou remédio? Resolveu?”	Resposta a analgésico e ao frio
Associados	“Veio inchaço, febre, gosto ruim, dormência, sangramento?”	Infecção instalada; sinal de alarme

> **Um atributo que não é rotina:** dormência de lábio ou mento sem anestesia recente. Não entre nessa como quem anota mais um dado — é bandeira vermelha, e volta na Parte 5.

PARTE 2 · CONTINUAÇÃO

Oito dores que o paciente chama de “dor de dente”

Este é o exemplo que fundamenta a Parte 2, e o que mais se usa na unidade. As linhas abaixo se distinguem **antes de qualquer exame**, só pelos atributos da folha anterior. O exame entra depois, para confirmar — e a coluna da direita diz exatamente o que confirmar. **A última linha não é dor de dente e não se investiga na cadeira.**

O QUE ELE CONTA	HIPÓTESE	O QUE CONFIRMA
Dói com frio ou doce e **passa em segundos** quando tira o estímulo. Não sabe dizer o dente.	**Pulpite reversível**	Teste térmico com resposta breve; cárie ou retração; percussão negativa
Dói **sozinho**, latejando, piora com calor e ao deitar, dura minutos a horas, tira o sono.	**Pulpite irreversível**	Resposta térmica prolongada; às vezes alívio com frio
“Não posso **encostar** o dente.” Aponta com o dedo. Dói ao mastigar.	**Periodontite apical**	Percussão vertical positiva; imagem periapical **quando já houver** — na fase aguda a radiografia pode ser normal
Inchou, dói pulsando, o dente “cresceu”, sente mal-estar ou febre.	**Abscesso**	Edema, mobilidade, linfonodo doloroso; drenagem, e antibiótico quando há sinal sistêmico
Dói ao acordar, do lado do rosto; cansa mastigar; range à noite; estalo ao abrir.	**Disfunção temporomandibular**	Palpação de masseter e temporal; amplitude de abertura; **sem** achado dentário
Doem **vários** molares superiores do mesmo lado; piora ao abaixar a cabeça; nariz entupido.	**Sinusite maxilar**	Percussão difusa em vários dentes; vitalidade preservada; história de gripe
Pontada aguda **ao soltar** a mordida, não ao morder. Dente sem cárie.	**Dente trincado**	Teste de mordida com cunha, dente a dente; vitalidade e radiografia normais; transiluminação
Dor em mandíbula ou dentes que **vem com o esforço** e passa com o repouso; aperto no peito, falta de ar, suor, náusea.	**Origem cardíaca**	**Nenhum achado dentário.** Mais comum em mulheres e diabéticos. É **emergência**: interrompa, chame a equipe, acione o SAMU

O gesto do paciente vale um exame. Quem localiza o dente com a ponta do dedo tem, quase sempre, dor com componente periodontal ou periapical — o ligamento periodontal tem propriocepção, então a boca sabe o endereço. Quem passa a mão espalmada pelo lado do rosto e não consegue dizer o dente tem dor pulpar, que não localiza, ou dor que não é dentária. O gesto é gratuito, acontece nos primeiros trinta segundos e já divide a mesa ao meio.

E a regra que evita a exodontia errada: dente sem cárie, sem trinca, com vitalidade normal e percussão negativa **não é a origem da dor** — por mais que o paciente insista, e por mais que ele peça para tirar. Aqui a resposta certa é não tratar e investigar, e explicar isso ao paciente é parte do atendimento, não um desvio dele. **Faltam duas na tabela:** pericoronarite de terceiro molar — trismo, halitose, capuz inflamado — e o abscesso **periodontal**, que drena pelo sulco e cujo dente responde ao teste de vitalidade, ao contrário do periapical.

PARTE 3

Anamnese dirigida na atenção básica

Na clínica-escola o paciente vem para o **seu** procedimento. Na atenção básica ele é da equipe: você entra num cuidado que já estava em curso e que continua depois que você for embora. Três consequências práticas, e nenhuma delas é teórica.

O prontuário já sabe. Pressão, glicemia, medicações em uso, gestação, vacinas — a equipe já registrou no **e-SUS APS**, cuja tela é o PEC, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (onde não há PEC, as fichas CDS em papel fazem o mesmo papel). A sua pergunta ali é **conferência**, não descoberta, e conferir leva um terço do tempo. Comece pelo que está escrito e pergunte o que falta.

O território responde antes do paciente. O agente comunitário de saúde conhece a casa, a família e quem falta à consulta. Uma pergunta à equipe economiza dez ao paciente — e explica a adesão que, sem esse contexto, você leria como desleixo.

Afira a pressão. O aparelho está na unidade. Antes de anestésico com vasoconstritor, o número aferido hoje vale mais do que qualquer "sou hipertenso, mas está controlado". Isso volta inteiro no capítulo de risco sistêmico.

O NÚCLEO DURO — SE O TEMPO ACABAR, ESTAS SETE NÃO PODEM FALTAR

#	PERGUNTA	POR QUE MUDA A CONDUTA DE HOJE
1	**Alergia — a quê, e o que aconteceu**	"Alergia a anestésico" costuma ser lipotimia ou taquicardia pela adrenalina; isso se apura, não se presume. Látex e AINE entram aqui.
2	**Medicamentos em uso**	Procure ativamente **anticoagulante e antiagregante**, **bifosfonato e denosumabe**, corticoide, imunossupressor, anti-hipertensivo.
3	**Doenças**	Hipertensão, diabetes, cardiopatia, doença renal, hepatopatia, coagulopatia, epilepsia, asma — e desde quando, e controlada como.
4	**Gestação**	Pergunte a toda mulher em idade fértil, e o trimestre. Não pergunte na frente do acompanhante.
5	**Radioterapia de cabeça e pescoço**	Muda tudo em exodontia, hoje e pelo resto da vida. Vem junto com quimioterapia e cirurgias prévias.
6	**Tabaco e álcool**	Quantidade e tempo, sem juízo de valor. É o principal fator de risco da Parte 5 — e a resposta não morre na ficha: **aconselhamento breve para cessação** e ensinar o **autoexame de boca** são atribuição sua, hoje.
7	**"Já aconteceu algo antes?"**	Sangramento após extração, mal-estar na cadeira, desmaio. A melhor previsão do que vai acontecer é o que já aconteceu.

O ERRO CLÁSSICO DO ESTÁGIO

Olhar só o dente da queixa. O paciente veio por causa de um dente; a unidade tem fila; o aluno abre a boca, encontra a cárie que explica a dor e fecha. Tudo o que este capítulo ensina das Partes 4 e 5 mora justamente no que ele não olhou.

ENTRA NO PRONTUÁRIO

A queixa entre aspas · o que você viu e **mediu** (“úlcera de 8 mm em borda lateral direita de língua, bordas planas, base mole, dolorosa, há 6 dias”) · o que você perguntou e ele **negou** · o que foi orientado e o retorno marcado, com data · o que o paciente recusou, e que foi informado do risco · e **“exame de mucosa sem alterações”, com data**, que é o que torna comparável a lesão do ano que vem e a única prova de que a rota de dois minutos foi feita.

NÃO ENTRA

Juízo de valor (“paciente descuidado”, “não colabora”) · diagnóstico no lugar do relato · abreviação que só você entende · foto de lesão sem consentimento registrado, ou em celular pessoal fora do que a unidade autoriza · nome de paciente em grupo de mensagens, nem as iniciais.

A BASE

Elaborar e manter o prontuário é dever ético — Código de Ética Odontológica, Resolução CFO-118/2012 — e o sigilo é do paciente, não seu. Dado de saúde é dado sensível na Lei 13.709/2018 (LGPD). O sigilo no território está no Capítulo 1 (Parte 8); o que se escreve, nos quadros acima. E o registro que vale é o **da unidade**: ficha solta na pasta do aluno não é prontuário.

PARTE 4

O exame físico: a rota é sempre a mesma

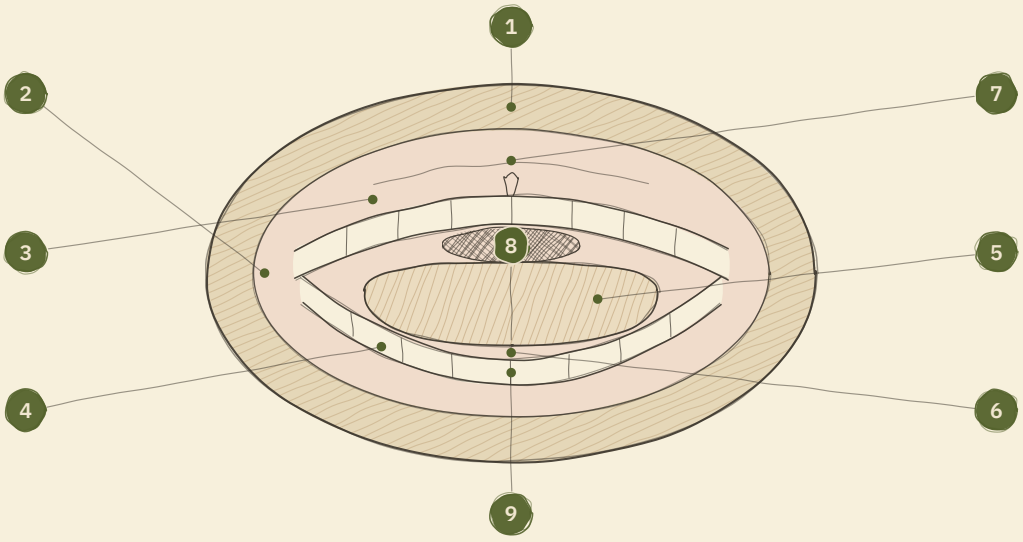


Figura 1 — A rota fixa do exame intrabucal. Fazer sempre na mesma ordem é o que garante que nenhuma parada seja pulada no dia em que a agenda estiver cheia — e o dia cheio é justamente o dia em que se pula.

1. **Lábios** — everta o superior e o inferior; olhe o vermelhão
2. **Mucosa jugal** — os dois lados, e o ducto da parótida
3. **Fundo de sulco** — superior e inferior, de trás para a frente
4. **Gengiva e rebordo** — vestibular e lingual, com a prótese fora
5. **Língua** — dorso e as duas bordas laterais tracionadas com gaze
6. **Ventre e assoalho** — língua ao palato, e palpação bimanual
7. **Palato duro e mole** — inclusive sob a prótese
8. **Orofaringe** — pilares, tonsilas, parede posterior
9. **E só então os dentes** — um a um, e o periodonto

O EXTRABUCAL, QUE É A PARTE QUE SE PULA

#	A PARADA	O QUE SE PROCURA
1	**Inspeção geral e pele**	Assimetria, aumento de volume, marcha, fala, fácies. E a pele exposta: lábio inferior e face de quem trabalha ao sol é onde a queilite actínica e o carcinoma de lábio aparecem — e em território de trabalho ao ar livre isso tem endereço.
2	**Cadeias linfonodais**	Submentual, submandibular, cervical, occipital, supraclavicular. Descreva tamanho, consistência, mobilidade e dor. **Doloroso, macio e móvel** fala de infecção; **endurecido, aderido e indolor** é sinal de alarme.
3	**ATM e músculos**	Palpe em repouso e na abertura; ouça estalo e crepitação; **meça a abertura entre incisivos — o normal fica entre 40 e 55 mm, e abaixo de 35 mm é limitação**; palpe masseter e temporal. Boa parte da "dor de dente" da unidade mora aqui.
4	**Glândulas salivares**	Parótida e submandibular: volume, dor, e a ordenha para ver a saliva sair pelo óstio. A boca seca do idoso polimedicado começa a ser explicada nesta parada.

PARTE 5

Rastreamento de lesões de mucosa

A prótese sai. Sempre. Não existe exame de mucosa com prótese na boca, e o que está embaixo dela é exatamente o que ninguém veio mostrar: estomatite protética com o desenho exato da base — que é candidíase eritematosa, e costuma pedir antifúngico além de ajuste e higiene —, hiperplasia fibrosa nas bordas, úlcera de compressão. E, às vezes, uma lesão que ninguém viu por anos porque a prótese nunca saiu na consulta.

Por que isto é atribuição da atenção básica. O câncer de boca é dos poucos que dá para ver com o olho antes de doer. O INCA estimou, para o triênio 2023–2025, **15.100 casos novos por ano** de câncer de cavidade oral no Brasil — 10.900 em homens, o quinto tumor mais frequente entre eles, excetuado o câncer de pele não melanoma. Quando o diagnóstico é feito com a doença ainda localizada, a sobrevida em cinco anos passa de 80%; com metástase a distância, cai para **menos de 40%**. A diferença entre esses dois números não é tecnologia: é a **data em que alguém olhou**.

E duas advertências que desarmam o falso alívio. A primeira: o carcinoma inicial **não dói** — ausência de dor não é sinal de benignidade, é a regra; quando dói, em geral já invadiu. A segunda: o perfil de risco não absolve a lesão. Tabaco e álcool seguem sendo o principal fator, e o álcool multiplica o efeito do tabaco, mas há **HPV** na orofaringe e uma parcela crescente de carcinoma de língua em **jovens que nunca fumaram nem beberam**.

E ninguém chega à unidade dizendo "vim rastrear câncer de boca". Chega com um dente quebrado. A rota da Figura 1 é a única chance que o sistema tem naquele dia.

PARTE 5 · CONTINUAÇÃO

Onde procurar, e o que separa

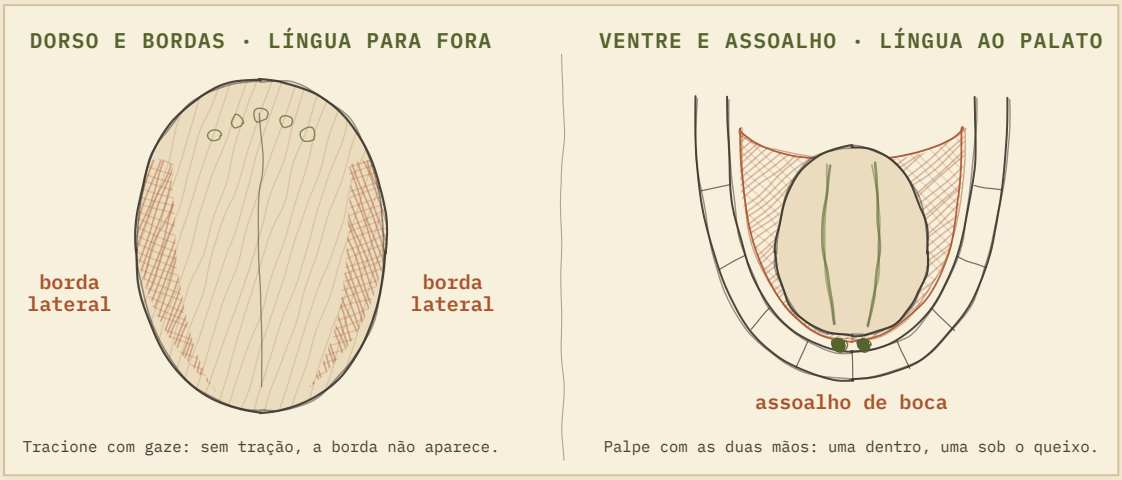


Figura 2 — A ferradura de risco. A maior parte dos carcinomas da cavidade oral nasce na **borda lateral e no ventre da língua e no assoalho de boca** — a região que o paciente não enxerga no espelho e que o exame apressado não alcança, porque exige tracionar a língua com gaze e pedir para encostá-la no palato. Some-se o **trígono retromolar**, que o exame apressado nunca alcança, e o **lábio inferior** de quem trabalha exposto ao sol.

ENCAMINHA	RECONHECE, ORIENTA E ACOMPANHA
Úlcera com mais de 14 dias sem causa, ou que não cicatrizou depois de removida a causa	**Úlcera traumática** — some depois que a causa sai; esse é o teste
Mancha branca que não sai à raspagem e que você não explica por outra causa — o que sobra depois de excluir linha alba, mordedura, queratose friccional, Fordyce, língua geográfica e líquen é leucoplasia. E, sobretudo, **mancha vermelha** (eritroplasia)	**Candidíase pseudomembranosa** — a placa branca **sai** à raspagem e deixa mucosa vermelha. Em adulto sem prótese, corticoide inalatório ou boca seca, procure a causa de base: diabetes descompensado, HIV, imunossupressão
Endurecimento à palpação, bordas evertidas, sangramento espontâneo	**Afta menor** — dolorosa, fundo amarelado com halo vermelho, recorrente, some em 7 a 14 dias. A **afta maior** passa disso e cicatriza com cicatriz: pela régua, encaminha-se
Dente com mobilidade sem doença periodontal que explique	**Líquen plano reticular** — estrias esbranquiçadas, bilateral e simétrico: acompanhe e registre. **Mas o líquen é desordem potencialmente maligna:** as formas erosiva, atrófica e em placa vão para biópsia e acompanhamento, e lesão liquenoide unilateral, junto a restauração ou após droga nova, é outra coisa
Parestesia de lábio ou mento sem anestesia recente	**Língua geográfica, grânulos de Fordyce, linha alba, varizes sublinguais, tórus**
Linfonodo endurecido, aderido e indolor; rouquidão ou disfagia por mais de 3 semanas	**Estomatite protética** — regride com ajuste, higiene, retirada noturna e antifúngico quando indicado

> **Cuidado com o atalho.** A coluna da direita não dispensa a régua da folha seguinte: ela explica por que a maioria das lesões cicatriza. A leucoplasia transforma-se em torno de **1% ao ano**, com variação grande entre séries (a meta-análise de Pimenta-Barros e cols., *Oral Diseases*, 2025, com 55 estudos, dá 6,6% ao longo do seguimento); na eritroplasia, mais de 90% das biópsias já mostram displasia grave, carcinoma in situ ou carcinoma. É por isso que **vermelho pesa muito mais que branco**.

PARTE 6

A régua das duas semanas

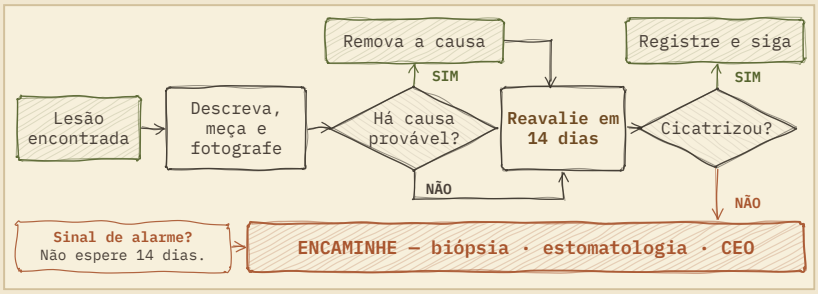


Figura 3 — A conduta diante de uma lesão de mucosa. Prótese que machuca, dente fraturado, restauração com borda cortante, mordedura e aparelho são **causas prováveis**; "não sei o que é" não é causa provável — e nesse caso **não se encaminha hoje**: não há o que remover, então descreve-se e reavalia-se em catorze dias. Catorze dias é o número que vai para o campo: úlcera com causa removida cicatriza em 7 a 14 dias — é assim que a mucosa funciona. O prazo não é do aluno; é da lesão.

Você não precisa saber o nome. Não saber nomear uma lesão não é erro; deixar de descrever, de medir e de remarcar é. Descreva **onde** (sítio exato e lado — "borda lateral direita de língua, terço médio", não "na língua"), **quanto** (em milímetros, com sonda milimetrada, para poder comparar no retorno), **como é** (número, cor, forma — mácula, nódulo, vesícula, bolha, úlcera, placa —, superfície e bordas), **como está ao toque** (mole, firme ou endurecida; dolorosa ou não) e **desde quando**.

E então: foto com consentimento registrado, causa removida, retorno marcado com data, e o caso levado ao supervisor no mesmo dia.

Encaminhar não é passar adiante — é acionar um relógio. Da unidade básica o caminho é o **CEO**, o Centro de Especialidades Odontológicas, cuja especialidade obrigatória se chama, na regulação, **diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer bucal** — "estomatologia" é o nome de uso.

O agendamento passa pela **central de regulação** do município: é ali que o caso emperra, e é ali que se acompanha. E encaminhar não é a única conduta possível: a **biópsia incisional está no escopo do cirurgião-dentista.** A Lei 13.896/2019 dá **30 dias** para os exames de elucidação quando a neoplasia maligna é a **principal hipótese diagnóstica**, mediante solicitação fundamentada — a letra da lei nomeia o médico, e é o seu encaminhamento descrito que faz alguém firmar a hipótese e o relógio começar; a Lei 12.732/2012 garante o início do tratamento em até **60 dias** contados do dia em que o diagnóstico é firmado **em laudo patológico** — cobre a data certa, não a da consulta.

Um encaminhamento que funciona traz descrição, tempo de evolução, fatores de risco e o que já foi feito. Com "lesão em boca ?" ele volta — e o relógio nunca começou. Anote a data no prontuário e combine quem busca a contrarreferência.

O ROTEIRO DE BOLSO — O QUE VAI NO BOLSO DO JALECO

1. As dez estações. **2.** O minuto de ouro: uma pergunta aberta e a boca fechada até ele parar. **3.** A rota fixa da mucosa, com a prótese fora e a língua tracionada — dois minutos. **4.** A régua dos 14 dias, e a lista de alarme.

O QUE VEM NO PRÓXIMO CAPÍTULO

Risco sistêmico: a conta que se faz antes da anestesia — começa nas estações 4 a 7 deste capítulo.

Nota do editor. Este capítulo foi escrito como base da aula, e não a partir da gravação dela — diferente do Capítulo 2, que nasceu da transcrição. **Fontes:** Peterson, *West J Med* 1992, e Hampton, *BMJ* 1975; Singh Ospina, *J Gen Intern Med* 2019; Langewitz, *BMJ* 2002; INCA, *Estimativa 2023*; SEER, para a sobrevida por estadiamento — a ordem de grandeza é robusta, o número exato varia com a fonte, e a brasileira é pior. **Apoio:** MS, *Caderno de Atenção Básica nº 17*; Neville, *Patologia Oral e Maxilofacial*; *Bates* e Porto, para os sete atributos.

INFOGRÁFICO: Exame clínico e anamnese

O roteiro de bolso: **a ordem das perguntas**, que decide se a consulta rende, e **a rota do exame**, que decide o que se acha. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · A ORDEM DA CONSULTA

DEZ ESTAÇÕES, SEMPRE NESTA SEQUÊNCIA

1. **Identificação** — ocupação e endereço são dado clínico
2. **Queixa principal** — entre aspas, nas palavras dele
3. **História da doença atual** — os sete atributos
4. **Saúde geral** — desde quando, controlada como
5. **Remédios e alergias** — peça a caixa
6. **História odontológica** — e o medo que ficou
7. **Hábitos e vida** — tabaco e álcool: quanto, desde quando
8. **Exame extrabucal** — começa no aperto de mão
9. **Exame intrabucal** — a rota do quadro 2
10. **Hipótese e plano** — só aqui entram os complementares

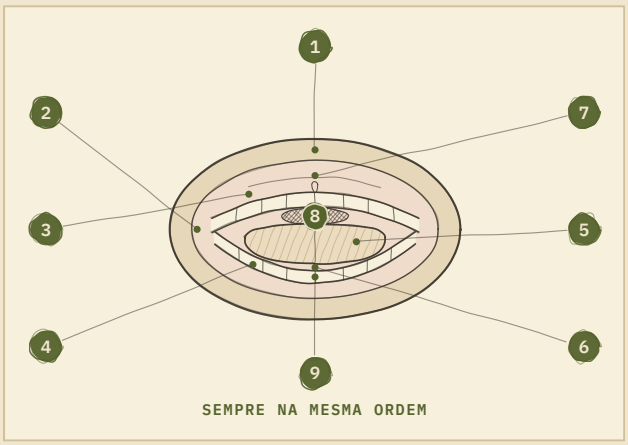
O MINUTO DE OURO — ESTAÇÃO 2

Uma pergunta aberta, e a boca fechada até ele parar sozinho. **Interromper não economiza tempo** — só empurra a informação para o fim da consulta.

11 s	92 s	78 %
MEDIANA ATÉ ELE INTERROMPER — QUANDO PERGUNTOU	É A FALA LIVRE, QUANDO NÃO SE INTERROMPE	TERMINAM EM MENOS DE 2 MINUTOS

2 · A ROTA FIXA DA MUCOSA

DOIS MINUTOS · A PRÓTESE SAI, SEMPRE



SEMPRE NA MESMA ORDEM

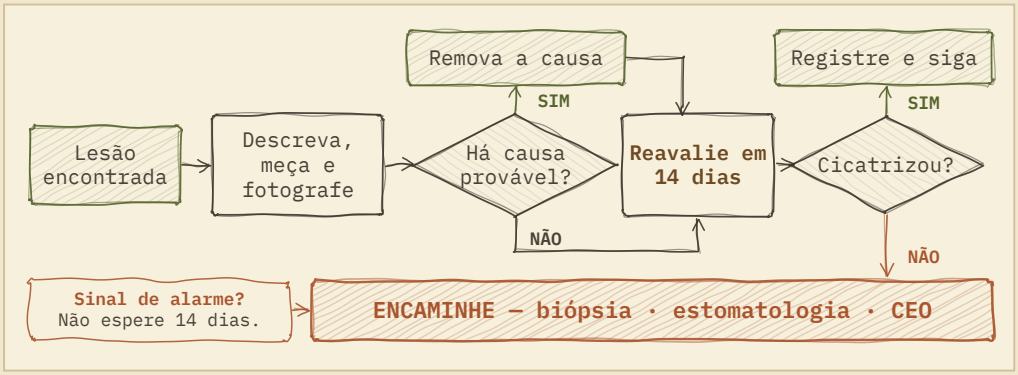
- **1 · Lábios** — everta o superior e o inferior; olhe o vermelhão
- **2 · Mucosa jugal** — os dois lados, e o ducto da parótida
- **3 · Fundo de sulco** — superior e inferior, de trás para a frente
- **4 · Gengiva e rebordo** — vestibular e lingual, **com a prótese fora**
- **5 · Língua** — dorso e as duas bordas laterais **tracionadas com gaze**
- **6 · Ventre e assoalho** — língua ao palato, e palpação bimanual
- **7 · Palato duro e mole** — inclusive sob a prótese
- **8 · Orofaringe** — pilares, tonsilas, parede posterior
- **9 · E só então os dentes** — um a um, e o periodonto

A FERRADURA DE RISCO

A maior parte dos carcinomas da cavidade oral nasce na **borda lateral e no ventre da língua** e no **assoalho de boca** — e no **lábio inferior** de quem trabalha ao sol. É onde se olha duas vezes.

3 · A RÉGUA DAS DUAS SEMANAS

O PRAZO NÃO É DO ALUNO: É DA LESÃO



Fotografe sempre com consentimento registrado (LGPD), nunca em celular pessoal. **Causa provável** é prótese que machuca, dente fraturado, restauração cortante, mordedura, aparelho; **"não sei o que é" não é causa provável** — e aí não se encaminha hoje: descreva e reavalie em 14 dias. Úlcera com causa removida cicatriza em 7 a 14 dias. **Encaminhar aciona um relógio:** 30 dias para os exames quando a neoplasia é a principal hipótese (Lei 13.896/2019) e 60 dias para o tratamento a partir do laudo patológico (Lei 12.732/2012) — mas "lesão em boca ?" volta, e o relógio nunca começou.

4 · NÃO ESPERE OS 14 DIAS

O CARCINOMA INICIAL NÃO DÓI

- **Mancha vermelha** (eritroplasia) — pesa mais que branca
- **Mancha branca que não sai à raspagem** e que você não explica por outra causa — leucoplasia
- **Endurecimento à palpação**, bordas evertidas
- **Parestesia de lábio ou mento** sem anestesia recente
- **Dente com mobilidade** sem doença periodontal que explique
- **Líquen erosivo, atrófico ou em placa** — é desordem potencialmente maligna
- **Linfonodo endurecido, aderido, indolor**; rouquidão > 3 sem.

O QUE MUDA A CONDUTA HOJE — NÃO PULE

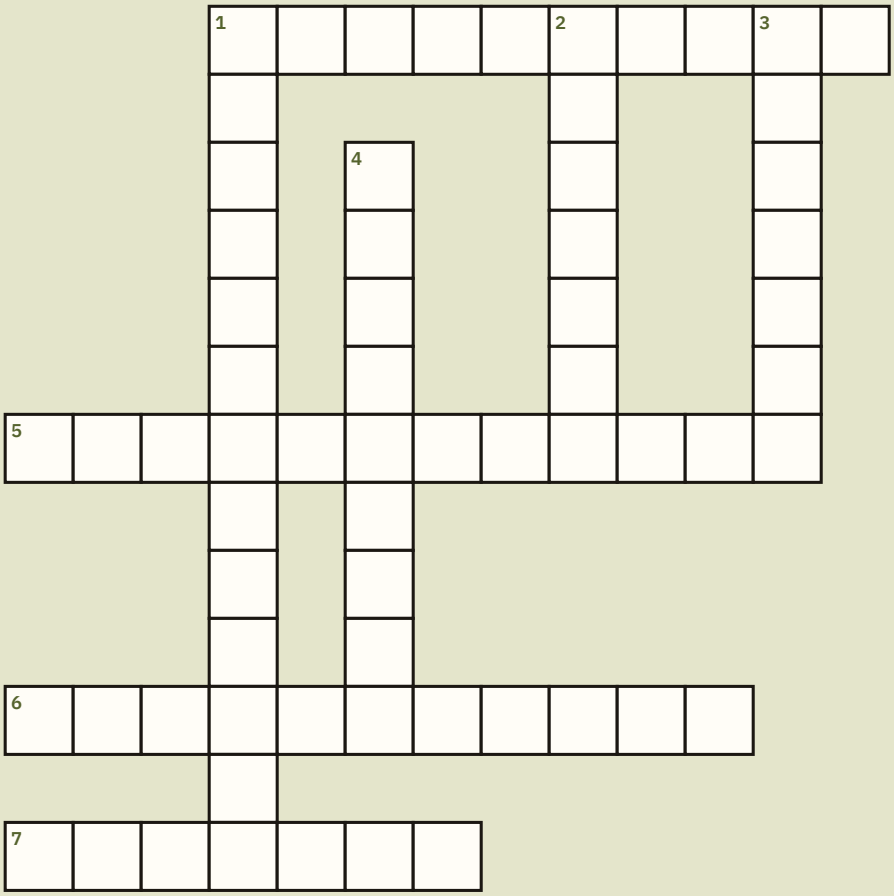
Alergia, e o que aconteceu · **remédios** (anticoagulante, bifosfonato, corticoide) · **doenças** e controle · **gestação** · **radioterapia** de cabeça e pescoço · **tabaco e álcool** · **"já aconteceu algo antes?"**. E **afira a pressão** antes do vasoconstritor: ≥ 180/110 mmHg adia procedimento eletivo.

Fontes: Singh Ospina, *J Gen Intern Med* 2019 · Langewitz, *BMJ* 2002 · INCA, *Estimativa 2023* (15.100 casos novos/ano de câncer de cavidade oral no Brasil) · MS, *Caderno de Atenção Básica nº 17* · Código de Ética Odontológica, CFO-118/2012.

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 3

A cruzada tem 24 palavras, em três grades que crescem; 18 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/03

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/03/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 15/10/2026.

CAPÍTULO

4

Risco sistêmico

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Estratificação ASA Interconsulta
Risco sistêmico *HbA1c* Hipertensão INR
Anticoagulação *Hipoglicemia* Diabetes
Vasoconstritor Gestação *Decúbito lateral* Interações
Pressão arterial Descompensado *Qualquer trimestre*
Hemostasia local Paracetamol *Betabloqueador* Veia cava



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 4

A Caixa de Remédio

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · Baião

OUÇA

musicplay.club/
estagio/KUU

Dona Zélia trouxe a sacola,
dentro dela a vida inteira:
seis caixinhas e uma cartela,
letra miúda, tinta ligeira.

“Tomo esse aqui pra pressão,
esse outro eu nem sei mais pra quê.
Tem um que o vizinho indicou
e tem um que eu parei sem dizer.”

Traz a caixa, dona Zélia,
traz a caixa que eu quero ver.
Não é intromissão, é cuidado:
o que você toma fala de você.
Antes da anestesia,
antes de qualquer decisão —
a pressão de hoje, o açúcar de hoje,
e o remédio que tá na mão.

Anticoagulante não é veto,
é conversa com quem prescreveu.
Gestante atende, sim senhora,
no tempo certo, do jeito seu.

Diabetes não fecha a porta,
fecha é a pressa de quem vai atender.
Pergunta se comeu hoje cedo,
pergunta antes de doer.

Traz a caixa, dona Zélia,
traz a caixa que eu quero ver.
Não é intromissão, é cuidado:
o que você toma fala de você.
Antes da anestesia,
antes de qualquer decisão —
a pressão de hoje, o açúcar de hoje,
e o remédio que tá na mão.

ASA um, ASA dois, ASA três:
não é nota, não é castigo.
É o tamanho do cuidado
que esse corpo pede comigo.

Traz a caixa. Traz a caixa.
E a gente decide junto.

Risco sistêmico

A anamnese da aula passada colheu a história. Aqui ela vira **decisão**: o que é seguro fazer hoje, o que se adia, o que se modifica — e quando se levanta o telefone para o médico. Este é o **portão** do estágio: nenhuma sonda toca o dente antes de ele se abrir.

> **O QUE ESTE CAPÍTULO É**
> O conteúdo da aula, escrito para ser lido **antes** dela — e relido depois. Traz o raciocínio, os números que o fundamentam e as fontes onde eles pesam.

> **O QUE ESTA AULA DECIDE**
> Entre quatro saídas para cada paciente — **tratar** hoje, **modificar** o atendimento, **adiar** o eletivo ou **encaminhar** — e, na dúvida, a **interconsulta**.

> **ONDE ELA SE ENCAIXA**
> É a peça entre **conhecer o paciente** (S5, anamnese) e **planejar o tratamento** (S8). Sustenta a urgência (S9) e os grupos com necessidades específicas (S12) — que quase sempre são pacientes de risco.

PARTE 1

ASA: a língua comum do risco

Antes de decidir qualquer coisa, é preciso **nomear** o risco numa escala que o cirurgião-dentista, o médico e o anestesista leiam igual. Essa escala é a **classificação ASA**, da Sociedade Americana de Anestesiologistas: seis graus do estado físico do paciente, do saudável ao moribundo. Não é um exame — é a leitura da anamnese que você acabou de aprender a colher.

Na atenção básica, o corte prático é simples. **ASA I e II** — saudável, ou com doença leve e **controlada** — atende-se no consultório, com o cuidado de rotina. **ASA III** — doença grave, ou mal controlada — atende-se com **modificações** e, quase sempre, com **interconsulta**. **ASA IV** em diante — ameaça constante à vida — o eletivo se adia e o paciente vai para um ambiente com retaguarda. A letra **E** ao lado do número marca a emergência: a dor não espera a compensação.

ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV +
Saudável	**Doença leve, controlada**	**Grave ou mal controlada**	**Ameaça à vida**
Sem doença sistêmica. Atende — rotina.	HAS/DM controlados, gestante, tabagista. Atende — rotina.	Modifica o atendimento + interconsulta.	Adia o eletivo · encaminha · retaguarda.

A escala ASA e a decisão odontológica. O grau lê-se da anamnese; a conduta segue dele. O corte I–II / III / IV é o que orienta o consultório da atenção básica. ASA V (moribundo) e VI (doador) não chegam à cadeira.

PARTE 2

Hipertensão: a pressão é o portão de todo dia

É a doença sistêmica mais comum na cadeira, e a única cujo risco você **mede** em trinta segundos. **Afira a pressão** antes de todo procedimento invasivo ou ansiogênico — e antes de qualquer anestésico com vasoconstritor. O número decide a sessão.

Até **140/90** a rotina segue. Entre **140/90 e 179/109** ela também segue, mas com o cerco do estresse: anestesia bem-feita e completa, aspiração antes de injetar, sessão curta, de manhã. A partir de **180/110** — pressão alta demais para o eletivo — o procedimento espera e o paciente é encaminhado no mesmo dia.

O vasoconstritor **não** é proibido no hipertenso controlado — ele reduz a dor e, com ela, o pico de pressão. O limite é para o cardiopata: até **0,04 mg** de epinefrina (≈ 2 tubetes a 1:100.000), sempre com aspiração. O que se evita é o fio retrator embebido em epinefrina, de dose incontrolável.

< 140/90	140–179 / 90–109	≥ 180/110
Rotina segue.	Segue com cerco do estresse: anestesia plena, sessão curta, manhã.	Adia o eletivo. Encaminha hoje.

A régua da pressão, em mmHg. Se sistólica e diastólica caem em faixas diferentes, vale a faixa mais alta. O limite de 180/110 é o mesmo que a Prancha 04 do atlas guarda para o exame clínico.

PARTE 3

Diabetes: a emergência é a hipoglicemia

O diabético controlado (**HbA1c abaixo de 7%**) é ASA II e atende-se normalmente. O mal controlado cicatriza mais devagar, infecta mais, e responde pior — os procedimentos extensos e eletivos esperam o controle, com profilaxia quando indicada.

Mas o perigo agudo na cadeira **não** é a glicose alta: é a **baixa**. Marque de manhã, com o paciente tendo comido e tomado a medicação, e tenha açúcar à mão. Suor frio, tremor, confusão e fala arrastada durante a sessão são hipoglicemia até prova em contrário — e o açúcar vem antes do resto.

PARTE 4

Anticoagulação: o sangue que não coagula, e o AVC que se evita

O reflexo antigo — "suspenda o anticoagulante antes de extrair" — mata mais do que salva. Parar a varfarina ou um DOAC para uma exodontia troca um sangramento que se controla na cadeira por um **AVC ou uma embolia** que não se desfaz. A regra virou o contrário: **não suspenda** por conta própria.

Na **varfarina**, peça o **INR** recente (das últimas 24–72 h). Com INR até **3,5**, a maioria dos procedimentos — exodontia simples, raspagem — se faz sem parar nada, com hemostasia local. Nos **DOACs** (rivaroxabana, apixabana, dabigatrana) e nos antiagregantes (AAS, clopidogrel), o mesmo: mantém-se, reforça-se a hemostasia. Suspender ou ajustar, só o prescritor — por interconsulta.

A hemostasia local resolve quase tudo: sutura, compressão com gaze, esponja de gelatina no alvéolo e **bochecho de ácido tranexâmico**. É o que substitui a suspensão.

> **A REGRA QUE INVERTEU**
>
> Não suspenda anticoagulante nem antiagregante para procedimento odontológico de rotina. Confira o **INR** (varfarina), reforce a **hemostasia local**, e leve ao prescritor qualquer decisão de parar ou ajustar.

PARTE 5

Gestação: dois pacientes na mesma cadeira

A urgência atende-se em qualquer momento — dor e infecção são risco para os dois. E o eletivo também: a diretriz do Ministério da Saúde de 2022 diz que o tratamento na atenção primária não deve ser limitado a tipo nem a período da gestação. O segundo trimestre segue sendo o mais **confortável**, e vários profissionais o destacam como o mais oportuno; o que decide é como ela se sente. Fármacos seguros existem e bastam para a odontologia: **paracetamol**, **amoxicilina** e **lidocaína com epinefrina** — um ou dois tubetes costumam ser suficientes. Não entram a **dipirona**, os **AINEs** e a **tetraciclina**, que o Ministério pede ao dentista que não prescreva na gestação; para o metronidazol, o quadro da diretriz brasileira diz "uso permitido somente após 2º. trimestre", por cautela. Radiografia, quando indicada, como para qualquer paciente: a dose que chega ao feto é desprezível, e o avental plumbífero com protetor de tireoide vai porque a norma sanitária brasileira o exige.

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Pode tratar. Decide o bem-estar dela; o eletivo espera, se ela preferir.	**O mais confortável.** Bom momento para o que ficou para depois.	**Decúbito lateral esquerdo**, sessões curtas. Evite a supina.

Os três trimestres. Nenhum é proibido: o que muda é o conforto (MS, 2022). No terceiro, a paciente deitada de barriga para cima comprime a veia cava e passa mal (hipotensão supina): incline-a para a esquerda.

PARTE 6

Interações e interconsulta: o que você prescreve encontra o que ele já toma

O paciente de risco chega com uma lista de medicamentos, e a sua receita entra nessa lista. Duas famílias concentram os tropeços da odontologia: o **vasoconstritor** e os **antibióticos/analgésicos**. Saber os pares que importam poupa a crise — e é por isso que a anamnese pede a caixa, não só o nome.

OS PARES QUE IMPORTAM

- **Epinefrina + betabloqueador não-seletivo** (propranolol) — pico hipertensivo; o mesmo com os antidepressivos tricíclicos.
- **AINE + anticoagulante** — sangra; **+ anti-hipertensivo** — derruba o efeito.
- **Azólicos, macrolídeos e metronidazol + varfarina** — o INR sobe.
- **Metronidazol + álcool** — efeito dissulfiram (mal-estar intenso).

Quando o controle é incerto, a doença é grave (ASA III+), há anticoagulação a manejar, ou a decisão mexe na medicação do paciente, a saída não é adivinhar: é a **interconsulta**. Ela não pergunta "posso tratar?" — pergunta o que se precisa saber e informa o plano: **"Paciente apto a exodontia com anestésico local e vasoconstritor? INR atual? Mantenho a varfarina?"**.

QUANDO LIGAR PARA O MÉDICO

- Doença **mal controlada** ou de controle incerto.
- **ASA III** ou mais; risco cardíaco recente.
- **Anticoagulação** a manejar; INR fora de faixa.
- Antes de **alterar** a medicação que o paciente já usa.
- Gestação de risco, imunossupressão, doença rara.

> **O antibiótico não é anestesia da consciência.** Prescrever "por segurança", sem indicação, empurra resistência e interação sem reduzir risco nenhum. A profilaxia antibiótica tem indicações estreitas (algumas cardiopatias, certos imunossuprimidos) — fora delas, a melhor prevenção continua sendo a técnica e a hemostasia.

PARTE 7

O portão, no arco da disciplina

Nenhuma aula do estágio é uma ilha, e esta menos que todas. A S5 ensinou a **colher** a história; a S7 ensina a **lê-la como risco**; a S8 vai **hierarquizar** o tratamento a partir desse risco. Tirar a S7 do meio é pedir um plano de tratamento que não sabe o que o corpo do paciente aguenta — e uma urgência (S9) que improvisa a segurança na hora errada. É o portão por onde todo o resto do curso passa.



O arco S2–S13. A anamnese (S5) alimenta a estratificação (S7), que alimenta o plano (S8). A S7 é a articulação — o ponto de apoio do meio do curso.

AS QUATRO SAÍDAS — O PORTÃO EM UMA IMAGEM

TRATA	MODIFICA	ADIA	ENCAMINHA
ASA I–II controlado. PA < 140/90, INR ≤ 3,5. Rotina.	ASA III. Manhã, sessão curta, estresse controlado, hemostasia reforçada.	Descompensado. PA ≥ 180/110, DM sintomático. O eletivo espera.	ASA IV ou dúvida de manejo. Interconsulta e/ou retaguarda.

> **Nota do editor.** Escrito **antes** da aula de 07/10, a partir do plano de ensino e das referências de manejo do paciente clinicamente comprometido. Os números-âncora — 180/110 na pressão, INR 3,5, HbA1c 7% — são pontos de corte de consenso para a atenção básica, não sentenças: quem decide na cadeira é a leitura completa do paciente, e a interconsulta existe para as bordas. Revisão de 23/09/2026: a Parte 5 segue agora a diretriz do Ministério de 2022 para gestantes, que não limita o tratamento a trimestre nenhum (Capítulo 9).

INFOGRÁFICO: Risco sistêmico

O roteiro de bolso: **quem senta na cadeira antes de você tocar nela**. A estratificação ASA, as caixas de risco e as quatro saídas — o **portão** por onde toda decisão passa. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · A ESTRATIFICAÇÃO ASA

A LÍNGUA COMUM DO RISCO · LÊ-SE DA ANAMNESE

ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV +
Saudável	**Leve, controlada**	**Grave ou mal controlada**	**Ameaça à vida**
Sem doença sistêmica. Atende — rotina.	HAS/DM controlado, gestante, tabagista. Atende — rotina.	Modifica o atendimento + interconsulta.	Adia o eletivo · encaminha · retaguarda.

O CORTE DA ATENÇÃO BÁSICA

I–II atende no consultório · **III** modifica e chama o médico · **IV+** adia e encaminha. ASA **V** (moribundo) e **VI** (doador) não chegam à cadeira. A letra **E** anda junto do número e marca a emergência — a dor não espera a compensação.

2 · A RÉGUA DA PRESSÃO

MEÇA EM 30 S · VALE A FAIXA MAIS ALTA

< 140/90	140–179 / 90–109	≥ 180/110
Rotina segue.	Segue com o cerco do estresse: anestesia plena, aspiração antes de injetar, sessão curta, de manhã.	Adia o eletivo. Encaminha hoje.

O VASOCONSTRITOR NÃO É O VILÃO

No hipertenso controlado ele reduz a dor e, com ela, o pico de pressão. Dose usual, com aspiração; o teto fica para o cardiopata. Fora fica o fio retrator embebido em epinefrina, de dose incontrolável.

0,04 mg

O TETO DE EPINEFRINA NO CARDIOPATA ≈ 2 TUBETES A 1:100.000

3 · DIABETES E ANTICOAGULAÇÃO

DUAS CAIXAS, DUAS ARMADILHAS

DIABETES — A EMERGÊNCIA É A BAIXA

Controlado (**HbA1c < 7%**) é ASA II. O perigo agudo não é a glicose alta: é a **hipoglicemia** — marque de manhã, comido e medicado, com **açúcar à mão**.

ANTICOAGULAÇÃO — NÃO SUSPENDA

Não pare por conta própria: o AVC pesa mais que o sangramento. Varfarina com **INR ≤ 3,5** extrai com **hemostasia local** (ác. tranexâmico). Ajustar, só o prescritor.

4 · GESTAÇÃO: DOIS PACIENTES NA CADEIRA

QUALQUER TRIMESTRE · O 2º É O MAIS CONFORTÁVEL

1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
Pode tratar. Decide o bem-estar dela; o eletivo espera, se ela preferir.	**O mais confortável.** Bom momento para o que ficou para depois.	**Decúbito lateral esquerdo**, sessões curtas. Evite a supina.

Fármacos seguros: paracetamol, amoxicilina, lidocaína com epinefrina (um ou dois tubetes) · **não:** dipirona, AINEs, tetraciclina · metronidazol só depois do 2º trimestre · radiografia quando indicada, com o avental que a norma exige.

5 · AS QUATRO SAÍDAS

E, NA DÚVIDA, A INTERCONSULTA

TRATA	MODIFICA	ADIA	ENCAMINHA
ASA I–II controlado. PA < 140/90, INR ≤ 3,5. Rotina, hoje.	ASA III. Manhã, sessão curta, estresse controlado, hemostasia reforçada.	Descompensado. PA ≥ 180/110, DM sintomático. O eletivo espera.	ASA IV+ ou dúvida de manejo. Interconsulta e/ou retaguarda.

- **Epinefrina + betabloqueador não-seletivo** ou antidepressivo tricíclico — pico hipertensivo.
- **AINE + anticoagulante** sangra; **+ anti-hipertensivo** derruba o efeito.
- **Azólico, macrolídeo ou metronidazol + varfarina** — o INR sobe.
- **Metronidazol + álcool** — efeito dissulfiram (mal-estar intenso).

QUANDO LEVANTAR O TELEFONE

Doença mal controlada · **ASA III+** · anticoagulação a manejar · antes de **alterar** a medicação dele · gestação de risco. A interconsulta **informa o plano** — não pede permissão.

6 · ANTES DE ANESTESIAR — 30 SEGUNDOS

O MESMO ROTEIRO, TODO DIA

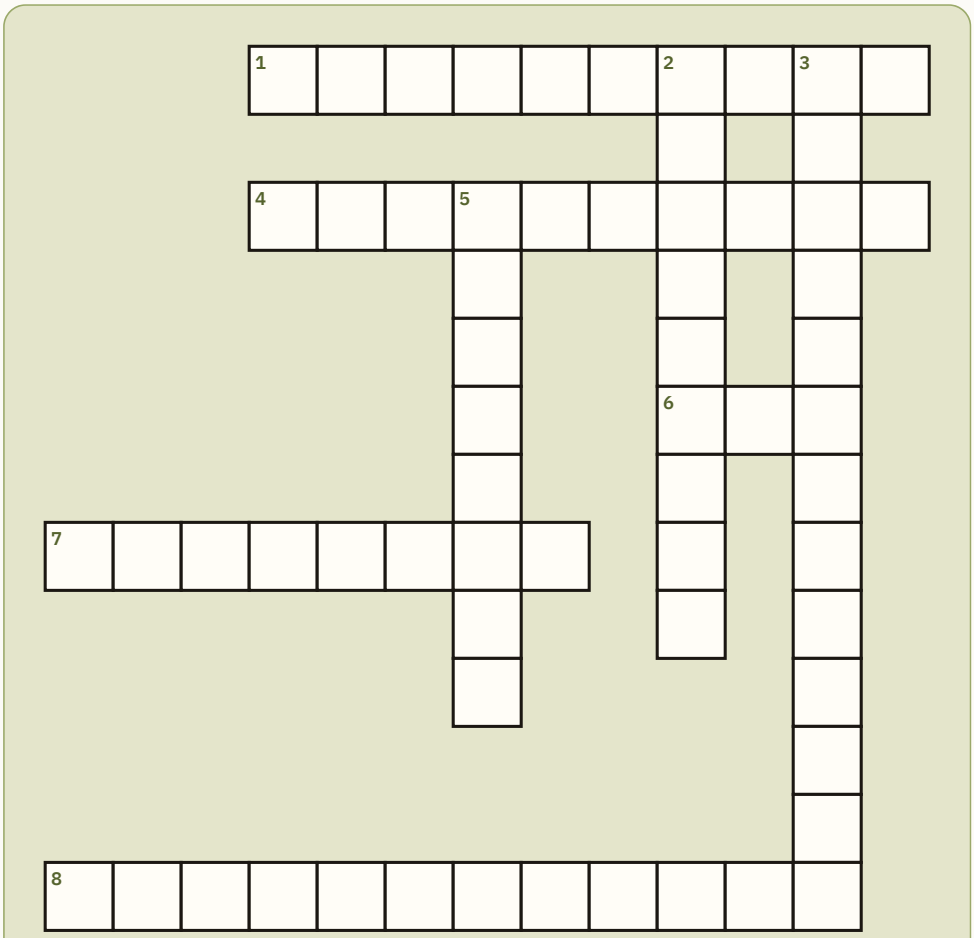
1. **Afira a pressão** — ≥ 180/110 adia o eletivo
2. **Peça a caixa de remédios** — ela decide a receita
3. **Comeu e tomou o remédio?** — o diabético, contra a baixa
4. **INR recente?** — o anticoagulado, sem suspender
5. **Qual trimestre?** — a gestante; atende em todos
6. **Na dúvida, interconsulta** — informa o plano

Fontes: American Society of Anesthesiologists (*ASA Physical Status Classification*) · Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC) · Malamed, *Handbook of Local Anesthesia* · consensos de manejo do paciente anticoagulado · MS, *Tratamento em gestantes* (2022). Os cortes — 180/110, INR 3,5, HbA1c 7% — são consenso para a atenção básica, não sentenças: quem decide é a leitura completa do paciente.

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 4

A cruzada tem 22 palavras, em três grades que crescem; 14 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/04

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/04/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 15/10/2026.

CAPÍTULO

5

Plano de tratamento hierarquizado

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Urgência Queixa principal **Hierarquia**
Explicar de volta **Reavaliação** Prontuário
Consentimento *Sem prognóstico*
Plano de tratamento
Necessidade normativa **Adequação do meio** *O que segura*
Prognóstico Sessões **Decisão compartilhada**
Estética por último Encaminhamento **Lista de problemas**
Provisório Manutenção



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 5

O Que Vem Primeiro

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · MPB pop

OUÇA

musicplay.club/
estagio/KCZ

Ela quer o dente da frente,
o que aparece quando ri.
Eu vi um molar que dói calado
e uma raiz que não vai resistir.

Os dois têm razão na sala,
e o tempo não é infinito.
Ninguém ganha essa conversa
se um dos dois falar mais alto.

Então senta, desenha, mostra,
e escuta o que ela responder.

O que vem primeiro
não é o que dói mais, nem o que se vê:
é o que impede tudo o que vem depois.
Primeiro a dor, depois a infecção,
depois o que segura,
e por último o espelho.
O que vem primeiro
a gente decide a dois.

Consentimento não é assinatura,
é ter entendido o que vai ser.
Se ela não sabe explicar de volta,
é porque eu não soube dizer.

E se ela escolher diferente
do que eu tinha imaginado,
o plano é dela também —
eu só entrei do lado.

O que vem primeiro
não é o que dói mais, nem o que se vê:
é o que impede tudo o que vem depois.
Primeiro a dor, depois a infecção,
depois o que segura,
e por último o espelho.
O que vem primeiro
a gente decide a dois.

“O da frente vai esperar.”
Não é descaso, é sequência.
Quem espera sabendo por quê
espera com paciência.

A gente decide a dois.
A gente decide a dois.

Plano de tratamento hierarquizado

O exame da aula S5 achou os problemas; o risco da S7 disse o que o corpo aguenta. Aqui a lista vira **ordem**: o que se faz primeiro, o que espera — e a frase que faz o paciente aceitar a espera. O que ele quer e o que a boca precisa quase nunca são a mesma coisa, e o tempo da unidade é finito: a hierarquia existe para essa conversa não virar disputa.

> **O QUE ESTE CAPÍTULO É**
> O conteúdo da aula, escrito para ser lido **antes** dela — e relido depois. Traz o raciocínio, a sequência que o sustenta e as normas que pesam sobre ela; o anexo reproduz, na íntegra, os artigos do Código de Ética que tocam o plano.

> **O QUE ESTA AULA DECIDE**
> A **ordem** do tratamento: o que vem primeiro, o que espera e por quê — escrita de modo que o paciente consiga **explicar de volta** e a agenda da unidade consiga **cumprir**.

> **ONDE ELA SE ENCAIXA**
> Fecha o trio da entrada: **conhecer** o paciente (S5), **ler o risco** (S7), **planejar** (S8). Dá a ordem que a urgência (S9) interrompe e que a adequação do meio bucal (S10) executa.

PARTE 1

Da lista de problemas ao plano

O plano não começa na cadeira: começa numa folha. Terminados a anamnese e o exame, escreva a **lista de problemas** — um por linha, cada um com o seu lugar e o seu diagnóstico: “46 — pulpite irreversível sintomática”, “gengivite generalizada, com cálculo”, “11 — restauração escurecida, sem cárie”. Lista de problemas não é lista de procedimentos: **primeiro o que há, depois o que fazer**.

Para cada problema, três perguntas: **quais são as opções** — inclusive a de não fazer nada —, **qual o prognóstico** do dente ou da região, e **o que depende do quê**. É a terceira que ordena o plano. A restauração definitiva depende de a cárie estar controlada; a prótese depende de os dentes que vão segurá-la terem futuro; a estética depende de todo o resto ter parado de adoecer.

Daí a regra que atravessa o capítulo: **o que vem primeiro não é o que dói mais, nem o que se vê — é o que impede o que vem depois.** A dor vai na frente porque impede tudo: paciente com dor não volta para a raspagem, não aprende a escovar, não pensa no sorriso. A infecção vem logo atrás porque compromete o que for construído sobre ela. O que se vê fica por último porque é o item que pode esperar sem que nada piore.

1 **Exame** — anamnese e exame clínico · S5
2 **Risco** — ASA e as quatro saídas · S7
3 **Lista de problemas** — um por linha, com diagnóstico
4 **Opções e prognóstico** — de cada dente, de cada região
5 **Sequência** — o que depende do quê — e o acordo

Do exame ao plano. Os dois primeiros passos são das aulas anteriores; este capítulo é dos três últimos. Saltar a lista e ir direto à sequência é o jeito mais comum de esquecer um problema — e de o paciente não entender por que a ordem é aquela.

PARTE 2

A escada: as fases, degrau por degrau

Todo plano se organiza em **fases**, e a ordem delas é a hierarquia inteira escrita de uma vez — é assim que a literatura de planejamento ensina. Antes da boca, o corpo: a **fase sistêmica** é o portão da S7 — ASA, pressão, medicação, interconsulta. Depois vem a **urgência**: dor, infecção aguda, trauma. Resolvida a urgência, o **controle da doença** tira da boca o que infecta e o que não tem salvação. Aí se para e se **reavalia**. Só então vem a **reabilitação** — o que devolve mastigação e oclusão —, depois a **estética** e, por fim, a **manutenção**, que é o que impede de começar tudo de novo.

Duas fases enganam pelo nome. A **urgência** não é "o que o paciente acha urgente": é dor, infecção que se espalha, sangramento, trauma — e ela **interrompe** qualquer plano, a qualquer momento, sem pedir licença à ordem. Dor de polpa se resolve com acesso ao canal, não com antibiótico; o antibiótico entra quando a infecção se espalha ou dá sinais no corpo — febre, linfonodo aumentado, trismo — e, no imunocomprometido, já na infecção localizada.

E a **reavaliação** não é uma consulta a mais: é a fase em que o plano definitivo se decide de verdade, porque só com a doença controlada o prognóstico fica legível. Quem pula a reavaliação decide o definitivo às cegas.

0	**Sistêmica** O PORTÃO · S7	O corpo libera a boca: classificação ASA, pressão aferida, medicação conferida, interconsulta quando preciso.
1	**Urgência** PRIMEIRO A DOR · S9	Tirar a dor e conter a infecção aguda: pulpite, abscesso, trauma, sangramento.
2	**Controle da doença** DEPOIS A INFECÇÃO · S10	Adequação do meio — exodontia do que não tem prognóstico, cárie ativa removida e selada, raspagem supra e subgengival, higiene, dieta e flúor — e o canal do dente de polpa comprometida.
3	**Reavaliação** O PLANO DE VERDADE	A gengiva respondeu? A higiene pegou? Os provisórios seguraram? Os dentes duvidosos se decidem aqui.
4	**Reabilitação** DEPOIS O QUE SEGURA	Restaurações definitivas, canais eletivos, cirurgia periodontal se a reavaliação pedir, prótese.
5	**Estética** POR ÚLTIMO O ESPELHO	Cor, forma, alinhamento — sobre uma boca que parou de adoecer, e por isso dura.
6	**Manutenção** PARA NÃO RECOMEÇAR	Retorno marcado pelo risco; o que se decidiu não tratar fica em observação, registrado.

A escada do plano. Percorre-se um degrau por vez, e a urgência pode chamar de volta ao degrau 1 em qualquer momento. As fases são as da literatura de planejamento (sistêmica, de urgência, de controle da doença, definitiva e de manutenção), com a reavaliação explícita e a estética separada da reabilitação — porque é nela que o paciente pressiona.

> **A escada não é um formulário.** Nem todo paciente passa por todos os degraus — mas todos passam pelo portão: sem dor, vai-se do degrau 0 direto ao controle da doença; com a boca saudável, do 0 à manutenção. O que a escada proíbe é **inverter a ordem** — fazer o definitivo antes de a doença parar, ou a estética antes do que segura.

PARTE 3

O prognóstico decide o lugar de cada dente

Nem todo dente da lista merece o mesmo investimento, e decidir isso cedo é o que impede o plano de gastar sessões num dente que não vai ficar. Para cada um, um de três prognósticos. **Bom**: trata-se e conta-se com ele. **Duvidoso**: estabiliza-se — remove-se a cárie, sela-se, raspa-se — e a decisão fica para a reavaliação. **Sem prognóstico**: sai cedo, no controle da doença, porque é foco de infecção e porque tratá-lo seria propor tratamento desnecessário.

O critério não é só o dente: é o dente **no plano**. Pergunte se ele é **restaurável** (há estrutura sobre o osso para segurar uma restauração?), se tem **suporte** (osso e gengiva para durar?) e se tem **função** (é pilar de uma futura prótese? É o único que oclui daquele lado?). Um dente duvidoso e estratégico pode valer o esforço; um dente bom e sem função às vezes nem entra na conversa.

A armadilha clássica é o **definitivo sobre o duvidoso**: a coroa ou a restauração extensa num dente cuja sorte ainda não se sabe. Custa caro, gasta a sessão e, quando o dente se perde, leva junto a confiança do paciente no plano inteiro. Dente duvidoso pede provisório — e paciência até a reavaliação.

BOM	DUVIDOSO	SEM PROGNÓSTICO
Trata e conta com ele. Restaurável, com suporte e com função no plano.	**Estabiliza e decide depois.** Provisório até a reavaliação; nada definitivo antes dela.	**Sai cedo.** Raiz residual, fratura vertical, perda de suporte avançada: exodontia no controle da doença.

Os três prognósticos. A classificação da periodontia tem mais degraus (bom, razoável, ruim, questionável, sem esperança); para ordenar o plano na atenção básica, três bastam — o que fica, o que se decide depois e o que sai.

PARTE 4

O que ele pede e o que o exame achou

A saúde coletiva tem nome para as duas listas. O que o exame achou é a **necessidade normativa**, definida pelo profissional com critério técnico. O que o paciente sente é a **necessidade sentida** — e, quando ele a traz à unidade, ela vira **demanda**. As duas raramente coincidem. A queixa principal quase sempre mora no que se vê ou no que dói agora; a necessidade normativa mora no molar que dói calado, na gengiva que sangra sem incomodar, na raiz que ninguém enxerga.

O plano bem-feito não escolhe uma lista contra a outra: **ele junta as duas, e diz em que ordem**. A queixa não é ruído — é o motivo de o paciente estar ali, e é ela que o traz de volta às sessões seguintes. Por isso, quando dá para atendê-la **provisoriamente** sem atrasar nada — um reparo, um polimento, um provisório no dente da frente —, atenda cedo. O que espera é o **definitivo**, não o cuidado.

E nem tudo o que o exame acha vira procedimento. O siso semi-incluso sem sintoma e sem doença, a pequena mancha inativa, a restauração antiga que está íntegra: entram no plano como **observação registrada**, e não como tratamento. Propor tratamento desnecessário é infração ética (Código de Ética, Art. 11, V).

PARTE 5

A decisão é a dois — e a responsabilidade continua sua

Decidir junto não é perguntar "o que o senhor prefere?" e sair do caminho. É um roteiro em três tempos. **Dizer que há uma escolha**, e que ela será feita a dois. **Mostrar as opções** — inclusive a de não tratar, ou de tratar mais tarde —, com o que cada uma traz de bom e de ruim, em palavras simples. E **perguntar o que importa para ele** — o trabalho, o dinheiro da passagem, o medo, o casamento no mês que vem — antes de fechar a ordem.

O Código de Ética Odontológica transforma parte disso em dever. Deixar de esclarecer os **propósitos, riscos, custos e alternativas** do tratamento é infração ética; começar qualquer procedimento **sem o consentimento prévio** do paciente também, salvo, diz o Código, na urgência e na emergência. A lei é mais estreita: o Estatuto dos Direitos do Paciente, de 2026, só dispensa o consentimento no risco de morte com o paciente inconsciente (Capítulo 9). No SUS, "custo" não é só dinheiro: são as idas à unidade, os dias de trabalho perdidos, a espera pelo especialista. Entram na conversa.

E o Código fecha a porta pelo outro lado: é dever do profissional **assumir a responsabilidade pelos atos praticados, ainda que o paciente os tenha pedido**. Se ele escolher diferente do que você imaginou, o plano é dele também — mas o pedido não transfere a responsabilidade. Um definitivo estético sobre uma boca infectada continua sendo decisão sua, mesmo que ele assine embaixo. No estágio, ela alcança também o professor, que não pode se eximir do que o aluno faz no paciente (Art. 35, II) — e é por isso que o plano passa por ele antes de começar.

O QUE O CÓDIGO DIZ · RESOLUÇÃO CFO-118/2012

Art. 11. Constitui infração ética: [...] **IV –** deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento; [...] **X –** iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência;

Art. 9º. Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética: [...] **XIV –** assumir responsabilidade pelos atos praticados, ainda que estes tenham sido solicitados ou consentidos pelo paciente ou seu responsável;

PARTE 6

Consentimento é o paciente sabendo explicar de volta

Assinatura não prova entendimento — prova que houve um papel. O consentimento que conta é o **esclarecido**, e o único jeito de saber se você esclareceu é conferir. A técnica tem nome, **teach-back** ("ensinar de volta"): em vez de perguntar "entendeu?" — a que quase todo mundo responde que sim —, peça que o paciente conte, com as palavras dele, o que vai ser feito, em que ordem e por quê.

O peso da pergunta está em quem explica, não em quem ouve: **se ele não sabe explicar de volta, foi você quem não soube dizer**. Então se explica de novo, de outro jeito, e se confere outra vez. Com pacientes de baixo letramento em saúde, fechar esse circuito se associou a melhores resultados clínicos — não é cortesia, é parte do tratamento. O que foi combinado vai para o **prontuário**: o plano, as opções oferecidas, a escolha e o consentimento, com data e assinatura.

EM VEZ DE "ENTENDEU?"

"Para eu ter certeza de que expliquei direito: me conta, com as suas palavras, o que a gente vai fazer primeiro — e por que o dente da frente fica para depois."

PARTE 7

O tempo da unidade é finito: o plano em sessões

Um plano que a agenda não cumpre é uma lista de boas intenções. Na atenção básica, escreva-o como **sequência de sessões** numeradas — o que se faz em cada uma, em que dente ou região, e por quê. Três regras encurtam o caminho. **Agrupe por região**, para anestesiar uma vez e resolver tudo o que está ali. **Comece pelo que reduz a carga de doença**: selar todas as cavidades ativas numa sessão rende mais do que restaurar um dente por vez. E **marque a reavaliação** já no papel, como sessão, e não como intenção.

No SUS, o plano tem começo e fim registrados. Ele nasce na **primeira consulta odontológica programática** — a que examina e planeja — e fecha com o registro de **tratamento concluído**. No meio do caminho, o que exige especialista segue para o **Centro de Especialidades Odontológicas** (CEO), que oferece no mínimo cinco especialidades: diagnóstico bucal, com ênfase no câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia; e atendimento a pacientes com necessidades especiais. A prótese conta com o laboratório regional (LRPD).

Encaminhar não é passar o problema adiante. O paciente é da atenção básica: sai para o CEO com a doença **controlada** — não se manda ao especialista uma boca cheia de cárie ativa — e volta para a manutenção. **A exceção não espera nada: lesão com suspeita de câncer de boca vai logo, com pedido de prioridade**, antes de qualquer adequação. O plano de quem foi encaminhado continua sendo seu.

SESSÃO 1	SESSÃO 2	SESSÃO 3	SESSÃO 4	SESSÕES 5–6	SESSÃO 7	RETORNO
Exame e urgência Aferir a pressão; tirar a dor; examinar e combinar o plano.	**Controle** Selar todas as cavidades ativas; fazer a raspagem.	**Controle** Exodontias; o canal, ao CEO, se a unidade não faz.	**Reavaliação** Semanas depois, com data: confirma ou muda o plano.	**Reabilitação** Definitivos agrupados por região.	**Estética** O que se vê, numa boca que parou de adoecer.	**Manutenção** Pelo risco; tratamento concluído registrado.

A escada vira agenda. Cada sessão diz o que se faz e onde; as da mesma região se juntam; a reavaliação entra como sessão marcada, com data, como as outras. O número de sessões é de exemplo — o do seu paciente sai da lista de problemas dele.

FICA NA ATENÇÃO BÁSICA

- **Urgência** — dor, abscesso, trauma: é a porta de entrada.
- **Adequação do meio** — exodontias, selamentos, raspagem supra e subgengival.
- **Restaurações** e o acompanhamento da cárie.
- **Prevenção** — higiene, dieta, flúor.
- **Manutenção** programada pelo risco.

SEGUE PARA O CEO

- **Endodontia** que passa do atendimento de urgência.
- **Periodontia** de bolsa que não respondeu, ou cirúrgica.
- **Cirurgia oral menor** além da exodontia simples.
- **Lesão de boca** a esclarecer, e a biópsia — a **suspeita de câncer**, logo e com prioridade.
- **Paciente com necessidades especiais** que a unidade não consegue atender, depois das tentativas registradas (Capítulo 9).

> **O que cabe em cada nível varia com a rede.** Há unidades básicas que tratam canal de dente anterior e CEOs sem fila para prótese; há o contrário. A regra do capítulo não muda: o que a unidade não faz sai com a doença controlada — salvo a suspeita de câncer, que sai logo —, com o motivo escrito no encaminhamento, e volta.

PARTE 8

Um caso, do começo ao fim

Mulher, 38 anos, hipertensa em tratamento — hoje, 128/82 mmHg: ASA II, portão aberto. Veio pelo dente da frente: o **11**, com uma restauração antiga, escurecida e lascada na borda, "que aparece quando ri". A anamnese e o exame acharam muito mais. O **46** dói sozinho e já a acordou de noite: é uma pulpite irreversível sintomática, mas foi pelo sorriso que ela veio, não pela dor. O **36** é uma raiz residual com fístula. Há cárie ativa cavitada no **15**, no **25** e no **47**. A gengiva sangra em quase toda a boca, com cálculo supragengival e sem perda de inserção à sondagem: gengivite. Falta o **16**, perdido há anos. E o **18** está semi-incluso, sem sintoma e sem sinal de doença.

FASE	O QUE SE FAZ	POR QUE NESTA POSIÇÃO
0 · SISTÊMICA	Aferir a pressão em toda sessão; confirmar que ela segue a medicação.	ASA II controlada: sem interconsulta, com o cuidado de rotina.
1 · URGÊNCIA	**46**: acesso ao canal e pulpectomia, com medicação intracanal.	A dor impede todo o resto — mesmo não tendo sido o motivo da consulta.
2 · CONTROLE	**36**: exodontia. **15, 25, 47**: remover a cárie e selar com ionômero de vidro. Raspagem supragengival; higiene e dieta. Com a boca adequada, o **46** segue ao CEO para concluir o canal.	Tira a infecção e para a doença. O canal entra aqui: dente só medicado não aguenta semanas de espera.
3 · REAVALIAÇÃO	A gengiva parou de sangrar? A higiene pegou? O canal do 46 foi concluído?	Com a doença controlada, o resto do plano se confirma — ou muda.
4 · REABILITAÇÃO	**46**: restauração definitiva sobre o canal. **15, 25, 47**: restaurações definitivas. Espaços do **36** e do **16**: discutir a prótese.	O que segura: a mastigação dos dois lados.
5 · ESTÉTICA	**11**: nova restauração.	Por último — e agora dura. Se incomodar antes, um reparo simples cedo não atrasa nada.
6 · MANUTENÇÃO	Retorno pelo risco. **18**: observação, registrada no prontuário.	Sem doença, o 18 não vira procedimento.

A FRASE DO DENTE DA FRENTE

"O dente da frente está no plano, e a gente vai cuidar dele. Mas o definitivo fica para o fim, porque é o que pode esperar sem piorar: o de trás está inflamado e a gengiva está sangrando. Feito agora, numa boca que sangra, ele dura menos. Se estiver incomodando, um reparo simples dá para fazer já. Primeiro a gente apaga o incêndio; depois pinta a parede."

> **Nota do editor.** Escrito **antes** da aula, a partir do plano de aulas e da literatura de planejamento odontológico. A escada é consenso de ensino, não algoritmo: a urgência a interrompe, a vida do paciente a reordena, e a reavaliação existe para corrigi-la. O caso foi composto para ensinar; não é de paciente real. Quando o caso for real, o sigilo proíbe torná-lo identificável — salvo na docência ou em publicação científica, com autorização do paciente (Código de Ética, Art. 14, III). Revisão de 23/09/2026: a exceção ao consentimento (Parte 5) e o encaminhamento do paciente com necessidades especiais seguem agora a lei de 2026 e o protocolo do Rio (Capítulo 9).

INFOGRÁFICO: Plano de tratamento hierarquizado

O roteiro de bolso: **o que vem primeiro, e por quê.** A escada das fases, o prognóstico de cada dente e a conversa que transforma a lista de problemas em acordo. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · A ESCADA

NÃO É O QUE DÓI MAIS, NEM O QUE SE VÊ: É O QUE IMPEDE O QUE VEM DEPOIS

0 SISTÊMICA — O corpo libera a boca: ASA, pressão, remédios.

1 URGÊNCIA — Dor, abscesso, trauma. Interrompe tudo.

2 CONTROLE — Sai o sem prognóstico; canal; cárie selada; raspagem.

3 REAVALIAÇÃO — A doença parou? Decide os duvidosos.

4 REABILITAÇÃO — Restaura, canais eletivos, prótese: o que segura.

5 ESTÉTICA — Por último — e por isso dura.

6 MANUTENÇÃO — Retorno pelo risco; observação registrada.

2 · O PROGNÓSTICO DECIDE O LUGAR

DE CADA DENTE · NO PLANO, NÃO SÓ NA BOCA

BOM

Trata e conta com ele. Restaurável, com suporte, com função.

DUVIDOSO

Estabiliza e decide depois. Provisório até a reavaliação.

SEM PROGNÓSTICO

Sai cedo. Exodontia no controle da doença.

3 · AS DUAS LISTAS

O QUE ELE PEDE · O QUE O EXAME ACHOU

NECESSIDADE SENTIDA × NORMATIVA

A queixa mora no que se vê; a necessidade, no molar que dói calado. O plano **junta as duas e diz a ordem**. Queixa atendida cedo com provisório segura o paciente no tratamento: o que espera é o **definitivo**, não o cuidado.

NEM TUDO O QUE SE ACHA VIRA PROCEDIMENTO

Siso semi-incluso sem doença, mancha inativa, restauração íntegra: **observação registrada**. Propor tratamento desnecessário é infração ética (CFO-118/2012, Art. 11, V).

4 · A DECISÃO É A DOIS

E A RESPONSABILIDADE CONTINUA SUA

1 · HÁ UMA ESCOLHA

Diga que ela existe — e que será feita a dois.

2 · AS OPÇÕES

Inclusive não tratar, ou tratar depois: o bom e o ruim de cada uma.

3 · O QUE IMPORTA

Trabalho, passagem, medo, tempo — antes de fechar a ordem.

O QUE O CÓDIGO EXIGE · CFO-118/2012

Esclarecer **propósitos, riscos, custos e alternativas** (Art. 11, IV) · **consentimento prévio** (Art. 11, X; pela Lei nº 15.378/2026, dispensado só no risco de morte com o paciente inconsciente) · a responsabilidade é sua **ainda que o paciente tenha pedido** (Art. 9º, XIV) · tudo no **prontuário**, legível, datado e assinado (Art. 17).

5 · O PLANO EM SESSÕES

O TEMPO DA UNIDADE É FINITO

1 · POR REGIÃO

Anestesia uma vez e resolve tudo o que está ali.

2 · CARGA DE DOENÇA

Selar todas as cavidades ativas numa sessão rende mais que um dente por vez.

3 · REAVALIAÇÃO MARCADA

Com data, como sessão — não como intenção.

4 · ENCAMINHAR CONTROLADO

Com a doença parada e o motivo escrito — e ele volta. Suspeita de câncer: logo, com prioridade.

6 · CONSENTIMENTO É EXPLICAR DE VOLTA

TEACH-BACK · QUEM CONFERE É VOCÊ

EM VEZ DE "ENTENDEU?"

"Me conta, com as suas palavras, o que a gente vai fazer primeiro — e por que o dente da frente fica para depois."

A FRASE DO DENTE DA FRENTE

"Ele fica para o fim porque pode esperar sem piorar — e, se incomodar, um reparo simples sai já. Primeiro a gente apaga o incêndio; depois pinta a parede."

7 · ANTES DE FECHAR O PLANO — 30 SEGUNDOS

O MESMO ROTEIRO, TODO CASO

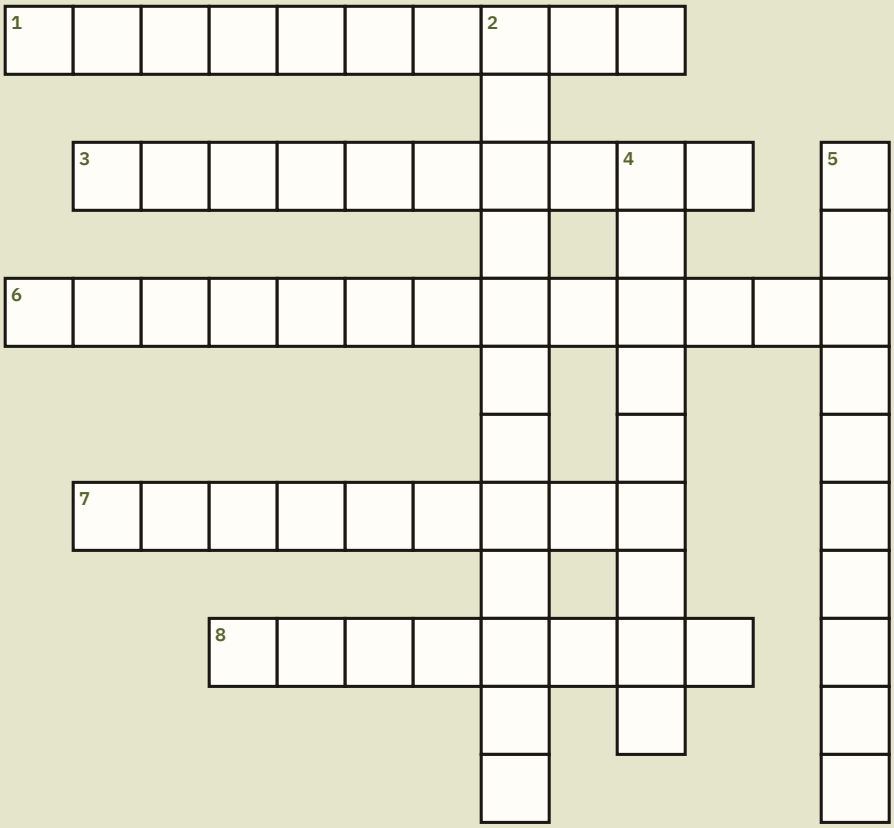
1. **O corpo liberou?** — ASA, pressão, medicação (S7)
2. **A dor vem primeiro?** — a urgência passa na frente
3. **O sem prognóstico sai cedo?** — no controle da doença
4. **A reavaliação está marcada?** — antes de qualquer definitivo
5. **Ele explicou de volta?** — com as palavras dele
6. **Está no prontuário?** — plano, opções, consentimento

Fontes: Stefanac & Nesbit, *Diagnosis and Treatment Planning in Dentistry* (as fases do plano) · Elwyn et al., *J Gen Intern Med* 2012 (decisão compartilhada) · Schillinger et al., *Arch Intern Med* 2003 (teach-back) · Bradshaw, 1972 (a taxonomia da necessidade) · MS, *Caderno de Atenção Básica nº 17* · Portaria GM/MS nº 599/2006 (CEO) · Código de Ética Odontológica, Resolução CFO-118/2012 (o anexo a seguir).

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 5

A cruzada tem 24 palavras, em três grades que crescem; 18 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/05

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/05/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 15/10/2026.

Reprodução parcial do **Código de Ética Odontológica**, aprovado pela **Resolução CFO-118/2012**: os artigos que tocam o plano de tratamento, **cada um na íntegra** — o objetivo da atenção (Art. 3º), o direito de planejar (Art. 5º), os deveres (Art. 9º), a relação com o paciente (Art. 11), o sigilo (Art. 14), os documentos (Arts. 17 e 18) e o magistério, que alcança o estágio (Arts. 34 e 35). Os demais artigos foram omitidos.

CAPÍTULO I — DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 3º. O objetivo de toda a atenção odontológica é a saúde do ser humano. Caberá aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

CAPÍTULO II — DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Art. 5º. Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

I — diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da Ciência e sua dignidade profissional;

II — guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções;

III — contratar serviços de outros profissionais da Odontologia, por escrito, de acordo com os preceitos deste Código e demais legislações em vigor;

IV — recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres;

V — renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos tem o profissional o dever de comunicar previamente, por escrito, ao paciente ou seu responsável legal, fornecendo ao cirurgião-dentista que lhe suceder todas as informações necessárias para a continuidade do tratamento;

VI — recusar qualquer disposição estatutária, regimental, de instituição pública ou privada, que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, bem como recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal; e,

VII — decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente ou periciado, evitando que o acúmulo de encargos, consultas, perícias ou outras avaliações venham prejudicar o exercício pleno da Odontologia.

CAPÍTULO III — DOS DEVERES FUNDAMENTAIS

Art. 9º. Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética:

I — manter regularizadas suas obrigações financeiras junto ao Conselho Regional;

II — manter seus dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional;

III — zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

IV — assegurar as condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Odontologia, quando investido em função de direção ou responsável técnico;

V — exercer a profissão mantendo comportamento digno;

VI — manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional;

VII — zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

VIII — resguardar o sigilo profissional;

IX — promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado;

X — elaborar e manter atualizados os prontuários na forma das normas em vigor, incluindo os prontuários digitais;

XI — apontar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas para o exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes;

XII — propugnar pela harmonia na classe;

XIII — abster-se da prática de atos que impliquem mercantilização da Odontologia ou sua má conceituação;

XIV — assumir responsabilidade pelos atos praticados, ainda que estes tenham sido solicitados ou consentidos pelo paciente ou seu responsável;

XV — resguardar sempre a privacidade do paciente;

XVI — não manter vínculo com entidade, empresas ou outros desígnios que os caracterizem como empregado, credenciado ou cooperado quando as mesmas se encontrarem em situação ilegal, irregular ou inidônea;

XVII — comunicar aos Conselhos Regionais sobre atividades que caracterizem o exercício ilegal da Odontologia e que sejam de seu conhecimento;

XVIII — encaminhar o material ao laboratório de prótese dentária devidamente acompanhado de ficha específica assinada; e,

XIX — registrar os procedimentos técnico-laboratoriais efetuados, mantendo-os em arquivo próprio, quando técnico em prótese dentária.

CAPÍTULO V — DO RELACIONAMENTO
SEÇÃO I — COM O PACIENTE

Art. 11. Constitui infração ética:

I — discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto;

II — aproveitar-se de situações decorrentes da relação profissional/ paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou política;

III — exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica;

IV — deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento;

V — executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado;

VI — abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e que deverá ser informado ao paciente ou ao seu responsável legal de necessidade da continuidade do tratamento;

VII — deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro cirurgião-dentista em condições de fazê-lo;

VIII — desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente;

IX — adotar novas técnicas ou materiais que não tenham efetiva comprovação científica;

X — iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência;

XI — delegar a profissionais técnicos ou auxiliares atos ou atribuições exclusivas da profissão de cirurgião-dentista;

XII — opor-se a prestar esclarecimentos e/ou fornecer relatórios sobre diagnósticos e terapêuticas, realizados no paciente, quando solicitados pelo mesmo, por seu representante legal ou nas formas previstas em lei;

XIII — executar procedimentos como técnico em prótese dentária, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e auxiliar em prótese dentária, além daqueles discriminados na Lei que regulamenta a profissão e nas resoluções do Conselho Federal; e,

XIV — propor ou executar tratamento fora do âmbito da Odontologia.

CAPÍTULO VI – DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 14. Constitui infração ética:

I – revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão;

II – negligenciar na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional; e,

III – fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir paciente, sua imagem ou qualquer outro elemento que o identifique, em qualquer meio de comunicação ou sob qualquer pretexto, salvo se o cirurgião-dentista estiver no exercício da docência ou em publicações científicas, nos quais, a autorização do paciente ou seu responsável legal, lhe permite a exibição da imagem ou prontuários com finalidade didático-acadêmicas.

Parágrafo Único. Compreende-se como justa causa, principalmente:

I – notificação compulsória de doença;

II – colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;

III – perícia odontológica nos seus exatos limites;

IV – estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos; e,

V – revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

CAPÍTULO VII – DOS DOCUMENTOS ODONTOLÓGICOS

Art. 17. É obrigatória a elaboração e a manutenção de forma legível e atualizada de prontuário e a sua conservação em arquivo próprio seja de forma física ou digital.

Parágrafo Único. Os profissionais da Odontologia deverão manter no prontuário os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, nome, assinatura e número de registro do cirurgião-dentista no Conselho Regional de Odontologia.

Art. 18. Constitui infração ética:

I – negar, ao paciente ou periciado, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionem riscos ao próprio paciente ou a terceiros;

II – deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal;

III – expedir documentos odontológicos: atestados, declarações, relatórios, pareceres técnicos, laudos periciais, auditorias ou de verificação odontolegal, sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade;

IV – comercializar atestados odontológicos, recibos, notas fiscais, ou prescrições de especialidades farmacêuticas;

V – usar formulários de instituições públicas para prescrever, encaminhar ou atestar fatos verificados na clínica privada;

VI – deixar de emitir laudo dos exames por imagens realizados em clínicas de radiologia; e,

VII – receitar, atestar, declarar ou emitir laudos, relatórios e pareceres técnicos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação, inclusive com o número de registro no Conselho Regional de Odontologia na sua jurisdição, bem como assinar em branco, folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos odontológicos.

CAPÍTULO XIII – DO MAGISTÉRIO

Art. 34. No exercício do magistério, o profissional inscrito exaltará os princípios éticos e promoverá a divulgação deste Código.

Art. 35. Constitui infração ética:

I – utilizar-se do paciente e/ou do aluno de forma abusiva em aula ou pesquisa;

II – eximir-se de responsabilidade nos trabalhos executados em pacientes pelos alunos;

III – utilizar-se da influência do cargo para aliciamento e/ou encaminhamento de pacientes para clínica particular;

IV – participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos;

V – permitir a propaganda abusiva ou enganosa, de cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização;

VI – aproveitar-se do aluno para obter vantagem física, emocional ou financeira;

VII – aliciar pacientes ou alunos, oferecendo vantagens, benefícios ou gratuidades, para cursos de aperfeiçoamento, atualização ou especialização;

VIII – utilizar-se de formulário de instituições de ensino para atestar ou prescrever fatos verificados em consultórios particulares; e,

IX – permitir a prática clínica em pacientes por acadêmicos de Odontologia fora das diretrizes e planos pedagógicos da instituição de ensino superior, ou de regular programa de estágio e extensão, respondendo pela violação deste inciso o professor e o coordenador da respectiva atividade.

Fonte: Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-118, de 11/05/2012, em vigor desde 01/01/2013 – texto do PDF oficial do Conselho Federal de Odontologia (website.cfo.org.br), consultado em 22/09/2026 e conferido contra a consolidação do LegisWeb (o CFO não publica consolidação oficial). O Código foi alterado depois pela Resolução CFO-271/2025 – nos Arts. 20, 32 e 44, nenhum dos reproduzidos aqui. E a Resolução CFO-196/2019 autoriza, com TCLE, a divulgação de imagens de diagnóstico e de conclusão de tratamento quando feita pelo cirurgião-dentista responsável pelo procedimento.

CAPÍTULO

6

Urgência e dor

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Dor Pulpite **Urgência** *Aliviar não é resolver*
Analgesia Trismo **Abscesso** *Demanda espontânea*
Drenagem Febre **Antibiótico** *Avulsão*
Encaminhar hoje Pericoronarite
Diagnóstico da dor *Alveolite* Receita em duas vias
Reimplante *Sangramento* Teste de frio



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 6

A Dor Não Espera

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · Samba-funk

OUÇA

musicplay.club/
estagio/TGP

Chegou sem hora marcada,
mão no rosto, olho fechado.
Não dormiu, não comeu direito,
tomou três comprimidos errado.

A agenda tinha outro nome,
o dia tinha outro plano.
Mas dor não lê agenda:
dor chega e desmonta o ano.

Respira. Pergunta rápido.
Decide com o que tem na mão.

A dor não espera,
mas a pressa também não cura.
Descobre de onde ela vem
antes de abrir a boca escura.
A dor não espera —
o que ela quer é alívio hoje.
Alivia hoje, resolve depois,
mas não manda ela embora à toa.

Inchou de um lado só? Tem febre?
Abriu a boca até o fim?
Se o inchaço subiu pro olho,
esse caso não é mais pra mim.

Antibiótico não é analgesia
e analgésico não drena nada.
Quem sabe a diferença dos dois
não persegue a dor errada.

A dor não espera,
mas a pressa também não cura.
Descobre de onde ela vem
antes de abrir a boca escura.
A dor não espera —
o que ela quer é alívio hoje.
Alivia hoje, resolve depois,
mas não manda ela embora à toa.

Encaminhar não é desistir.
É saber o tamanho da própria mão.

A dor não espera.
Mas a gente atende.

Urgência e dor

A urgência é o encaixe que desmonta o dia, e ela não avisa. O erro clássico aqui não é técnico: é confundir **aliviar** com **resolver**, e prescrever antibiótico onde faltava drenagem. Saber o que não é para você é parte da conduta, não uma falha dela.

> **O QUE ESTE CAPÍTULO É**
>
> O conteúdo da aula, escrito para ser lido **antes** dela — e relido depois. Traz o raciocínio da urgência na atenção básica: diagnosticar a dor, tratar a causa, prescrever só o que for preciso e mandar para outro serviço o que não cabe ali. O anexo reproduz o artigo da lei que dá ao cirurgião-dentista o direito de prescrever, as normas da receita de antimicrobiano e a do protocolo de urgência que o serviço tem de ter.

> **O QUE ESTA AULA DECIDE**
>
> O que fazer com quem chega com dor e sem hora marcada: o **diagnóstico** que separa uma dor da outra, a conduta que **resolve** — não só a que alivia — e os sinais que mandam para outro serviço **hoje**.

> **ONDE ELA SE ENCAIXA**
>
> É o degrau 1 da escada do Capítulo 5: a urgência passa na frente de tudo. Mas o corpo continua antes dela — a checagem do Capítulo 4 vale para quem tem dor. E a adequação do meio (S10) é o que vem depois que a dor passa.

PARTE 1

A urgência é um encaixe

Urgência, na odontologia da atenção básica, é o que não pode esperar a próxima vaga da agenda: **dor**, **infecção que se espalha**, **sangramento** e **trauma**. Não é o que o paciente acha urgente, nem o que a turma acha interessante. Uma restauração da frente que caiu sem doer incomoda, e merece hora marcada; um molar que não deixa dormir, não.

O paciente de urgência chega pela **demanda espontânea**, sem marcação, e passa na frente "independentemente do número de consultas agendadas no período", diz a Política Nacional de Atenção Básica. O Ministério da Saúde é explícito: não há número limite de urgências por período, e as consultas agendadas encolhem se for preciso. É por isso que ela desmonta o dia.

Muitas vezes é por aí que o paciente entra no serviço pela primeira vez, e isso muda o objetivo da consulta. Tirar a dor é o mínimo; o que se quer é tirá-la tratando a causa, e sair com o paciente **dentro do plano**: registrado, examinado, com retorno marcado. A urgência de hoje é o primeiro degrau do plano de amanhã.

E há um dever: deixar de atender paciente em urgência, quando não haja outro cirurgião-dentista em condições de fazê-lo, é infração ética (CFO-118/2012, Art. 11, VII). O Código admite, na urgência, começar sem o consentimento prévio (Art. 11, X) — mas a lei estreitou essa exceção: desde 2026, o Estatuto dos Direitos do Paciente só dispensa o consentimento no risco de morte com o paciente inconsciente (Capítulo 9). Com o paciente consciente, explica-se, pergunta-se e anota-se a concordância no prontuário. Com dor ele ouve pouco, e por isso precisa ouvir o essencial duas vezes.



O encaixe em cinco tempos. A pressa empurra direto do 1 para o 5 — dar o remédio e mandar embora. É o atalho que alivia hoje e devolve o paciente pior daqui a três dias.

PARTE 2

Primeiro o corpo — também na dor

A dor encurta a anamnese. O paciente quer que acabe, o aluno quer resolver, e a checagem do Capítulo 4 é a primeira coisa que se pula. Ela leva dois minutos e decide o que se pode fazer: **pressão aferida**, **remédios em uso** — anticoagulante antes de qualquer corte —, **alergias** antes de qualquer receita, **gestação** e **diabetes**, que muda a velocidade com que uma infecção se espalha.

A dor sobe a pressão, e a regra do Capítulo 4 continua valendo: com **180/110 mmHg** ou mais, o eletivo espera e o paciente vai ao médico no mesmo dia. Na urgência a dor não espera a compensação — mas o que se faz na cadeira se reduz ao mínimo que tira a causa, e quem decide é o professor. Contra a dor, paracetamol: o anti-inflamatório sobe a pressão e enfraquece o anti-hipertensivo. Com dor no peito, falta de ar, dor de cabeça forte ou alteração neurológica, não é mais odontologia: é emergência médica, agora.

PARTE 3

Que dor é essa

Cinco perguntas separam a maior parte das dores de dente, e elas cabem na primeira conversa: **quando começou**; se a dor é **espontânea ou provocada**; se, provocada, **passa logo ou fica**; se o paciente **sabe apontar** o dente; e se ela **acorda à noite**. Depois, o exame confirma: o teste de frio, a percussão, a palpação do fundo de sulco, a sondagem e, quando houver, a radiografia.

PULPITE REVERSÍVEL	Provocada — pelo frio, pelo doce —, aguda, e **some em segundos** quando o estímulo sai. Não acorda.	Tirar a causa: cárie removida e selada. Antibiótico, nunca.
PULPITE IRREVERSÍVEL	Espontânea, ou provocada e que **fica** depois do estímulo; pulsa, piora deitado, custa a localizar.	Abrir o dente — pulpotomia ou pulpectomia — ou extrair. Antibiótico não trata polpa.
NECROSE E PERIODONTITE APICAL	Dói ao morder e à percussão, o dente "cresceu"; o frio **não responde**.	Acesso e limpeza do canal, ou exodontia.
ABSCESSO PERIAPICAL	Dor e **inchaço** no fundo de sulco, às vezes flutuante; o dente não responde ao frio.	Drenar — pelo canal, por incisão, ou pelos dois. O dente não fica aberto.
ABSCESSO PERIODONTAL	Inchaço na gengiva junto a uma bolsa funda, com pus à sondagem; o dente em geral **responde** ao frio.	Drenar pela bolsa, raspar e irrigar.
PERICORONARITE	No siso semierupcionado: capuz de gengiva inflamado, dor para mastigar e para abrir a boca.	Limpar e irrigar sob o capuz e aliviar o antagonista que o traumatiza. Antibiótico só se a boca abre menos ou o rosto incha; exodontia, se indicada, depois.
ALVEOLITE	**Um a dois dias** depois de uma exodontia, dor forte e irradiada; alvéolo vazio, gosto ou cheiro ruim.	Irrigar com soro, curativo no alvéolo, analgesia. Antibiótico só se a infecção se espalha.
DOR QUE NÃO É DE DENTE	Vários dentes de cima doendo juntos (seio maxilar); dor muscular ao acordar (DTM); choque (neuralgia); dor na mandíbula **com esforço, falta de ar ou suor**.	Encaminhar. A última é cardíaca até prova em contrário: emergência, agora.

A dor pelo que ela conta. A coluna do meio é o que o paciente diz e o que o exame mostra; a da direita, o que resolve. Repare em quantas linhas o antibiótico não aparece.

PARTE 4

Aliviar não é resolver

Três ferramentas entram numa urgência, e cada uma faz uma coisa. O **analgésico** tira a dor por algumas horas e não mexe na causa. A **intervenção** — abrir o dente, drenar o pus, extrair — tira a causa: é ela o tratamento. E o **antibiótico** segura a infecção que passou do dente para o corpo; não alcança uma polpa inflamada nem esvazia um abscesso.

Daí as duas trocas que fazem a urgência dar errado. A primeira é mandar para casa com analgésico, sem abrir o dente: a dor volta quando o remédio acaba, e o paciente volta pior. A segunda é o **antibiótico no lugar da drenagem** — a mais comum, e a que mais custa. Sem sinal no corpo e com o tratamento ao alcance, ele não melhora a dor e traz dano de verdade: efeitos adversos, resistência bacteriana e custo (ADA, 2019).

O antibiótico tem lugar, e o lugar é preciso: quando a infecção **se espalha** ou **dá sinais no corpo** — inchaço no rosto, linfonodo aumentado, boca que abre menos, febre, mal-estar —; quando o abscesso **não pode ser drenado agora**, e aí junto com o encaminhamento urgente; e, no **imunocomprometido**, já na infecção localizada. Em nenhum desses casos ele substitui a intervenção: acompanha a drenagem, ou segura a infecção até ela.

> *"Faz-se necessária a realização efetiva de procedimentos odontológicos, tais como acesso endodôntico, exodontias, drenagens de abscessos, entre outros, e não apenas medicação e encaminhamento."*
>
> MINISTÉRIO DA SAÚDE, *A SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE*, 2018, P. 89

ANALGESIA
Tira a dor por horas. Entra sempre que dói — e não trata nada.

INTERVENÇÃO
Abrir, drenar, extrair. Tira a causa: é o tratamento.

ANTIBIÓTICO
Segura a infecção que se espalha. Nunca no lugar da drenagem.

PARTE 5

Os sinais de hoje

Algumas infecções de origem dentária saem do alcance da unidade, e depressa: o inchaço que desce para baixo da mandíbula e do assoalho da boca pode fechar a via aérea em horas. Entre ficar e ir há uma linha. Febre e mal-estar com o abscesso drenado se tratam na unidade, com antibiótico e retorno curto; o paciente prostrado — febre que sobe, calafrio, desidratado, apático —, o inchaço que cresce depressa e qualquer ameaça à respiração vão para o pronto atendimento **hoje**, e, com a via aérea em risco, chama-se o SAMU (192). A RDC nº 1.002/2025 manda que essa linha esteja escrita: o serviço tem de ter um protocolo que diga o que se atende ali e o que se estabiliza e encaminha — e assiste o paciente até a ambulância chegar (Art. 116, no anexo).

PARA O PRONTO ATENDIMENTO HOJE — NÃO PARA O RETORNO

Inchaço que cresce depressa ou se espalha — para o pescoço, para o assoalho da boca, para o olho · **dificuldade para engolir ou para respirar**, voz rouca ou abafada · **boca que quase não abre** · **prostração** — febre que sobe, calafrio, desidratação —, que piora mais depressa na criança, no idoso e no imunocomprometido · trauma com suspeita de fratura ou perda de consciência · **sangramento** que não para com as medidas locais.

PARTE 6

A receita

Quem assina. Prescrever é competência do cirurgião-dentista (Lei nº 5.081/1966, Art. 6º, II), e o antimicrobiano só pode ser prescrito por profissional legalmente habilitado (RDC nº 471/2021, Art. 5º). No estágio, quem assina é o professor que supervisiona: você prepara e confere; ele assina e responde pela receita.

A analgesia. Para a dor aguda de dente, o primeiro recurso é um anti-inflamatório não esteroide, sozinho ou com paracetamol; opioide não é primeira escolha (ADA, 2024). Se o anti-inflamatório não serve — alergia ou asma com ele ou com a aspirina, úlcera ou sangramento digestivo, doença renal ou do coração, anti-hipertensivo ou anticoagulante em uso, gestação —, fica o **paracetamol**, que é também o analgésico da gestante (Capítulo 4). A **dipirona**, comum no Brasil, não entra em quem já teve asma, urticária ou falta de ar com analgésico ou anti-inflamatório — a reação pode ser cruzada —, nem na gestação, em que o Ministério, desde 2022, pede ao dentista que não a prescreva; nessa asma, até o paracetamol pede cautela, e a escolha é do professor.

IBUPROFENO	**400 mg** de 6 em 6 ou de 8 em 8 horas; até 2,4 g por dia.	FTN 2010; ADA 2024
+ PARACETAMOL	Junto com o ibuprofeno quando um só não basta: **500 mg**.	ADA 2024
PARACETAMOL	**500 mg a 1 g** de 4 em 4 ou de 6 em 6 horas; até 4 g por dia. Quem abusa de álcool deve evitar; na varfarina, dose menor e por menos tempo.	FTN 2010
DIPIRONA	**500 mg a 1 g**, até 4 vezes ao dia. Não depois de reação a analgésico ou anti-inflamatório, nem na gestação.	Bula de referência (Anvisa); FTN 2010; MS 2022
AMOXICILINA	Só com indicação (Parte 4): **500 mg de 8 em 8 horas, por 3 a 7 dias.** Reavaliar em até 3 dias; parar 24 horas depois que os sinais sumirem.	ADA 2019
ALERGIA À PENICILINA	Sem anafilaxia, angioedema ou urticária: **cefalexina 500 mg** de 6 em 6 horas, por 3 a 7 dias. Com: **azitromicina** 500 mg no 1º dia e 250 mg por mais 4 — na varfarina, ela sobe o INR (Capítulo 4) —, ou **clindamicina 300 mg** de 6 em 6 horas, por 3 a 7 dias, com mais risco de colite por *C. difficile*. A mesma reavaliação.	ADA 2019

A receita do antimicrobiano tem regra própria. Vai no receituário do prescritor ou do serviço, legível, sem rasura, em **duas vias**, com o nome completo, a idade e o sexo do paciente; o medicamento pela Denominação Comum Brasileira, com dose ou concentração, forma, posologia e quantidade em algarismos; de quem prescreve, o nome, a inscrição no conselho, o endereço, o telefone, a assinatura e o carimbo; e a data. Vale **10 dias** a partir da emissão (IN nº 360/2025, Art. 1º, § 2º); a farmácia retém a segunda via, devolve a primeira ao paciente, e ela é aviada uma vez só (RDC nº 471/2021, Arts. 6º, 10 e 13). Pela RDC nº 1.000/2025, a receita eletrônica dispensa as duas vias e exige assinatura eletrônica.

O que o paciente leva, além do papel: para que serve cada remédio — o analgésico não cura —, até quando tomar o antibiótico, e os sinais que o mandam voltar ou ir à urgência antes do retorno. Receita que o paciente não entendeu é receita que ele vai tomar errado. Os esquemas do Ministério da Saúde de 2018 são mais longos, de 7 a 10 dias; este capítulo segue a diretriz mais recente (ADA, 2019).

PARTE 7

Os primeiros minutos: o dente que saiu e o alvéolo que sangra

O dente que saiu inteiro (avulsão) é uma das poucas emergências reais da odontologia, e o relógio decide. Se o dente é permanente: pegue pela coroa, nunca pela raiz; se estiver sujo, lave com cuidado em leite, soro ou na saliva do próprio paciente; e recoloque no alvéolo ali mesmo, com o paciente mordendo uma gaze. Se não der para recolocar, o dente viaja em leite, em saliva cuspida num copo ou em soro, nessa ordem de preferência — a água é ruim, mas é melhor do que seco.

O que decide o prognóstico é o **tempo a seco** fora da boca: com 30 minutos no seco, a maioria das células do ligamento já morreu; passados 60 minutos de seco — mesmo que depois o dente vá para o leite —, o prognóstico é ruim. Mesmo assim, reimplantar um dente permanente é "quase sempre a melhor decisão", porque preserva o osso e as opções de tratamento futuras. E aqui o antibiótico entra: depois do reimplante, a diretriz (IADT, 2020) recomenda amoxicilina ou penicilina. **Dente de leite não se reimplanta** — pelo risco de a criança aspirar o dente e de lesar o permanente que vem. E em todo trauma, confira a vacina antitetânica.

Na hora, ou até ~15 min	Em leite, soro ou saliva — a seco, menos de 60 min	Mais de 60 min a seco
Reimplantado no local: as células do ligamento provavelmente vivem.	Viáveis, mas comprometidas.	Provavelmente inviáveis, mesmo que depois vá ao leite — e reimplanta-se assim mesmo.

O relógio da avulsão (IADT, 2020). No seco é mais rápido: com 30 minutos, a maioria das células do ligamento já morreu. O que se ganha no local do acidente não se recupera na cadeira.

O sangramento depois de uma exodontia começa pela medida mais simples: gaze dobrada e umedecida sobre o alvéolo, e o paciente mordendo firme por **20 minutos** antes de olhar (SDCEP, 2026). Se não parar, ache o ponto que sangra — tecido mole ou osso —, pergunte pelo anticoagulante e reforce a hemostasia: esponja hemostática e sutura. O Caderno de Atenção Básica resume em três palavras: **revisão, sutura e compressão**. No paciente em uso de anticoagulante, o controle espontâneo é difícil, e a conduta se combina com a equipe médica (Capítulo 4).

E o que evita a volta: nas primeiras 24 horas, nada de bochechar, cuspir, fumar, bebida alcoólica ou esforço, e comida fria e pastosa. Sangramento que não para com tudo isso, ou que vem com tontura e palidez, é caso de urgência hospitalar.

QUANDO O CADERNO DE 2012 DIZ OUTRA COISA

O Caderno de Atenção Básica nº 28 (Ministério da Saúde, 2012) ainda indica antibiótico na pulpite irreversível e na alveolite, antibiótico antes de incisar um abscesso, o dente aberto por 24 horas quando a drenagem pelo canal não é efetiva, e o reimplante condicionado a menos de uma hora fora da boca. As diretrizes que vieram depois — da ADA (2019), do programa escocês SDCEP (2026) e da IADT (2020) — dizem o contrário, e é por elas que este capítulo vai. Na unidade, quem decide é o professor que supervisiona o caso.

PARTE 8

Um caso: a dor das três noites

Homem, 45 anos, pedreiro, chega às 10h sem marcação. Há três noites não dorme por um dente de baixo, à esquerda. A dor começou com o gelado, há uma semana; agora vem sozinha e pulsa, e desde ontem o dente "cresceu" — dói para morder. Hoje acordou com a gengiva inchada. Por conta própria, tomou por dois dias um antibiótico que sobrou em casa, e parou.

ACOLHER	Sinais de alarme? Não: abre bem a boca, engole e respira sem esforço, 36,8 °C. O inchaço é só dentro da boca, no fundo de sulco do 36: o rosto não incha e não há linfonodo palpável.
O CORPO	PA 138/88 mmHg; não usa remédio contínuo; já tomou amoxicilina sem reação. O procedimento está liberado (Capítulo 4).
DIAGNOSTICAR	36 com cárie extensa; frio sem resposta; percussão e palpação dolorosas; flutuação no fundo de sulco; área escura no ápice, na radiografia. **Necrose, com abscesso periapical agudo localizado.**
RESOLVER	Anestesia e isolamento absoluto; abertura do dente e drenagem pelo canal; incisão da flutuação. O dente não fica aberto: curativo e selamento provisório.
COMBINAR	Ibuprofeno 400 mg se doer. **Antibiótico, não**: a infecção era localizada, foi drenada, e não há sinal no corpo. Retorno em até três dias; o futuro do dente — canal ou exodontia — entra no plano (Capítulo 5).

A FRASE DO ANTIBIÓTICO QUE SOBROU

"O remédio que o senhor tomou não tinha como resolver: o problema era o pus preso no osso, e ele saiu hoje, por onde a gente abriu. O remédio de agora é só para a dor. Se vier febre, o senhor volta aqui no mesmo dia — aí entra o antibiótico — e, com a unidade fechada, vai à UPA. Se o inchaço subir para o olho ou descer para o pescoço, se a boca quase não abrir ou ficar difícil engolir, é a UPA hoje mesmo — não espera o retorno."

O que fica no prontuário: a queixa e a história, a pressão, os achados, o diagnóstico, a concordância do paciente, o que foi feito, o que foi prescrito — e por que o antibiótico não foi —, a orientação dada e o retorno marcado. E peça que ele não guarde sobra de antibiótico para a próxima dor.

Nota do editor. O caso é fictício. As condutas seguem as diretrizes da ADA sobre antibióticos (2019) e analgésicos (2024), o guia escocês SDCEP para problemas odontológicos agudos (2ª ed., 2026), a IADT para o trauma dental (2020), o Formulário Terapêutico Nacional (2010), os textos do Ministério da Saúde de 2012 e 2018 e a diretriz do Ministério para gestantes (2022), com as divergências indicadas nas Partes 6 e 7. O capítulo foi escrito antes da aula. Revisão de 23/09/2026: a dipirona saiu da gestação, e a exceção ao consentimento na urgência segue a lei de 2026 (Capítulo 9).

INFOGRÁFICO: Urgência e dor

O roteiro de bolso do encaixe: **aliviar não é resolver**. O que é urgência, o corpo antes da dor, a dor pelo que ela conta, as três ferramentas, os sinais de hoje, a receita e os primeiros minutos do trauma. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · O QUE NÃO ESPERA A AGENDA

NÃO É O QUE O PACIENTE ACHA URGENTE

DOR
Que não deixa dormir, comer, trabalhar.

INFECÇÃO
Que incha ou se espalha.

SANGRAMENTO
Que não para com a compressão.

TRAUMA
Dente fraturado, deslocado ou fora da boca.

2 · O CORPO ANTES DA DOR

DOIS MINUTOS · A CHECAGEM DO CAPÍTULO 4

1. **Pressão aferida** — 180/110 ou mais: só urgência, e no mínimo
2. **Remédios em uso** — anticoagulante antes de cortar
3. **Alergias** — antes de qualquer receita
4. **Gestação e diabetes** — mudam o remédio e a pressa

3 · A DOR PELO QUE ELA CONTA

CINCO PERGUNTAS, E O EXAME CONFIRMA

1. **Quando começou?**
2. **Espontânea ou provocada?** — frio, doce, mastigar
3. **Provocada: passa logo ou fica?**
4. **Sabe apontar o dente?**
5. **Acorda à noite?**

REVERSÍVEL
Provocada, some em segundos: selar a cárie.

IRREVERSÍVEL
Fica depois do estímulo, pulsa: abrir o dente.

NECROSE · ABSCESSO
Dói ao morder, frio não responde, incha: acessar e drenar.

ALVEOLITE
1–2 dias depois de extrair, alvéolo vazio: irrigar, curativo.

4 · ALIVIAR, RESOLVER, SEGURAR

CADA FERRAMENTA FAZ UMA COISA

ANALGESIA
Tira a dor por horas. Não trata nada.

INTERVENÇÃO
Abrir, drenar, extrair: é o tratamento.

ANTIBIÓTICO
Com sinais no corpo, sem como drenar agora, no imunocomprometido — e depois do reimplante.

5 · PARA O PRONTO ATENDIMENTO HOJE

NÃO PARA O RETORNO · VIA AÉREA EM RISCO: SAMU 192

Inchaço que cresce depressa ou se espalha — pescoço, assoalho da boca, olho · dificuldade para engolir ou respirar, voz rouca ou abafada · boca que quase não abre · prostração — febre que sobe, calafrio, desidratação —, mais depressa na criança, no idoso e no imunocomprometido · trauma com suspeita de fratura ou perda de consciência · sangramento que não para.

6 · A RECEITA

QUEM ASSINA É O PROFESSOR QUE SUPERVISIONA

ANALGESIA
Ibuprofeno 400 mg, com paracetamol 500 mg se preciso. Sem anti-inflamatório, e na gestação: paracetamol (até 4 g/dia). Dipirona, não após reação a remédio para dor, nem na gestação.

ANTIBIÓTICO, SE INDICADO
Amoxicilina 500 mg de 8 em 8 h, 3 a 7 dias. Reavaliar em até 3 dias.

ALERGIA À PENICILINA
Sem anafilaxia, angioedema ou urticária: cefalexina. Com: azitromicina ou clindamicina.

RECEITA DO ANTIMICROBIANO
Duas vias, vale 10 dias, aviada uma vez só.

7 · OS PRIMEIROS MINUTOS

O DENTE QUE SAIU · O ALVÉOLO QUE SANGRA

O DENTE QUE SAIU · PERMANENTE
Pela coroa; se sujo, lavar em leite, soro ou saliva; **recolocar já**. Sem recolocar: leite, saliva ou soro. Seco, 30 min já matam o ligamento — reimplantar mesmo assim. **Decíduo não se reimplanta.**

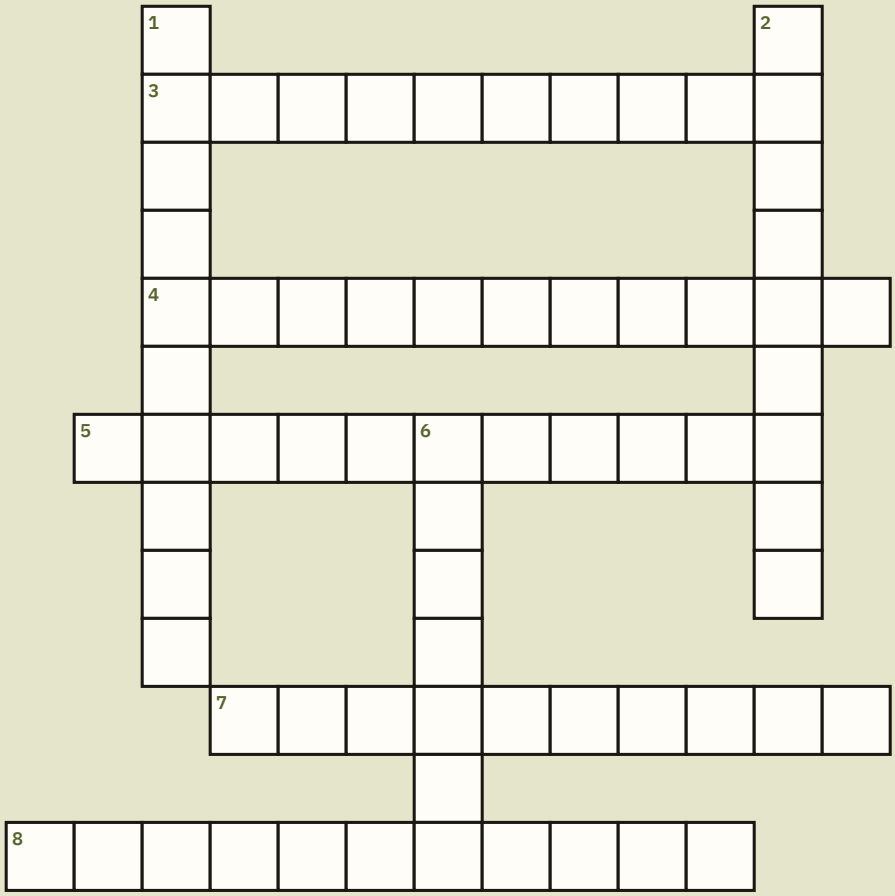
O ALVÉOLO QUE SANGRA
Gaze umedecida, mordida firme, **20 minutos** sem olhar. Não parou: **revisão, sutura e compressão**. Anticoagulante: com a equipe médica.

Fontes: ADA, *JADA* 2019 (antibióticos) e 2024 (analgésicos) · SDCEP, *Management of Acute Dental Problems*, 2ª ed., 2026 · IADT, diretrizes de 2020 (tradução oficial) · MS, *A saúde bucal no SUS* (2018), Caderno de Atenção Básica nº 28, v. II (2012) e *Tratamento em gestantes* (2022) · FTN 2010 · Lei nº 5.081/1966, RDC Anvisa nº 471/2021, IN nº 360/2025 e RDC nº 1.002/2025 (o anexo a seguir).

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 6

A cruzada tem 24 palavras, em três grades que crescem; 18 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/
palavras-cruzadas-estagio/06

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/
palavras-cruzadas-estagio/06/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 15/10/2026.

Reprodução parcial, **cada artigo na íntegra** (salvo a lista da Instrução Normativa, como indicado): a **Lei nº 5.081/1966**, o direito de prescrever; a **Resolução RDC nº 471/2021** da Anvisa, a receita de antimicrobiano; a **Instrução Normativa nº 360/2025**, a validade de dez dias; e a **Resolução RDC nº 1.002/2025**, o protocolo de urgência do serviço. Os demais artigos foram omitidos.

LEI Nº 5.081, DE 24 DE AGOSTO DE 1966 — REGULA O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA

Art. 6º Compete ao cirurgião-dentista:

I — praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação;

II — prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;

III — atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive, para justificação de faltas ao emprego. (Redação dada pela Lei nº 6.215, de 1975)

IV — proceder à perícia odontolegal em fôro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;

V — aplicar anestesia local e truncular;

VI — empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;

VII — manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalação adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com os casos específicos de sua especialidade, bem como aparelhos de Raios X, para diagnóstico, e aparelhagem de fisioterapia;

VIII — prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente;

IX — utilizar, no exercício da função de perito-odontólogo, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça.

RESOLUÇÃO RDC ANVISA Nº 471, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2021 — A RECEITA DO ANTIMICROBIANO (TEXTO VIGENTE)

CAPÍTULO II — PRESCRIÇÃO

Art. 5º. A prescrição dos medicamentos abrangidos por esta Resolução deverá ser realizada por profissionais legalmente habilitados.

CAPÍTULO III — RECEITA

Art. 6º A prescrição dos medicamentos abrangidos por esta Resolução e descritos na Instrução Normativa específica deve ser realizada em receituário privativo do prescritor ou do estabelecimento de saúde, não havendo, portanto, modelo de receita específico. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 973, de 23/04/2025)

Parágrafo único. A receita deve ser prescrita de forma legível, sem rasuras, em 2 (duas) vias e contendo os seguintes dados obrigatórios:

I — identificação do paciente: nome completo, idade e sexo;

II — nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade (em algarismos arábicos);

III — identificação do emitente: nome do profissional com sua inscrição no Conselho Regional ou nome da instituição, endereço completo, telefone, assinatura e marcação gráfica (carimbo); e

IV — data da emissão.

Art. 7º A receita dos medicamentos abrangidos por esta Resolução terá validade conforme os prazos estabelecidos na Instrução Normativa específica. (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 973, de 23/04/2025)

CAPÍTULO IV — DISPENSAÇÃO E RETENÇÃO DE RECEITA

Art. 10. A dispensação em farmácias e drogarias públicas e privadas dar-se-á mediante a retenção da 2ª (segunda) via da receita, devendo a 1ª (primeira) via ser devolvida ao paciente.

§ 1º O farmacêutico não poderá aceitar receitas posteriores ao prazo de validade estabelecido nos termos desta Resolução.

§ 2º As receitas somente poderão ser dispensadas pelo farmacêutico quando apresentadas de forma legível e sem rasuras.

§ 3º No ato da dispensação devem ser registrados nas duas vias da receita os seguintes dados:

I — a data da dispensação;

II — a quantidade aviada do medicamento abrangido por esta Resolução e Instrução Normativa específica; (Redação dada pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 973, de 23/04/2025)

III — o número do lote do medicamento dispensado; e

IV — a rubrica do farmacêutico, atestando o atendimento, no verso da receita.

Art. 13. A receita deve ser aviada uma única vez e não poderá ser utilizada para aquisições posteriores, salvo nas situações previstas no art. 9º desta norma. (Retificação: DOU de 29/03/2021)

Parágrafo único. A cada vez que o receituário for atendido dentro do prazo previsto, deverá ser obedecido o procedimento constante no § 3º do art. 10 desta Resolução.

INSTRUÇÃO NORMATIVA ANVISA Nº 360, DE 23 DE ABRIL DE 2025 — A LISTA DOS ANTIMICROBIANOS E A VALIDADE DA RECEITA

Art. 1º Fica definida a lista de substâncias classificadas como antimicrobianos de uso sob prescrição, isoladas ou em associação, de que trata a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 471, de 23 de fevereiro de 2021, publicada no Diário Oficial da União nº 36, de 24 de fevereiro de 2021, seção 1, pág. 85:

[a lista, de 131 itens, foi omitida. Dos antimicrobianos que a odontologia mais prescreve, estão nela a amoxicilina (item 7), a azitromicina (10), a cefalexina (19), a clindamicina (37), o metronidazol (77) e a penicilina V (94).]

§ 1º Esta lista não se aplica aos antimicrobianos de uso exclusivo hospitalar.

§ 2º A receita dos medicamentos a base das substâncias mencionadas no caput é válida por 10 (dez) dias, a contar da data de sua emissão.

RESOLUÇÃO RDC ANVISA Nº 1.002, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025 — BOAS PRÁTICAS DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Art. 116. O serviço que presta assistência odontológica deve possuir um protocolo de atendimento e encaminhamento dos pacientes em caso de urgências e emergências, no qual devem constar as situações em que o paciente pode ser atendido localmente ou que precisa ser estabilizado e encaminhado para atendimento fora do serviço odontológico.

Parágrafo único: O serviço deve prestar assistência a todos os pacientes até a chegada da ambulância ou a transferência segura para atendimento em uma unidade de pronto atendimento de urgências ou um hospital.

Fontes: Lei nº 5.081/1966 — Planalto, consultado em 22/09/2026; o inciso III do Art. 6º tem a redação da Lei nº 6.215/1975. RDC nº 471/2021 — texto vigente do AnvisaLegis, com as alterações da RDC nº 973/2025, conferido com o DOU; as notas entre parênteses são do AnvisaLegis, salvo a da retificação do Art. 13, desta reprodução. IN nº 360/2025 — DOU de 24/04/2025. RDC nº 1.002/2025 — DOU de 16/12/2025; os serviços existentes têm até dezembro de 2026 para se adequar.

CAPÍTULO

7

Adequação do meio bucal

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Paralisar Remoção seletiva
Adequação do meio *Hoje a gente segura*
Dentina amolecida Ionômero de vidro **ART**
Mínima intervenção **Cariostático** Sessão única
Selante *Dureza, não cor* **Selamento provisório**
Verniz fluoretado **Terço interno** *Ciclo restaurador repetitivo*
Sem forrador **Encaminhar ao CEO** *Tratamento expectante*
Restos radiculares



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 7

Hoje a Gente Segura

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · Coco de embolada

OUÇA

musicplay.club/
estagio/SEG

Boca cheia de buraco,
tempo curto na cadeira.
Não dá pra fazer bonito,
dá pra fazer da maneira

que segura o que tá caindo
e para o que tá andando.
O que hoje é provisório
é o que amanhã tá de pé aguentando.

Hoje a gente segura!
Hoje a gente segura!
Tira o que tá contaminando,
sela o que dá pra selar.
Hoje a gente segura!
Amanhã a gente restaura.
Boca parada de cárie
já é metade da cura.

Nem tudo que é escuro é buraco,
nem todo buraco é pra broca.
Mancha branca sem cavidade
não pede furo, pede troca:

troca de escova, troca de hora,
troca do doce de meia em meia.
“Não vou restaurar hoje”
não é o mesmo que “não vou cuidar”.

Hoje a gente segura!
Hoje a gente segura!
Tira o que tá contaminando,
sela o que dá pra selar.
Hoje a gente segura!
Amanhã a gente restaura.
Boca parada de cárie
já é metade da cura.

ART não é remendo de pobre,
é técnica com nome e com prova.
Onde não tem cadeira nem luz,
ela chega, resolve, e é nova.

Hoje a gente segura.
Amanhã a gente restaura.

Adequação do meio bucal

Uma boca com muitas cavidades e um paciente com pouco tempo: é a situação mais comum da unidade, e a que mais tenta o aluno a fazer bonito num dente só. A adequação do meio é o contrário disso — é **parar a doença na boca inteira** antes de caprichar em qualquer dente. O nome é velho e brasileiro; o que ele nomeia mudou de dentro para fora nos últimos dez anos, e a maior parte da mudança está na mão que segura a cureta.

O QUE ESTE CAPÍTULO É

O conteúdo da aula, escrito para ser lido **antes** dela — e relido depois. Traz o que o termo significa em cada lugar onde você vai encontrá-lo, o que a diretriz do Ministério da Saúde de 2024 mudou na remoção de tecido cariado, o que se põe na cavidade depois, e o que para uma lesão sem broca nenhuma. O anexo reproduz as recomendações dessa diretriz na íntegra e a descrição oficial do procedimento no SIGTAP.

O QUE ESTA AULA DECIDE

O que fazer com a **boca inteira** na primeira sessão clínica: o que se remove e até onde, o que se sela, o que se paralisa sem broca — e o que fica para depois, sem que a doença ande enquanto espera.

ONDE ELA SE ENCAIXA

É o degrau 2 da escada do Capítulo 5, logo depois da urgência do Capítulo 6. Vem do plano hierarquizado e vai para a prevenção do território (S12): adequar é o que se faz com as mãos; manter é o que se faz com o paciente.

PARTE 1

Três coisas com o mesmo nome

"Adequação do meio bucal" é expressão brasileira, e das que todo mundo usa sem definir. Na literatura odontológica indexada ela já aparece em **1990** sem precisar de explicação; o primeiro trabalho que se propõe a defini-la — e a distingui-la do ART — é de **1998**, da UFRJ. Não há como dizer quem a inventou, e o capítulo não vai fingir que há. O que dá para dizer é onde ela está escrita hoje, e nisso ela é **três coisas diferentes**.

A primeira é uma **fase** do plano de tratamento: a etapa que vem antes da restauradora definitiva. É nesse sentido que os protocolos municipais e os manuais de ensino a usam, e é dele que vem a ideia — hoje discutível, como se verá na Parte 7 — de que o que se faz na adequação é provisório por natureza.

A segunda é uma **técnica**, um conjunto nomeado de procedimentos — e a expressão "a técnica de adequação do meio bucal" é do próprio Ministério da Saúde. O recorte oficial é mais estreito do que o que se ensina: no Caderno de Atenção Básica nº 17 ela é **remoção de placa, remoção da dentina cariada, selamento das cavidades com material provisório e remoção dos outros fatores retentivos** — restos radiculares e cálculo. Dieta, flúor e orientação estão ali ao lado, em *outro* item da mesma lista — é o recorte estreito. O Capítulo 5, na escada das fases, usa o largo, que os inclui.

A terceira é a que mais manda no seu dia: um **pré-requisito administrativo**. Em quatro pontos do mesmo Caderno, e em todos os protocolos de rede que existem, a adequação do meio é a condição para **encaminhar ao CEO**. Sem ela feita, o paciente não sobe para a especialidade. É por isso que ela aparece no prontuário mesmo quando ninguém a chamou pelo nome.

UMA FASE
A etapa antes da restauradora. É daqui que vem o "provisório".

UMA TÉCNICA
Placa, dentina cariada, selamento, restos e cálculo. O recorte do MS.

UM PRÉ-REQUISITO
Sem ela, não se encaminha ao CEO. O sentido que manda na agenda.

O mesmo nome, três empregos. Quando alguém disser "faz a adequação", vale perguntar em qual dos três sentidos — a resposta muda o que entra na sessão e o que entra no encaminhamento.

> **O PROCEDIMENTO EXISTE, E TEM CÓDIGO — COM OUTRO NOME**
>
> Não há procedimento chamado "adequação do meio bucal" na tabela do SUS. O que há é o **01.01.02.009-0 — Selamento provisório de cavidade dentária**, cuja descrição oficial diz, com os erros de digitação do original: "*inclui-se nesta deniminacao os procedimentos conhecidos como adequacao do meio bucal, controle da infeccao intra bucal, controle epidemiologico da carie e a restauracao provisoria, dentre outras*". Duas coisas que confundem: o valor aparece como R$ 0,00 porque procedimento da Atenção Básica **não é pago por produção** — o custeio vem por equipe —, e esse código **não se registra pelo e-SUS APS**, ao contrário do TRA e da restauração de decíduo com ionômero. Onde registrar, pergunte na unidade.

PARTE 2

Remover tudo saiu de moda — e saiu com razão

A odontologia em que a maioria dos professores se formou mandava remover **todo** o tecido cariado antes de restaurar: broca até a dentina ficar dura e sem mancha, em toda parede, em qualquer profundidade. Essa técnica hoje tem nome próprio — **remoção não seletiva até dentina dura** — e o consenso internacional que a rebatizou, em 2016, acrescentou entre parênteses que ela é, na expressão do consenso, "técnica não mais recomendada" (*technique no longer recommended*).

O motivo cabe numa frase, e é ela que muda tudo: remove-se tecido cariado **para criar condições de uma restauração durar**, não para eliminar tecido infectado. A bactéria que fica selada debaixo de uma restauração bem vedada não tem de onde comer — o açúcar não atravessa. Quem for remover a última camada de dentina amolecida sobre a polpa está trocando um risco pequeno, o de deixar bactéria isolada, por um grande: expor a polpa e transformar uma restauração em endodontia.

Aqui é preciso cuidado com a frase curta. **O abandono é da remoção total no fundo da cavidade**, junto à polpa. Na **periferia** — paredes laterais e junção amelodentinária — continua-se indo até dentina dura, porque é ali que a restauração adere e veda. Quem lê "não precisa remover tudo" e deixa amolecida a margem da cavidade não modernizou nada: fez uma restauração que vai falhar.

E no Brasil isso não é importação. O **Ministério da Saúde publicou em 2024** uma diretriz clínica nacional para a Atenção Primária, feita com metodologia GRADE e painel de especialistas, que adota a remoção seletiva por inteiro. É dela que sai quase tudo o que vem a seguir, e é ela que está no anexo. Vale reparar, de passagem, que dois dos nomes do consenso internacional de 2016 são de brasileiras — Marisa Maltz e Soraya Leal.

> *"Para o manejo das lesões de cárie, algumas mudanças têm ocorrido [...] sob uma filosofia de mínima intervenção: controlar a doença e paralisar lesões; preservar ao máximo os tecidos dentários; evitar o ciclo restaurador repetitivo; buscar a manutenção dos dentes na cavidade bucal pelo maior tempo possível."*
>
> MINISTÉRIO DA SAÚDE, *MANEJO DE LESÕES PROFUNDAS DE CÁRIE*, 2024

QUANDO A LESÃO É "PROFUNDA", PELA DIRETRIZ

Quando está no **terço interno da espessura da dentina**, visto em radiografia interproximal — ou, sem radiografia, quando a avaliação clínica a julga provavelmente próxima da polpa. Não é impressão: é medida. E a diretriz vale para dentes **vitais**, sem dor espontânea ou com dor provocada que passa, e que possam receber restauração direta. Fora disso, o capítulo é outro.

PARTE 3

O nome velho e o nome novo

A diretriz faz uma coisa rara num documento oficial: publica uma **tabela de tradução** entre o vocabulário que circula na clínica e o que se usa hoje. Ela resolve boa parte da confusão de sala — e mostra que "tratamento expectante" não sumiu: virou "remoção em duas sessões", que é justamente a que deixou de ser recomendada.

REMOÇÃO TOTAL	Hoje: **remoção não seletiva**, até dentina dura e sem descoloração, em todas as paredes.	Não mais recomendada
REMOÇÃO PARCIAL	Hoje: **remoção seletiva até dentina firme** — deixa a coriácea na parede pulpar.	Lesão rasa e média
–	**Remoção seletiva até dentina amolecida** — deixa a amolecida na parede pulpar.	Lesão profunda
–	**Remoção seletiva até dentina dura** — nas paredes circundantes, sempre.	A periferia, em todas
TRATAMENTO EXPECTANTE	Hoje: **remoção em duas sessões** (*stepwise*) — a segunda sessão que a diretriz dispensa.	Ver Partes 6 e 13

A tabela de tradução (MS, 2024). À esquerda, o que você vai ouvir na clínica e ler em protocolo antigo. À direita, o nome atual — e repare que três linhas diferentes viraram "remoção seletiva": o que muda entre elas é *até onde*, e em *qual parede*.

PARTE 4

A mão decide pelo tato, não pelo olho

O critério para parar de remover é a **dureza da dentina**, sentida na sonda e na cureta. Não é a cor, não é o corante evidenciador. A diretriz é direta sobre isso: a orientação visual por corantes "*pode levar à remoção excessiva de dentina, o que pode ser particularmente danoso em lesões profundas de cárie*".

Dentina escura e dura é dentina esclerosada — tecido do próprio paciente, reagindo. Quem remove mancha remove dente são.

São quatro consistências, e vale treinar o nome delas junto com o gesto, porque é assim que o professor vai perguntar na cadeira.

AMOLECIDA	Deforma quando a sonda é pressionada; sai **fácil** com a cureta, com pouca força.
CORIÁCEA	Não deforma sob o instrumento; sai sem muita força — **desprende-se em lascas**. É a "consistência de couro".
FIRME	**Resiste** ao instrumento manual: só sai com pressão, e com cureta afiada.
DURA	Quase não sai com instrumento manual — **só com muita força**, cureta muito afiada ou broca.

As quatro consistências (MS, 2024). O gesto é sempre o mesmo — pressionar e tentar remover —; o que muda é a resposta do tecido. Repare que a diferença entre *coriácea* e *firme* está na força necessária, e é essa a que mais se erra.

PARTE 5

Duas paredes, dois alvos

Aqui está o coração da técnica, e ele é geométrico. A mesma cavidade recebe **dois tratamentos diferentes**, conforme a parede. Nas **paredes circundantes** — laterais e junção amelodentinária — vai-se até **dentina dura**, sempre, em qualquer profundidade: é a garantia de adesão e de vedação. Na **parede pulpar**, para: em lesão profunda, deixa-se a **dentina amolecida**; em lesão rasa ou média, a **coriácea**.

PAREDES CIRCUNDANTES
Laterais e junção amelodentinária, em qualquer profundidade: até **dentina dura**. É onde a restauração adere e veda.

PAREDE PULPAR, LESÃO PROFUNDA
Para na **dentina amolecida**. Ela vira forrador biológico — e o que não se removeu não expôs a polpa.

A regra das duas paredes. Uma cavidade, dois critérios de parada. Trocar os dois de lugar é o erro mais caro: periferia mole faz a restauração falhar; fundo duro demais faz a polpa aparecer.

PARTE 6

Uma sessão só — e sem forrador

Tudo isso em uma sessão. O tratamento expectante — selar, esperar e reabrir — deixou de ser recomendado, e por razões que o estágio entende bem: a segunda sessão "*pode aumentar o risco de exposição pulpar, adiciona custo, tempo e potencial desconforto ao usuário, além do risco de não conclusão do tratamento*". Na dentição decídua a diretriz é mais taxativa: com o dente tendo tempo contado na boca, a remoção em duas sessões **não é opção**.

Duas conclusões vão contra o que muita gente aprendeu. A diretriz sugere **não aplicar antimicrobiano** para limpar a cavidade depois da remoção seletiva — o uso "*não apresentou nenhum benefício adicional*". E sugere que **não é necessário forrador** antes de uma restauração adesiva: a camada de dentina amolecida que ficou já age como forrador biológico, e o hidróxido de cálcio, ali, não tem evidência que o defenda. O forrador é hábito herdado do amálgama, que precisava de isolamento térmico.

O QUE SAI DA ROTINA ANTIGA DA ADEQUAÇÃO

Três gestos que a adequação do meio tradicionalmente incluía e que a diretriz de 2024 dispensa: **remover até dentina dura no fundo** da cavidade · **desinfetar a cavidade** com antimicrobiano antes de selar · **forrar com hidróxido de cálcio** antes de uma restauração adesiva. Nenhum deles é proibido, e a autonomia do profissional está preservada no próprio texto — mas nenhum deles tem hoje evidência que o sustente, e o primeiro tem evidência contra. Na unidade, quem decide é o professor que supervisiona o caso.

O ARGUMENTO QUE SÓ UM DOCUMENTO DE SERVIÇO FARIA

A diretriz do Ministério dá uma razão que não está nos consensos internacionais, e que é a razão da **Atenção Primária**: fazer remoção não seletiva na unidade **aumenta o fluxo de encaminhamento à endodontia no CEO**. Cada polpa exposta a mais é uma vaga a menos na especialidade, e uma fila que anda mais devagar para todo mundo. A remoção seletiva, aqui, não é só melhor para o dente — é melhor para a fila. É o argumento que cabe na reunião de equipe.

PARTE 7

O que entra no lugar — e por quanto tempo

Removida a dentina que tinha de sair, a cavidade precisa ser **vedada**. O material da adequação, no Caderno de Atenção Básica e em todos os protocolos de rede que existem, é o **ionômero de vidro** — o Caderno escreve "ionômero de vidro ou cimento modificado" — e vale desfazer um mito de corredor: **nenhum** documento oficial brasileiro manda usar IRM ou óxido de zinco e eugenol na adequação do meio. Procurou-se em catorze protocolos municipais e estaduais; as duas únicas aparições do IRM são como curativo de demora endodôntico, que é outra coisa.

O **ART** — Tratamento Restaurador Atraumático, que os documentos brasileiros também escrevem TRA — é a técnica que junta as duas coisas: remoção da dentina amolecida só com instrumento manual e selamento com **ionômero de vidro de alta viscosidade**, na mesma sessão, sem anestesia e sem motor. Nasceu para onde não havia cadeira nem luz, e é por isso que carrega a fama injusta de remendo. A evidência diz outra coisa.

Restaurações de ART de **face única** têm sobrevida de **94,3%** em decíduos posteriores nos dois primeiros anos, e de **87,1%** em permanentes posteriores nos três primeiros. Selantes feitos pela técnica falham por cárie em dentina a **0,9% ao ano** em três anos. Isso não é o desempenho de um provisório: é o de um tratamento **definitivo** para a lesão de face única — e é assim que protocolos municipais atualizados, como o de Belo Horizonte, já o classificam.

O limite existe e é honesto: a evidência forte é de **face única**. Em cavidade de duas ou mais faces, sobretudo proximal em decíduo, a sobrevida cai, e a decisão deixa de ser automática. E há uma armadilha de leitura no Caderno nº 17: ele apresenta o ART como resposta a "*acesso restrito a serviços tradicionais*" e o restringe a lesões iniciais. Se você quiser defender o ART por razão **biológica** — e a evidência de sobrevida permite —, essa parte não vem do Caderno.

FACE ÚNICA
94,3% em 2 anos nos decíduos; 87,1% em 3 anos nos permanentes. Tratamento definitivo.

DUAS OU MAIS FACES
Sobrevida menor, sobretudo proximal em decíduo. Decisão caso a caso, com o professor.

DENTE SEM CONDIÇÃO
Polpa comprometida, resto radicular, dente sem suporte: não é ART — é outro plano.

O alcance do ART. As cifras são de uma metanálise de 2018 e valem para as janelas indicadas — 94,3% são *dois anos*, não "para sempre". Citar o número sem a janela é vender o que a evidência não prometeu.

DUAS SIGLAS PARA A MESMA COISA

Os documentos oficiais brasileiros usam as duas: o de 2004 escreve **ART**, a sigla inglesa; o de 2018 escreve **TRA**, e ainda fala em "ART modificado". Não há erro em nenhuma delas — só confusão quando as duas aparecem no mesmo serviço. Neste capítulo, ART.

PARTE 8

Parar uma lesão sem broca: o cariostático

Há lesões que se paralisam **sem cavidade preparada e sem restauração**: passa-se um líquido, ele para a lesão, e o dente fica preto ali. O produto é o **diamino fluoreto de prata**, que no Brasil quase todo mundo chama de cariostático. Numa unidade com fila, com criança pequena, com idoso acamado ou com paciente que não colabora, ele é a diferença entre parar a doença hoje e marcar para nunca.

Primeiro cuidado, e é de almoxarifado: "cariostático" não é nome de substância, é apelido. Existe com registro válido na Anvisa produto chamado *Cariostasul — nitrato de prata a 30%*, que é **nitrato de prata sem flúor** e **não tem** a evidência do diamino. Se você pedir "o cariostático" e receber um frasco, leia o rótulo: tem de dizer **diamino fluoreto de prata**, e tem de dizer a concentração.

Segundo cuidado, o da concentração. A evidência internacional é quase toda feita a **38%**, e é comum ouvir que no Brasil só existe 12% e 30%. Não é verdade: o Cariestop tem as três apresentações — 12%, 30% e 38% — sob o mesmo registro, e há outros produtos a 38% registrados desde 2022. O descompasso é outro e mais sutil: a **lista oficial de insumos da Atenção Primária pede 30%**, e é isso que o município tende a comprar. O guia de fluoretos do Ministério (2ª ed., 2026) dá cobertura a essa escolha ao dizer que "*concentrações de 30% ou mais se mostram significativamente mais eficazes*". Ou seja: o frasco que você vai achar na unidade provavelmente é 30%, e isso está certo — só não é o número dos ensaios.

Terceiro, e o capítulo não vai esconder: a bula e a diretriz **divergem**. A bula do produto brasileiro diz que ele não deve ser usado em dentes permanentes e manda quatro aplicações semanais, lavando após dois a três minutos. O guia do Ministério indica o diamino para **cárie radicular em adultos e idosos** e para oclusais de permanentes de crianças, com **um minuto** de contato. São instruções incompatíveis, e não adianta fingir que não são. Quem decide, no estágio, é o professor — e a decisão fica escrita no prontuário.

A MANCHA É PERMANENTE, E O PACIENTE DECIDE ANTES

A lesão paralisada fica **preta**, e não volta a clarear. Num dente de trás isso é irrelevante; num dente da frente, pode não ser — e parte das famílias recusa quando se explica. A conversa vem **antes** do frasco, não depois: o que é, por que para a cárie, que fica preto, que o preto é o esperado e não um defeito — e que quem diz se a lesão parou é a **sonda**, no retorno, não a cor. Contraindicações: alergia a compostos de prata (AAPD); gengiva ou mucosa ulcerada, por bula do produto americano e pelo guia escocês. Consentimento registrado, como em todo o resto do Capítulo 5.

PARTE 9

O que a evidência garante — e o que ela não garante

Vale separar o que está firme do que virou ditado de corredor. A **concentração** tem lastro: 38% funciona melhor que 12%. A **periodicidade**, não. A frase "duas aplicações por ano são melhores que uma" circula como fato e **não é**: o único ensaio que sorteou a frequência não achou efeito da frequência isolada — só em crianças com higiene ruim —, e a revisão Cochrane que o reanalisou conclui que não foi possível distinguir uma forma de aplicar da outra. As diretrizes americanas adotam duas por ano; é escolha defensável, não resultado medido.

Outra que se aprende errado: **o preto não é o critério de paralisação**. A recomendação da ADA é explícita em dizer que a cor não serve para julgar se a lesão parou. O critério é a **dureza** à sondagem suave — e o guia escocês combina os dois: em tradução, "uma lesão dura e escurecida indica cárie paralisada". Escurecida *e* dura. Escuro sozinho não diz nada.

E há dois limites que a unidade precisa ouvir. A periodicidade **muda com a superfície**: em coroa, as diretrizes usam semestral; em **raiz**, anual. E **não existe evidência em adultos de 18 a 65 anos** — a faixa de boa parte da demanda adulta da unidade. Usar ali não é errado, mas é extrapolação, e tem de ser dito como tal. Some-se que os estudos de cárie de raiz vêm quase todos de uma região com pouco flúor na água; o Rio tem água fluoretada, e o ganho aqui pode ser menor.

> NO RIO, UM SILÊNCIO QUE VALE SABER
>
> A **Carteira de Serviços** da Atenção Primária do município lista "aplicar cariostático" como ação **essencial**. Mas o **Guia Rápido de Saúde Bucal** da mesma secretaria, de 2024, que é o material de bolso da rede e tem 94 páginas, **não menciona cariostático nem diamino uma única vez**. Não é proibição — não há, em documento nenhum da rede, proibição de usar. É lacuna. Na unidade da Vila, pergunte se há frasco no estoque antes de planejar a sessão em cima dele.

PARTE 10

Selar sobre cárie — mas qual cárie

"Pode-se selar sobre a cárie" é uma frase verdadeira que, dita assim, vira erro clínico. São **dois regimes diferentes**, e o que os separa é a cavitação.

Na lesão **não cavitada** de fóssulas e fissuras — mancha branca ou escurecimento de sulco, sem perda de superfície —, selar é o tratamento, e com recomendação forte: a fração de lesões evitadas chega a **71%**. O selante isola o biofilme da comida, e a lesão para debaixo dele. Aqui o Caderno nº 17 já era explícito em 2006: sulco escurecido não se abre.

Na lesão **cavitada**, a coisa muda. A recomendação americana para cavitada avançada em decíduo não é selante — é **cariostático**. A revisão sistemática sobre selar cavidade encontrou evidência insuficiente e de certeza muito baixa. E um ensaio brasileiro de 2022 mediu a diferença: selar uma cavidade de molar decíduo paralisa, sim, mas sobrevive menos que restaurar — **47,8% contra 76,0%** em dois anos. Selar cavidade é decisão de contexto, não de rotina.

Entre **resinoso e ionomérico**, a resposta honesta é menos bonita do que a da prova: o resinoso **retém** muito mais — o risco de perder é cerca de cinco vezes menor —, mas a revisão Cochrane diz que a retenção maior não se traduziu, nos estudos, em menos cárie de forma direta. A orientação prática é a que serve à unidade: **ionômero quando não dá para isolar** — molar meio irrompido, com capuz de gengiva, que é o caso de todo dia — e resinoso quando dá para isolar e se quer que dure.

NÃO CAVITADA	Em fóssulas e fissuras: mancha branca ou sulco escurecido, sem perda de superfície. Na face livre não se sela: verniz — o caso do Capítulo 8.	**Selar.** Recomendação forte; 71% de lesões evitadas.
CAVITADA RASA	Cavidade acessível à escova e ao instrumento.	Selar ou restaurar — a decisão é com o professor.
CAVITADA AVANÇADA	Em decíduo, com o paciente que não colabora ou sem tempo de cadeira.	**Cariostático**, e não selante, pela diretriz americana.

Selar não é uma decisão só. A linha que separa as duas primeiras é a cavitação; a que separa as duas últimas é o que o paciente consegue receber hoje. Nenhuma delas se decide pelo aspecto escuro.

PARTE 11

O verniz, e a conta que quase todo mundo erra

Três números para o **mesmo produto**: verniz de **NaF 5% = 2,26% de flúor = 22.600 ppm F**. A literatura americana usa o do meio, o Brasil usa o primeiro, e a bula às vezes traz o terceiro. Não são forças diferentes. E não existe "verniz a 5% de flúor" — essa frase, que aparece em prova e em corredor, é a mistura errada dos dois primeiros.

Sobre **quantas vezes por ano**, a resposta honesta desaponta. "A cada três a seis meses" é recomendação de diretriz, mas para maiores de dezoito anos ela mesma se classifica como **opinião de especialista**, com a evidência declarada insuficiente. E a revisão Cochrane que testou a frequência de aplicação como fator não achou associação com o efeito. O que se pode dizer com lastro: **duas por ano é o piso**, porque é o esquema dos ensaios; três ou quatro em alto risco é prática defensável por consenso, não por comparação medida.

Por fim, o que **não** se sabe: **não há estudo de selante em adulto** — a diretriz americana o diz com todas as letras, e a revisão Cochrane fechou a inclusão em vinte anos de idade. Para adulto e idoso, o eixo da prevenção é outro: dentifrício de alta concentração, verniz e cariostático, e o alvo é a **cárie de raiz**. Indicar selante para o adulto da Vila porque "é prevenção" é inventar indicação.

> ANTES DE ENCAMINHAR AO CEO
>
> A adequação do meio é **pré-requisito** de encaminhamento em quatro pontos do Caderno nº 17 — critérios gerais, endodontia, periodontia e cirurgia —, e o guia do Rio repete: quem vai para endodontia deve ir com os dentes **isentos de lesões de cárie**. Mas a regra tem exceção escrita na mesma página: em cirurgia, o paciente "*poderá ser encaminhado ao serviço especializado [...] sem receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal*". A regra é sanitária, não burocrática — e quando ela atrasar um caso que não pode esperar, é disso que se fala com o professor.

PARTE 12

Por que você vai ouvir as duas coisas na unidade

Em algum momento do estágio alguém vai lhe dizer para remover todo o tecido cariado, e vai ter um documento na mão. Não é ignorância: é que os documentos brasileiros **dizem coisas diferentes**, e a diferença não é entre antigos e novos — é entre **dois tipos de documento**.

De um lado, os que ensinam **dentística**: a diretriz do Ministério da Saúde de 2024, a recomendação da Associação Brasileira de Odontopediatria — que chama a remoção total de **sobretratamento** — e protocolos municipais atualizados. Todos dentro do consenso. Do outro, os que organizam a **fila para o CEO**: e vários deles exigem "remoção total do tecido cariado" como **critério de encaminhamento**.

E a contradição mora dentro do mesmo livro. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*, do Ministério, admite na página 128 a remoção parcial quando há risco de expor a polpa — e nas páginas 132 e 136 exige a remoção **total** para encaminhar à periodontia e à endodontia. Não é descuido: são dois registros, conduta clínica e protocolo administrativo. Boa parte dessa exigência, aliás, é razoável onde está: para encaminhar a **endodontia** ou a aumento de coroa, remover tudo faz sentido clínico e não conflita com nada. O problema é quando a regra de fila é lida como aula de dentística — e o aluno sai removendo até dentina dura num dente vital que ele mesmo vai restaurar.

> *"Atualmente considera-se desnecessária a segunda etapa do tratamento."*
> ABOPED, SOBRE A REMOÇÃO EM DUAS SESSÕES

PARTE 13

O guia do Rio, e o que ele diz de fato

O material de bolso da rede em que este estágio acontece — o **Guia Rápido de Saúde Bucal na Atenção Primária** da Secretaria Municipal de Saúde, de 2024 — acerta o gesto e deixa uma porta aberta. Para lesão de profundidade média ele descreve a remoção seletiva corretamente, preservando na parede pulpar a dentina em consistência de couro. Para lesão profunda, diz que se pode manter a fina camada sobre a polpa "*para o tratamento expectante (selamento provisório e reabertura da cavidade após 45 dias),* ***ou mesmo para o selamento definitivo da cavidade***".

Leia a frase inteira, porque ela é mais justa do que parece: a reabertura é **uma opção entre duas**, e a outra — selar definitivo — é exatamente a que a diretriz nacional recomenda. O gesto que o guia ensina já é remoção seletiva. O que ficou a meio caminho foi a porta da segunda sessão, que a diretriz do Ministério dispensa e a ABOPED chama de desnecessária. Não é atraso do Rio: é um guia de bolso que parou no meio do caminho — e, na prática, significa que você vai ver as duas condutas na mesma unidade.

Há ainda um detalhe de vocabulário no mesmo parágrafo, que vale corrigir na sua cabeça e não na do colega: o guia chama de "dentina firme (afetada)" o tecido "que tem a consistência de couro". Pela tabela do Ministério, couro é **coriácea**; firme é a que *resiste* ao instrumento. São categorias vizinhas e distintas — e é justamente entre elas que a mão hesita.

PARTE 14

Um caso: nove cavidades e uma folga por mês

Mulher, 34 anos, diarista, dois filhos. Conseguiu a vaga e avisa logo na cadeira que vai ser difícil voltar muitas vezes: folga uma quarta por mês. Não tem dor. Veio porque um dente da frente lascou e ela "já aproveita". À inspeção, nove lesões cavitadas — quatro rasas, três médias, duas profundas em molares inferiores —, biofilme visível por toda a boca, gengiva sangrando à sondagem, dois restos radiculares e um refrigerante de dois litros por dia, que ela conta sem que se pergunte duas vezes.

A BOCA INTEIRA	Antes de escolher um dente: mapa das nove lesões, das duas raízes residuais e do sangramento. As interproximais mostram as duas profundas no **terço interno** da dentina; as demais são rasas ou médias. Frio positivo e sem dor espontânea nos dois molares — são **vitais**, e cabem na diretriz.
A DOENÇA	O que fabrica as nove não é o dente: é o biofilme que não sai e o açúcar que entra o dia todo. Sem mexer nisso, cada restauração de hoje é a cárie secundária do ano que vem — o **ciclo restaurador repetitivo** que a diretriz manda evitar. A conversa sobre a garrafa de dois litros é procedimento, não conselho.
A MÃO DE HOJE	Remoção do biofilme, raspagem supragengival e a escovação ensinada na boca dela, com a escova dela. Nas lesões rasas e médias acessíveis, **ART com ionômero de alta viscosidade**, várias na mesma sessão: remoção só com instrumento manual, periferia até dentina dura, e selamento. Não é provisório — nas de face única, é o tratamento.
SEM BROCA	Duas lesões de difícil acesso, e a folga da paciente é mensal: **cariostático**, com a conversa sobre a mancha preta feita antes e a concordância anotada. Aqui vale o que a Parte 9 disse: aos 34 anos e em lesão de coroa, isso é **extrapolação** — decidida com o professor e anotada como tal. Verniz fluoretado na boca toda, e o retorno já marcado para a próxima folga.
O QUE FICA	Os dois molares profundos recebem hoje **selamento provisório com ionômero**, para não andarem até a folga seguinte — e isto **não é** a remoção em duas sessões da Parte 6: hoje não se removeu tecido cariado nenhum, só se vedou. A remoção vem inteira na **sessão seguinte**, com tempo: remoção seletiva até dentina amolecida no fundo, dura na periferia, **em uma sessão** — sem antimicrobiano e sem forrador —, e restauração no mesmo dia. Os restos radiculares e o dente lascado da frente, que foi a queixa que a trouxe, entram no plano do Capítulo 5, hierarquizados com ela.

A FRASE DE QUEM NÃO RESTAUROU HOJE

"Hoje eu não vou deixar nenhum dente bonito, e vou explicar por quê. Se eu caprichar num só e a senhora voltar daqui a um mês, os outros oito andaram. Então hoje eu seguro os nove: tiro o que está contaminando, fecho o que dá para fechar e passo um líquido em dois que vão ficar escuros — o escuro é do remédio; se parou mesmo, quem me diz é a sonda, na sua próxima folga. O bonito a gente faz depois, com a senhora vindo na folga. Não restaurar hoje não é não cuidar — é cuidar da boca inteira primeiro."

Nota do editor. O caso é fictício. As condutas seguem a diretriz do Ministério da Saúde *Manejo de lesões profundas de cárie* (2024), reproduzida no anexo; o consenso internacional de remoção de tecido cariado (*Adv Dent Res* 2016; *Br Dent J* 2017); a metanálise de sobrevida do ART (*Clin Oral Investig* 2018); as diretrizes da ADA sobre flúor tópico (2013), selantes (2016) e tratamentos não restauradores (2018); a da AAPD sobre cariostático (2017), o guia escocês SDCEP e a bula do produto americano; as revisões Cochrane de selantes (2017), de cariostático (2024) e de selamento de cavidade (2021); o ensaio brasileiro de selamento em decíduo (2022) e Griffin (2008); o *Guia de fluoretos* do MS (2ª ed., 2026) e a lista de insumos da CaSAPS (2020); os registros na Anvisa e a bula do Cariestop (reg. 10298550048); Oliveira LMC *et al.* (Rev Bras Odontol 1998;55(2):94-9), da Parte 1; a recomendação da ABOPED e o protocolo de Belo Horizonte (2022); o Caderno de Atenção Básica nº 17 (2006) e *A saúde bucal no SUS* (2018); o Guia Rápido da SMS-Rio (2024) e a Carteira de Serviços do município; e a tabela SIGTAP na competência 09/2026. As divergências entre essas fontes estão nas Partes 8, 9, 12 e 13. O capítulo foi escrito antes da aula.

INFOGRÁFICO: Adequação do meio bucal

O roteiro de bolso da primeira sessão: **parar a boca inteira antes de caprichar num dente**. O que o nome significa, até onde remover, o que entra no lugar, o que para sem broca — e onde os documentos da rede discordam. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · TRÊS COISAS COM O MESMO NOME

PERGUNTE EM QUAL SENTIDO, ANTES DE COMEÇAR

UMA FASE
A etapa antes da restauradora. É daqui que vem o "provisório".

UMA TÉCNICA
Placa, dentina cariada, selamento, restos radiculares e cálculo.

UM PRÉ-REQUISITO
Sem ela, não se encaminha ao CEO. No SUS: código 01.01.02.009-0.

2 · ATÉ ONDE REMOVER

DUAS PAREDES, DOIS CRITÉRIOS DE PARADA · PELO TATO, NÃO PELA COR

PAREDES CIRCUNDANTES
Laterais e junção amelodentinária, em qualquer profundidade: até **dentina dura**. É onde a restauração adere e veda.

PAREDE PULPAR
Lesão profunda: para na **dentina amolecida**. Rasa ou média: na **coriácea**. O que fica vira forrador biológico.

1. **Amolecida** — deforma sob a sonda; sai fácil
2. **Coriácea** — não deforma; sai em lascas ("couro")
3. **Firme** — resiste; só com pressão e cureta afiada
4. **Dura** — quase não sai; muita força ou broca

3 · O QUE SAIU DA ROTINA ANTIGA

DIRETRIZ DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024

Remover até dentina dura **no fundo** da cavidade · **desinfetar** a cavidade com antimicrobiano antes de selar · **forrar** com hidróxido de cálcio antes de restauração adesiva · **reabrir** depois de 45 dias (o tratamento expectante que o guia do Rio ainda oferece; hoje, "remoção em duas sessões"). Nenhum é proibido — nenhum tem evidência que o sustente, e o primeiro tem evidência contra. **Tudo em uma sessão.**

4 · O QUE ENTRA NO LUGAR

IONÔMERO DE VIDRO · NENHUM DOCUMENTO OFICIAL MANDA IRM NEM ÓXIDO DE ZINCO AQUI

ART DE FACE ÚNICA
94,3% em 2 anos nos decíduos; 87,1% em 3 anos nos permanentes. É **definitivo**, não provisório.

DUAS OU MAIS FACES
Sobrevida menor, sobretudo proximal em decíduo. Caso a caso, com o professor.

5 · PARAR SEM BROCA: O CARIOSTÁTICO

LEIA O RÓTULO ANTES · A MANCHA É PERMANENTE

É DIAMINO?
"Cariostático" é apelido. Há nitrato de prata **sem flúor** registrado com esse nome — e sem a mesma evidência.

QUAL CONCENTRAÇÃO
Os ensaios são a 38%. A lista de insumos da APS pede 30% — é o que você vai achar, e o guia do MS o respalda.

BULA × DIRETRIZ
A bula exclui permanentes e manda 4 aplicações semanais; o guia do MS indica raiz no adulto e no idoso, com 1 minuto. Divergem.

PAROU?
O critério é **dureza** à sondagem suave, com o escurecimento. Preto sozinho não diz nada.

6 · SELAR E VERNIZ

SELAR SOBRE CÁRIE SÃO DOIS REGIMES, NÃO UM

NÃO CAVITADA
Em fóssula e fissura — mancha branca, sulco escurecido: **selar**. 71% de lesões evitadas. Sulco escurecido não se abre.

CAVITADA AVANÇADA
Em decíduo: **cariostático**, não selante. Selar cavidade sobrevive menos que restaurar (47,8% × 76,0% em 2 anos).

RESINOSO × IONOMÉRICO
Ionômero quando não dá para isolar — molar meio irrompido. Resinoso retém mais, quando dá para isolar.

VERNIZ
NaF 5% = 2,26% F = 22.600 ppm: o mesmo produto. **Duas vezes ao ano** é o piso com lastro; mais é consenso, não ensaio.

7 · POR QUE VOCÊ VAI OUVIR AS DUAS COISAS

A DIVERGÊNCIA É ENTRE TIPOS DE DOCUMENTO, NÃO ENTRE ÉPOCAS

QUEM ENSINA DENTÍSTICA
Diretriz do MS (2024), ABOPED — que chama a remoção total de **sobretratamento** — e protocolos municipais atualizados: **remoção seletiva**.

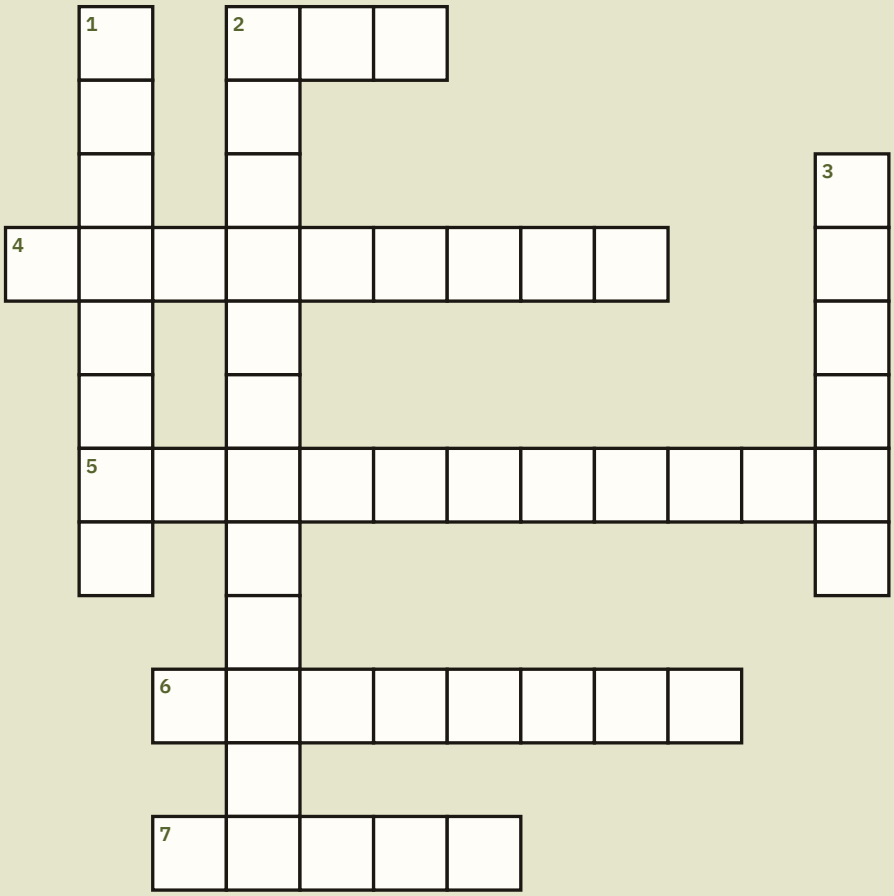
QUEM ORGANIZA A FILA DO CEO
Vários protocolos, e o próprio livro do MS de 2018 (pp. 132 e 136), exigem **remoção total** para encaminhar. É regra de fila, não aula de dentística.

Fontes: MS, *Manejo de lesões profundas de cárie* (2024, o anexo a seguir) · Consenso internacional de remoção de tecido cariado (*Adv Dent Res* 2016; *Br Dent J* 2017) · Metanálise de sobrevida do ART (*Clin Oral Investig* 2018) · ADA, *JADA* 2013 (verniz), 2016 (selantes) e 2018 (tratamentos não restauradores) · AAPD (2017) e SDCEP, com a bula do produto americano · Cochrane, selantes (2017), cariostático (2024) e selamento de cavidade (2021) · MS, *Guia de fluoretos* (2ª ed., 2026) · ABOPED · MS, Caderno de Atenção Básica nº 17 (2006) e *A saúde bucal no SUS* (2018) · SMS-Rio, *Guia Rápido* (2024) e Carteira de Serviços · SIGTAP, competência 09/2026.

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 7

A cruzada tem 24 palavras, em três grades que crescem; 18 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/07

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/07/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 15/10/2026.

Reprodução das **cinco recomendações para a prática clínica** da **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: manejo de lesões profundas de cárie** (Ministério da Saúde, 2024), **cada uma na íntegra**, com a pergunta que a motiva e a ponderação do painel — mais o público-alvo e a definição de lesão profunda. Ficaram de fora o método, as tabelas de evidência e as referências. Ao final, a ficha do procedimento do SIGTAP em que a adequação do meio é registrada.

DIRETRIZ PARA A PRÁTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE — MANEJO DE LESÕES PROFUNDAS DE CÁRIE (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024)

[reprodução das cinco recomendações para a prática clínica, do público-alvo e da definição de lesão profunda. Ficaram de fora o método, as tabelas de evidência, as fotografias e as referências.]

A quem se aplica: "A população alvo é composta por usuários de qualquer idade apresentando dentes com lesão profunda de cárie, vitais, sem sintomatologia dolorosa ou com dor provocada/pulpite reversível, que possam receber uma restauração direta." Os profissionais alvo são os cirurgiões-dentistas que atuam na Atenção Primária.

Quando a lesão é profunda: "Quando localizadas em terço interno da espessura da dentina, visualizadas em uma radiografia interproximal, ou, na ausência de radiografias, se forem clinicamente avaliadas como provavelmente próximas à polpa."

Os princípios que guiam a remoção: "preservar tecidos não desmineralizados e remineralizáveis"; "garantir que o substrato dentinário remanescente das paredes circundantes da cavidade seja capaz de receber uma restauração adesiva e promover uma vedação periférica adequada da cavidade"; "preservar a saúde pulpar e minimizar o risco de exposição pulpar"; "otimizar a sobrevivência do conjunto dente-restauração, removendo dentina amolecida em quantidade suficiente para que o material restaurador tenha espessura para suportar as forças mastigatórias, com suporte de estrutura dentária remanescente".

1) DEVE-SE REALIZAR A REMOÇÃO SELETIVA OU NÃO-SELETIVA DA DENTINA CARIADA?

O painel recomenda a favor da remoção seletiva da dentina cariada para dentes com lesões profundas de cárie, vitais, sem sintomatologia dolorosa ou com dor provocada/pulpite reversível. (RBE)

Esta abordagem pode aumentar a resolutividade do serviço, visto que a remoção seletiva pode reduzir o risco de exposição pulpar, que é considerado um desfecho intermediário para uma possível necessidade de tratamento endodôntico futuro - especialmente quando as baixas taxas de sucesso dos procedimentos de capeamento pulpar direto com materiais à base de hidróxido de cálcio são levadas em consideração.

2) DEVE-SE REALIZAR A REMOÇÃO DE DENTINA CARIADA EM SESSÃO ÚNICA OU DUAS SESSÕES?

O painel recomenda a favor da remoção seletiva em uma sessão para o tratamento de dentes com lesões profundas de cárie, vitais, sem sintomatologia dolorosa ou com dor provocada/pulpite reversível. (RBE)

O painel ponderou que a segunda sessão de remoção de dentina cariada pode ser suprimida, pois pode aumentar o risco de exposição pulpar, adiciona custo, tempo e potencial desconforto ao usuário, além do risco de não conclusão do tratamento. Sobretudo na dentição decídua, em que os dentes têm um tempo de permanência em boca limitado, a remoção em 2 sessões não é considerada uma opção para esta dentição.

3) DEVEM-SE USAR AS CARACTERÍSTICAS DE DUREZA/CONSISTÊNCIA DA DENTINA OU CARACTERÍSTICAS DE COR/MANCHAMENTO POR CORANTE DA DENTINA PARA ORIENTAR A REMOÇÃO SELETIVA DA DENTINA CARIADA?

O painel recomenda que o critério tátil de dureza seja utilizado como guia para orientar a remoção de dentina cariada em lesões profundas de cárie, limitando-se a remoção até a dentina amolecida nas paredes de fundo, e até a dentina dura nas paredes circundantes da cavidade. (RBE)

Com base nas evidências disponíveis, o painel ponderou que a orientação visual por corantes pode levar à remoção excessiva de dentina, o que pode ser particularmente danoso em lesões profundas de cárie.

4) RECOMENDA-SE A APLICAÇÃO DE AGENTES ANTIMICROBIANOS PARA LIMPEZA CAVITÁRIA APÓS A REMOÇÃO SELETIVA DA DENTINA CARIADA?

O painel sugere contra a aplicação de agentes antimicrobianos para a limpeza da cavidade após a remoção seletiva da dentina cariada. (RBE)

O painel avaliou as evidências disponíveis até o momento, as quais são escassas. Em face das evidências, o painel sugere que o uso de agentes antimicrobianos não é necessário, uma vez que seu uso não apresentou nenhum benefício adicional.

5) RECOMENDA-SE A APLICAÇÃO DE MATERIAL FORRADOR NA CAVIDADE APÓS A REMOÇÃO SELETIVA DA DENTINA CARIADA?

O painel sugere que não seja necessária a aplicação de material forrador na cavidade após a remoção seletiva de dentina cariada, anteriormente a restaurações adesivas. (RBE)

Quando a remoção seletiva de tecido cariado é realizada, pode-se pensar que a manutenção de uma camada de tecido dentinário amolecido sobre a parede pulpar já atue como um forrador biológico, protegendo o tecido pulpar. A evidência atual não defende o uso de materiais forradores (hidróxido de cálcio) na cavidade para manter vitalidade pulpar após a remoção seletiva de lesões profundas de cárie e antes da restauração da cavidade. Ao contrário, apresenta vantagens em não usar forradores, ou seja, diretamente restaurar a cavidade, seja com sistema adesivo e resina composta, ou com cimento de ionômero de vidro.

[na diretriz, RBE é "recomendação baseada em evidências"; RBC, "recomendação baseada em consenso"; PP, "pontos práticos"; CP, "consulta pública". As cinco recomendações acima são todas RBE.]

TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS (SIGTAP), COMPETÊNCIA 09/2026 — O CÓDIGO EM QUE A ADEQUAÇÃO DO MEIO É REGISTRADA

01.01.02.009-0 — SELAMENTO PROVISORIO DE CAVIDADE DENTARIA

"FECHAMENTO DE CAVIDADE COM OU SEM PRAPARO CAVITARIO PARA FINS DE RESTAURACAO, COM O OBJETIVO DE REDUCAO DA SEPTICEMIA BUCAL OU DE TERAPIA EXPECTANTE COMO ETAPA INTERMEDIARIA ATE QUE A RESTAURACAO DEFINITIVA SEJA EXECUTADA. INCLUI-SE NESTA DENIMINACAO OS PROCEDIMENTOS CONHECIDOS COMO ADEQUACAO DO MEIO BUCAL, CONTROLE DA INFECCAO INTRA BUCAL, CONTROLE EPIDEMIOLOGICO DA CARIE E A RESTAURACAO PROVISORIA, DENTRE OUTRAS."

[a descrição sai como está na tabela, sem acentuação e com os erros de digitação do sistema. O valor do procedimento aparece como R$ 0,00 porque procedimento da Atenção Básica não é remunerado por produção — o custeio vem por equipe. Este código não é registrável pelo e-SUS APS; o TRA (03.07.01.007-4) e a restauração de dente decíduo com ionômero (03.07.01.010-4) são.]

Fontes: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: manejo de lesões profundas de cárie*. Brasília, 2024 — versão estendida, 57 p., ISBN 978-65-5993-554-3; versão resumida, 14 p., ISBN 978-65-5993-557-4. Elaborada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal com o GODeC/UFPel, com metodologia GRADE. Em 22/09/2026 o bvsms.saude.gov.br devolvia HTTP 503 para as duas URLs canônicas e a página do gov.br redirecionava para elas: o texto foi lido na captura do Internet Archive de 27/04/2024 dessas mesmas URLs, e conferido entre as duas versões. SIGTAP — ficha do procedimento 01.01.02.009-0, competência 09/2026; a descrição sai como está na tabela.

CAPÍTULO

8

Prevenção e promoção no território

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Duas vezes por dia Carta de Ottawa
Promoção da saúde *Flúor solúvel*
Território usado Determinantes sociais
Fluoretação da água *Conversa, não palestra*
Creme dental fluoretado
Saúde na Escola **Açúcar** *Guandu* **Grão de arroz**
Vigilância da água *1.000 ppm* **Escola** Equidade
Fatores comuns de risco *Território vivo* Estimativa rápida



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 8

Duas Vezes por Dia

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · Marchinha

OUÇA

musicplay.club/
estagio/TAL

De manhã e antes de dormir,
duas vezes é o que a gente pede.
A da noite é a mais importante:
é a que fica enquanto você dorme.

Um grãozinho de ervilha, só isso,
numa escova de cerda macia.
Cospe fora e não enxagua:
deixa o flúor fazer o dia.

Duas vezes por dia,
de manhã e antes de deitar!
Escova, cospe, não enxagua,
e deixa o flúor trabalhar.
Duas vezes por dia,
dois minutos, sem correria!
Quem escova de noite direito
acorda com a boca em paz.

Não é sobre doce proibido,
é sobre quantas vezes por dia.
Um doce inteiro de uma vez
faz menos mal que dez pedacinhos.

Criança pequena não escova sozinha:
quem escova é o adulto, até dar.
Depois vigia, depois confere —
soltar a mão é o último a chegar.

Duas vezes por dia,
de manhã e antes de deitar!
Escova, cospe, não enxagua,
e deixa o flúor trabalhar.
Duas vezes por dia,
dois minutos, sem correria!
Quem escova de noite direito
acorda com a boca em paz.

“Mas ele não deixa.”
Então canta essa aqui enquanto escova.
Dois minutos é o tamanho desta música.

Duas vezes por dia!
Duas vezes por dia!
De manhã e antes de deitar.

Para crianças de até 3 anos, o Ministério da Saúde indica menos pasta: um grão de arroz, e não uma ervilha — veja a Parte 8 do capítulo.

Prevenção e promoção no território

Na cadeira, você trata a boca que chegou. A cárie, porém, é fabricada do lado de fora: no açúcar que se compra a poucos metros de casa, na água que chega com mais ou menos flúor, no creme dental que a família consegue pagar, na escola, quando lá não se escova. **Prevenir** é agir antes que a doença avance; **promover** é mexer no que a produz — e quase nada disso cabe num consultório. Este capítulo é sobre o que o estagiário pode fazer com as duas coisas, e sobre o que se faz por hábito com pouco ou nenhum efeito.

O QUE ESTE CAPÍTULO É

O conteúdo da aula, escrito para ser lido **antes** dela — e relido depois. Traz a diferença entre prevenir e promover, o que a evidência diz hoje da água, do creme dental, da escola e do açúcar, e o território da Vila com um dado que quase ninguém olha: quanto flúor chega à água do campus onde as crianças de lá estudam. O anexo reproduz a Política Nacional de Saúde Bucal (Lei nº 14.572/2023), a lei da fluoretação (nº 6.050/1974), as atribuições do cirurgião-dentista na Atenção Básica e as ações do Programa Saúde na Escola.

O QUE ESTA AULA DECIDE

O que fazer de prevenção que funciona — na cadeira, com a família e no território — e o que deixar de fazer: a palestra solta, o flúor em massa para quem não precisa dele, a régua errada do creme dental.

ONDE ELA SE ENCAIXA

Vem da adequação do Capítulo 7 — adequar é o que se faz com as mãos; manter é o que se faz com o paciente — e prepara os dois seguintes: o Capítulo 9, sobre os grupos com necessidades específicas, dado na mesma S12, e o Capítulo 10, sobre o estágio em odontologia, na S13.

PARTE 1

Duas palavras que não são sinônimos

Prevenção e promoção aparecem juntas em toda norma de saúde bucal, quase sempre na mesma linha, e é fácil tomá-las por sinônimos. Não são. Na definição clássica de Leavell e Clark, **prevenir** é agir antes, com base no que se sabe da história natural da doença, para tornar improvável que ela progrida. O alvo é uma doença — e é por isso que o selante, o verniz e a orientação de escovação são prevenção: miram a cárie.

Naquele modelo, a promoção da saúde era um dos níveis de prevenção, o mais inespecífico. Com o tempo o termo mudou de natureza: passou, nas palavras de Paulo Buss, a "representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado". O marco da virada é a Carta de Ottawa, de 1986, que define promoção da saúde, na tradução publicada pelo Ministério da Saúde, como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".

Vale um cuidado com essa tradução: o original fala em *people*, pessoas, e em aumentar o controle sobre a própria saúde. A diferença não é de vírgula. Prevenção é o que o profissional faz **para** alguém; promoção é o que muda **com** as pessoas — e, sobretudo, nas condições em que elas vivem: a água, a comida, a escola, a renda. É por isso que a promoção quase nunca acontece dentro do consultório.

POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS	AMBIENTES FAVORÁVEIS	AÇÃO COMUNITÁRIA	HABILIDADES PESSOAIS	REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS
A água fluoretada, o imposto sobre a bebida açucarada, a lei.	A escola que escova todo dia, a cantina, o bebedouro.	A associação de moradores decidindo o que importa ali.	Escovar com o creme certo, ler um rótulo, negociar o doce.	Uma clínica que olha o território, e não só a boca.

Os cinco campos da Carta de Ottawa (títulos resumidos da tradução do Ministério; os exemplos são deste capítulo). O consultório alcança bem os dois da direita, em marrom; os três primeiros só se alcançam com gente de fora da odontologia.

PARTE 2

A causa da causa

Há uma frase de 1999 que resume o problema com uma franqueza rara: "os serviços de tratamento nunca enfrentarão com sucesso a causa subjacente das doenças bucais" (Watt e Sheiham, em tradução). Vinte anos depois, a série do *Lancet* sobre saúde bucal repetiu o diagnóstico em escala mundial: as doenças bucais são crônicas, seguem de perto a posição social e atingem mais as crianças pobres, os grupos marginalizados e os idosos — justamente os que menos chegam ao dentista.

No Brasil o gradiente está medido. O SB Brasil 2023, a pesquisa nacional de saúde bucal, encontrou **53,17%** das crianças de cinco anos sem cárie — eram 46,6% em 2010. A proporção sem cárie melhorou; a desigualdade, não: a análise por renda dos dois inquéritos mostra que as crianças de maior renda têm cerca de 40% menos risco de cárie, e que essa diferença ficou **inalterada** entre 2010 e 2023. O próprio Ministério resume: cerca de três quartos das lesões de cárie se concentram em um quarto das crianças e adolescentes.

A resposta que a saúde pública deu a isso tem nome: **abordagem de fatores de risco comuns**. Sheiham e Watt a propuseram para a saúde bucal em 2000, num artigo cujo resumo abre com "a educação em saúde bucal convencional não é efetiva nem eficiente" (em tradução). O raciocínio é simples: dieta, higiene, fumo, álcool e estresse estão por trás da cárie e da doença periodontal e também do diabetes, da obesidade, do câncer. Atacar essas causas junto com o resto da equipe de saúde é mais racional do que tratar cada doença no seu canto.

Em 2023 a ideia virou lei. A Política Nacional de Saúde Bucal, a Lei nº 14.572, pede ações que "viabilizem intervenção sobre fatores comuns de risco" — a expressão é da lei; as Diretrizes de 2004, de onde ela saiu, falavam em "fatores de risco ou de proteção simultâneos". E o que era diretriz virou norma quase palavra por palavra: pelo menos quatro das dez diretrizes da lei repetem o documento de 2004.

O QUE A LEI DE 2023 PEDE DO DENTISTA — E O QUE ELA NÃO DIZ

A Política Nacional de Saúde Bucal traz dez diretrizes, entre elas a vigilância "com atuação intersetorial e ações sobre o território", o vínculo da equipe com a população adstrita e a fluoretação da água; e põe a saúde bucal, com promoção e prevenção, no campo de atuação do SUS. Ela não usa o nome "Brasil Sorridente", não fala em escola e só fala de flúor na fluoretação da água e nas "ações complementares" onde forem necessárias. O que a PNAB acrescenta é a tarefa: ao cirurgião-dentista cabe "coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais". Os textos estão no anexo.

O QUE O SB BRASIL 2023 MEDIU AOS 12 ANOS

CPO-D de **1,67** no Brasil e de **1,25** no Sudeste; 49,88% dos adolescentes sem cárie, e 36,85% com pelo menos um dente com cárie não tratada. Um cuidado de leitura: a notícia oficial que anunciou o inquérito dizia no título que o número de crianças de 5 anos sem cárie aumentou 40,7% — é o dado do Sul; no país, o aumento foi de 14%. Na cidade do Rio, 67% dos adolescentes de 12 anos e 66% das crianças de 5 anos estavam sem cárie — acima do país mesmo com amostras pequenas (123 e 162 examinados); já o CPO-D aos 12 anos, 1,06, tem intervalo de confiança de 0,15 a 1,96, que inclui o 1,67 do país.

PARTE 3

O território é o que se usa

Território, na saúde, não é o mapa do bairro. A Política Nacional de Atenção Básica o põe na base de tudo — as equipes assumem "responsabilidade sanitária" por uma população em território definido — e dá ao cirurgião-dentista, entre as atribuições próprias, a de "realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território". A norma avisa também que esse diagnóstico envelhece: "o território é vivo".

A geografia deu a essa ideia um nome mais exigente. Milton Santos falava em território *usado* — "é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social" —, e a expressão chegou à vigilância em saúde como **território utilizado**, pelas mãos de Monken e Barcellos, que criticam justamente o uso "meramente administrativo" do conceito, o que só serve para dividir áreas entre equipes. O que interessa é o que as pessoas fazem no lugar: onde compram, de onde vem a água que bebem, onde as crianças passam o dia.

Duas ferramentas fazem esse reconhecimento sem pesquisa demorada. A **estimativa rápida participativa** conhece, "em pouco tempo e com baixo custo", a situação de saúde vivida por uma população, a partir do que os próprios moradores apontam como problema. O **mapa inteligente** — termo da prática das equipes, não da norma — delimita as microáreas das equipes e organiza as informações do diagnóstico da comunidade. O estágio não vai fazer nem um nem outro. Mas vai fazer, em cada família, as perguntas que os alimentam.

> AS PERGUNTAS DE TERRITÓRIO, NO SEU DIA DE CAMPO
>
> De onde vem a água que a família bebe — torneira, filtro ou galão? Qual creme dental ela compra, e ele tem flúor? Onde as crianças estudam, e a escola escova? Onde se compra o doce e o refrigerante, e a que horas eles entram em casa? Quem é a equipe de Saúde da Família da casa, e a família sabe? Cinco perguntas, dois minutos — e o que elas respondem não aparece em radiografia nenhuma.

PARTE 4

A Vila na rede

A Vila Residencial fica no bairro Cidade Universitária, e a porta de entrada dela no SUS está do outro lado da ponte. Ela é território da equipe de Saúde da Família **Brigadeiro Trompowski**, da **Clínica da Família Diniz Batista dos Santos**, na Maré (Área Programática 3.1), a cerca de 3,6 km em linha reta — e bem mais a pé. A clínica foi inaugurada em fevereiro de 2018 com seis equipes de Saúde da Família e duas de Saúde Bucal, uma delas com o mesmo nome da equipe da Vila. O território dessa equipe é a ilha inteira: a Vila, a escola, o hospital universitário.

A Vila não tem escola, e não se encontrou creche pública lá. As crianças estudam na **Escola Municipal Tenente Antônio João**, na Cidade Universitária — 288 matrículas no Censo Escolar de 2025, da educação infantil ao fundamental —, onde, em 2009, segundo a diretora, quatro de cada cinco alunos vinham da Maré: uma ação de saúde bucal ali alcança a Vila e a vizinhança. E a Vila tem poucas crianças: o diagnóstico de 2016 falava em "baixa população infantil", e o censo que a associação de moradores fez com a Geografia da UFRJ, em 2024, contou 1.038 estudantes da universidade entre 2.168 residentes. Prevenção, na Vila, não é assunto só de escola.

A UNIDADE	Clínica da Família Diniz Batista dos Santos, na Maré — Área Programática 3.1.
AS EQUIPES	A de Saúde da Família **Brigadeiro Trompowski**, cujo território é a ilha inteira; a clínica tem uma equipe de Saúde Bucal com o mesmo nome, desde 2018.
A ESCOLA	Escola Municipal Tenente Antônio João, na Cidade Universitária. Dentro da Vila não há escola; creche pública não se encontrou.
A ÁGUA	Vem do Guandu, tratada e fluoretada pela CEDAE; passa pela rede da Águas do Rio e pela rede interna da Prefeitura Universitária até a Vila.
A VIGILÂNCIA	A Secretaria Municipal de Saúde mede o flúor da água quase todo mês na escola e no hospital universitário.

Quem é quem no território da Vila. Levantado em setembro de 2026 no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, no mapa oficial da Secretaria Municipal de Saúde e no Censo Escolar. O que não se sabe: se essa equipe de Saúde Bucal vai à Vila ou à escola — pergunta para o professor levar à unidade.

PARTE 5

A água: o método mais justo, com efeito menor do que se ensina

A fluoretação da água é, para o Ministério da Saúde, "a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor" — a frase é das Diretrizes de 2004 — porque chega a quem abre a torneira, sem depender de consulta, de dinheiro ou de hábito. Tem lei desde 1974: a Lei nº 6.050 manda que os projetos de sistemas de abastecimento com estação de tratamento incluam a fluoretação. Repare no verbo: a lei de 1974 fala dos projetos; quem chama a fluoretação de "obrigatória nos termos da Lei nº 6.050" é a lei de 2023.

O que mudou foi o tamanho do efeito. A revisão Cochrane de 2015 estimava que iniciar a fluoretação reduzia a cárie em 35% nos dentes decíduos e 26% nos permanentes — mas 71% dos estudos eram anteriores a 1975, quando o creme dental com flúor ainda não estava em toda casa. A atualização de 2024 separou os estudos por época, e nos contemporâneos o efeito encolheu: cerca de **um quarto de dente** decíduo a menos no índice ceo-d — cariados, extraídos e obturados — e **3 a 4 pontos percentuais** a mais de crianças sem cárie, com certeza baixa e intervalos que incluem a ausência de benefício. Para adultos, nenhum estudo elegível.

O Ministério registrou a mudança — o Guia de fluoretos de 2026 fala em "menor tamanho do efeito" — e manteve a medida, com dois argumentos que a Cochrane não conseguiu confirmar: a equidade, porque a água alcança ao mesmo tempo quem pode e quem não pode, e o preço de ficar sem ela, que o Guia estima num CPO-D 34,3% maior nas populações privadas da água fluoretada. A conclusão é forte: não fluoretar ou interromper a fluoretação é atitude "juridicamente ilegal, cientificamente insustentável e socialmente injusta".

SE O PACIENTE PERGUNTAR SE FLÚOR NA ÁGUA FAZ MAL

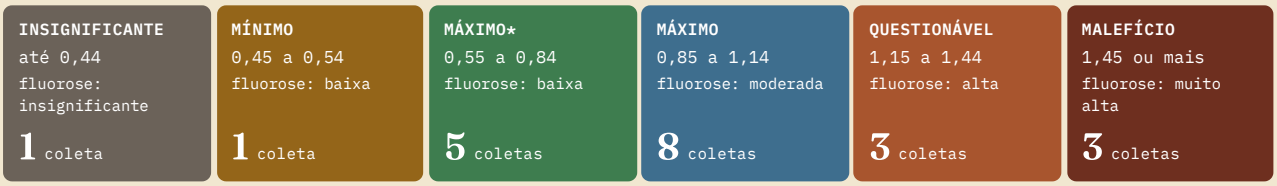
É a pergunta que os Estados Unidos puseram na moda. Os fatos: em 2024, um órgão federal americano, o NTP, concluiu com confiança moderada que exposições continuadas **acima de 1,5 mg/L** se associam a QI menor em crianças — e escreveu que os dados eram **insuficientes** para julgar os 0,7 mg/L recomendados lá. Utah e Flórida proibiram a fluoretação em 2025; a decisão judicial de 2024 contra ela foi anulada em maio de 2026, por vício de processo, sem julgar o mérito; o órgão federal de prevenção, o CDC, continua a recomendá-la. No Brasil, o Guia de 2026 põe a faixa entre 0,6 e 0,9 mg/L, conforme o clima (para o Rio, veja a régua da Parte 6), e o limite legal de potabilidade é 1,5 mg/L. Ao paciente, a resposta cabe em duas frases: na faixa recomendada no Brasil, os estudos que o Ministério reúne não mostram dano; e o risco conhecido do excesso, na infância, é a fluorose — e a parte que a família controla é a quantidade de creme dental.

PARTE 6

Quanto flúor chega à água do campus

A água da Vila vem do Guandu, é tratada e fluoretada pela CEDAE, corre pela rede da concessionária Águas do Rio até o campus e, dali, pela rede que a Prefeitura Universitária mantém. É fluoretada na origem — isso é certo. O que quase ninguém sabe é quanto flúor chega à torneira, e o dado existe: a vigilância da Secretaria Municipal de Saúde coleta água quase todo mês **dentro da Cidade Universitária**, na escola das crianças da Vila e no hospital universitário, e publica o resultado no SISAGUA, o sistema nacional de vigilância da qualidade da água — nos dados abertos, a série começa em setembro de 2025.

São 21 coletas entre setembro de 2025 e setembro de 2026, e elas vão de 0,38 a 1,5 mg/L. Pela régua do consenso técnico brasileiro de 2011 para localidades com média das temperaturas máximas entre 26,3 e 32,5 °C, só **cinco** ficaram na faixa ótima — a de melhor combinação entre benefício e risco. Catorze ficaram acima dela, três no próprio limite legal. E as duas coletas de 3 de setembro de 2026 deram **0,47** na escola e **0,38** no hospital: abaixo da faixa ótima. A norma, de 1975 e ainda vigente, admite de 0,6 a 1,7 mg/L conforme a temperatura — e o próprio Ministério diz que essa tabela deveria ser revista.



As 21 coletas da vigilância na Cidade Universitária (a escola, o hospital e, uma vez, o parque aquático; de 24/09/2025 a 03/09/2026), em mg de flúor por litro, na régua do consenso CECOL/USP (2011) para localidades com média das temperaturas máximas entre 26,3 e 32,5 °C: em cima, o benefício contra a cárie; embaixo, o risco de fluorose; o asterisco marca a melhor combinação dos dois. Que o Rio caia nessa faixa de clima é inferência; na faixa mais amena, seriam oito coletas ótimas — e as de setembro continuariam abaixo. E uma coleta não é exposição: a fluorose depende de anos de ingestão na infância. O que a régua mostra é uma dose instável, na maior parte do tempo acima da faixa ótima.

Há dois números que não batem, e o capítulo não vai escolher um em silêncio. A CEDAE publica o flúor na saída da estação de tratamento, e nos meses publicados entre agosto de 2025 e abril de 2026 as médias mensais dela ficaram entre 0,4 e 0,5 mg/L; a vigilância, na rede do campus, mediu sobretudo entre 0,8 e 1,5 até agosto de 2026. As fontes consultadas não explicam a diferença. O que os dois contam juntos é que a dose **não é estável**. Em setembro de 2026, a vigilância registrou a queda no campus e na cidade inteira — mediana de 0,48 até o dia 11; a CEDAE não publicou os meses de maio a setembro.

A queda de setembro coincide com a crise do ácido usado para fluoretar a água — o único fabricante nacional parou, o preço subiu mais de 300% e há risco de desabastecimento —, que levou associações de empresas de saneamento a pedir à Justiça a suspensão temporária da obrigação; o pedido de liminar de uma delas, a Abcon, foi negado no fim de agosto. Nenhuma fonte diz que a CEDAE parou de fluoretar. Coincide — não se sabe se é por causa.

DE ONDE VÊM ESSES 21 NÚMEROS

São duas obrigações diferentes, e a distinção vale para a vida toda. O **controle** é do operador da água: a norma federal exige, de quem fluoreta, a análise de fluoreto na saída do tratamento, e a **dispensa na rede de distribuição** — que, depois da concessão, é das concessionárias. A **vigilância** é da Secretaria Municipal de Saúde, e nela o fluoreto é parâmetro básico: a Diretriz nacional do plano de amostragem (Ministério da Saúde, 2016) fixa o mínimo de **27 amostras por mês no município** e sugere, entre os critérios de risco, pontos em instituições que abrigam gente vulnerável — escolas e hospitais entre elas. A série da Cidade Universitária não é favor de ninguém: é o programa nacional de vigilância da água — o Vigiagua — funcionando. E é por isso que o dado está no SISAGUA.

O QUE ISSO MUDA NO SEU DIA DE CAMPO

"O Rio tem água fluoretada", disse o Capítulo 7 — e tem. Mas neste semestre o flúor da água não é uma dose com que se possa contar, e o eixo da prevenção na Vila continua sendo o **creme dental**, que não depende de estação de tratamento. O dado é público: na véspera do campo, a dupla pode consultar nos dados abertos do Ministério da Saúde (SISAGUA, parâmetro fluoreto, município do Rio de Janeiro, filtrando "Cidade Universitária") o último resultado — e saber o que a rede do campus está entregando. Um resultado isolado não vira alerta para a família nem muda a conduta do consultório: o creme dental é o mesmo. Mas o Guia de 2026 diz que a exposição continuada de crianças de menos de 8 anos a mais de 0,94 mg/L obriga a informar os responsáveis — e, de janeiro a agosto de 2026, a mediana mensal das coletas da vigilância no sistema que abastece o campus ficou acima disso. É assunto de vigilância: leve ao professor, que leva à unidade.

PARTE 7

O creme dental: a medida que mais funciona, e a que menos se fiscaliza

Se a água oscila, o creme dental não pode. Ele é a medida de prevenção com a evidência mais sólida: a revisão Cochrane de 2019 confirma o efeito do creme de 1.000 a 1.500 ppm de flúor contra o creme sem flúor, com certeza alta e moderada, e encontra relação dose-resposta. A regra do Guia de 2026 cabe numa linha: creme dental de **1.000 a 1.500 ppm**, usado por **todos**, pelo menos **duas vezes por dia**, "independentemente da fluoretação da água". Abaixo de 1.000 ppm o Guia não reconhece eficácia; acima de 1.500, não para criança de menos de sete anos.

Dois erros de balcão merecem nome. O primeiro é o **creme infantil sem flúor ou com pouco flúor**, comprado para proteger a criança: o Guia chama essa recomendação de equivocada — ela "eleva o risco de cárie e não protege contra formas esteticamente relevantes de fluorose". O segundo é achar que a concentração da embalagem garante o efeito. A norma só controla o flúor **total**; o que protege é o flúor **solúvel**, disponível na hora da escovação. O Brasil exigia flúor solúvel em 1989 e deixou de exigir; a resolução da Anvisa em vigor, de junho de 2026, fixa só o teto de flúor total, e a proposta de exigir o solúvel ficou de fora. O Guia recomenda que as compras públicas exijam pelo menos 1.000 ppm solúveis na fabricação — recomendação de compra, não lei. No balcão, então: 1.000 a 1.500 ppm no tubo e, entre dois, o de fabricação mais recente, porque o flúor solúvel diminui com o tempo.

Para **adultos e idosos**, que na Vila são a maioria, o Guia acrescenta uma opção de uso em casa: um creme de 5.000 ppm, que ele considera mais eficaz para o controle da cárie de raiz do que o convencional. A evidência é fraca: numa revisão de 2025, com certeza baixa ou muito baixa, o creme não se distinguiu do convencional em seis meses; noutra, de 2026, a estimativa que o junta a um creme com arginina tem intervalo que inclui o efeito nulo — e mesmo assim os autores o recomendam, com receita, como primeira escolha não invasiva para parar a cárie de raiz ativa. Não é o creme da prateleira — a regra da Anvisa para os cremes comuns fixa o teto em 1.500 ppm —; é indicação individual, decidida pelo professor — e, antes de indicar, confira se há produto registrado e ao alcance da família. Numa casa com crianças, é um tubo só do adulto, guardado longe delas: acima de 1.500 ppm, nada vai à escova de quem tem menos de sete anos.

ATÉ 3 ANOS	DEPOIS DOS 3 ANOS	ATÉ 7 ANOS
Desde o primeiro dente, um grão de **arroz** — cerca de 0,15 g. Quem escova é o adulto.	Uma **ervilha** — cerca de 0,3 g. O adulto ainda ajuda e confere.	Escovar logo depois das refeições, em até 15 minutos: diminui o flúor absorvido do que se engoliu.

A quantidade por idade (MS, 2026). Cuidado com a régua antiga: a edição de 2009 do mesmo guia chamava 0,3 g de "grão de arroz". O arroz de hoje pesa a metade — quem aprendeu pela edição anterior está com a régua trocada.

PARTE 8

“Duas Vezes por Dia”, conferida verso a verso

A música deste capítulo é a única do álbum escrita para o paciente, e não para a turma: uma marchinha de dois minutos — o tempo de escovação que ela pede —, feita para a família cantar enquanto escova a criança. Por isso mesmo vale conferir o que ela ensina. São oito afirmações; nenhuma está errada acima dos 3 anos, mas seis pedem uma ressalva — e uma delas, para o bebê, muda a conduta.

“Duas vezes é o que a gente pede”	SUSTENTADA	Pelo menos duas vezes por dia é a regra do Ministério (2026) e da OMS. A base, porém, é observacional: uma revisão sistemática de 2016, que o próprio Guia cita, diz que as duas escovações viraram norma social, com evidência fraca.
“A da noite é a mais importante”	COM RESSALVA	Tem base fisiológica — no sono a saliva quase para, e com ela a proteção —, e as diretrizes inglesas a adotam; mas é opinião de especialista, não resultado de ensaio: nenhum que compare a da noite com a da manhã foi localizado. Até os 7 anos, o Ministério pede escovar logo depois das refeições — a da noite, logo depois do jantar, e depois só água.
“Um grãozinho de ervilha”	COM RESSALVA	Certo a partir dos 3 anos. **Antes disso, o grão é de arroz.** A letra fala à família inteira; o bebê fica com o arroz.
“Numa escova de cerda macia”	COM RESSALVA	É a escolha da associação americana, para poupar a gengiva; a diretriz inglesa recomenda cerda média para a maioria dos pacientes. O ponto firme é outro: nunca dura.
“Cospe fora e não enxagua”	COM RESSALVA	Não enxaguar retém mais flúor por até meia hora, e um ensaio sueco reduziu em 26% a cárie entre os dentes com uma técnica que ainda usa um gole de água. O Guia de 2026 é mais brando: diz que não há evidência de que enxaguar reduza a eficácia do creme. Cuspir, e não bochechar com muita água, é a versão segura.
“Dois minutos, sem correria”	COM RESSALVA	Dois minutos removem mais placa que 45 segundos — em estudos de fabricante. Para a cárie, o Guia diz que não há evidência de quantos minutos são necessários.
“Um doce inteiro de uma vez faz menos mal que dez pedacinhos”	COM RESSALVA	Com a mesma quantidade, menos vezes é melhor — o Ministério pede restringir o açúcar em frequência por dia. Mas a quantidade total pesa tanto ou mais, e a meta da OMS é toda em quantidade. Falta à letra um verso: e menos doce no total.
“Criança pequena não escova sozinha”	SUSTENTADA	O adulto escova enquanto a criança não consegue, e supervisiona até pelo menos os 7 anos, pelas diretrizes inglesa e europeia; o Conselho Federal de Odontologia estende a vigilância até os 8 ou 9.

A música e a régua. A letra simplifica, como toda música; o que este capítulo acrescenta é onde a simplificação pede uma frase a mais quando a família pergunta — sobretudo no bebê, que fica com o arroz, e no doce, que é menos vezes e menos no total.

> A EMBALAGEM E O GUIA NÃO DIZEM A MESMA COISA
>
> A advertência que a Anvisa exige no creme dental com flúor manda usar, em criança de 6 anos ou menos, “uma quantidade do tamanho de uma ervilha, sob a supervisão de um adulto”. O Guia do Ministério, de 2026, pede menos para os menores de 3: um grão de arroz. Siga o Guia, e dê à família a frase que desfaz a confusão: “a caixa fala em ervilha até os 6 anos; para os pequenos, que ainda engolem a pasta, o Ministério pede menos — um grão de arroz até os 3”. É a embalagem que ela vai ler na pia.

PARTE 9

O açúcar: menos vezes, e menos no total

Sheiham e James escreveram, em 2015, a frase mais incômoda deste capítulo: “a única causa da cárie é o açúcar da dieta” — o flúor e a higiene seriam fatores que atenuam, e não seriam necessários se se atacasse a causa (em tradução). Pode-se discordar do “única” — o próprio Guia de 2026 fala na natureza multifatorial da cárie —; não do peso central do açúcar. A Organização Mundial da Saúde recomenda reduzir os açúcares livres a **menos de 10%** da energia do dia, com recomendação forte, e idealmente a **menos de 5%**. Açúcar livre é o que se acrescenta à comida e à bebida, mais o do mel, dos xaropes e dos sucos de fruta.

A política pública alcança o açúcar onde o consultório não chega. No Reino Unido, o imposto sobre bebidas açucaradas entrou em vigor em 2018; na Inglaterra, associou-se a **12,1% menos** internações de crianças para extrair dentes por cárie — 28,6% menos entre as de até quatro anos — e, num estudo de 2026, a menos desigualdade entre áreas ricas e pobres. O Brasil incluiu as bebidas açucaradas entre os bens do Imposto Seletivo, instituído pela Lei Complementar nº 214, de 2025. E a Política Nacional de Promoção da Saúde não tem a saúde bucal entre os temas prioritários, mas tem a alimentação adequada e saudável: a ponte é o açúcar, e é por ela que o dentista entra na conversa da equipe sobre obesidade e diabetes.

Na Vila, o doce está perto: os levantamentos de 2008 a 2016 descrevem pequenos comércios e bares que vendiam bala e biscoito ao lado do refrigerante, e as compras grandes feitas fora da ilha. Ninguém mediu o ambiente alimentar da Vila, e o capítulo não vai rotulá-lo. É matéria para a conversa com a família: a que horas o doce entra, quantas vezes, e o que vai à boca depois da última escovação — que deveria ser só água.

PARTE 10

A escola: escovar todo dia, para todos

O Guia de fluoretos de 2026 mudou a lógica do coletivo. Nas pré-escolas e escolas, diz ele, “a escovação com dentifrício fluoretado deve ser realizada diariamente, por todas as crianças e adolescentes, seja qual for o grupo de risco em que estejam incluídos”. Todos, todo dia. O Guia fala nas vantagens de criar o hábito para a vida; na prática, é o creme dental chegando todo dia a quem não o usa em casa — e isso tem evidência.

O que não tem evidência firme é a supervisão em si. Uma revisão sistemática feita no Rio, em 2018, concluiu que não há evidência conclusiva de que a escovação supervisionada, separada do efeito do flúor, reduza a cárie — e o próprio Ministério já escrevia em 2009 que “a literatura não é conclusiva”. O melhor dado vem da Escócia: no programa nacional de escovação nas creches, as crianças com mais de três anos de escovação na creche tiveram 40% menos chance de ter cárie, com o maior efeito nas áreas mais pobres; no oitavo ano, a economia esperada passava de duas vezes e meia o custo do programa. É estudo observacional — mas é o que há.

No Brasil, o caminho da escola é o **Programa Saúde na Escola**, criado em 2007: pela portaria de 2017, o município que adere tem de realizar, no ciclo, doze ações, e a sétima é “promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor” (o documento orientador do ciclo atual as reagrupa em catorze temáticas). A escola das crianças da Vila está no território da mesma equipe que cobre a Vila; se ela está pactuada no ciclo atual, não se sabe. É outra pergunta para a unidade.

PARTE 11

Gel, bochecho e verniz: quando sim

Nas Diretrizes de 2004 e no Guia de 2009, que valeu até 2026, o flúor coletivo a mais — gel, bochecho, escovação supervisionada — era indicado por critério epidemiológico do grupo: água sem flúor ou com até 0,54 ppm, CPO-D acima de 3 aos 12 anos, menos de 30% das crianças sem cárie. O Guia de 2026 abandonou esses números. A escovação diária na escola vale para todos. O **gel** vai para grupos sem acesso diário ao creme dental e para quem tem cárie ativa numa família de alta vulnerabilidade — e só em quem consegue cuspir todo o produto; na criança pequena, o caminho é o verniz. Para quem já usa água e creme fluoretados, o benefício do gel é, nas palavras do Guia, "modesto ou mesmo clinicamente irrelevante". O **verniz** vai para quem tem risco aumentado, de preferência quem não usa creme e água fluoretados de boa qualidade. O **bochecho** semanal de fluoreto de sódio a 0,2% é recurso sobretudo de programa escolar; o diário, a 0,05%, é opção individual de casa no risco alto — e nenhum dos dois abaixo dos seis anos. "Risco aumentado" e "lesão ativa", que decidem o gel, o verniz e o cariostático, são juízos do exame, conferidos com o professor; o Guia Rápido da SMS-Rio organiza o risco pelo modelo CariesCare.

O aluno vai encontrar três lógicas na mesma rede. A **Carteira de Serviços** da atenção primária do Rio, de 2021, classifica a aplicação coletiva de gel e o bochecho coletivo como ações **essenciais**. O **Guia Rápido** de saúde bucal da mesma secretaria, de 2024, não usa os termos escovação supervisionada, aplicação tópica nem verniz — embora peça a supervisão de adultos na escovação das crianças. E o **Guia nacional** de 2026 restringe o gel. Uma aplicação de flúor em massa na Vila contrariaria a recomendação nacional atual, a do Guia de 2026. E a ação do PSE que fala em aplicação tópica se planeja pelo diagnóstico local — o § 1º do artigo, no anexo — e pode ser dirigida a quem tem indicação.

PARTE 12

Palestra não muda boca

A revisão clássica de Kay e Locker, de 1996, mediu o que a educação em saúde bucal consegue: melhora **consistente do conhecimento**, efeito pequeno e **temporário** sobre a placa e **nenhum efeito discernível sobre a cárie**. As revisões Cochrane mais recentes não melhoraram o quadro: nem a orientação individual de higiene no consultório nem as intervenções comportamentais na escola têm evidência suficiente de efeito. O que funciona, diziam os mesmos autores em 1998, é a promoção que leva ao uso do flúor — e a feita **na cadeira**, com mais consistência que as outras.

Duas consequências para o estágio. A primeira: a orientação tem mais chance quando é feita na boca da pessoa, com a escova dela, sobre o que ela faz de fato — não num cartaz. A segunda: conversar muda mais que explicar. A **entrevista motivacional**, que parte do que o paciente quer e não do que o dentista sabe, foi testada num ensaio em doze unidades de atenção primária do Sul do Brasil e reduziu a incidência de cárie na primeira infância a menos da metade — é um ensaio só, e uma metanálise de 2020 a achou equivalente à educação convencional. E vale o conselho das Diretrizes de 2004, que envelheceu bem: "cautela na definição de técnicas 'corretas' e 'erradas', evitando-se estigmatizações".

> O QUE A REDE VEDA NÃO É O GRUPO — É O PEDÁGIO
>
> A atividade coletiva não está sob suspeita — a nota técnica de acesso à saúde bucal da SMS-Rio, de agosto de 2022, parte do princípio de que o grupo **amplia** o acesso. O que ela veda é o pedágio: o grupo "não pode ser pré-requisito para o acesso às consultas individuais", e a entrega do kit de saúde bucal "não deve ser condicionada às atividades coletivas".

PARTE 13

Um caso: três gerações e um tubo de creme dental

Um caso fictício. Quarta-feira de manhã, a avó, de 71 anos, veio por uma prótese que machuca. Com ela vieram a filha, de 33, e os dois netos: um menino de 4 anos, que estuda na escola da ilha, e uma menina de um ano e meio. Na pia da casa há um tubo só de creme dental — "infantil, porque é mais fraquinho" — que serve às quatro pessoas. O menino dorme com uma mamadeira de achocolatado. A avó tem duas raízes expostas com lesão ativa de cárie; o menino, mancha branca ativa nos incisivos de cima.

A CASA	Antes de qualquer dente: quem mora ali, quem escova quem, de onde vem a água que bebem. Os dois dados mais importantes da consulta: que creme é aquele tubo, e a mamadeira de achocolatado.
O CREME	Ler o rótulo com a família: se tiver menos de 1.000 ppm, ou nenhum flúor, trocar por um de **1.000 a 1.500 ppm**, que serve à casa inteira. O que muda é a quantidade: **arroz** para a menina, **ervilha** para o menino, e quem escova os dois é um adulto.
A NOITE	A escovação que mais importa é a última do dia, e depois dela só água. A mamadeira de achocolatado vira mamadeira de água — negociada com a mãe, não imposta.
NA CADEIRA	O menino: verniz na lesão não cavitada de superfície lisa, na periodicidade do Capítulo 7 — duas vezes ao ano como piso, três ou quatro no risco alto. A menina também é examinada: levantar o lábio leva dez segundos. A avó: a prótese sai e a mucosa é examinada hoje (Capítulo 3), e o alívio vem primeiro, na fase de urgência do Capítulo 5; nas raízes, cariostático decidido com o professor, com a conversa da mancha preta antes e nunca sobre mucosa ulcerada, contraindicação do Capítulo 7 — e, se ele indicar, o creme de 5.000 ppm, num tubo só dela, longe das crianças.
NO TERRITÓRIO	Perguntar se a escola do menino escova todo dia. Dizer à família que a Clínica da Família dela tem Saúde Bucal. E anotar no prontuário o que se combinou — é o que a próxima dupla vai ler.

A FRASE DO TUBO DE CREME DENTAL

"A senhora comprou o infantil porque é mais fraquinho, e isso tem lógica: ninguém quer exagerar com criança. Vamos ler o rótulo: se tiver menos de mil de flúor, ele não protege. E o que protege a criança do excesso de flúor não é a pasta fraca, é a quantidade certa. Então a casa usa a pasta comum, com flúor — a pasta forte da vovó, se vier, é só dela —, e a gente muda a medida: um grãozinho de arroz para a pequena, uma ervilha para ele, e é um adulto quem escova os dois. De noite, depois da escova, só água. E essas manchinhas brancas dele não são do flúor: são o começo de uma cárie, e ainda dá para parar."

Nota do editor. As condutas seguem o *Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil* (MS, 2ª ed., 2026; a de 2009, para comparar). Fontes: as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) e a Lei nº 14.572/2023; a PNAB e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria de Consolidação nº 2/2017); o PSE (Decreto nº 6.286/2007 e Portaria Interministerial nº 1.055/2017); a Carta de Ottawa (1986), na tradução do MS; Czeresnia (1999) e Buss (2000), sobre Leavell e Clark; Watt e Sheiham (1999), Sheiham e Watt (2000) e o *Lancet* (2019); o SB Brasil 2023 (divulgação do MS, Gomes 2025, Lira Neto 2026, relatório final 2025); Monken e Barcellos (2005), Milton Santos, Kleba (2015) e Budal (2018); Freire (2010), o Diagnóstico da Vila (2016) e o Censo da Vila (2024); o CNES, o mapa "Onde Ser Atendido" da SMS-Rio e o Censo Escolar 2025; o SISAGUA (22/09/2026), a CEDAE, o CECOL/USP (2011) e a Portaria de Consolidação nº 5/2017; o Boletim do Saneamento e a Folhapress (2026); as revisões Cochrane de fluoretação (2015 e 2024), dentifrícios (2019), orientação individual (2018) e intervenções escolares (2013); o NTP (2024), o Serviço de Pesquisa do Congresso americano (2025), o tribunal federal de apelação (2026) e o CDC; Kumar (2016), Dos Santos (2018), o programa escocês (2013, 2015 e 2020), Kay e Locker (1996 e 1998), Colvara (2018) e Faghihian (2020); a OMS (açúcares, 2015), Sheiham e James (2015), Rogers (2023) e Salomon-Ibarra (2026); na Parte 8, Dawes (2008), as diretrizes inglesa (2025) e europeia (2019), a ADA, o CFO, Sjögren (1995), Parakaw (2024) e Creeth (2009); a Carteira de Serviços (2021) e o Guia Rápido (2024) da SMS-Rio; a RDC Anvisa nº 1.029/2026 e a Portaria SNVS nº 22/1989. O capítulo foi escrito antes da aula. Revisão de 23/09/2026: os dados do Rio no SB Brasil 2023, a ressalva ao creme de 5.000 ppm (Torres, 2025; Chen, 2026) e os quadros das Partes 6 e 12.

INFOGRÁFICO: Prevenção e promoção no território

O roteiro de bolso da prevenção: **o que funciona na cadeira, na casa e no território — e o que é hábito sem efeito.** A régua do creme dental, a água que chega ao campus, o açúcar, a escola e o flúor a mais. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · PREVENIR E PROMOVER

NÃO SÃO SINÔNIMOS

PREVENIR

Agir antes, contra uma doença: selante, verniz, orientação feita na boca. É o que o consultório faz **para** alguém.

PROMOVER

Mudar o que produz a doença, **com** as pessoas: a água, a comida, a escola, a renda. Quase nunca acontece no consultório.

2 · O CREME DENTAL É A BASE

A MEDIDA COM A EVIDÊNCIA MAIS SÓLIDA · INDEPENDE DA ÁGUA

1.000 A 1.500 PPM

Para todos. O "infantil fraquinho" não protege — nem contra a fluorose.

DUAS VEZES

Pelo menos. A da noite é a que mais importa; depois dela, só água.

ARROZ · ERVILHA

Grão de arroz (~0,15 g) até 3 anos; ervilha (~0,3 g) depois. O adulto escova.

COSPE

Sem bochechar com muita água. Até 7 anos, logo depois das refeições.

3 · A ÁGUA DO CAMPUS

21 COLETAS · SET/2025 A SET/2026 · MG F/L

INSIGNIF.	MÍNIMO	MÁXIMO*	MÁXIMO	QUESTIONÁVEL	MALEFÍCIO
até 0,44	0,45–0,54	0,55–0,84	0,85–1,14	1,15–1,44	1,45 ou +
fluorose insignif.	fluorose baixa	fluorose baixa	fluor. moderada	fluorose alta	fluor. muito alta
1	1	5	8	3	3

Fluoretada na origem, mas a dose oscila; em 03/09/2026, 0,47 na escola e 0,38 no hospital — abaixo da faixa ótima (*). Neste semestre, **não conte com o flúor da água**: o eixo é o creme dental. Uma coleta isolada não muda a conduta; meses acima de 0,94 mg/L, com crianças de menos de 8 anos, são assunto para o professor levar à unidade. Régua do CECOL para clima quente; que o Rio caia nela é inferência.

4 · O AÇÚCAR

O PRINCIPAL FATOR DA DIETA · O FLÚOR PROTEGE, MAS NÃO COMPENSA O EXCESSO

Menos vezes **e** menos no total: açúcares livres abaixo de 10% da energia do dia (OMS, recomendação forte), idealmente abaixo de 5%. O que vai à boca depois da última escovação é água.

5 · A ESCOLA E O FLÚOR A MAIS

GUIA DE FLUORETOS DO MS, 2026

ESCOVAR TODO DIA, TODOS

Na escola, com creme fluoretado, seja qual for o risco. A supervisão em si não tem efeito provado; o creme de todo dia, sim.

GEL · VERNIZ · BOCHECHO

Risco aumentado, cárie ativa com vulnerabilidade, falta de creme em casa. Gel só em quem cospe todo o produto — na criança pequena, verniz; bochecho a partir dos 6 anos. Para quem já usa água e creme, o gel dá ganho "modesto ou mesmo clinicamente irrelevante".

6 · CONVERSA, NÃO PALESTRA

O QUE A EDUCAÇÃO EM SAÚDE CONSEGUE

Palestra muda o conhecimento, não a cárie. Ensine na boca da pessoa, com a escova dela, e pergunte antes de explicar — num ensaio brasileiro, na atenção primária, a entrevista motivacional reduziu a cárie da primeira infância.

7 · QUEM É O TERRITÓRIO DA VILA

A PORTA DO SUS FICA DO OUTRO LADO DA PONTE

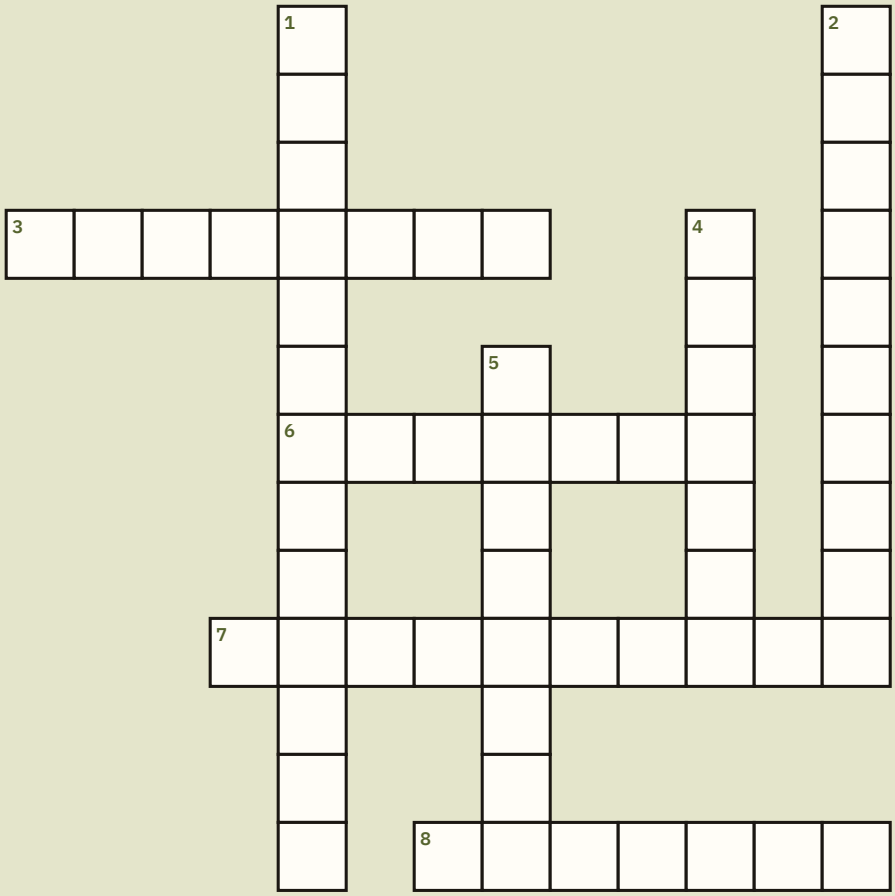
1. **CF Diniz Batista dos Santos** — Maré, Área Programática 3.1
2. **Equipe Brigadeiro Trompowski** — a Saúde da Família da Vila
3. **EM Tenente Antônio João** — a escola das crianças da Vila
4. **Guandu, Águas do Rio, campus** — o caminho da água
5. **Lei nº 14.572/2023** — a Política Nacional de Saúde Bucal
6. **PSE, ação VII** — saúde bucal e flúor na escola

Fontes: MS, *Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil* (2ª ed., 2026) · Lei nº 14.572/2023 e Lei nº 6.050/1974 (o anexo a seguir) · PNAB e PSE · Carta de Ottawa (1986) · Cochrane: fluoretação (2024), dentifrícios (2019) · SISAGUA, vigilância do flúor na Cidade Universitária, consultado em 22/09/2026 · CECOL/USP (2011) · OMS, açúcares (2015) · Kay e Locker (1996) · Colvara *et al.* (2018) · Dos Santos *et al.* (2018) · CNES e mapa "Onde Ser Atendido" da SMS-Rio.

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 8

A cruzada tem 24 palavras, em três grades que crescem; 15 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/08

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/08/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 15/10/2026.

Reprodução parcial, **cada artigo na íntegra** (salvo o Art. 4º da Lei nº 14.572, que só altera a Lei nº 8.080 e sai em nota, com o parágrafo que acrescenta): a **Lei nº 14.572/2023**, a Política Nacional de Saúde Bucal; a **Lei nº 6.050/1974**, da fluoretação da água; as **atribuições do cirurgião-dentista** na Política Nacional de Atenção Básica; e as **ações do Programa Saúde na Escola** (Portaria Interministerial nº 1.055/2017, Art. 10). Os demais dispositivos foram omitidos.

LEI Nº 14.572, DE 8 DE MAIO DE 2023 — A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Saúde Bucal, conjunto de diretrizes que configura modelo de organização e atuação direcionado à atenção à saúde bucal no País e que se constitui em instrumento para orientar as ações direcionadas à produção social da saúde bucal e, especificamente, as ações odontológicas em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal:

I — estimular e promover a prática da gestão participativa, assegurando a atuação de representações populares e o controle público ou social, em todas as esferas de governo, na formulação e na discussão de estratégias de saúde bucal;

II — assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;

III — possibilitar o acesso universal, equânime e contínuo a serviços de saúde bucal de qualidade, dando resolução para toda demanda manifesta, espontânea ou programada, e viabilizar a obtenção e alocação dos recursos destinados à eliminação da demanda reprimida na área;

IV — desenvolver ações considerando o princípio da integralidade em saúde, o qual deve compreender tanto as ações do âmbito intersetorial quanto as dimensões do indivíduo, do sistema de saúde e do cuidado em saúde, garantindo-se o acolhimento e a organização do serviço de saúde de forma usuário-centrado, realizados por equipe multiprofissional nos atos de receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar;

V — efetivar relações de vínculo entre a equipe de saúde bucal e a população adstrita e garantir que as ações desenvolvidas estejam direcionadas às diferentes linhas do cuidado em saúde;

VI — desenvolver política de educação permanente em saúde para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação em nível técnico, de graduação e de pós-graduação, de modo a atender às necessidades da população e aos princípios do SUS;

VII — realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação;

VIII — organizar e manter ações de vigilância epidemiológica e sanitária em saúde bucal, articuladas com o sistema de vigilância em saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e de acompanhamento de danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, com atuação intersetorial e ações sobre o território;

IX — realizar, periodicamente, pesquisas nacionais de saúde bucal, notadamente inquéritos populacionais epidemiológicos, possibilitando ao País dispor de dados atualizados sobre essa área e promover o desenvolvimento da ciência e tecnologia nesse campo;

X — implantar e manter ações de vigilância sanitária de fluoretação das águas de abastecimento público, obrigatória nos termos da Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, bem como ações complementares nos locais em que se fizerem necessárias, e assegurar ao poder público controle sobre essas ações.

Art. 3º As ações e os serviços de saúde bucal devem integrar as demais políticas públicas de saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, com vistas à articulação de ações e à concretização de ações integrais de saúde que viabilizem intervenção sobre fatores comuns de risco.

Parágrafo único. As ações e os serviços referidos no caput deste artigo devem compor todas as redes de atenção à saúde, nos diversos níveis de complexidade, com a finalidade de garantir a integralidade da atenção à saúde.

Art. 4º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

[O Art. 4º acrescenta à Lei nº 8.080/1990 a alínea "e) de saúde bucal" no inciso I do Art. 6º e, no mesmo artigo, o § 4º abaixo; e põe a saúde bucal entre as competências das direções nacional (Art. 16, XX), estadual (Art. 17, IV, e) e municipal (Art. 18, IV, f) do SUS. O parágrafo sai sem as aspas e a marca (NR) da lei alteradora]

§ 4º Entende-se por saúde bucal o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

LEI Nº 6.050, DE 24 DE MAIO DE 1974 — A FLUORETAÇÃO DA ÁGUA

Art 1º Os projetos destinados à construção ou a ampliação de sistemas públicos de abastecimento de água, onde haja estação de tratamento, devem incluir previsões e planos relativos à fluoretação da água, de acordo com os requisitos e para os fins estabelecidos no regulamento desta Lei.

Parágrafo único. A regulamentação, de que trata este artigo, disciplinará a aplicação de fluoretação, tendo em vista, entre outras condições específicas, o teor natural de fluor já existente e a necessária viabilidade econômico-financeira da medida.

Art 2º A captação de recursos para a aquisição do equipamento e dos produtos necessários à fluoretação poderá ser feita mediante financiamento concedido por estabelecimentos de créditos oficiais, de acordo com as exigências aplicáveis.

Art 3º Esta Lei entrará em vigor no prazo de 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA — PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2/2017, ANEXO 1 DO ANEXO XXII

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA

I — Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II — Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III — Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV — Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V — Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI — Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII — Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII — Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX — Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

[O texto oficial numera este item como 4.2.2, número que repete o de outro item logo antes; por isso ele sai aqui pelo nome]

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.055/2017 — O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Art. 10 O estado, o Distrito Federal e o município que aderir ao Programa Saúde na Escola deverá realizar no período do ciclo as seguintes ações:

I — Ações de combate ao mosquito Aedes aegypti;

II — Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;

III — Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;

IV — Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;

V — Prevenção das violências e dos acidentes;

VI — Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;

VII — Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;

VIII — Verificação e atualização da situação vacinal;

IX — Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;

X — Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

XI — Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e

XII — Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

§ 1º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

I — os contextos escolar e social;

II — o diagnóstico local de saúde; e

III — a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica.

§ 2º As ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral.

[O documento orientador do ciclo 2025/2026 do PSE (Nota Técnica nº 7/2026) reagrupa as ações em 14 temáticas, entre elas a "Saúde bucal"; a lista de 12 ações acima continua sendo a da portaria]

Fontes: Lei nº 14.572/2023 e Lei nº 6.050/1974 — Planalto, consultado em 22/09/2026; nenhuma das duas tem alteração posterior, e "Art" sem ponto e "fluor" sem acento, na lei de 1974, são grafias do Planalto. PNAB — Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, Anexo 1 do Anexo XXII (origem: Portaria nº 2.436/2017), lida na captura do Internet Archive de 21/04/2026, porque o bvsms devolvia HTTP 503; o número do item (4.2.2) sai do título porque o texto oficial o repete. Portaria Interministerial nº 1.055/2017 — lida na captura do Internet Archive de 20/06/2026, cuja página trazia propaganda de apostas injetada antes do texto legal; o Art. 10 foi conferido no fac-símile do DOU de 26/04/2017. Os incisos saem no formato "I —", qualquer que seja a pontuação da fonte.

CAPÍTULO

9

Grupos com necessidades específicas

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Fala comigo Adaptação razoável
Pessoa com deficiência *Cordão de girassol*
Consentimento Barreira
Comunicação alternativa *Libras* **Gestante**
Capacitismo **Pessoa idosa** *Dessensibilização*
Luz e barulho Estabilização protetora *CEO*
Acompanhante Qualquer trimestre **Decisão apoiada**
Atendimento em casa Tempo



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 9

Fala Comigo

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · Balada MPB

OUÇA

musicplay.club/
estagio/KTD

Ele veio com a irmã do lado,
e a irmã respondeu por ele.
Eu perguntei de novo, devagar,
olhando no rosto dele.

Ele leva mais tempo pra dizer,
e eu tenho o tempo que ele levar.
Silêncio não é ausência:
é alguém procurando lugar.

Fala comigo,
que eu não vim falar por cima.
Se você não entende a palavra,
eu troco a palavra, não a estima.
Fala comigo:
mostra, aponta, desenha, grita.
Consulta que não te escuta
não é consulta, é visita.

A cadeira nem sempre serve,
e quando não serve, a gente muda.
Muda a hora, muda a luz,
muda o barulho, muda a ajuda.

Gestante atende sem medo,
idoso atende sem pressa.
O que se adia se explica,
e o que se explica ninguém esquece.

Fala comigo,
que eu não vim falar por cima.
Se você não entende a palavra,
eu troco a palavra, não a estima.
Fala comigo:
mostra, aponta, desenha, grita.
Consulta que não te escuta
não é consulta, é visita.

Olha pra quem sentou na cadeira.
Não pra quem trouxe.

Fala comigo.
Eu tenho o tempo que você levar.

Grupos com necessidades específicas

Na cadeira, a necessidade quase nunca é só da pessoa: é da distância entre ela e o cuidado — a escada, a luz forte, o motor que zune, a palavra difícil, a pressa, o preconceito. A pessoa com deficiência, a gestante e a pessoa idosa chegam à unidade com direitos que a lei escreveu e com medos que ninguém escreveu. Este capítulo é sobre o que muda na consulta para que elas sejam atendidas como qualquer outra pessoa — e sobre o que não muda nunca: quem decide é quem sentou na cadeira.

O QUE ESTE CAPÍTULO É

O conteúdo da aula, escrito para ser lido **antes** dela — e relido depois. Traz a diferença entre necessidade especial e deficiência, quem consente, a conversa, o autismo, a cadeira, a escada do manejo, a rede, a gestante, a pessoa idosa e a Vila. O anexo reproduz os artigos da Convenção da ONU, da Lei Brasileira de Inclusão, do Estatuto dos Direitos do Paciente, da lei do atendimento prioritário e do Estatuto da Pessoa Idosa que o capítulo usa.

O QUE ESTA AULA DECIDE

Como atender na atenção primária quem precisa de mais tempo, outra palavra ou outra cadeira — e quando encaminhar. E quatro correções: gestante não tem trimestre proibido; deficiência não tira o direito de consentir; urgência não dispensa o consentimento; recusar atendimento é discriminação.

ONDE ELA SE ENCAIXA

Vem da prevenção do Capítulo 8 e junta o que os anteriores ensinaram — o exame, o risco, o plano, a urgência, a adequação — para quem a consulta comum não serve. E prepara o Capítulo 10, sobre o estágio em odontologia (S13): o paciente que a consulta comum não acolhe é quem mais depende de uma rede que funcione.

PARTE 1

A necessidade é da barreira

"Paciente com necessidades especiais" é vocabulário da odontologia, e é largo. O Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência (Ministério da Saúde, 2019) chama assim "todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional". Já "pessoa com deficiência" é vocabulário da lei, e é estreito: pela Lei Brasileira de Inclusão, de 2015, é quem tem "impedimento de longo prazo" físico, mental, intelectual ou sensorial que, "em interação com uma ou mais barreiras", pode obstruir a participação plena. A gestante enjoada tem necessidade especial; deficiência, não.

Repare no fim da definição: a deficiência está na **interação** com a barreira. A Convenção da ONU, que no Brasil vale como emenda constitucional, diz que ela "resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente", e a lei brasileira dá nome às que mais aparecem na clínica: as barreiras "nas comunicações e na informação" e as "atitudinais". O preconceito ganhou nome numa política nacional de 2023: **capacitismo**. E deixa marca na boca — pessoas com deficiência têm mais doença bucal sem tratamento e mais extrações no lugar de restaurações, registrou a Organização Mundial da Saúde em 2022; entre as razões, às vezes, a dificuldade de cuidadores e profissionais no diagnóstico.

O capítulo trata de três grupos: a pessoa com deficiência — e a autista, que a lei considera "pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais" —, a gestante e a pessoa idosa. A gestante e a pessoa idosa não são pessoas com deficiência, mas a lei as põe lado a lado: dividem o atendimento prioritário e a definição de mobilidade reduzida, que inclui "idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso". "Portador" saiu das normas novas com a Convenção (2009) e a lei de 2015; algumas normas mais antigas, ainda em vigor, falam em "portadores de necessidades especiais" — cite-as como estão, mas diga "pessoa com deficiência".

PARTE 2

Olha pra quem sentou: quem consente

A primeira estrofe da música é uma cena que todo dentista já viu: “Ele veio com a irmã do lado, / e a irmã respondeu por ele.” A lei está do lado do verso seguinte. A Lei Brasileira de Inclusão diz que “a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa” e que o consentimento dela “é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica”. Desde a Lei Brasileira de Inclusão, o Código Civil só chama de absolutamente incapaz quem tem menos de 16 anos; entre os relativamente incapazes está quem, “por causa transitória ou permanente”, não puder exprimir a vontade. O critério é conseguir exprimir a vontade — por qualquer meio —, e não ter deficiência.

Nem a curatela muda isso por inteiro. Ela afeta “tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial”, e “não alcança o direito ao próprio corpo, [...] à saúde”; mesmo sob curatela, a pessoa participa “no maior grau possível” da obtenção do consentimento. A própria lei tem uma tensão — outro artigo admite que o consentimento de quem está sob curatela seja “suprido, na forma da lei” —, e o Guia do Ministério de 2019 ainda manda o responsável legal assinar pela pessoa idosa com demência. Na clínica, o caminho seguro é trazer os dois para a conversa: a pessoa decide com o apoio de que precisar, e o prontuário registra como ela disse sim. Apoio não é substituição — a **tomada de decisão apoiada** do Código Civil, um processo judicial, é a pessoa escolhendo pelo menos duas pessoas de confiança para ajudá-la a decidir; o apoio da clínica é informal, mas segue a mesma ideia.

Em abril de 2026, a regra ficou mais estreita para todo paciente. O Estatuto dos Direitos do Paciente, a Lei nº 15.378, só dispensa o consentimento “em situações de risco de morte em que esteja inconsciente”; garante a quem não pode consentir “instrumentos para expressar as suas opções ou opor resistência a um procedimento”; e dá ao paciente o direito de consentir ou não “com a presença de estudantes e profissionais de saúde estranhos a seus cuidados em saúde”. Na Clínica da Vila, no espírito dessa regra, cabe uma pergunta a mais, antes de tudo: se ele aceita ser atendido por estudantes. E, desde 2023, toda mulher tem direito a acompanhante de sua escolha em consultas, exames e procedimentos.

O ACOMPANHANTE: APOIO, NÃO PROCURAÇÃO

A lei separa o **atendente pessoal**, que presta cuidados do dia a dia, do **acompanhante**, que acompanha — e a prioridade vale para os dois. A irmã da música pode traduzir o jeito dele, lembrar a medicação, acalmar, segurar a mão; não decide por ele. Com a criança, a regra é outra: quem consente é o responsável, e o “sim” da criança se pede e se respeita. E ofereça, sem impor, um momento a sós: há perguntas que não se fazem na frente de quem acompanha (Capítulo 3).

O QUE ISTO MUDA NO CAPÍTULO 5

O Capítulo 5 citou o Código de Ética: começar sem consentimento é infração, “exceto em casos de urgência ou emergência”. O Código é de 2012; as leis vieram depois e valem mais. A lei de 2015 já estreitava a exceção para a pessoa com deficiência — o “risco de morte” e a “emergência em saúde” —, e desde 2026, para todo paciente, inclusive ela, só o risco de morte com o paciente inconsciente. Dor de dente é urgência — e na urgência também se pede consentimento. Quem não consegue consentir nem com apoio não fica sem tratamento: decide o representante que ele mesmo designou ou, na falta, quem a lei admite — o curador, se houver; para a pessoa idosa, a família —, com a pessoa participando e a resistência dela respeitada. O professor conduz, e o prontuário registra.

PARTE 3

Trocar a palavra, não a estima

Falar com a pessoa, e não com quem a trouxe, é a regra das diretrizes lidas para este capítulo — a britânica de saúde bucal da pessoa com deficiência intelectual, os documentos do Ministério da Saúde de 2008 e 2018, a associação americana de odontopediatria; o Guia de 2019 faz a anamnese "com a pessoa com deficiência e/ou com cuidador ou responsável, quando necessário". É regra de consenso, não resultado de ensaio. A britânica cabe em quatro linhas (em tradução): fale diretamente com o paciente, pelo nome que ele prefere; use linguagem adequada; fale devagar e com clareza; dê a ele tempo de sobra para responder. E a americana acrescenta: não presuma deficiência intelectual em quem tem dificuldade de se comunicar.

O erro oposto tem nome em inglês — *diagnostic overshadowing*: atribuir ao diagnóstico conhecido o que é de outra coisa. Uma revisão de 2024 o achou menos universal do que se dizia, com evidência fraca; mas na boca ele pode custar caro, porque a dor de quem não fala aparece como comportamento. O Guia do Ministério lista os sinais na demência — recusa de alimentos duros ou frios, contorção do rosto, aumento da saliva, inquietação, sono perturbado, a prótese que deixa de ser usada — e pede que, na paralisia cerebral, o movimento involuntário não seja lido como falta de cooperação. "Silêncio não é ausência", diz a música.

Quando a fala falha, a comunicação continua. Desde novembro de 2025, a Lei Brasileira de Inclusão manda os serviços públicos de saúde implementarem **comunicação aumentativa e alternativa** de baixa tecnologia — pranchas, figuras — e capacitarem as equipes para atender quem tem "necessidades complexas de comunicação"; a implantação depende do orçamento de cada ente. É o "mostra, aponta, desenha" do refrão, posto em lei. E a diretriz britânica, com a lei inglesa, lembra que a capacidade de decidir é de cada decisão e de cada momento: ninguém deve ser tratado como incapaz antes que se tente, de todo jeito, ajudá-lo a decidir.

SURDEZ	De frente, fala natural; para conversar, a máscara transparente, ou sem máscara longe do aerossol — a comum piora a compreensão mesmo no silêncio. Libras; se não houver, escrita, desenho, gestos. Deixe-o sentir a vibração do motor antes.
CEGUEIRA	Descreva a sala e onde fica cada coisa; pergunte se ele quer ajuda; ponha a mão dele no encosto da cadeira. Avise cada passo — o jato de ar, o motor, a anestesia.
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	Com ele, frases curtas, uma instrução por vez, e espera pela resposta. Confira com o "ensinar de volta" do Capítulo 5.
POUCA OU NENHUMA FALA	Figuras do que vai acontecer; o sim e o não combinados antes; um cartão de "pare" que ele pode mostrar a qualquer momento.
DEMÊNCIA	Frases curtas, repetidas com as mesmas palavras; olho no olho; nunca "eu já disse isso"; o cuidador pode segurar a mão dele.

Como a conversa muda. Recomendações de consenso do Ministério da Saúde (2018 e 2019) e da associação americana de odontopediatria; a da máscara vem de dois estudos pequenos com adultos com perda auditiva. E a barreira começa antes da cadeira: num estudo americano com pacientes simulados, quem ouvia conseguiu marcar consulta em 64% das tentativas, e quem era surdo, em 49%.

PARTE 4

Muda a hora, muda a luz, muda o barulho

A pessoa autista é pessoa com deficiência para todos os efeitos legais e tem direito à prioridade, que os estabelecimentos podem sinalizar com a fita quebra-cabeça. E pode — não precisa — usar o cordão de girassol, desde 2023 o símbolo nacional das deficiências ocultas: o uso é opcional, e a ausência dele não tira direito nenhum. Há adultos autistas sem diagnóstico, e desde 2025 a lei estimula a investigação em adultos e idosos. E um cuidado de redação: **o autismo não é, por si, fator de risco demonstrado para cárie**. As revisões que comparam autistas e não autistas acham diferença pequena, inconsistente ou nenhuma, com certeza muito baixa; o que parece pesar mais é a dieta e a higiene — justamente o que a equipe pode mudar.

Onde atender: o Guia do Ministério de 2019 diz que o tratamento da pessoa com autismo "deve ser realizado, preferencialmente, nas USF com profissionais capacitados" — o Caderno de Atenção Básica de 2008, que punha todo autista na lista do centro de especialidades, ficou para trás. Como: por **dessensibilização**, expondo a pessoa aos poucos, em várias sessões, a cada parte da consulta que a assusta; com figuras que antecipam o que vai acontecer; com rotina — o mesmo dia, a mesma hora, a mesma sala — e sessões curtas; e registrando cada tentativa, porque é dali que a próxima começa. As revisões dão a essas técnicas certeza baixa ou muito baixa; mas elas são baratas, seguras e cabem na unidade. Com o adulto, figuras e conversa de adulto — e o espectro é largo: o que funciona com uma pessoa pode não funcionar com outra.

A adaptação testada no maior ensaio é a do ambiente. Num ensaio cruzado publicado em 2023, 162 crianças autistas de 6 a 12 anos foram sorteadas para fazer a limpeza no consultório comum e no **sensorialmente adaptado** (138 completaram as duas): luzes do teto e refletor apagados, cortinas escuras, música calma e uma "borboleta" que envolve a criança com o peso de um avental de radiografia — a pressão profunda que acalma. No adaptado, o estresse fisiológico caiu e os comportamentos de angústia filmados diminuíram — embora parte das escalas de comportamento não tenha mudado —, e ninguém saiu do estudo por efeito adverso. Os autores estimam de 5 a 10 minutos para montar ou desmontar. O estudo é de hospital e de limpeza, não de restauração; o princípio chega à Vila sem custo: o primeiro horário, a sala de espera vazia, o refletor só na hora, nenhum motor ligado ao lado.

ANTES	DURANTE	DEPOIS
Uma visita só para conhecer; fotos da sala e do que vai acontecer; o mesmo dia e a mesma hora.	Luz baixa, pouco barulho, um passo de cada vez; a palavra de sempre para cada coisa; o cartão de "pare".	Anotar o que funcionou e o que não: a próxima sessão começa dali — e a próxima dupla também.

Os três tempos da adaptação, a partir do Guia do Ministério (2019), da associação americana de odontopediatria e do ensaio de 2023. No estágio, quem atende a pessoa na semana seguinte é outra dupla: o que funcionou só vale se estiver escrito — e o rosto que se repete é o do professor.

QUANTO A ADAPTAÇÃO CUSTA EM TEMPO

Montar o ambiente adaptado leva de 5 a 10 minutos, na estimativa dos autores do ensaio. Num estudo em São Paulo com crianças e adolescentes autistas, o uso de figuras levou de **três a cinco consultas** até o exame e a limpeza. Não se achou estudo que medisse quantos minutos a mais a consulta custa; a associação americana de odontopediatria pede que a equipe preveja consulta mais longa e, se preciso, mais auxiliares. É tempo de agenda — e é o que o protocolo do Rio chama de diferença entre o centro de especialidades e a unidade (Parte 7).

PARTE 5

A cadeira nem sempre serve

Acessibilidade é lei: os espaços dos serviços de saúde, públicos e privados, "devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência", com a remoção de barreiras na arquitetura, na ambientação e na comunicação; e a norma estadual do Capítulo 2 exige que o estabelecimento odontológico permita circular sem ajuda de terceiros. Na cadeira, o Ministério prefere a odontológica, mas manda "sempre avaliar a melhor forma de realizar o tratamento na cadeira odontológica ou na própria cadeira de rodas". Se houver transferência, o Guia de 2019 diz que o cuidador a faz; a diretriz britânica pede equipe treinada e com equipamento: tábua de transferência, disco giratório ou guincho. Não se achou estudo que comparasse a segurança dos dois caminhos. Pergunte à pessoa como ela prefere: ela conhece o próprio corpo melhor que você.

Na **paralisia cerebral**, a posição semideitada de sempre exacerba reflexos e movimentos involuntários, e o alinhamento vertical os reduz. A cabeça fica na linha média, apoiada; estender o pescoço tende a abrir a boca, e flexioná-lo, a fechá-la. Com risco de engasgo e aspiração: encosto o mais vertical possível, sugador potente, nada de estender a cabeça — e consultas rápidas, antes que a musculatura canse. No Parkinson, o Guia pede não inclinar a cadeira mais que 45°, para a saliva ser engolida. Movimento involuntário não é falta de cooperação, e não se trata como tal.

A **síndrome de Down** pede atenção a três coisas. A gengiva: a associação com periodontite é forte, com certeza moderada, e a doença começa cedo e anda depressa. O coração: cerca de metade das pessoas com Down tem cardiopatia congênita — 49,9% numa metanálise de 2025, e não os 40% que o Guia de 2019 cita. Isso **não basta** para profilaxia antibiótica: a associação americana de cardiologia a restringe, desde 2007 e de novo em 2021, às condições de risco mais alto, e a de odontologia escreve que, fora da cardiopatia cianótica não corrigida e da corrigida com material protético — nos primeiros seis meses, ou com defeito residual junto a ele —, ela "não é recomendada para nenhuma outra forma de cardiopatia congênita" (em tradução). Prótese valvar, endocardite prévia e transplante cardíaco com lesão valvar também a pedem. O Guia de 2019, que manda fazer profilaxia havendo alteração cardíaca, está desatualizado nesse ponto: peça o relatório do cardiologista e decida com o professor. E o pescoço: a articulação entre as duas primeiras vértebras pode ser instável — nada de movimentos bruscos, nem de flexão ou extensão exagerada.

A CADEIRA MUDA PARA OUTROS TAMBÉM

A gestante no fim da gravidez, inclinada para a esquerda ou com uma almofada de 10 a 12 cm sob o lado direito das costas; a pessoa com Parkinson, a no máximo 45°; quem tem risco de aspirar, sentado. "Quando não serve, a gente muda" vale para a cadeira inteira — o encosto, a altura, a hora e a duração.

NAS PALAVRAS DE QUEM SENTA

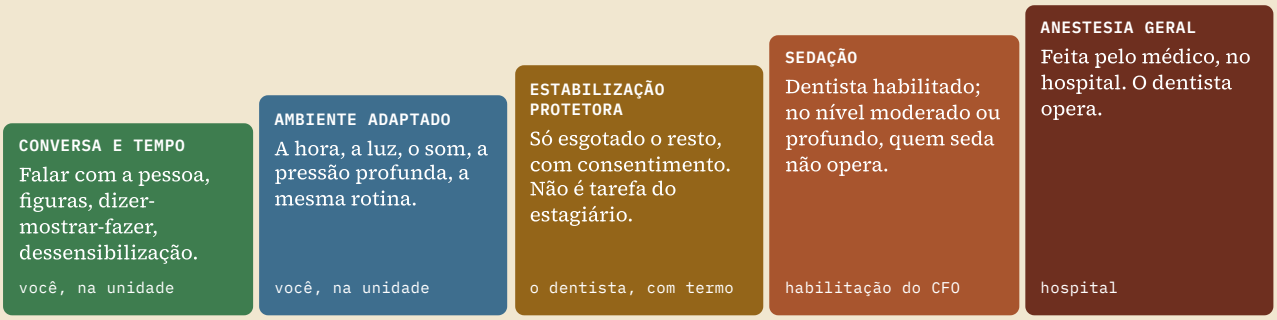
"Muitos detalhes simples, como a textura dos assentos... a luz, o barulho da broca e até o cheiro típico de um consultório odontológico podem facilmente desencadear espasticidade, ansiedade ou outros sintomas num paciente com paralisia cerebral."

O depoimento é de um homem com paralisia cerebral atetoide, publicado pela Organização Mundial da Saúde no relatório de 2022 sobre equidade em saúde das pessoas com deficiência (em tradução; as reticências são do original).

PARTE 6

A escada do manejo

Quase todo mundo se atende na atenção primária. O Caderno de Atenção Básica de 2008 já dizia que a grande maioria das pessoas com deficiência tem necessidade "perfeitamente solucionável no âmbito da atenção primária", "desde que os locais estejam adaptados e as equipes capacitadas"; para a deficiência física, o documento de 2018 fala em "quase totalidade". Número para o Brasil não se achou. O que há é uma ordem: do menos ao mais restritivo — e só se sobe um degrau quando o de baixo falhou.



Os degraus, do menos ao mais restritivo (Guia do MS, 2019; associação americana de odontopediatria, 2024; Resolução CFO-295/2026). A pressão profunda do segundo degrau é a que a pessoa aceita e tira quando quer — a manta, o avental —; se prende, já é estabilização. No SUS, o trabalho do primeiro degrau tem registro próprio — "adequação do comportamento da pessoa com deficiência", procedimento 03.07.01.014-7 do SIGTAP, que o cirurgião-dentista lança também no e-SUS APS: adaptar conta como produção da unidade.

A **estabilização protetora** — conter o paciente para que o tratamento aconteça — é o degrau mais discutido. A associação americana de odontopediatria (2024) a admite só quando o menos restritivo falhou, e nunca "como disciplina, conveniência ou retaliação" (em tradução); não quando não há necessidade clara naquela visita, nem para reabilitar a boca inteira sem urgência; e pede que se considere o assentimento do adulto com deficiência intelectual. Ela mesma registra que a graduação quase não ensina a técnica: no estágio, não é tarefa sua. O Guia do Ministério a põe depois de esgotadas a dessensibilização e as sessões de acolhimento, com termo assinado pela própria pessoa, quando possível; o protocolo do Rio, de 2024, tem um termo próprio para ela e recomenda "fortemente" pedi-lo ao responsável — sem que isso dispense a participação da pessoa, que a lei manda assegurar "no maior grau possível".

A **sedação** ganhou regra nova em julho de 2026: a Resolução CFO-295, editada *ad referendum* do plenário do conselho, revogou a norma de 2004, criou habilitações básica e avançada, exige termo de consentimento próprio e alta com acompanhante, e proíbe que o dentista que seda nos níveis moderado e profundo opere ao mesmo tempo — só o óxido nitroso, sozinho, escapa da regra. E a **anestesia geral** não é do dentista: "Fica vedada a prática de anestesia geral pelo cirurgião-dentista". Ela é feita por médico, em ambiente hospitalar, e o dentista opera. A revisão Cochrane de 2015, sobre crianças e adolescentes, não achou nenhum ensaio que comparasse sedação e anestesia geral no tratamento odontológico: a escolha é clínica, caso a caso.

PARTE 7

A rede: da unidade ao hospital

A porta é a atenção primária. O protocolo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio para pacientes com necessidades especiais, de 2024, diz que o atendimento “deve ser feito pela Equipe de Saúde Bucal (ESB) na APS” e manda fazer “no mínimo 3 (três) tentativas de atendimento, devidamente registradas em prontuário”, com as datas e as técnicas usadas, antes de pensar em outro nível. O encaminhamento vai pelo SISREG, com as três tentativas descritas. No CEO — o Centro de Especialidades Odontológicas, que por norma federal tem de oferecer atendimento a essas pessoas —, o atendimento é ambulatorial, e o protocolo diz em que ele difere: na organização do serviço, “favorecendo um atendimento diferenciado quanto ao ambiente clínico e tempo de consulta”. Ambiente e tempo: o que este capítulo ensina a mudar na própria unidade.

Para essas pessoas, a regra do Capítulo 5 — subir ao CEO com a doença controlada — vale dentro do possível: o Guia pede a adequação do meio “dentro das possibilidades de manejo”, e o protocolo do Rio põe no lugar as tentativas registradas. O último degrau é o hospital, com anestesia geral ou sedação: pelo Guia, quem o indica é o dentista do CEO — no Rio também —, e a equipe da unidade, com a eMulti, escolhe o nível para onde encaminhar. Em 2025, os hospitais cariocas registraram, pelo SUS, 1.233 internações desse procedimento. Uma avaliação publicada em 2026, com dados de 2022 e 2023, achou o acesso das pessoas com deficiência à saúde bucal na cidade “incipiente”: espera de três meses a mais de um ano pela anestesia geral, filas “invisíveis” dentro dos próprios hospitais, 26,77 km até o hospital, em média — e, na atenção primária, 64% dos dentistas sem nenhuma disciplina sobre o tema na graduação, 36,7% inseguros para atender e só 10,1% conhecendo o perfil das pessoas com deficiência da sua área.

A UNIDADE	A Saúde Bucal da Clínica da Família Diniz Batista dos Santos, na Maré: a porta de entrada da Vila — e a das três tentativas.
OS CEO DA ÁREA	São três na Área Programática 3.1, e os três declaram atendimento à pessoa com deficiência: em Ramos (CMS Maria Cristina Roma Paugartten, a 3,9 km em linha reta), na Penha (Policlínica José Paranhos Fontenelle, 6,1 km) e na Ilha do Governador (Policlínica Newton Alves Cardozo, 7,3 km).
O HOSPITAL	Em 2025, 85% das internações foram na Policlínica Piquet Carneiro, da UERJ, e no Hospital Cardoso Fontes — federal no nome, hoje mantido pela prefeitura, segundo o cadastro nacional; os hospitais Barata Ribeiro e Jesus fazem algumas dezenas por ano.
NO CAMPUS	A Faculdade de Odontologia tem uma clínica de pacientes especiais para crianças, às quintas-feiras. O hospital universitário declara atendimento odontológico à pessoa com deficiência, mas no sistema de internações do SUS não aparece nenhuma internação dele por esse procedimento, de 2022 a julho de 2026.

A rede da Vila, levantada em setembro de 2026 no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, no sistema de internações do SUS e nos protocolos da SMS-Rio. O que as fontes não dizem — para qual CEO a Vila é regulada, quanto se espera, se o hospital do campus recebe pela regulação — é pergunta para o professor levar à unidade.

A VILA EM NÚMEROS

No bairro Cidade Universitária, onde a Vila reúne a maior parte dos moradores, o Censo de 2022 contou 1.303 pessoas, **15,3%** delas com 60 anos ou mais. O censo que a associação de moradores fez com a Geografia da UFRJ em 2024, que conta também os estudantes, achou 15,6% com 60 anos ou mais e 2,1% com 80 ou mais entre os que responderam; **7,3%** disseram ter alguma deficiência — física, visual, intelectual, auditiva ou autismo. No município, 17,1% das pessoas com 60 anos ou mais têm deficiência. Os dois censos usam conceitos diferentes, e os números da Vila são pequenos: servem para planejar, nunca para apontar alguém.

PARTE 8

Gestante atende sem medo

O medo é antigo, e está nas duas cadeiras. Uma revisão de 2023 reuniu as crenças mais comuns entre gestantes: que a gravidez faz perder dentes, que o tratamento odontológico não é seguro e faz mal ao bebê, que o bebê tira o cálcio dos dentes da mãe. Do lado de cá, o Caderno de Atenção Básica de 2008 chamava o primeiro trimestre de "período menos adequado" e mandava evitar radiografias nele — é dessa tradição que vinha a "janela do segundo trimestre".

Em 2022, o Ministério da Saúde publicou uma diretriz clínica para o tratamento odontológico de gestantes na atenção primária, feita com a Universidade Federal de Pelotas pelo método GRADE. A recomendação: os tratamentos da atenção primária "não devem ser limitados a tipo ou período gestacional", com a avaliação do risco e do benefício e "a opinião da gestante". O painel escreveu que "não existem evidências para a recomendação de procedimentos odontológicos curativos apenas no segundo trimestre gestacional" e que a evidência "não aponta para riscos conhecidos" no tratamento, incluindo as radiografias. A recomendação é fraca e a certeza, muito baixa — é o que há: o ensaio que testou a segurança tratou gestantes entre 13 e 21 semanas, e uma coorte de anestesia local, com metade das exposições no primeiro trimestre, não achou diferença significativa nas malformações. O segundo trimestre continua sendo o mais **confortável** — "vários profissionais destacam o segundo trimestre como sendo geralmente o mais oportuno". Conforto, não proibição.

O que a gestante leu diz o mesmo. A Caderneta da Gestante de 2024: "Se for necessário realizar algum tratamento, este deve ser feito o mais cedo possível!"; a de 2026: "O pré-natal odontológico é um direito e faz parte do cuidado oferecido pelo SUS durante a gestação." As Diretrizes de 2004 já pediam que a gestante, ao iniciar o pré-natal, fosse encaminhada a uma consulta odontológica — e avisavam: "em nenhuma hipótese a assistência será compulsória". A Rede Alyne, que substituiu a Rede Cegonha em 2024, garante "o cuidado integral à saúde bucal da gestante"; e, no financiamento da atenção primária em 2026, o cuidado bucal da gestante conta no indicador da equipe de Saúde da Família: pelo menos uma atividade de saúde bucal durante a gestação, feita pelo dentista ou pelo técnico de saúde bucal, vale 9 dos 100 pontos.

O CAPÍTULO 4 MUDOU

A Parte 5 do Capítulo 4 dizia "1º trimestre: só urgência; adie o eletivo" e "radiografia, só se indispensável". Nesta edição ela segue a diretriz de 2022: nenhum trimestre é proibido, o segundo é o mais confortável, a radiografia se faz quando indicada, como para qualquer paciente, e o metronidazol segue o quadro da diretriz — "uso permitido somente após 2º. trimestre". O Capítulo 6 também mudou: a dipirona saiu da gestação.

E NO RIO?

A Carteira de Serviços da atenção primária do Rio põe o atendimento odontológico da gestante entre as ações essenciais, e o Guia Rápido de 2024 manda priorizá-la no tratamento. Pelo indicador do Previne Brasil, a proporção de gestantes com atendimento odontológico no pré-natal ficou entre **50% e 68%** na cidade de 2022 a 2025 — 62% no primeiro quadrimestre de 2025, acima do estado em todos os quadrimestres; a meta federal de 2020 era 60%. O número da equipe da Vila existe, mas só com senha de gestor. E um número que engana: a equipe registra cerca de 58 gestantes começando o pré-natal por ano — muito para a Vila, porque o território da equipe vai além dela. Quantas moram na Vila, só a unidade sabe.

PARTE 9

Sem medo não é sem cuidado

PODE	COM CAUTELA	NÃO
Paracetamol — o único analgésico não opioide seguro na gravidez, diz o Ministério. **Amoxicilina**; na alergia, clindamicina, ou azitromicina quando o benefício superar o risco. **Lidocaína com epinefrina**: um ou dois tubetes costumam bastar.	**Metronidazol**: "uso permitido somente após 2º. trimestre", diz o quadro da diretriz. Prilocaína e mepivacaína: uso cautelar.	**Dipirona**, **anti-inflamatórios** não esteroides e **tetraciclina**: o Ministério pede ao dentista que não os prescreva na gestação. Articaína e bupivacaína: "não há situações que justifiquem" o uso.

Os fármacos da gestante no consultório (MS, diretriz de 2022). Nos Estados Unidos o metronidazol é liberado em qualquer fase, e o anti-inflamatório é evitado no primeiro trimestre e depois de 20 semanas; aqui se segue a diretriz brasileira, que é mais cautelosa.

Duas notícias podem chegar com a gestante. A primeira é de setembro de 2025: a agência americana de medicamentos iniciou uma mudança na bula do paracetamol por uma possível associação com autismo — admitindo, no mesmo texto, que a relação de causa "não foi estabelecida" (em tradução). Dois estudos que compararam irmãos, um sueco com 2,48 milhões de crianças e outro de Hong Kong, de 2026, não acharam associação, e a associação americana de obstetras reafirmou o paracetamol como analgésico de escolha na gravidez. A segunda é o metronidazol: as metanálises não acham aumento de malformações em geral — há sinais a confirmar, e o de aborto pode ser da própria infecção —, e a agência americana de prevenção o considera de baixo risco; a cautela brasileira é da diretriz, não de risco demonstrado — e é a diretriz que se segue aqui.

A **radiografia** se faz quando indicada. A dose que chega ao feto numa radiografia odontológica é desprezível, e a academia americana de radiologia oral recomendou em 2023 deixar de proteger gônadas, pelve e feto e de usar o colar de tireoide; a associação americana de odontologia seguiu. No Brasil, porém, a norma sanitária exige, para cada aparelho de radiografia intraoral, uma vestimenta plumbífera que proteja o tronco, "incluindo tireoide e gônadas" (Anvisa, RDC nº 1.002/2025), e o aviso que a RDC nº 611/2022 manda afixar diz ao paciente: "exija e use corretamente vestimenta plumbífera". Então o avental vai — pela norma —, e a radiografia indicada não se nega.

A **gengiva** merece tratamento: é seguro e melhora a boca da mulher. Mas não se promete o que a evidência não dá — tratar a periodontite na gestação não mostrou efeito claro sobre o parto prematuro (Cochrane, 2017; uma metanálise de 2026 achou redução de 15%, com um intervalo que inclui a ausência de efeito), e o próprio Ministério escreve que "não há suporte na literatura" para essa relação de causa e efeito. A **posição**: no fim da gravidez, deitada de costas, ela comprime a veia cava e passa mal; incline-a para a esquerda ou ponha uma almofada sob o lado direito das costas, com a cabeça acima dos pés. E a companhia: toda mulher pode estar acompanhada durante toda a consulta.

A FRASE PARA A GESTANTE

"Pode tratar, sim — em qualquer mês. O Ministério da Saúde não proíbe trimestre nenhum; o que a gente escolhe com cuidado é o remédio e a posição. Se precisar de radiografia, a senhora usa o avental, que é regra da vigilância sanitária, e a dose que chega ao bebê é desprezível. E, se doer, não espere: dor e infecção fazem mal aos dois."

PARTE 10

Idoso atende sem pressa

Perder os dentes não é destino. A Caderneta da Pessoa Idosa, de 2026, diz que "a piora nas condições de saúde bucal e a perda de dentes não são condições naturais do envelhecimento e não devem ser consideradas normais". Mas o SB Brasil 2023 encontrou **36,48%** das pessoas de 65 a 74 anos sem nenhum dente natural no país, e cerca de **um terço** na cidade do Rio (32,66%, numa amostra pequena); só um quarto não precisava de prótese. Melhorou: eram 53% em 2003 e em 2010. Mas melhorou de modo desigual — em 2023, o edentulismo ia de 54,11% entre quem nunca estudou a 13,27% entre quem estudou mais de 12 anos. A prótese é direito — o Estatuto da Pessoa Idosa manda o poder público fornecer, gratuitamente, "próteses, órteses e outros recursos" —, e no Rio a oferta cresceu: as próteses removíveis aprovadas no SUS passaram de 419 em 2022 para 8.342 em 2025. Mas o Guia Rápido da prefeitura deixa de fora quem tem "comprometimento neurológico, psiquiátrico ou intelectual severo que impossibilite as etapas do tratamento e os cuidados posteriores à entrega da prótese" — vale discutir em sala se a barreira está na pessoa ou nas etapas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera frágil, pelo critério de idade, quem tem 75 anos ou mais — e não fala de saúde bucal nenhuma vez. A boca conversa com a fragilidade: poucos dentes, problemas bucais acumulados e boca seca se associaram a mais fragilidade em estudos que acompanharam idosos, o que é associação, e não causa demonstrada. "Sem pressa" é no trato, não na duração. Na demência, o Guia do Ministério pede "consultas curtas e objetivas e instruções claras e curtas, repetidas sempre com as mesmas palavras", avisa que é inútil dizer "eu já lhe disse isso" e aponta a fase inicial como o melhor momento para tratar no consultório. Quando a pessoa recusa a higiene, um ensaio em casas de repouso americanas mostrou que uma abordagem para reduzir a sensação de ameaça dobrou a chance de ela aceitar — mas mudou pouco a intensidade da recusa e a saúde bucal: manejar a recusa pode ser mais realista do que eliminá-la. A **boca seca** tem duas origens: os remédios — a polifarmácia dobra a chance, e os medicamentos urológicos, os antidepressivos e os psicolépticos pesam mais — e a própria idade, que reduz a saliva independentemente deles. É a caixa de remédios do Capítulo 4, de novo.

Quem decide? O Estatuto da Pessoa Idosa, de 2003, diz que a pessoa "no domínio de suas faculdades mentais" escolhe o tratamento; quando não pode, decidem o curador, os familiares ou o médico. O artigo continua em vigor, mas é uma lógica anterior à Lei Brasileira de Inclusão e ao Estatuto dos Direitos do Paciente, que preferem o apoio à substituição e o representante que o próprio paciente escolheu. E a **prioridade**: acima dos 80 anos, a preferência vale sobre as demais pessoas idosas "em todo atendimento de saúde", salvo emergência. Suspeita de violência contra pessoa idosa ou com deficiência é de notificação compulsória, e a clínica odontológica é serviço de saúde: leve ao professor, que leva à unidade.

> **A PESSOA IDOSA NA CADEIRA DO SUS CARIOCA**
>
> Em 2025, 119.589 pessoas com 60 anos ou mais tiveram atendimento odontológico na atenção primária do Rio — 17,8% de todos os atendidos. Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, só **43,0%** dos cariocas com 60 anos ou mais tinham ido ao dentista nos doze meses anteriores.

PARTE 11

Quando a pessoa não pode vir

A atenção primária vai à casa de quem tem algum grau de dependência e não pode se deslocar até a unidade, e entre as atribuições do cirurgião-dentista está atender, "quando indicado ou necessário, no domicílio". A diretriz britânica de atendimento domiciliar tem três ideias úteis: os procedimentos irreversíveis ficam melhor no consultório, mas quem só pode ser atendido em casa não deve sair prejudicado; em casa se faz com segurança uma prótese, enquanto a extração de quem toma anticoagulante vai para o consultório; e em casa a chance de uma emergência médica é maior. A norma sanitária de 2025 já prevê a unidade de atendimento portátil, "voltado principalmente para os casos de impossibilidade de locomoção do paciente". Na demência grave, diz o Guia, "a assistência domiciliar é primordial", com mínima intervenção. No Rio, em 2025, 45.287 pessoas tiveram atendimento odontológico em casa, 16.713 delas com 60 anos ou mais. Pelas descrições atuais, o programa de atenção domiciliar da prefeitura, o PADI, não tem dentista nas equipes: a boca de quem não sai de casa é tarefa da equipe de Saúde Bucal da unidade, e a Carteira de Serviços põe a visita domiciliar entre as ações essenciais.

Higiene bucal e pneumonia: a revisão Cochrane de 2022, sobre instituições de longa permanência, não achou diferença clara na incidência de pneumonia entre a higiene feita por profissional e a habitual — com evidência de certeza baixa de que a profissional reduza a mortalidade por pneumonia. A Cochrane de 2020 que se costuma citar é sobre UTI e pacientes em ventilação mecânica, e não se transfere para a casa. Escove a boca de quem não consegue porque é cuidado — não prometa que evita pneumonia.

PARTE 12

O que se adia se explica — e o que não se recusa

Adiar é legítimo; sumir, não. A associação americana de odontopediatria lembra que a doença bucal raramente ameaça a vida e que o tipo e o momento do tratamento podem ser adiados em certas circunstâncias, com o que segura a doença enquanto isso — o cariostático, a restauração provisória, o verniz do Capítulo 7. Mas a mesma associação avisa: dor, infecção, trauma e doença que avança depressa pedem tratamento logo. O que se adia se explica à pessoa: o motivo, o que se faz até lá e quando se retoma. E vai para o prontuário, que é o que a próxima dupla vai ler.

O que não se faz é recusar. A Convenção chama de discriminação a "recusa de adaptação razoável", e a lei brasileira, toda exclusão "por ação ou omissão", "incluindo a recusa de adaptações razoáveis". A Lei nº 7.853/1989 pune com reclusão de 2 a 5 anos quem vier a "deixar de prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial à pessoa com deficiência" — e quem "recusar, retardar ou dificultar internação" —; a lei não nomeia a odontologia, e o Estatuto da Pessoa Idosa pune quem dificultar a assistência à saúde da pessoa idosa "sem justa causa". Encaminhar ao CEO quando a unidade não resolve é rede; mandar embora porque dá trabalho é discriminação.

PARTE 13

“Fala Comigo”, conferida verso a verso

A faixa mais lenta do álbum, de propósito: o tema é tempo. A letra faz onze afirmações; a evidência não contraria nenhuma, e cinco pedem uma ressalva — quase sempre a mesma: o que a música pede não dispensa o cuidado técnico.

“A irmã respondeu por ele. / Eu perguntei de novo”	SUSTENTADA	As diretrizes lidas mandam falar com a pessoa, pelo nome que ela prefere, devagar — e a lei põe o consentimento nas mãos dela. É consenso de especialistas, não ensaio.
“Eu tenho o tempo que ele levar”	COM RESSALVA	Tempo para responder, sim; sessão longa, não: o Ministério pede sessões curtas no autismo, na síndrome de Down, na paralisia cerebral e na demência. O tempo da música é o da conversa e o do número de visitas.
“Silêncio não é ausência”	SUSTENTADA	Quem não fala mostra a dor pelo comportamento; o Guia do Ministério lista os sinais na demência.
“Eu troco a palavra, não a estima”	SUSTENTADA	A lei define comunicação incluindo a Libras, a linguagem simples e a comunicação alternativa.
“Mostra, aponta, desenha, grita”	COM RESSALVA	A decisão pode ser comunicada por qualquer meio, e a comunicação alternativa virou dever do serviço público em 2025. Quem pode gritar é o paciente: com o surdo, a fala é natural e de frente.
“A cadeira nem sempre serve”	SUSTENTADA	Na cadeira odontológica ou na de rodas, o que for melhor; encosto vertical na paralisia cerebral, 45° no Parkinson.
“Muda a hora, muda a luz, / muda o barulho”	SUSTENTADA	A estrofe mais bem apoiada: o ambiente adaptado foi testado num ensaio com 162 crianças autistas; hora marcada e rotina estão no Guia.
“Gestante atende sem medo”	COM RESSALVA	Em qualquer trimestre (MS, 2022). Sem medo não é sem cuidado: nada de dipirona, anti-inflamatório ou tetraciclina; lidocaína com epinefrina; inclinada no fim da gravidez.
“Idoso atende sem pressa”	COM RESSALVA	Sem pressa no trato; na demência, consultas curtas e as mesmas palavras.
“O que se adia se explica”	SUSTENTADA	Adiar pode ser apropriado, discutido e registrado — mas dor e infecção pedem tratamento logo; que “ninguém esquece” é licença poética.
“Olha pra quem sentou na cadeira. / Não pra quem trouxe.”	COM RESSALVA	É a síntese do capítulo. Mas olhar para quem sentou não é deixar de ouvir quem trouxe: na demência avançada, o acompanhante é fonte necessária; na criança, quem consente é o responsável.

E o refrão? “Consulta que não te escuta não é consulta, é visita” não é afirmação que se teste — é retórica. Mas a diretriz de 2022 pôs “a opinião da gestante” dentro da própria recomendação clínica, e a lei fez do consentimento condição de tratamento.

PARTE 14

Um caso: a irmã que respondia

Um caso fictício. Quarta-feira de manhã, um rapaz de 24 anos chega à Clínica da Vila com a irmã. Ele é autista e fala pouco; ela responde a tudo — que ele tem dor "faz uma semana", quando come doce, que "não deixa ninguém mexer", que numa unidade o mandaram ao centro de especialidades e a vaga não saiu. Na cadeira ao lado, o motor de alta rotação zune, e ele se levanta duas vezes. Perguntado com calma, e com figuras, ele mesmo mostra que a dor vem com o doce e passa logo, e que não o acorda. No exame possível — alguns segundos de boca aberta —, um molar inferior com cavidade grande, sem inchaço e sem febre.

COM QUEM FALAR	Com ele: pergunte como prefere ser chamado — se não responder, a irmã ajuda, e você confere com ele. Uma pergunta por vez, com espera e figuras. Antes de tudo, se aceita estudantes; e o corpo antes da dor: remédios e alergias (Capítulos 3 e 6).
O CONSENTIMENTO	É dele. A irmã não assina por ele; se houver curatela, ele participa "no maior grau possível" — e a curatela não alcança a saúde. Anote o que foi explicado, com que figuras, como ele disse sim — e que ele sabia que podia parar.
HOJE	O que ele conta — dor provocada pelo doce, que passa logo e não o acorda — lembra a pulpite reversível do Capítulo 6; o teste de frio, se ele deixar, ajuda a confirmar. Hoje, se ele deixar, dá para vedar a cavidade com ionômero, com instrumento manual e sem motor, como os molares profundos do Capítulo 7; a remoção seletiva fica para uma sessão com tempo. Ele sai sabendo — e a irmã também — quando voltar antes: dor que vem sozinha, inchaço, febre, parar de comer, a mão no rosto. Quem decide é o professor.
O AMBIENTE E O PLANO	Hoje mesmo, pedir que desliguem o motor ao lado. Depois, sessões curtas no primeiro horário, com a sala vazia e fotos da clínica antes; dessensibilização; o cartão de "pare"; cada tentativa anotada, com a data e a técnica. Pelo protocolo do Rio, o CEO vem depois de no mínimo três tentativas registradas: registre a de hoje como se contasse.

A FRASE PARA A IRMÃ

"Que bom que você veio com ele — você conhece o jeito dele como ninguém. Vou falar com ele primeiro, e conto com você para me ajudar a entender. Se ele disser não, a gente para e tenta outro dia. Hoje, a gente protege o dente com calma, sem o motor; o resto a gente combina com ele."

Nota do editor. As condutas seguem o *Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência* (MS, 2019), a diretriz *Tratamento em gestantes* (MS, 2022) e o protocolo de pacientes com necessidades especiais da SMS-Rio (2024). Normas: as do anexo; as Leis nº 15.249/2025, 12.764/2012, 13.977/2020, 14.624/2023, 15.256/2025, 7.853/1989 e 8.080/1990 (Art. 19-J) e o Código Civil; do CFO, o Código de Ética, a Consolidação e a Resolução CFO-295/2026; do SUS, a PNAB, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a política de 2023, a Rede Alyne, as portarias dos CEO e do financiamento, o SIGTAP; as RDC Anvisa nº 611/2022 e 1.002/2025. Documentos: as Diretrizes da PNSB (2004), o Caderno de Atenção Básica nº 17 (2008), *A saúde bucal no SUS* (2018), as Cadernetas da Gestante (2024 e 2026) e da Pessoa Idosa (2026), a OMS (2022), a sociedade britânica de saúde bucal e deficiência (2000 a 2012), a associação americana de odontopediatria (2021 a 2024), o consenso americano de saúde bucal na gestação (2026), o ACOG (2013 e 2025), a AAOMR (2023), a ADA (2024 a 2026), a American Heart Association (2021), a FDA (2020 e 2025) e o CDC (2021). Estudos: Dell'Armo e Tassé (2024), Dunn (2024), Schniedewind (2021), Homans e Vroegop (2022 e 2025), Zink (2018), Lam (2020), Uliana (2024), da Motta (2026), Dhar (2023), Prynda (2024), Stein Duker (2023), Rondón-Avalo (2024), Xu (2025), Kamalabadi (2023), Michalowicz (2008), Hagai (2015), Thomas (2026), Ahlqvist (2024), Luo (2026), Sheikh (2025), as metanálises do metronidazol (1995 a 2021), Hakeem (2019), Dibello (2021), Jablonski (2018), Tan (2018), Srisanoi (2026), Affoo (2015), Ferreira (2025) e as revisões Cochrane de sedação (2015), periodontite na gestação (2017) e pneumonia (2020 e 2022). Dados: o SB Brasil 2023, a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), o Censo 2022 do IBGE e o Censo da Vila (2024); o CNES, o SIH, o SIA, o SISAB e o SIAPS (consultados em 23/09/2026); a Carteira de Serviços (2021), o Guia Rápido de Saúde Bucal (2024) e a página do PADI, da SMS-Rio; Alves e colaboradores (*Cadernos de Saúde Pública*, 2026). O capítulo foi escrito antes da aula.

INFOGRÁFICO: Grupos com necessidades específicas

O roteiro de bolso da adaptação: **falar com quem sentou, adaptar antes de desistir, encaminhar sem abandonar**. A conversa, o consentimento, o ambiente, a escada do manejo, a gestante, a pessoa idosa e a rede. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · FALE COM QUEM SENTOU

O ACOMPANHANTE AJUDA · NÃO DECIDE

COM A PESSOA

Pelo nome que ela prefere, frases curtas, tempo para responder. Não presuma deficiência intelectual em quem tem dificuldade de falar. Pergunte antes se ela aceita ser atendida por estudantes.

QUEM CONSENTE

A pessoa, com o apoio de que precisar: a deficiência não afeta a capacidade civil, e a curatela não alcança a saúde. Sem consentimento, só no **risco de morte** com o paciente inconsciente (Lei nº 15.378/2026). Quem não consegue, nem com apoio, não fica sem tratamento: decide o representante, com a pessoa participando.

2 · TROQUE A PALAVRA, NÃO A ESTIMA

COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA · DEVER DO SERVIÇO PÚBLICO DESDE 2025

SURDEZ

De frente, fala natural; máscara transparente, ou nenhuma longe do aerossol. Libras, escrita.

CEGUEIRA

Descreva a sala; a mão no encosto; avise cada passo — o ar, o motor, a anestesia.

POUCA FALA

Figuras do que vai acontecer; o sim e o não combinados; um cartão de "pare".

DEMÊNCIA

Frases curtas, sempre as mesmas palavras; nunca "eu já disse isso".

3 · ADAPTE ANTES DE DESISTIR

RECUSAR ADAPTAÇÃO RAZOÁVEL É DISCRIMINAÇÃO

A HORA

O primeiro horário, a sala de espera vazia, a mesma rotina, sessões curtas.

A LUZ E O SOM

Refletor só na hora, nenhum motor ligado ao lado, música calma.

A CADEIRA

A odontológica ou a de rodas, o que for melhor; vertical na paralisia cerebral.

O REGISTRO

O que funcionou vai para o prontuário: a próxima dupla começa dali.

4 · A ESCADA DO MANEJO

DO MENOS AO MAIS RESTRITIVO · SÓ SE SOBE QUANDO O DEGRAU DE BAIXO FALHOU

CONVERSA E TEMPO
Dizer-mostrar-fazer, figuras, dessensibilização.
você, na unidade

AMBIENTE ADAPTADO
Hora, luz, som, pressão profunda.
você, na unidade

ESTABILIZAÇÃO
Último recurso, com termo. Não é do estagiário.
o dentista

SEDAÇÃO
Habilitação do CFO; na moderada ou profunda, quem seda não opera.
CFO-295/2026

ANESTESIA GERAL
Médico, no hospital; o dentista opera.
hospital

5 · GESTANTE: SEM MEDO, COM CUIDADO

MS, DIRETRIZ DE TRATAMENTO EM GESTANTES, 2022

QUALQUER TRIMESTRE

Nenhum é proibido; o 2º é o mais confortável. No fim, inclinada para a esquerda.

PODE

Paracetamol, amoxicilina, lidocaína com epinefrina (um ou dois tubetes). Radiografia quando indicada, com o avental que a norma exige.

NÃO, OU COM CAUTELA

Não: dipirona, anti-inflamatório, tetraciclina, articaína, bupivacaína. Com cautela: metronidazol, só após o 2º trimestre.

6 · PESSOA IDOSA: SEM PRESSA

PERDER DENTES NÃO É NORMAL DA IDADE

Na cidade do Rio, cerca de **um terço** das pessoas de 65 a 74 anos não tem nenhum dente natural (SB Brasil 2023). Na demência, consultas curtas e as mesmas palavras; na boca seca, olhe os remédios; acima de 80 anos, preferência em todo atendimento de saúde; quem não pode vir é atendido em casa. Violência se notifica.

7 · A REDE

ENCAMINHAR É REDE · MANDAR EMBORA É DISCRIMINAÇÃO

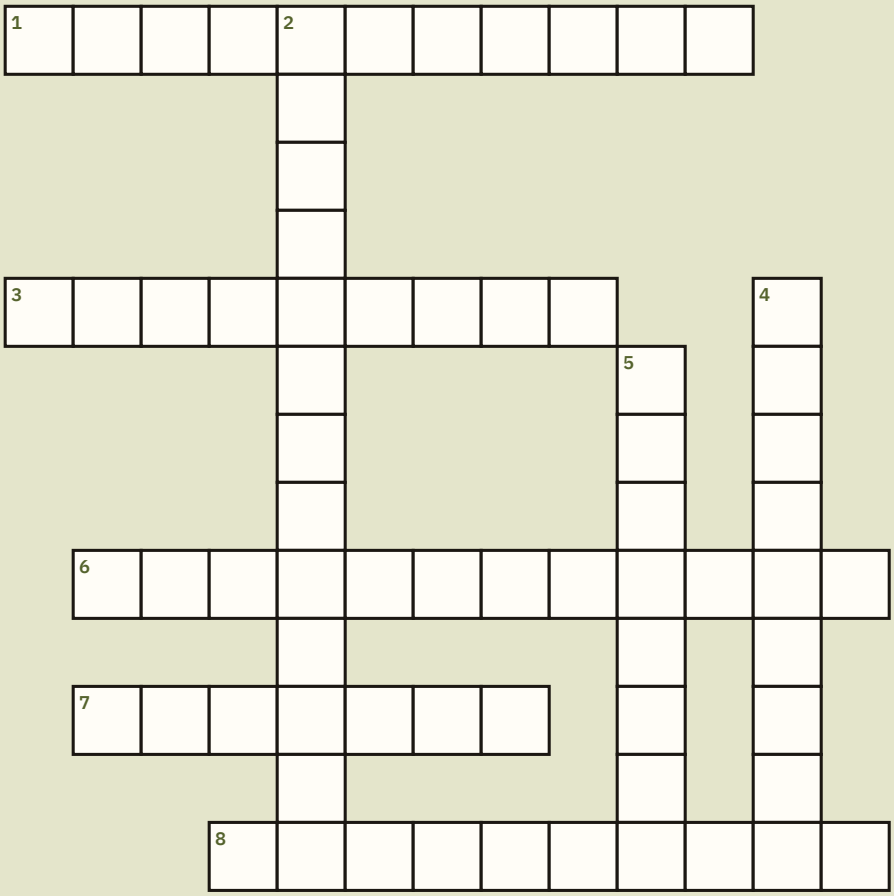
1. **A unidade** — onde se resolve a maioria, com adaptação
2. **O CEO** — por norma, todo CEO deve atender; os três da área declaram que atendem
3. **O hospital** — sedação ou anestesia geral, indicado pelo CEO ou pela unidade
4. **O encaminhamento** — depois das tentativas, por escrito
5. **Lei Brasileira de Inclusão** — capacidade, consentimento, acesso
6. **Estatuto dos Direitos do Paciente** — Lei nº 15.378/2026

Fontes: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009) · Lei nº 13.146/2015 · Lei nº 15.378/2026 · Lei nº 10.048/2000 · Estatuto da Pessoa Idosa · o anexo a seguir · MS, *Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência* (2019) e *Tratamento em gestantes* (2022) · Resolução CFO-295/2026 · associação americana de odontopediatria (2024) · Stein Duker *et al.* (2023) · SB Brasil 2023, relatório final.

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 9

A cruzada tem 24 palavras, em três grades que crescem; 17 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/09

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/09/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 15/10/2026.

Reprodução parcial, **cada artigo na íntegra**: da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, o artigo da saúde; da **Lei Brasileira de Inclusão** (Lei nº 13.146/2015), a definição de pessoa com deficiência, a discriminação, a capacidade civil, o consentimento, o acesso aos serviços de saúde e a curatela; da lei do **atendimento prioritário** (Lei nº 10.048/2000), o artigo 1º; do **Estatuto dos Direitos do Paciente** (Lei nº 15.378/2026), o consentimento, o acompanhante, o nome e a presença de estudantes; e, do **Estatuto da Pessoa Idosa**, quem decide o tratamento. Os demais dispositivos foram omitidos.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA — DECRETO Nº 6.949/2009

ARTIGO 25 — SAÚDE

Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. Em especial, os Estados Partes:

a) Oferecerão às pessoas com deficiência programas e atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral;

b) Propiciarão serviços de saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência, inclusive diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos;

c) Propiciarão esses serviços de saúde às pessoas com deficiência, o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural;

d) Exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência;

e) Proibirão a discriminação contra pessoas com deficiência na provisão de seguro de saúde e seguro de vida, caso tais seguros sejam permitidos pela legislação nacional, os quais deverão ser providos de maneira razoável e justa;

f) Prevenirão que se negue, de maneira discriminatória, os serviços de saúde ou de atenção à saúde ou a administração de alimentos sólidos ou líquidos por motivo de deficiência.

[Aprovada pelo Congresso pelo rito do § 3º do art. 5º da Constituição: equivale a emenda constitucional]

LEI Nº 13.146/2015 — A LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: (Vigência) (Vide Decreto nº 11.063, de 2022)

I — os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II — os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III — a limitação no desempenho de atividades; e

IV — a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência. (Vide Lei nº 13.846, de 2019) (Vide Lei nº 14.126, de 2021) (Vide Lei nº 14.768, de 2023)

§ 3º O exame médico-pericial componente da avaliação biopsicossocial da deficiência de que trata o § 1º deste artigo poderá ser realizado com o uso de tecnologia de telemedicina ou por análise documental conforme situações e requisitos definidos em regulamento. (Incluído pela Lei nº 14.724, de 2023)

Art. 4º Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação.

§ 1º Considera-se discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas.

§ 2º A pessoa com deficiência não está obrigada à fruição de benefícios decorrentes de ação afirmativa.

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

I — casar-se e constituir união estável;

II — exercer direitos sexuais e reprodutivos;

III — exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

IV — conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;

V — exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e

VI — exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Art. 12. O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica.

§ 1º Em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento.

§ 2º A pesquisa científica envolvendo pessoa com deficiência em situação de tutela ou de curatela deve ser realizada, em caráter excepcional, apenas quando houver indícios de benefício direto para sua saúde ou para a saúde de outras pessoas com deficiência e desde que não haja outra opção de pesquisa de eficácia comparável com participantes não tutelados ou curatelados.

Art. 13. A pessoa com deficiência somente será atendida sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido em casos de risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse e adotadas as salvaguardas legais cabíveis.

Art. 24. É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas no inciso V do art. 3º desta Lei.

Parágrafo único. Os serviços públicos de saúde implementarão sistemas de comunicação aumentativa e alternativa de baixa tecnologia e promoverão a capacitação permanente das suas equipes para o atendimento de pessoas com necessidades complexas de comunicação. (Incluído pela Lei nº 15.249, de 2025)

Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental.

Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.

§ 3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência a pessoa que tenha vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado.

LEI Nº 10.048/2000 — O ATENDIMENTO PRIORITÁRIO

Art. 1º As pessoas com deficiência, as pessoas com transtorno do espectro autista, as pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com criança de colo, os obesos, as pessoas com mobilidade reduzida e os doadores de sangue terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei. (Redação dada pela Lei nº 14.626, de 2023)

§ 1º Os acompanhantes ou atendentes pessoais das pessoas referidas no caput serão atendidos junta e acessoriamente aos titulares da prioridade de que trata esta Lei. (Redação dada pela Lei nº 14.626, de 2023)

§ 2º Os doadores de sangue terão direito a atendimento prioritário após todos os demais beneficiados no rol constante do caput deste artigo, mediante apresentação de comprovante de doação, com validade de 120 (cento e vinte) dias. (Incluído pela Lei nº 14.626, de 2023)

§ 3º O atendimento prioritário poderá ser realizado mediante discriminação de postos, caixas, guichês, linhas ou atendentes específicos para esse fim. (Incluído pela Lei nº 14.626, de 2023)

§ 4º Caso não haja postos, caixas, guichês, linhas ou atendentes específicos para a realização do atendimento prioritário, as pessoas referidas no caput deste artigo deverão ser atendidas imediatamente após a conclusão do atendimento que estiver em andamento, antes de quaisquer outras pessoas. (Incluído pela Lei nº 14.626, de 2023)

LEI Nº 15.378/2026 — O ESTATUTO DOS DIREITOS DO PACIENTE

Art. 5º Outros direitos dos pacientes previstos na legislação devem ser aplicados em conjunto com as disposições desta Lei.

Parágrafo único. Aos pacientes que, por sua condição biológica, psíquica, cultural e social, estejam impedidos de dar o seu consentimento livre e esclarecido, deverão ser garantidos instrumentos para expressar as suas opções ou opor resistência a um procedimento.

Art. 7º O paciente tem o direito de contar com um acompanhante em consultas e internações, salvo quando o médico ou profissional responsável pelos seus cuidados entender que a presença do acompanhante pode acarretar prejuízo à saúde, à intimidade ou à segurança do paciente ou de outrem.

Parágrafo único. O acompanhante do paciente tem o direito de fazer perguntas e de certificar-se de que os procedimentos de segurança do paciente estão sendo adotados.

Art. 10. O paciente tem o direito de não ser tratado com distinção, exclusão, restrição ou preferência de atendimento baseados em sexo, raça, cor, religião, enfermidade, deficiência, origem nacional ou étnica, renda ou qualquer outra forma de discriminação que provoque restrições de seus direitos.

§ 1º O paciente tem o direito de ser chamado pelo nome de sua preferência.

§ 2º O paciente tem o direito de ter suas particularidades culturais, religiosas e de outra natureza respeitadas, principalmente quando fizer parte de grupos vulneráveis.

Art. 14. O paciente tem o direito ao consentimento informado sem coerção ou influência indevida, salvo em situações de risco de morte em que esteja inconsciente.

§ 1º O paciente tem o direito de retirar o consentimento, a qualquer tempo, sem sofrer represálias.

§ 2º É assegurado, mesmo nas situações previstas neste artigo, o respeito às diretivas antecipadas de vontade do paciente, nos termos do inciso II do caput do art. 2º desta Lei.

Art. 17. O paciente tem o direito de ter a vida privada respeitada quando submetido a cuidados em saúde, o que compreende:

I — o direito de ser examinado em lugar privado, salvo em situações de emergência ou de cuidados intensivos;

II — o direito de recusar qualquer visita; e

III — o direito de consentir ou não com a presença de estudantes e profissionais de saúde estranhos a seus cuidados em saúde.

LEI Nº 10.741/2003 — O ESTATUTO DA PESSOA IDOSA

Art. 17. À pessoa idosa que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

Parágrafo único. Não estando a pessoa idosa em condições de proceder à opção, esta será feita: (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

I — pelo curador, quando a pessoa idosa for interditada; (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

II — pelos familiares, quando a pessoa idosa não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil; (Redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022)

III — pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV — pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

[Texto de 2003, com a redação da Lei nº 14.423/2022; a Lei Brasileira de Inclusão, de 2015, restringiu a curatela aos atos patrimoniais e negociais]

Fontes: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009), Lei nº 13.146/2015, Lei nº 10.048/2000, Lei nº 15.378/2026 e Lei nº 10.741/2003 — Planalto, textos compilados, consultados em 23/09/2026; as notas entre parênteses ("Redação dada pela…", "Incluído pela…", "Vide…", "Vigência") são do próprio portal. O parágrafo único do Art. 24 da Lei nº 13.146 veio da Lei nº 15.249/2025, em vigor desde 4/11/2025; a Lei nº 15.378 está em vigor desde 7/4/2026, sem alterações. O rótulo e o título do Artigo 25 da Convenção, que o decreto põe em linhas próprias, saem na faixa. Os incisos saem no formato "I —", qualquer que seja a pontuação da fonte.

CAPÍTULO

10

O estágio em odontologia

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

A fila anda · Porta de entrada · **Referência** · *Vaga* · **Contrarreferência** · Critério público · Classificação de risco · *SISREG* · **Regulação** · Guia · **Clínica da Família** · *Ouvidoria* · Integralidade · Tempo de espera · *Conselho de saúde* · **Rede** · Preceptor · Transparência · *CEO* · A volta



A MÚSICA DO CAPÍTULO · FAIXA 10

A Fila Anda

Do álbum “Jingles da Saúde Bucal” · Samba de roda

OUÇA

musicplay.club/
estagio/ZDT

Todo mundo reclama da fila
como se ela fosse castigo.
Mas a fila é feita de gente,
e cada um traz o seu perigo.

Quem entra primeiro não é
quem gritou nem quem chegou cedo:
é quem não pode esperar
sem virar um problema maior.

Isso tem nome, isso tem critério,
e critério público dá pra ler.

A fila anda,
mas ela anda por regra, não por sorte.
Quem tem mais risco vai na frente,
não quem tem a voz mais forte.
A fila anda —
e o que eu não puder resolver
eu não largo no meio do caminho:
eu escrevo pra quem pode fazer.

Encaminhar sem papel
é empurrar com a barriga.
Contrarreferência é a volta,
e sem ela a rede é só briga.

A unidade não faz tudo
e não é vergonha dizer.
Vergonha é dizer “aqui não”
e não dizer onde é que tem.

A fila anda,
mas ela anda por regra, não por sorte.
Quem tem mais risco vai na frente,
não quem tem a voz mais forte.
A fila anda —
e o que eu não puder resolver
eu não largo no meio do caminho:
eu escrevo pra quem pode fazer.

Referência é a ida.
Contrarreferência é a volta.
Quem só faz a ida não fez rede: fez despejo.

A fila anda.
E a gente anda com ela.

O estágio em odontologia

A fila não é castigo nem sorte: é o jeito de um sistema público decidir quem entra primeiro quando não há vaga para todos ao mesmo tempo. Ela tem critério escrito, e o critério se lê. O estagiário não escolhe o lugar de ninguém nela — mas pode fazer o paciente perder o lugar que o risco lhe daria, com uma guia mal escrita, ou largá-lo no meio do caminho.

O QUE ESTE CAPÍTULO É

O conteúdo da aula, escrito para ser lido **antes** dela — e relido depois. Traz o SUS como escola, os princípios na letra da lei, a porta de entrada, o critério da fila, a regulação no Rio e quanto se espera, a guia de ida e a de volta, o registro, os direitos e a participação, a Vila na rede, a música conferida verso a verso e um caso. O anexo reproduz os artigos que o capítulo mais usa: da Constituição, da Lei nº 8.080, do Decreto nº 7.508, da política de regulação, da Carta dos Direitos dos Usuários, do Código de Ética e da norma do CFO sobre o estágio.

O QUE ESTA AULA DECIDE

Como fazer o paciente atendido na Vila chegar ao especialista pela rede — e voltar dele — sem furar fila, sem perder o lugar por falta de informação e sem ficar no meio do caminho.

ONDE ELA SE ENCAIXA

Fecha o ciclo das aulas. Junta o exame (Capítulo 3), o plano (Capítulo 5), a urgência (Capítulo 6), a adequação (Capítulo 7) e a rede do Capítulo 9 no caminho que o paciente faz entre a unidade e a especialidade.

PARTE 1

O SUS também é escola

A Constituição dá ao SUS uma tarefa que o estudante sente na pele: “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (Art. 200, III). A Lei nº 8.080 diz como: “Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.” (Art. 27, parágrafo único). E as Diretrizes do curso põem o SUS “como etapa integrante da graduação”.

A contrapartida também está escrita. No contrato que organiza a integração entre a escola e o serviço (Portaria Interministerial nº 1.124/2015), a escola se obriga a combinar com a gestão medidas “de modo a evitar a descontinuidade do atendimento, a superlotação do serviço e prejuízos à atenção à saúde ao usuário do SUS”; e, quando o estudante atende, “o preceptor será responsável pelo atendimento prestado”. É o “serviço que já funciona sem você” do Capítulo 1, em norma. E a política nacional de regulação, de dezembro de 2025, manda as escolas promover a “vivência nos espaços da regulação, por meio de estágios curriculares, práticas supervisionadas” — o assunto deste capítulo.

O que se sabe do que o estágio no SUS faz com o estudante é, quase todo, percepção: as revisões sobre educação odontológica na comunidade dizem que a avaliação é autorrelatada e de qualidade baixa. Numa universidade pública brasileira, a disposição dos formandos de trabalhar na atenção primária do SUS subiu de 21,1% (2010) para 72,9% (2019) — no mesmo período das políticas de formação, sem prova de que o estágio a cause. E o paciente, nas revisões da medicina, prefere ser avisado antes de o estudante participar; quando recusa, o motivo mais comum é a privacidade.

E a Vila? Quem você atende lá é usuário do SUS: o território é coberto pela Clínica da Família Diniz Batista dos Santos, na Maré, que tem equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal. O estágio acontece **na porta** do SUS, ao lado das equipes que respondem pelo território, e depende delas para a rede: é pela de Saúde Bucal que o paciente chega ao especialista (Parte 11).

PARTE 2

Os princípios, na letra da lei

O Art. 7º da Lei nº 8.080 tem hoje dezesseis princípios; o último, "atenção humanizada", entrou em 2025. Três deles se leem na cadeira: "universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência" (I); "integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (II); e "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (IV).

Repare na palavra do inciso IV: **igualdade**. A "equidade", que muita gente atribui à lei, não aparece nela — nem na seção da saúde da Constituição. Como princípio, ela está na Política Nacional de Atenção Básica, nas Diretrizes do curso e na política de regulação de 2025; e o Decreto nº 7.508/2011 manda garantir "a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde". A diferença importa na fila: igualdade é ninguém passar na frente por privilégio; equidade é quem precisa mais ir antes. As duas convivem, e a Parte 4 mostra como.

Dois incisos que o capítulo usa o tempo todo: o V, "direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde", e o VI, "divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário". Explicar ao paciente onde ele está na fila, e para onde vai, é cumprir esses dois.

A integralidade é o que o Capítulo 3 chama de não olhar só o dente da queixa — e o que este capítulo chama de não largar o paciente no meio do caminho. O conjunto é "articulado e contínuo" e atravessa os níveis: se a unidade não faz, a rede faz; se a rede fez, a unidade continua.

E a participação da comunidade é diretriz da Constituição (Art. 198, III, no anexo) e tem lei desde 1990. A Lei nº 8.142 cria a conferência de saúde, "a cada quatro anos", e o conselho, "em caráter permanente e deliberativo", e diz: "A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos." A Parte 10 volta a isso.

O ESTAGIÁRIO, NA NORMA DO CFO

Estagiário é o aluno "no mínimo, cursando regularmente o quinto semestre letivo de curso de Odontologia"; o estágio corre "sob a responsabilidade e coordenação direta de cirurgião-dentista professor da instituição de ensino em que esteja o aluno matriculado"; e "A delegação de tarefas ao estagiário somente poderá ser levada a efeito através do responsável pelo estágio perante a instituição de ensino." Fora disso, "configura exercício ilegal da Odontologia" (Consolidação das Normas do CFO, Arts. 28, 29, 31, 33 e 34, no anexo). Na prática: o que você faz na Vila, faz porque o professor responsável delegou, e assina com ele.

UNIVERSALIDADE
Todo morador tem uma unidade: no Rio, a Carteira de Serviços diz que todo usuário do município "é vinculado a um serviço de saúde".

INTEGRALIDADE
O que a unidade não faz, a rede faz — e o paciente volta para a unidade continuar o cuidado.

IGUALDADE, E EQUIDADE
Ninguém fura a fila por privilégio; quem tem mais risco vai antes, pelo critério escrito.

PARTE 3

A porta de entrada

O Decreto nº 7.508/2011 diz por onde se entra: "O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço." (Art. 8º). A atenção primária é uma dessas portas, e os serviços especializados "serão referenciados pelas Portas de Entrada" (Art. 10). No Rio, a regra de odontologia de 2025 é mais curta: a porta do atendimento programado "é sempre a UAP de referência do usuário" — a unidade de atenção primária dele.

Na porta, a Política Nacional de Atenção Básica pede acolhimento, e avisa que "não basta distribuir senhas em número limitado". Acolher é escutar, avaliar o risco e dar um destino — inclusive a quem não é da área, "com classificação de risco e encaminhamento responsável". Entre os destinos, a política lista a "orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele". É a letra do verso "Vergonha é dizer 'aqui não' / e não dizer onde é que tem".

A Carta dos Direitos dos Usuários prevê até o dia ruim: quando houver "dificuldade temporária para atender as pessoas", cabe à equipe "acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios" (Portaria de Consolidação nº 1/2017, Art. 3º, § 5º, no anexo). Mandar embora sem dizer para onde não está entre as opções.

E a agenda? A unidade atende a demanda espontânea — quem chega com dor — e a programada — o tratamento marcado. O que a evidência diz de encurtar a espera é pouco e fraco: uma revisão Cochrane de 2015 achou oito estudos, de certeza baixa a muito baixa, e só o acesso aberto e o agendamento direto "show some promise" (mostram alguma promessa). Na atenção primária médica, numa revisão de 2026, a espera caiu com o acesso avançado (o mesmo acesso aberto: o paciente marca quando precisa, em vez da agenda fechada com antecedência) em todos os 23 estudos que a mediram, 13 deles com significância; na odontologia, não se achou estudo.

URGÊNCIA NÃO ESPERA FILA

A fila deste capítulo é a do atendimento **programado**. A urgência se atende na hora, onde o paciente chegou — na Vila também: o dente permanente que saiu se reimplanta ali mesmo; o de leite, não. A urgência que a Vila não resolve vai ao pronto atendimento no mesmo dia (Capítulo 6). Quando é preciso especialista na hora, quem pede é a unidade da rede, por "Vaga Zero", fora da fila — a lista do protocolo de 2025 inclui a "Luxação de ATM ('queixo caído')". Risco de morte é SAMU, 192.

A UNIDADE NÃO FAZ TUDO — MAS FAZ ISTO ANTES DE PEDIR

Na Carteira de Serviços da atenção primária do Rio, dois serviços são "Essencial" para a equipe de Saúde Bucal: "Realizar acesso à polpa dentária e à medicação (por dente)" e "Realizar curativo de demora, com ou sem preparo biomecânico". E as regras de endodontia do Rio só aceitam o pedido com o paciente **sem dor**, a higiene orientada e o biofilme controlado, o meio bucal em equilíbrio ("ausência de cálculo supragengival, restos radiculares e/ou cavidades de cáries ativas"), a remoção total do tecido cariado (a regra de fila que o Capítulo 7 discute), o acesso feito, o curativo de demora e o dente "em condições de ser restaurado na rede de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro"; e a gestante, de preferência, com o quadro "estabilizado e em acompanhamento médico". A unidade que não faz nada disso e diz "aqui não" não encaminhou: empurrou.

PARTE 4

A fila: risco, tempo e vulnerabilidade

O critério está no decreto: o acesso "será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico" (Decreto nº 7.508/2011, Art. 11). A política de regulação de 2025 manda gerir as listas com "critérios de prioridade por risco, tempo de espera e vulnerabilidade, conforme protocolos vigentes" (Art. 26, I). Nenhuma das duas diz qual critério vem antes.

A música diz que quem entra primeiro não é "quem gritou nem quem chegou cedo". Quanto a quem grita, está certa. Quanto a quem chegou cedo, precisa de uma nota: chegar cedo não passa ninguém na frente de quem tem mais risco, mas o tempo também é critério — o "critério cronológico" do decreto. A ordem de chegada é a regra geral do serviço público — "atendimento por ordem de chegada, ressalvados casos de urgência e aqueles em que houver possibilidade de agendamento" (Lei nº 13.460/2017, Art. 5º, III) —, e na saúde ela serve de desempate: entre dois casos da mesma cor, o Manual do Rio sugere chamar antes o mais antigo. O Ministério já escreveu, para a saúde bucal, que a ordem de chegada "não deve ser o principal critério". Principal, não.

No Rio, o critério tem cor e prazo. O Manual de Regulação da Secretaria (2022) usa quatro: vermelho, para agendar "preferencialmente em até 30 dias"; amarelo, até 90; verde, até 180; azul, podendo aguardar mais de 180. E sugere começar a regulação "classificando os casos iniciando pelos prioritários VERMELHOS, AMARELOS, VERDES e, posteriormente, classificar novamente os casos por DATA, iniciando por aqueles mais antigos." O alvo geral: "Espera-se que 85% das solicitações sejam executadas em até 90 dias."

E quem é vermelho na odontologia é o protocolo de 2025 que diz, especialidade por especialidade. A tabela abaixo traz três; repare que a vulnerabilidade social aparece por escrito na prótese.

VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
meta de 30 dias	meta de 90 dias	meta de 180 dias	mais de 180

ENDODONTIA	**Vermelho:** "Gestantes; história de trauma dental; história de abscesso dentoalveolar agudo recorrente; tratamento de primeiro molar permanente em crianças e adolescentes." **Azul:** "Todos os demais casos."
ESTOMATOLOGIA	**Vermelho:** "Lesões eritroplásicas; lesões leucoplásicas e eritroleucoplásicas; úlceras que não cicatrizam em 15 dias." **Amarelo:** "Úlceras profundas e dolorosas com bordas endurecidas, com menos de 15 dias."
PRÓTESE	**Vermelho:** "Usuários edêntulos totais sem nenhuma prótese; usuários edêntulos parciais em região anterior sem nenhuma prótese; usuários em situação de vulnerabilidade social e com necessidade de prótese de urgência."

O critério escrito do Rio: Manual de Regulação Ambulatorial da SMS-Rio (2022) e Protocolo de Regulação Ambulatorial de Odontologia (2025), públicos. O painel da prefeitura não mostra o tempo de espera por cor — só a média e as faixas de espera (Parte 6).

PARTE 5

A regulação, e o critério que se lê

Regular o acesso é decidir, com critério, quem ocupa cada vaga. A política nacional que fazia isso, de 2008, foi revogada: desde o fim de 2025 vale a Política Nacional de Regulação em Saúde (Portaria GM/MS nº 9.262/2025). Ela define em norma o que a música canta. Fila é "mecanismo de ordenação do acesso aos serviços, baseado em critérios definidos em protocolos de acesso"; o protocolo se compõe "por grades de referências, fluxos assistenciais, requisitos para encaminhamento, classificação de risco e prioridade"; e transparência é a "publicidade dos critérios utilizados para definição da prioridade de acesso".

No Rio, a ferramenta é o SISREG, o sistema nacional de regulação, usado pela cidade desde 2009. A regulação foi descentralizada para a atenção primária, e na odontologia quem regula é dentista. Não existe fila automática: "O município do Rio de Janeiro não utiliza a modalidade 'Fila de espera', pois todos os agendamentos são operacionalizados pelo profissional regulador."

Quem pede também está escrito. Só se encaminham ao especialista "pacientes regularmente vinculados e acompanhados no serviço de Saúde Bucal da rede de Atenção Primária"; hospitais e UPA não encaminham; e "A inserção de vagas no SISREG é papel exclusivo do profissional técnico solicitante (médico, enfermeiro ou dentista), não estando autorizada a sua delegação a terceiros." E o paciente sai da consulta com um código: "O código de solicitação deve ser fornecido ao paciente ainda durante a consulta, para que o mesmo acompanhe a situação do agendamento no portal da MinhaSaude.Rio."

"Critério público dá pra ler" — e, no Rio, a lei manda publicar também a fila. A lei federal obriga, desde 2025, um sistema público com o **tempo médio de espera** (Lei nº 8.080, Art. 47-A); publicar a lista de cada paciente é projeto parado no Senado, não lei. Na cidade do Rio, é lei desde 2018: a Lei municipal nº 6.417 manda publicar a "posição na fila para atendimento", a "classificação de risco" e o "prazo previsto para atendimento", sem expor os pacientes, e afixar o link "em todas as unidades de saúde da Rede Municipal". O que se lê hoje: o painel da Secretaria mostra, por procedimento, pedidos, vagas e tempo de espera (em 23/09/2026, com dados até junho); o paciente vê o próprio pedido no portal, com login; e a página da lista por paciente, nesse dia, devolvia erro.

E OS PROGRAMAS FEDERAIS DE FILA?

Os programas de 2024 a 2026 para encurtar a espera por especialista (o Mais Acesso a Especialistas e o Agora Tem Especialistas) quase não têm dentista: a busca pelas palavras "odontologia" e "bucal" nas portarias que os criaram e na lei deu zero. A única oferta odontológica, de junho de 2026, é para mulheres em situação de violência doméstica e familiar, paga pelo Agora Tem Especialistas (Portaria SAES/MS nº 4.304/2026). Por ora, nenhum dos dois mexe na fila geral do CEO.

POR QUE PUBLICAR A FILA

A lei do Rio vem de um projeto de 2016 da Câmara Municipal; em 2018, o Ministério Público do Estado abriu um inquérito sobre a falta de transparência da lista de espera do SISREG; e o portal de 2019 foi feito "em atendimento à Lei Municipal 6.417 de 06/11/18 e em conformidade com o Ministério Público do estado". O argumento do Ministério Público cabe numa frase: sem a lista publicada, "Dificulta-se, ainda, o controle social e fiscalização pelos órgãos internos ou externos quanto ao cumprimento do dever de impessoalidade e de igualdade na gestão da fila de espera, que deve ser orientada por critérios definidos de forma objetiva."

PARTE 6

Quanto se espera, no Rio

O painel de transparência da Secretaria mostra quanto a odontologia espera. Em 2025, toda a odontologia esperou, em média, **142 dias** entre o pedido e o atendimento; todas as especialidades e exames juntos, 106. A tabela mostra de onde vem a diferença: onde as vagas não chegam a nove em cada dez pedidos, a espera passa de 150 dias; onde cobrem quase todos, ou sobram, fica abaixo de 60. A exceção, fora da tabela, é a consulta do paciente com necessidade especial: sobra vaga, e a espera foi de 114 dias. A fila anda — devagar onde a oferta não cobre a procura.

Duas leituras cuidadosas. A média é de quem **já** foi atendido: quem ainda espera não entra na conta. E a média esconde a cauda: entre os pedidos de endodontia autorizados em 2025, 41% esperaram mais de 180 dias. A espera da odontologia caiu de 194 dias em 2021 para 87 em 2023 e voltou a subir: 142 em 2025.

CONSULTA EM ODONTOLOGIA, 2025	PEDIDOS	VAGAS	ESPERA MÉDIA	ESPEROU MAIS DE 180 DIAS
Dor orofacial	3.373	2.015	318 dias	60%
Prótese dentária	13.381	11.204	198 dias	52%
Endodontia	18.479	16.069	171 dias	41%
Cirurgia oral menor	23.261	18.280	152 dias	28%
Estomatologia	5.141	4.941	52 dias	0%
Periodontia	5.406	7.143	34 dias	0%
Cirurgia bucomaxilofacial	4.417	5.124	33 dias	0%

Fonte: painel de transparência do SISREG da SMS-Rio (consultado em 23/09/2026; dados de 2025). Consultas de primeira vez; exclui retornos e pacientes de outros municípios. A espera média conta do pedido ao atendimento, só entre os atendidos; a última coluna, entre os pedidos autorizados em 2025.

Na Clínica da Família de referência da Vila. A CF Diniz Batista dos Santos fez 536 pedidos odontológicos em 2025, contando as radiografias — entre eles, 285 de radiografia panorâmica, 134 de cirurgia oral menor e 38 de endodontia. São números da clínica toda, que atende seis equipes de Saúde da Família, e não só da Vila; quanto os pacientes dela esperam, o painel não mostra por clínica.

E quem falta? No país, 27,7% dos usuários de CEO entrevistados em 2018 tinham faltado a pelo menos uma consulta, mais entre beneficiários do Bolsa Família e quem não tinha cobertura de Saúde da Família — e, num CEO de Porto Alegre, a chance de uma criança faltar cresceu a cada dia de espera. Não é só descuido: a falta anda junto com a espera e a vulnerabilidade. Lembrete funciona: a mensagem de celular aumentou o comparecimento (revisão Cochrane, certeza moderada). E, no protocolo de endodontia do Rio, quem falta à primeira consulta tem de ser procurado pela unidade e, se preciso, reinserido.

PARTE 7

A ida: o que vai escrito na guia

"Encaminhar sem papel / é empurrar com a barriga." A norma concorda, e diz o que o papel leva. A Carta dos Direitos dos Usuários manda encaminhar "por meio de um documento que contenha" o "resumo da história clínica, possíveis diagnósticos, tratamento realizado, evolução e o motivo do encaminhamento", em linguagem clara, "evitando códigos ou abreviaturas", com a identificação de quem encaminha, da unidade de origem e da de destino. A política de regulação pede "registro de informações suficientes sobre os motivos de encaminhamento".

No Rio, o protocolo de odontologia avisa em uma frase: "A ausência de completude nas informações prejudica o seu paciente." O pedido incompleto é **devolvido** ao solicitante e fica parado, indisponível para agendamento, até que alguém complete os dados. E é a guia que dá a cor: o regulador só vê a gestante, o trauma ou a úlcera de três semanas se estiverem escritos. E o Manual do Rio lhe pede: "Priorizar aqueles casos melhor descritos (anamnese, exame físico, exames complementares) cuja justificativa seja mais compatível com o exame/encaminhamento solicitado."

As guias brasileiras estudadas são, na maioria, fracas. Num serviço de estomatologia, 40,6% das cartas de encaminhamento eram ruins e 47,2% regulares; num CEO público, em 2023 e 2024, só 0,9% eram excelentes, e o tempo de evolução — há quanto tempo a lesão está ali — aparecia em 16%. O "lesão em boca ?" do Capítulo 3 é o achado típico, não a exceção. E a cor depende do que se escreve: no SISREG do Rio, entre 2013 e 2015, 103 dos 266 pacientes com câncer de boca confirmado (38,7%) tinham sido classificados como azul ou verde no primeiro pedido. No mesmo estudo, os de vermelho e amarelo não começaram o tratamento antes (mediana de 56 dias, contra 31): a cor pede prioridade, não a garante.

O que ajuda? Uma diretriz, sozinha, não mudou quem encaminha, num ensaio randomizado britânico. A carta padronizada saiu mais completa que a livre num estudo brasileiro, mas, numa auditoria britânica, o formulário não melhorou a qualidade. Ajudaram a triagem por fotografia e a teleconsultoria, que evita encaminhamentos pelo relato de quem a pede — com efeito sobre a fila medido só na medicina.

O QUE VAI NA GUIA — UM ROTEIRO

QUEM Nome completo, nascimento, Cartão Nacional de Saúde, telefone que atende.	**DE ONDE, PARA ONDE** A unidade que atendeu; a especialidade que se pede.	**O QUE TEM** A queixa, há quanto tempo, o que o exame achou, a hipótese.
O QUE JÁ FOI FEITO E quando: adequação, acesso e curativo, medicação, tentativas.	**O QUE SE PEDE** A pergunta ao especialista, numa frase.	**POR QUE AGORA** O que dá a cor: gestação, trauma, lesão que não cicatriza, doença sistêmica.

Sem abreviatura, com letra legível, com data, nome e registro de quem assina — na Vila, o professor responsável. Da Vila, esse papel vai à equipe de Saúde Bucal da Clínica da Família, que faz a guia e o pedido no SISREG (Parte 11).

ASSIM, VOLTA "Encaminho para endodontia. Dor. Urgente." — sem dente, sem tempo, sem o que foi feito, sem o porquê da urgência. Na rede, um pedido assim o regulador devolve, e ele fica parado.

ASSIM, ANDA "Gestante de 20 semanas, pré-natal em dia na Clínica da Família. Dor espontânea no 36 por três dias, que acordava à noite; frio com dor que persistia; cárie extensa. Hipótese: pulpite irreversível sintomática. Feito na primeira consulta: remoção da cárie, acesso e curativo de demora; sem dor desde então. Meio bucal adequado, sem outra cavidade ativa; higiene orientada; dente restaurável. Pede-se: tratamento endodôntico do 36. Por que agora: gestante (vermelho na endodontia)." — com data, assinatura e registro de quem assina.

PARTE 8

A volta: a contrarreferência

"Referência é a ida. / Contrarreferência é a volta." A volta é dever ético de quem recebe o paciente. O Código de Ética Odontológica, no artigo sobre o especialista que atende paciente encaminhado, diz: "Após o atendimento, o paciente será, com os informes pertinentes, restituído ao cirurgião-dentista que o encaminhou." (Art. 23, parágrafo único, no anexo).

E é regra do sistema. A Política Nacional de Atenção Básica põe na conta da atenção básica "Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção" e "Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território". E a norma dos CEO diz que eles existem para garantir a referência e a contrarreferência das equipes de Saúde Bucal.

Quanto dela acontece? No país, em 2017 e 2018, 70,3% das equipes de Saúde Bucal disseram receber retorno do especialista — autorrelato, que pode superestimar; em 2012, pouco mais da metade. Num CEO de Belo Horizonte, depois do canal, a volta aconteceu em 58,7% dos 109 casos com a restauração concluída. E cerca de metade dos CEO do país não fazia projeto terapêutico junto com a atenção primária.

No Rio, a volta tem papel e caminho. O preenchimento da guia de contrarreferência "é obrigatório pela unidade executante", ao fim do tratamento ou para justificar por que não foi feito; e a unidade de origem "receberá, via paciente", a guia preenchida. Na endodontia, a regra de 2024 amarra as duas pontas: "O elemento dentário encaminhado para tratamento endodôntico apenas deverá ser restaurado definitivamente, pelo profissional da Unidade de Atenção Primária, com a apresentação da Guia de Contrarreferência fornecida pela Atenção Secundária indicando a conclusão do tratamento endodôntico". Sem a guia na mão, o dente que fez canal não recebe a restauração definitiva na unidade.

Enquanto espera, o paciente não fica sem dentista: pela regra de endodontia do Rio, o dentista da unidade de origem "é responsável pelo paciente", com as intercorrências entre o pedido e o atendimento. E o caso mal encaminhado também volta, com a justificativa escrita. Quem só faz a ida não fez rede.

QUANTAS GUIAS VOLTAM?

Não há dado público: o painel mede pedido, vaga, atendimento e espera, não a guia devolvida, e nenhum documento lido fixa prazo para a volta. É pergunta para a unidade — e, na Vila, dá para começar: quantos prontuários da Vila têm a cópia da volta?

DEPOIS DA VOLTA

O cuidado continua na unidade. O Guia Rápido de Saúde Bucal do Rio: "Após a realização de tratamento especializado ocorrido no CEO, a manutenção da saúde bucal, a princípio, fica sob responsabilidade da Atenção Primária, que terá condições de realizar a manutenção do seu cuidado, desde que a pessoa seja devidamente contrarreferenciada com o relatório de alta." Na periodontia, o paciente estável volta para a manutenção na unidade; o que fica no CEO volta com a guia justificando por quê.

PARTE 9

O registro, e o que ele conta

O Capítulo 1 disse: registre tudo o que fez, e só o que fez, porque o prontuário é documento. No SUS, ele também é o fio da rede: pela Carteira de Serviços do Rio, "todo trânsito do usuário pela rede deverá sempre ser formalizado, no mínimo, na Guia de Referência e Contrarreferência com registro no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP)." O paciente, por sua vez, tem direito ao próprio prontuário "sem necessitar apresentar justificativa" (Estatuto dos Direitos do Paciente, Lei nº 15.378/2026).

E o registro vira dinheiro. O cofinanciamento federal da atenção primária tem um componente próprio de saúde bucal e um componente de qualidade, pago por indicadores. As notas oficiais de maio de 2026 medem seis coisas da equipe de Saúde Bucal: a primeira consulta programada, o tratamento concluído, as exodontias, a escovação supervisionada, os procedimentos preventivos e o tratamento restaurador atraumático.

O detalhe que interessa a quem registra: a primeira consulta só conta com a opção "Primeira consulta odontológica programática" marcada no campo "Tipo de consulta", e o tratamento concluído só conta registrado "no campo 'Conduta', na opção 'Tratamento concluído'". Tratamento feito e não marcado não existe para o indicador. 2026 é ano de transição: a "implantação parcial do componente de qualidade" começa no segundo quadrimestre, e a classificação plena vem "A partir do primeiro quadrimestre de 2027".

No Rio, no primeiro quadrimestre de 2026, 427 das 455 equipes de Saúde Bucal avaliadas tiveram conceito final ótimo ou bom; o indicador mais difícil é a escovação supervisionada, com 361 em "regular" — um ano antes, eram 443. O resultado de cada equipe existe, mas só com senha de gestor.

1 · PRIMEIRA CONSULTA	O exame com plano de tratamento; cada pessoa conta uma vez por dentista, em 12 meses. Campo "Tipo de consulta".
2 · TRATAMENTO CONCLUÍDO	O plano inicial cumprido, "conforme planejamento descrito no prontuário do usuário pela eSB". Campo "Conduta".
3 · EXODONTIAS	A parte das extrações entre os procedimentos. Ótimo entre 3% e 10%: extrair demais é ruim, e zero também.
4 · ESCOVAÇÃO	As crianças de 6 a 12 anos da equipe na escovação supervisionada coletiva.
5 · PREVENÇÃO	A parte dos procedimentos preventivos entre os individuais — a orientação de higiene bucal (SIGTAP 01.01.02.010-4) é um deles. Ótimo entre 65% e 85%.
6 · ART	A parte do tratamento restaurador atraumático entre as restaurações. Ótimo acima de 8%.

Os indicadores da equipe de Saúde Bucal, pelas notas metodológicas do Ministério da Saúde (maio de 2026). As próprias notas avisam: "é possível que os resultados sejam limitados por dificuldades de registro pelos profissionais de saúde no prontuário eletrônico."

PARA CONTAR	O que se faz tem de entrar no prontuário da equipe, no campo certo, no dia — e é o prontuário eletrônico da rede que alimenta o indicador.
NA VILA	O que a turma faz na Clínica da Vila entra no prontuário da rede? E como a equipe da Clínica da Família fica sabendo? É pergunta para o professor levar à unidade — e a resposta muda o que você escreve e para quem.

PARTE 10

Direitos, reclamação e participação

O paciente na fila tem direitos escritos. O Estatuto dos Direitos do Paciente, de 2026, diz que “O paciente tem o direito de ter acesso a cuidados em saúde de qualidade, no tempo oportuno”; dá o direito de buscar segunda opinião; e o de ver o prontuário. O paciente não precisa de favor para saber em que pé está o pedido dele: o código do SISREG e o portal servem para isso.

Reclamar tem degraus, e o capítulo os ensina porque o paciente pergunta. Primeiro, na própria unidade: a Carteira de Serviços manda informar ao usuário que fale “com a direção/gerência ou responsável pela unidade imediatamente em caso de insatisfação”. Depois, a Central 1746 da prefeitura; depois, a Ouvidoria da Secretaria, que é segunda instância (a da Área 3.1 atende a Cidade Universitária); e, por fim, o 136, a Ouvidoria-Geral do SUS, que garante sigilo e anonimato. Nenhum desses canais pode recusar a queixa: “Em nenhuma hipótese, será recusado o recebimento de manifestações formuladas nos termos desta Lei, sob pena de responsabilidade do agente público.” (Lei nº 13.460/2017, Art. 11).

A maioria não conhece a ouvidoria: na avaliação nacional dos CEO, 60,5% dos usuários não a conheciam; e os CEO que usavam a ouvidoria para planejar tinham menos desigualdade racial no acesso e no acolhimento. É associação, não prova de causa — mas mostra para que serve a queixa: para o serviço aprender.

E participar tem endereço. A Carteira manda o gerente de cada clínica “reunir as lideranças locais na primeira semana de cada mês, para prestar contas do funcionamento da unidade, ouvir avaliações e apresentar possíveis ajustes de funcionamento.” Acima dela, o Conselho Distrital de Saúde da Área 3.1, criado por lei municipal; e o Conselho Municipal de Saúde, que se reúne na segunda terça-feira do mês, à tarde — no calendário de 2026, a reunião depois da aula é a de 8 de dezembro. A conferência distrital, de quatro em quatro anos, foi em junho de 2026.

1 · A UNIDADE	2 · 1746	3 · OUVIDORIA DA SMS	4 · 136	5 · CONSELHOS
A gerência, na hora; a reunião mensal com as lideranças.	Por telefone ou pelo portal, todos os dias, 24 horas.	Segunda instância; a da Área 3.1 atende a Cidade Universitária.	A Ouvidoria-Geral do SUS, com sigilo e anonimato.	O distrital da Área 3.1 e o municipal: a comunidade decide junto.

O CÓDIGO NA MÃO

O paciente acompanha o pedido no portal MinhaSaude.Rio: “Na área logada do portal MinhaSaude.rio, dentro do menu ‘SISREG’, você encontra informações sobre a sua solicitação.”, e o acesso “também pode ser feito pela conta do Gov.br”. E não precisa descobrir sozinho a data: pela Carteira de Serviços, “é obrigação da unidade de saúde solicitante informar, por telefone ou presencialmente em visita domiciliar, a data, o local e o horário da marcação da consulta ou do procedimento.”

PARTE 11

A Vila na rede: o caminho do paciente

Junte as partes e sai o caminho do morador da Vila que precisa de especialista. A regra pública do Rio diz que o encaminhamento sai da equipe de Saúde Bucal da Clínica da Família do paciente, e que quem insere o pedido no SISREG é o dentista da rede, pessoalmente. O único trecho lido que prevê um profissional de fora da rede participando manda **anexar** o pedido dele à guia do dentista da rede. Na Vila, então, o papel da turma é fazer o paciente chegar à equipe de Saúde Bucal da Clínica da Família com a história escrita — o que se achou, o que se fez, o que se pede —, assinada pelo professor responsável, para que o dentista da rede avalie e peça.

O especialista não é, necessariamente, o mais perto: a regulação pesa a preferência e a distância, mas encaixa onde há vaga (abaixo). O que o estagiário pode fazer é explicar o caminho.

E a universidade também é rede. A Faculdade de Odontologia recebe pacientes pelo SISREG — protetor bucal para quem pratica esporte, desde 2024, e estomatologia, desde 2025 —, e o hospital universitário, no Fundão, oferece consultas de cirurgia bucomaxilofacial desde 2025. O contrato do complexo hospitalar da UFRJ com a prefeitura, de 2025, obriga a atender quem vem pela regulação e a devolver o paciente à atenção primária com a história clínica.

COMO O REGULADOR ESCOLHE O LUGAR E A DATA

O Manual de Regulação da Secretaria (2022): “Sempre agendar as solicitações levando em consideração: 1. A unidade executante de preferência pelo solicitante e/ou paciente; 2. A unidade executante mais próxima da residência do paciente; 3. Uma data adequada para o tempo de espera relativo ao caso clínico; 4. Uma data que seja possível informar o paciente sobre o agendamento”. E, na regulação feita pela atenção primária, o agendamento se faz “conforme a disponibilidade de vagas”. Perto é critério, não promessa.

1 · NA VILA
Acolher, examinar, resolver o que cabe, fazer a urgência — e escrever a história.

2 · A EQUIPE DA REDE
A Saúde Bucal da Clínica da Família avalia e pede no SISREG; o paciente sai com o código.

3 · A REGULAÇÃO
A cor, depois a data. O paciente acompanha no portal; a unidade avisa a marcação.

4 · O ESPECIALISTA
Onde houver vaga: CEO, policlínica ou hospital.

5 · A VOLTA
A guia de contrarreferência, pela mão do paciente, à equipe que pediu.

PERGUNTAS PARA O PROFESSOR LEVAR À UNIDADE

A equipe de Saúde Bucal aceita a história escrita pela turma como base para avaliar e pedir? Há um canal combinado com a Clínica da Vila? O paciente precisa estar cadastrado na equipe de Saúde da Família para ser encaminhado? Como a equipe quer receber o paciente da Vila, e o que faz quando ele volta sem a guia? O link da fila está afixado na clínica? Os atendimentos da Vila entram no prontuário da rede?

PARTE 12

“A Fila Anda”, conferida verso a verso

Um samba de roda que defende a fila sem romantizá-la. A letra faz doze afirmações; a evidência e a norma sustentam todas, e cinco pedem ressalva — a mais importante, a da ordem de chegada.

“A fila é feita de gente, / e cada um traz o seu perigo”	SUSTENTADA	Um dos critérios da fila é o risco de cada um, ao lado do cronológico (Decreto nº 7.508/2011, Art. 11), e o protocolo do Rio dá a cor de cada caso.
“Quem entra primeiro não é / quem gritou nem quem chegou cedo”	COM RESSALVA	Quem grita, não; quem chegou cedo, também não passa na frente de quem tem mais risco — mas o tempo conta: dentro da mesma cor, o Manual do Rio sugere chamar antes o pedido mais antigo. A ordem de chegada é regra geral do serviço público; a política de regulação fala em tempo de espera.
“Critério público dá pra ler”	COM RESSALVA	No Rio, o critério está publicado, e a lei municipal manda publicar a fila; no país, só o tempo médio é obrigatório. E o painel anda atrás: em 23/09/2026, os dados iam até junho.
“Ela anda por regra, não por sorte”	COM RESSALVA	Por regra, sim. Mas quanto ela anda depende de vaga: na periodontia do Rio, 84% em até 60 dias; na endodontia, 41% depois de 180.
“Quem tem mais risco vai na frente, / não quem tem a voz mais forte”	COM RESSALVA	O risco que conta é o que está escrito na guia: 38,7% dos cânceres de boca confirmados no Rio (2013–2015) chegaram classificados como azul ou verde. E a cor pede prioridade, não a garante: no mesmo estudo, os vermelhos e amarelos não começaram o tratamento antes.
“Eu não largo no meio do caminho: / eu escrevo pra quem pode fazer”	SUSTENTADA	A política de atenção básica pede “encaminhamento responsável”; no Rio, quem pede é a equipe da rede — e é para ela que a Vila escreve.
“Encaminhar sem papel / é empurrar com a barriga”	SUSTENTADA	A Carta dos Direitos dos Usuários lista o que a guia leva; pedido incompleto é devolvido e fica parado.
“Contrarreferência é a volta, / e sem ela a rede é só briga”	SUSTENTADA	A volta é dever ético (Código de Ética, Art. 23) e regra do Rio; acontece para cerca de sete em cada dez equipes, pelo que elas relatam. A briga é retórica.
“A unidade não faz tudo / e não é vergonha dizer”	COM RESSALVA	Não é — depois de a unidade fazer o que lhe cabe: no Rio, a endodontia só se pede com o paciente sem dor, o meio bucal adequado, o acesso feito, o curativo de demora e o dente em condições de ser restaurado na unidade.
“Vergonha é dizer ‘aqui não’ / e não dizer onde é que tem”	SUSTENTADA	Entre os destinos do acolhimento, a política lista a “indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado” (PNAB).
“Quem só faz a ida não fez rede: fez despejo”	SUSTENTADA	É a retórica da música; o fato por trás dela: sem a guia de volta, o dente que fez canal não recebe a restauração definitiva na unidade.
“A fila anda. / E a gente anda com ela.”	SUSTENTADA	O dentista da unidade responde pelo paciente enquanto ele espera (regra de endodontia do Rio).

PARTE 13

Um caso: a guia que dá a cor

Um caso fictício. Quarta-feira de manhã, uma moradora de 28 anos, grávida de cinco meses, chega à Clínica da Vila com dor num molar inferior há três dias: começa sozinha, pulsa, a acorda à noite e demora a passar. O exame mostra cárie extensa. Ela conta que já esteve na Clínica da Família no começo da gravidez e que "lá tem fila para canal".

HOJE, NA VILA — A dor espontânea que acorda e demora a passar é a pulpite irreversível do Capítulo 6: remover a cárie, abrir o dente, com o professor, e deixar curativo de demora, com a concordância dela anotada. A gestação não impede nada disso em nenhum trimestre (Capítulo 9): lidocaína com epinefrina; a cabeça acima dos pés e, se tontear deitada, inclinada para a esquerda; para a dor, paracetamol, na receita que o professor assina.

ANTES DO PEDIDO — As regras de endodontia do Rio pedem a paciente sem dor, a boca adequada — sem outra cárie ativa, sem cálculo supragengival, sem raiz residual (Capítulo 7) — e, na gestante, de preferência, o acompanhamento médico em dia: o pré-natal. O que faltar se faz antes, na Vila ou na Clínica da Família.

A HISTÓRIA ESCRITA — Com o roteiro da Parte 7: quem é, a queixa e há quanto tempo, o que o exame achou, a hipótese (pulpite irreversível), o que foi feito e com que material, a pergunta — tratamento endodôntico do dente — e **por que agora**: gestante, que no protocolo de endodontia do Rio é vermelho. Assinada pelo professor, com data.

O CAMINHO — Ela leva a história, com o cartão do SUS, à equipe de Saúde Bucal da Clínica da Família, que avalia e pede no SISREG. Explique a ela o código, o portal e que a unidade vai avisar a marcação. E o que fazer se a dor voltar antes: procurar a unidade (ou, com ela fechada, a UPA), que responde por ela enquanto espera.

A VOLTA — Depois do canal, ela volta com a guia de contrarreferência; sem ela, o dente não recebe a restauração definitiva na unidade. Combine com ela entregar a guia na Clínica da Família — e, se ela quiser, trazer uma cópia à Vila, para a próxima dupla saber como terminou. Enquanto espera, a Vila continua o que é dela: a higiene, a prevenção, o resto do plano.

A FRASE PARA ELA

"Hoje a gente trata a causa da dor e protege o dente. O canal é com um especialista, e quem pede é a Clínica da Família, com o dente sem dor e o resto da boca cuidado — isso a gente faz junto, aqui. Leve este papel lá, com o cartão do SUS. Está escrito que você está grávida: pelas regras da prefeitura, isso pede prioridade na fila do canal, mas a data quem marca é a regulação, e a clínica avisa. Guarde o número que eles derem. Se a dor voltar, inchar ou der febre, não espere: procure a Clínica da Família no mesmo dia; com ela fechada, a UPA. Depois do canal, leve o papel da volta à clínica: é com ele que ela faz a restauração final."

Nota do editor. O caso é fictício. As normas: a Constituição (Arts. 196 a 200), as Leis nº 8.080/1990, 8.142/1990, 13.460/2017 e 15.378/2026, o Decreto nº 7.508/2011, a Política Nacional de Regulação (Portaria GM/MS nº 9.262/2025), a Portaria SAES/MS nº 4.304/2026, as Portarias de Consolidação nº 1, 2 e 6/2017 (a Carta dos Direitos dos Usuários, a PNAB, os CEO e o cofinanciamento da atenção primária), o COAPES (Portaria Interministerial nº 1.124/2015), as Diretrizes do curso (2021), o Código de Ética e a Consolidação das Normas do CFO, as notas metodológicas e os resultados dos indicadores de saúde bucal (2026) e a lei de transparência da fila do Rio (Lei municipal nº 6.417/2018). Do Rio: a Carteira de Serviços da atenção primária, o Guia Rápido de Saúde Bucal, o Manual de Regulação Ambulatorial (2022), o Protocolo de Regulação Ambulatorial de Odontologia (2025) e os protocolos de endodontia, periodontia e cirurgia, o painel de transparência do SISREG (consultado em 23/09/2026) e a notícia da Prefeitura sobre ele (2019), a lei dos conselhos distritais, o calendário do Conselho Municipal, o contrato do complexo hospitalar da UFRJ (2025) e a notificação do Ministério Público do Estado (2018). A evidência: as avaliações nacionais dos CEO e das equipes de Saúde Bucal (2012 a 2018), estudos sobre cartas de encaminhamento, classificação de risco, contrarreferência, faltas, teleconsultoria, acesso avançado e educação na comunidade, e revisões Cochrane sobre espera e lembretes. O capítulo foi escrito antes da aula.

INFOGRÁFICO: O estágio em odontologia

O roteiro de bolso da rede: **acolher, escrever a guia, acompanhar a volta.** A porta, o critério da fila, a guia, a contrarreferência, o caminho do paciente da Vila e onde reclamar. Imprima e leve no bolso do jaleco.

1 · O SUS também é escola

CONSTITUIÇÃO, ART. 200, III · LEI Nº 8.080, ART. 27

O serviço é campo de prática

Por lei. Em troca, a escola combina com o serviço como evitar descontinuidade, superlotação e prejuízo ao usuário — e "o preceptor será responsável pelo atendimento prestado".

O estagiário, no CFO

Do quinto semestre em diante, sob a responsabilidade direta do professor, que é quem delega. Fora disso, exercício ilegal.

2 · A porta: acolher e dizer onde tem

"NÃO BASTA DISTRIBUIR SENHAS EM NÚMERO LIMITADO" (PNAB)

Acolher

Escutar, avaliar o risco, dar um destino — também a quem não é da área.

Dizer onde tem

O que a unidade não faz sai com a indicação do serviço a procurar. "Aqui não" sozinho não existe.

Urgência

Na hora, onde o paciente chegou; o dente permanente que saiu se reimplanta ali mesmo (o de leite, não). Especialista na hora: a rede pede "Vaga Zero".

3 · A fila anda por critério

A COR, DEPOIS A DATA · MANUAL DE REGULAÇÃO DA SMS-RIO (2022)

Vermelho	Amarelo	Verde	Azul
meta de 30 dias. Na endodontia: gestante, trauma.	meta de 90 dias. Doença sistêmica.	meta de 180 dias.	mais de 180. Os demais.

No Rio, o Manual sugere ordenar pela cor e, dentro da cor, pela data. Em 2025, a odontologia esperou em média **142 dias**; a endodontia, 171. O critério é público, e a lei municipal manda publicar a fila e afixar o link na unidade.

4 · A ida: a cor está no que se escreve

"A AUSÊNCIA DE COMPLETUDE NAS INFORMAÇÕES PREJUDICA O SEU PACIENTE."

Quem e o que tem

Nome e telefone; a queixa, há quanto tempo, o exame, a hipótese.

O que se fez

E quando: adequação, acesso e curativo, tentativas.

O que se pede

A pergunta ao especialista, numa frase.

Por que agora

O que dá a cor: gestação, trauma, lesão que não cicatriza. Assinada pelo professor, com data.

5 · A volta: contrarreferência

CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA, ART. 23, PARÁGRAFO ÚNICO

O especialista devolve o paciente "com os informes pertinentes". No Rio, a guia volta pela mão do paciente, e o dente que fez canal só recebe a restauração definitiva na unidade **com a guia**. Enquanto espera, o paciente continua da unidade. Quem só faz a ida não fez rede.

6 · O caminho do paciente da Vila

QUEM PEDE NO SISREG É A EQUIPE DA REDE

1 · Na Vila	2 · Clínica da Família	3 · Regulação	4 · Especialista	5 · A volta
Acolher, resolver o que cabe e escrever a história, com o professor.	A Saúde Bucal avalia e pede; o paciente sai com o código.	A cor, depois a data; ele acompanha no portal.	Onde houver vaga, nem sempre o mais perto.	A guia, à equipe que pediu.

7 · Reclamar e participar

NENHUMA QUEIXA PODE SER RECUSADA (LEI Nº 13.460/2017)

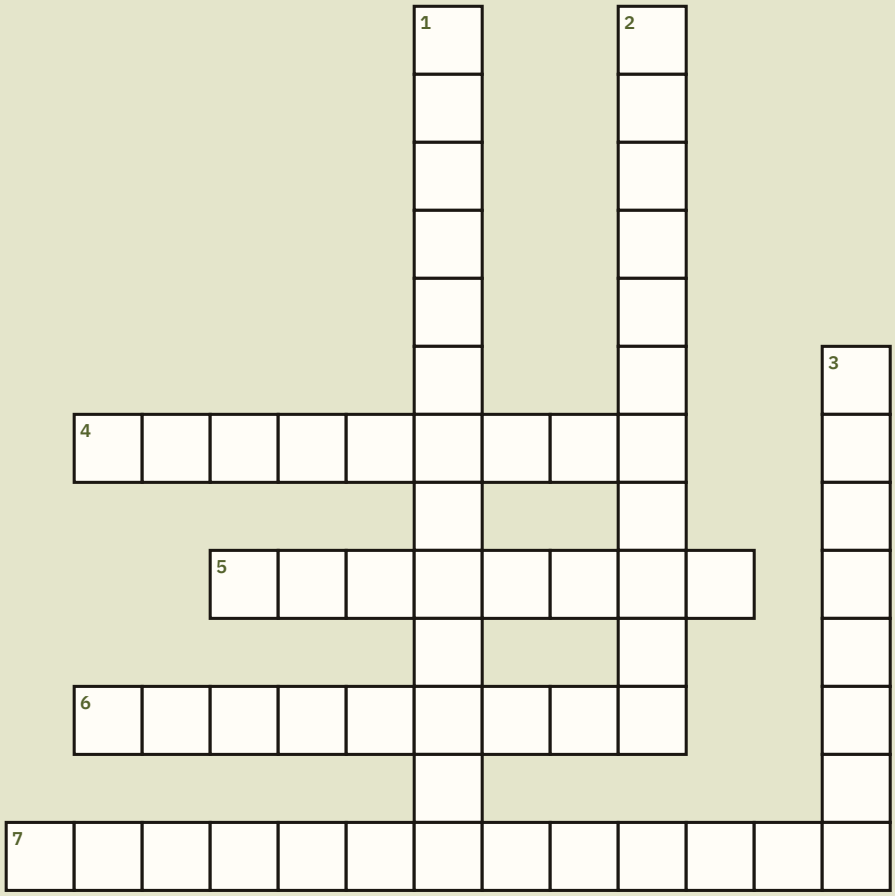
1. **A unidade** — a gerência, e a reunião mensal com as lideranças
2. **1746** — a central da prefeitura, 24 horas
3. **Ouvidoria da SMS** — a segunda instância
4. **136** — a Ouvidoria-Geral do SUS, com sigilo
5. **Conselhos de saúde** — o distrital da Área 3.1 e o municipal
6. **Estatuto dos Direitos do Paciente** — cuidado "no tempo oportuno"

Fontes: Constituição, Arts. 196 a 200 · Leis nº 8.080/1990, 8.142/1990, 13.460/2017 e 15.378/2026 · Lei municipal nº 6.417/2018 · Decreto nº 7.508/2011 · Política Nacional de Regulação (Portaria GM/MS nº 9.262/2025) · Portarias de Consolidação nº 1, 2 e 6/2017 · COAPES (Portaria Interministerial nº 1.124/2015) · Código de Ética e Consolidação das Normas do CFO · SMS-Rio: Carteira de Serviços da atenção primária (2021), Manual de Regulação Ambulatorial (2022), Protocolo de Regulação Ambulatorial de Odontologia (2025), protocolo de endodontia (2024), painel de transparência do SISREG (23/09/2026) · o anexo a seguir.

JOGUE O CAPÍTULO · PALAVRAS CRUZADAS DO ESTÁGIO

As palavras do Capítulo 10

A cruzada tem 21 palavras, em três grades que crescem; 14 delas vêm da nuvem que abre o capítulo. Cada palavra certa traz um fato do capítulo e a parte da apostila de onde ele saiu.



A maior das três grades, sem as pistas: elas estão no jogo.

JOGUE

as palavras cruzadas

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/10

TESTE-SE

5 questões, sem nota

dentistas.com.br/jogos/palavras-cruzadas-estagio/10/teste

No celular ou no computador · sem instalar · sem cadastro · Pistas, fatos e questões redigidos com IA a partir deste capítulo, revisados e assinados pelo autor em 15/10/2026.

Reprodução parcial, **cada artigo na íntegra** (do Art. 198 da Constituição, o caput e os incisos): da **Constituição**, a saúde como direito, as diretrizes do sistema e o que compete ao SUS, inclusive ordenar a formação; da **Lei nº 8.080/1990**, os princípios e o serviço público como campo de prática; do **Decreto nº 7.508/2011**, as portas de entrada e o critério do acesso; da **Política Nacional de Regulação** (2025), a gestão das listas de espera; da **Carta dos Direitos dos Usuários**, o acesso e o encaminhamento; do **Código de Ética Odontológica**, a volta do paciente encaminhado; e da **norma do CFO**, o estágio do estudante.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 — A SEÇÃO DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

I — descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III — participação da comunidade.

[Do Art. 198 saem o caput e os incisos; os parágrafos, que tratam do financiamento, dos agentes comunitários e do piso salarial da enfermagem, não entram aqui]

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I — controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II — executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III — ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV — participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V — incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI — fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII — participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII — colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

LEI Nº 8.080/1990 — A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I — universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II — integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III — preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV — igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V — direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI — divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII — utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII — participação da comunidade;

IX — descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X — integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI — conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII — capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII — organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV — organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

XV — proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023)

XVI — atenção humanizada. (Incluído pela Lei nº 15.126, de 2025)

Parágrafo único. Para os efeitos do inciso XIV do caput deste artigo, as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência têm o direito de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, na rede própria ou conveniada, em local e ambiente que garantam sua privacidade e restrição do acesso de terceiros não autorizados pela paciente, em especial o do agressor. (Incluído pela Lei nº 14.847, de 2024)

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I — organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II — (Vetado)

III — (Vetado)

IV — valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

DECRETO Nº 7.508/2011 — A ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I — de atenção primária;

II — de atenção de urgência e emergência;

III — de atenção psicossocial; e

IV — especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

PORTARIA GM/MS Nº 9.262/2025 — A POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

Art. 26. A gestão das listas de espera deve ser permanente e ser realizada de forma compartilhada entre os pontos de atenção da RAS, especialmente da APS, com apoio da Central de Regulação, contemplando as seguintes ações:

I — utilização de critérios de prioridade por risco, tempo de espera e vulnerabilidade, conforme protocolos vigentes;

II — adoção de mecanismos sistemáticos de atualização de informações cadastrais e clínicas dos usuários;

III — transparência das ações, tanto para os usuários individualmente, quanto para fins de controle social, resguardados os aspectos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD; e

IV — utilização da telessaúde como ferramenta de apoio e de matriciamento entre APS e AES.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1/2017 — A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º)

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 1º)

§ 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 3º)

§ 4º O encaminhamento às especialidades e aos hospitais, pela Atenção Básica, será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica, levando-se em conta a gravidade do problema a ser analisado pelas centrais de regulação. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 4º)

§ 5º Quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço, acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 2º, § 5º)

CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA — RESOLUÇÃO CFO-118/2012

Art. 23. O especialista, atendendo a paciente encaminhado por cirurgião-dentista, atuará somente na área de sua especialidade requisitada.

Parágrafo Único. Após o atendimento, o paciente será, com os informes pertinentes, restituído ao cirurgião-dentista que o encaminhou.

CONSOLIDAÇÃO DAS NORMAS DO CFO — RESOLUÇÃO CFO-63/2005

CAPÍTULO VII — ESTÁGIO DE ESTUDANTE DE ODONTOLOGIA

Art. 28. É lícito o trabalho de estudante de Odontologia, obedecida a legislação de ensino e, como estagiário, quando observados, integralmente, os dispositivos constantes na Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008, no Decreto 87.497, de 18 de agosto de 1982, e nestas normas.

Art. 29. O exercício de atividades odontológicas por parte de estudantes de Odontologia, em desacordo com as disposições referidas no artigo anterior, configura exercício ilegal da Odontologia, sendo passíveis de implicações éticas os cirurgiões-dentistas que permitirem ou tolerarem tais situações.

Art. 31. As atividades do estágio curricular poderão ser realizadas na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob a responsabilidade e coordenação direta de cirurgião-dentista professor da instituição de ensino em que esteja o aluno matriculado, atendidas as exigências constantes na Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008.

§ 1º. O estágio somente poderá verificar-se em unidades que tenham condições de proporcionar experiência prática na linha de formação, devendo o estudante, para esse fim, estar em condições de estagiar.

§ 2º. A realização do estágio curricular, por parte do estudante, não acarretará vínculo empregatício de qualquer natureza.

Art. 33. Somente poderá exercer a atividade, como estagiário, o aluno que esteja apto a praticar os atos a serem executados, e, no mínimo, cursando regularmente o quinto semestre letivo de curso de Odontologia.

Art. 34. A delegação de tarefas ao estagiário somente poderá ser levada a efeito através do responsável pelo estágio perante a instituição de ensino.

Fontes: Constituição Federal, Lei nº 8.080/1990 e Decreto nº 7.508/2011 — Planalto, textos compilados, consultados em 23/09/2026; as notas entre parênteses (“Redação dada pela…”, “Incluído pela…”, “Vetado”) são do próprio portal. Portaria GM/MS nº 9.262/2025 — Diário Oficial da União de 31/12/2025, conferida no fac-símile; ela revogou a política de regulação de 2008. Portaria de Consolidação nº 1/2017 (origem na Portaria nº 1.820/2009, de numeração um artigo atrás) — lida na captura do Internet Archive, porque o bvsms devolvia HTTP 503. Código de Ética Odontológica (Resolução CFO-118/2012) e Consolidação das Normas do CFO (Resolução CFO-63/2005, “Atualizado em setembro de 2023”) — PDFs do Conselho Federal de Odontologia.

CAPÍTULO

11

A história da Vila

O CAPÍTULO EM PALAVRAS

Ilhas aterradas *ETUB* **Canteiro** Ilha do Catalão
Ponte Rio–Niterói *Guarita* Cidade operária **Divinéia**
Termo de Responsabilidade
Associação de Moradores Concurso
Território *Terreno de marinha* **Saneamento** Plano Diretor
Comportas Extensão **Censo da Vila** *Praia do Mangue*
Memória

A história da Vila

A Vila Residencial não é um bairro que a universidade encontrou pronto. Nasceu de um canteiro de obras, foi casa de quem trabalhava no campus, organizou-se para ficar e, em 2024, contou a si mesma. Quem chega para atender chega a um lugar com mais de meio século de história — e parte do que aparece na cadeira começou nela.

O QUE ESTE CAPÍTULO É

Um dos dois capítulos que não são aula. Conta, com as fontes que existem, como a Vila se formou — do arquipélago aterrado para fazer o campus ao censo que os moradores fizeram em 2024 —, quem mora nela, o que a universidade fez ali e o que essa história pede de quem atende. Não tem anexo de norma: fecha com a linha do tempo da Vila, para imprimir.

O QUE ESTE CAPÍTULO RESPONDE

De onde veio a comunidade que você atende, por que ela mora dentro de um campus universitário e o que isso muda na conversa da cadeira — do sigilo à confiança.

ONDE ELE SE ENCAIXA

Aprofunda a Parte 2 do Capítulo 1, que apresenta a Vila em dois parágrafos, e dá chão ao território do Capítulo 8 e à rede do Capítulo 10. O Capítulo 12, *Aprendizados da Vila*, fecha o livro.

PARTE 1

Por que a história entra num livro de clínica

O Capítulo 8 chamou de **território utilizado** o que as pessoas fazem num lugar: onde compram, de onde vem a água, onde as crianças passam o dia. A história é a outra metade do território — o que as pessoas fizeram ali antes de você chegar. Ela responde a perguntas que a anamnese não faz, e que mudam a conversa: por que quase todo mundo se conhece, por que tanta casa tem alguém ligado à UFRJ, por que a porta da Vila é a associação de moradores, e não um portão da universidade.

E há um motivo de ofício. A Vila recebeu a universidade muitas vezes. Em 2004, a Reitoria anunciou a intenção de "utilizar o local como um laboratório social", com três pilares: saúde, educação e desenvolvimento social, e urbanismo. Enfermagem, nutrição, medicina, arquitetura, engenharia e a própria Odontologia passaram por ali — umas por décadas, outras por poucos anos. O estagiário chega como mais um. Saber o que ficou e o que foi embora é o começo da confiança que a cadeira pede (Parte 11).

Este capítulo foi escrito com o que está publicado: uma tese de doutorado em antropologia sobre a Vila (Universidade Federal Fluminense, 2010), um trabalho de especialização da UFRJ (2017), o diagnóstico que a UFRJ e a UERJ fizeram da Vila em 2016, notas oficiais e reportagens da universidade, e o Censo da Vila de 2024. Onde as fontes divergem, o capítulo dá as versões. Nenhum morador é citado pelo nome: a história é da comunidade, e a Vila é pequena demais para o anonimato de uma estatística.

ANTES DO CAMPUS
Os moradores das ilhas e os operários da obra da Cidade Universitária, numa vila do escritório técnico da universidade (Parte 2).

O CANTEIRO
De 1969 a 1974, a cidade operária da Ponte Rio–Niterói, no extremo sul do campus (Parte 3).

A VILA DOS FUNCIONÁRIOS
A partir de 1975, as casas do canteiro para quem trabalhava na UFRJ (Partes 4 e 5).

PARTE 2

Um arquipélago que virou campus

A Cidade Universitária não fica numa ilha: fica em várias. O campus foi feito aterrando um arquipélago da Enseada de Inhaúma — nove ilhas, segundo o trabalho de especialização de 2017 —, e a própria Vila está sobre um "aterro remanescente da Ilha de Sapucaia". Quando a obra começou, as ilhas tinham gente.

Em 1945, o Departamento Administrativo do Serviço Público criou o **Escritório Técnico da Universidade do Brasil**, o ETUB — a Universidade do Brasil é a UFRJ de hoje —, cujos arquitetos e engenheiros davam suporte à construção do campus. Por meio deles, os antigos moradores das ilhas foram "convidados" a trabalhar na obra: conheciam o lugar, tinham interesse no trabalho e queriam permanecer ali. As aspas são do próprio trabalho de 2017. Para manter os novos trabalhadores juntos, a primeira vila de funcionários foi erguida na Ilha do Catalão, onde hoje fica a Prefeitura da Cidade Universitária.

E havia quem estivesse ali antes de tudo. Uma família ocupava a região da Praia do Mangue "desde 1928, antes do aterro que criou a Cidade Universitária", registrou o Parque Tecnológico da UFRJ em 2019; uma nota da universidade de 2004 diz que, "antes mesmo da construção do campus, na década de 40, já havia algumas pessoas na região". A história de quem mora na Vila, portanto, não começa com a universidade: começa com gente que a universidade encontrou.

PARTE 3

1969: uma cidade operária no canteiro

A Vila de hoje ocupa outro lugar: o canteiro de obras da Ponte Rio–Niterói. Em janeiro de 1969, a obra instalou seis canteiros em pontos considerados estratégicos da região, e um deles na Ilha do Fundão. A UFRJ cedeu para ele um terreno de 300.000 m² no extremo sul da Cidade Universitária, "até então não ocupado pela universidade dadas as suas condições geológicas" — e onde antes, segundo o diagnóstico de 2016, havia um vazadouro de lixo.

Ali se ergueu o que a tese de 2010 chama de "pequena cidade": 180 residências familiares e individuais, um refeitório, um mercado, uma escola e uma praça de esportes. Uma guarita na entrada garantia o controle e a segurança dessa "pequena cidade operária" constituída, escreve a autora, "dentro de uma outra cidade (a universitária), sem ter nenhuma relação formal com esta, senão o fato de ocuparem a mesma ilha e serem ambas resultado de ambiciosos projetos nacionais".

Em abril de 1971, o consórcio construtor foi transformado em empresa pública, a ECEX. A ponte foi inaugurada em 4 de março de 1974, e a cidade operária foi desativada. Desativada não quer dizer vazia: em fevereiro de 1978, segundo uma reportagem do *Jornal do Brasil* citada na tese, 60 das 180 casas ainda estavam ocupadas por ex-operários da empresa.

300.000 m²
o terreno que a UFRJ cedeu ao canteiro da ponte, em 1969

180 casas
com refeitório, mercado, escola e praça de esportes

1974
a ponte inaugurada, em 4 de março, e a cidade operária desativada

60 casas
ainda ocupadas por ex-operários em fevereiro de 1978

PARTE 4

1975: casas da universidade para quem trabalhava nela

As casas que a obra deixou encontraram quem precisava delas. A Prefeitura da Cidade Universitária foi levando para o antigo canteiro, “aos poucos”, as famílias que moravam na vila do ETUB — a “da guarita” — e as que viviam espalhadas pelo campus. A política habitacional da época era remover assentamentos precários do Rio para conjuntos da CEHAB, a companhia de habitação do Estado, e ela não se cumpriu; com essa frustração, diz o trabalho de 2017, a ocupação “foi praticamente oficializada pela Prefeitura da Cidade Universitária, em 1975”.

Vieram outros. Um grupo de funcionários da UFRJ pediu à universidade o direito de ocupar a área, “o que posteriormente lhes foi concedido”. Chegaram antigos moradores das ilhas que tinham virado operários da construção do campus. E uma pequena população que morava em outro ponto da ilha foi transferida para lá, para que as casas dela fossem demolidas e abrissem passagem para a Linha Vermelha. Em 1978, com grande parte das famílias já instalada, a Prefeitura da UFRJ fez o cadastro dos moradores e entregou a eles um **Termo de Responsabilidade**, “como forma de controlar o uso e a ocupação do espaço sob sua administração”.

Não foi, portanto, uma ocupação espontânea: foi moradia distribuída e administrada pela universidade, para quem trabalhava nela. Daí o nome com que ela aparece numa nota da UFRJ de 2004: **Vila Residencial dos Funcionários da UFRJ**.

PARTE 5

Antes e depois de 1988

O trabalho de 2017 divide a história da Vila em fases. Na primeira, de 1975 a 1988, os moradores eram, “em sua totalidade”, funcionários da UFRJ e moradores das ilhas aterradas, e quem entrava na universidade levava para o mesmo trabalho os filhos, os sobrinhos e os irmãos. A Constituição de 1988 cortou esse fio: o emprego público passou a exigir concurso.

Na segunda fase, a Vila deixou de ser só de funcionários. A nota da UFRJ de 2004 já registrava que alguns moradores “só conseguiram suas casas através de outras pessoas que passaram a documentação”. Em 2011, a então presidente da associação de moradores resumiu: “Quando a vila foi criada era habitada apenas pelos funcionários da UFRJ e suas famílias. Agora, com mais segurança e infraestrutura, o perfil tem mudado”.

O diagnóstico de 2016 descreve uma Vila “habitada por descendentes de ex-funcionários do consórcio que construiu a Ponte Rio-Niterói, funcionários da UFRJ, estudantes, funcionários do Parque Tecnológico, entre outros”, e registra que a maioria das casas tem pelo menos um morador com algum vínculo com a UFRJ. Aponta também a especulação imobiliária puxada por repúblicas de estudantes e albergues ligados ao Parque Tecnológico, e o que chama de “expulsão” de antigos moradores. Em 2024, o censo feito pela própria comunidade contou 1.038 estudantes da UFRJ entre 2.168 residentes (Parte 9).

OS NOMES DA VILA

Nos corredores e nos jornais da universidade, o lugar ganhou o apelido de **Divinéia**, a cidadezinha pacata de *Fogo sobre Terra*, novela de Janete Clair exibida pela Globo entre maio de 1974 e janeiro de 1975, pouco antes da chegada das primeiras famílias. Uma reportagem de 2023 conta que também se dizia “Vila Operária”, e que os moradores “escolheram e reivindicaram oficialmente o nome de Vila Residencial”. Use o nome que o morador usa.

PARTE 6

1980: a associação de moradores

A Associação de Moradores da Vila Residencial da UFRJ foi criada em 1980 — em 2 de agosto, segundo a tese de 2010; em 30 de agosto, segundo o diagnóstico de 2016. Ficou conhecida pela sigla **AMAVILA**, de Associação de Moradores e Amigos da Vila Residencial, e o estatuto de 2007 a define como "pessoa jurídica de direito privado, com fins não econômicos e tempo de duração indeterminado, autonomia administrativa, financeira e política".

A autonomia está no estatuto; a origem foi outra. Na prática, mostra a tese, a criação da associação "partiu de uma iniciativa da própria UFRJ", sugerindo que os interesses representados por ela devessem estar em consonância com os da universidade, "à qual continuaria politicamente subordinada". A sede, no início da Rua das Margaridas, é um prédio que a UFRJ construiu no fim dos anos 1980 para treinar os vigilantes concursados.

Com o tempo, a associação virou o centro da Vila. Desde os anos 1990, diz o trabalho de 2017, ela "luta pelos seus direitos e seu reconhecimento dentro da Universidade Federal e da cidade do Rio de Janeiro". Em 2016, o diagnóstico a chamou de "o ponto de partida para tudo na Vila Residencial", e contou, na sede, projetos de extensão de onze unidades acadêmicas da UFRJ; o pôster do mesmo diagnóstico a chama de "o principal equipamento social" da Vila, onde "são realizadas palestras, cursos e atendimentos aos moradores". É da associação a clínica em que você estagia: a **Clínica Odontológica da Associação de Moradores da Vila Residencial do Fundão** (Capítulo 1).

A história também tem um episódio de alerta. Entre 1995 e 1999, no tempo de uma subprefeitura da Vila, uma organização ligada a um político local manteve ali um centro comunitário com "atendimento médico e odontológico gratuito", que passou a sediar também, de modo independente, parte da extensão da Enfermagem da UFRJ, então começando na Vila. Em 1997, a subprefeita disse ao jornal *O Globo* que as famílias já desfrutavam de "um posto de atendimento médico e dentário gratuito"; anos depois, um ex-presidente da associação lembrou o galpão da associação que "virou posto de assistencialismo". Na tese, a iniciativa aparece contestada como eleitoreira — e é por isso que a clínica ser da associação, e não de quem atende, não é detalhe.

> NA PRÁTICA
>
> A porta da Vila é a associação. O combinado com ela — o dia, a hora, quem é atendido e como a clínica funciona — vale mais do que a pressa do seu dia de campo.

É também com a associação que o poder público conversa. Em julho de 2022, a equipe municipal que atende a Cidade Universitária no combate ao *Aedes aegypti*, "incluindo a Vila Residencial", reuniu-se com a Prefeitura Universitária e com o presidente da associação para apresentar as ações do semestre. Em 2023, a campanha de multivacinação que a UFRJ e a Prefeitura do Rio organizaram na ilha pôs a Vila entre os locais com prioridade.

> NA SEDE, EM 2016
>
> Os projetos de saúde que o diagnóstico encontrou na sede: ambulatório de enfermagem, medicina ginecológica com exames preventivos, nutrição, exames preventivos de saúde a cada quinze dias, fonoaudiologia, psicanálise, psicologia e acupuntura. **A odontologia não estava na lista** — e a clínica odontológica da associação não aparece nas fontes públicas consultadas.

PARTE 7

Uma casa em terra da União

A terra da Vila é da União. A Ilha do Fundão é "terreno de marinha e acrescido de marinha", e a UFRJ é a "foreira", por um contrato de aforamento de 9 de outubro de 2006, sobre 5.238.337,87 m². A Vila ocupa 122.640 m² desse total, 2,3% do campus, segundo o diagnóstico de 2016; as outras fontes dão de 20 mil a 180 mil metros quadrados.

Por isso a pergunta que volta nas fontes é a da permanência. Em 2008, numa reunião do comitê do Plano Diretor noticiada pela UFRJ, ouviu-se o otimismo: "A permanência dos moradores está garantida por uma lei específica que permite a regularização fundiária para as famílias que chegaram ali antes de 2001, porém, sem o direito de venda." O Plano Diretor UFRJ 2020, aprovado pelo Conselho Universitário em novembro de 2009, incluiu a Vila "como um espaço independente, com demandas específicas, como a regularização das moradias".

O caminho escolhido foi a concessão, e não a venda: a Concessão de Uso Especial para Fins de Moradia (CUEM) e a Concessão de Direito Real de Uso (CDRU). O processo avançou e parou. Em 2017, ele "encontra-se suspenso", diz o trabalho daquele ano, e "a regularização do espaço estagnou". Nenhuma fonte pública consultada para este livro diz como ele andou depois de 2019.

PARTE 8

2011: a rede nova de esgoto e de água

Em 16 de junho de 2010 começou, dentro da recuperação ambiental do Canal do Fundão, a obra de "urbanização e saneamento da Vila Residencial". Em 18 de abril de 2011 foi inaugurado o sistema, com 2.179 metros de rede coletora de esgoto, 3.741 metros de distribuição de água e uma elevatória de esgoto bruto. A Vila tinha, então, mais de três décadas.

A obra não resolveu tudo. Cinco anos depois, o diagnóstico de 2016 registrava água e luz em todas as casas, mas queixas de mau cheiro, entupimento e inundações na rede de esgoto, drenagem insuficiente e coleta de lixo duas vezes por semana. E a água que sobe pelas bocas de lobo continua assunto de vizinhança: em 2023, o presidente da associação contou a uma reportagem que os moradores, reunidos em grupos, conseguiram "construir comportas em cada boca de águas fluviais na rua".

A água que chega hoje é a do Capítulo 8: vem do Guandu, tratada e fluoretada, pela rede da Águas do Rio e pela rede interna da Prefeitura Universitária. Mas a pergunta de território "de onde vem a água que a família bebe?" continua com três respostas possíveis — torneira, filtro ou galão —, e só a família sabe qual é a dela.

> **A PRAIA DO MANGUE, 2018**
>
> Em 25 de julho de 2018, cumprindo uma ordem da 5ª Vara Federal e um acórdão do Tribunal de Contas da União, a UFRJ desocupou a Praia do Oi, conhecida como Mangue, em outro ponto da ilha; em 2016 tinha identificado ali 13 pessoas, entre elas quatro idosos e três crianças, e uma família estava no lugar desde 1928. As notas da Reitoria falam em garantir moradia às famílias, com duas soluções de construção da própria UFRJ. Em janeiro de 2019, a associação da Vila, com movimentos de moradia, em parceria com a UFRJ e com apoio do Parque Tecnológico, lançou um financiamento coletivo para construir as casas em lotes da Vila, na Rua das Begônias. O que foi construído, as fontes públicas não dizem.

PARTE 9

Quem mora na Vila, e quem contou

Quantas pessoas moram na Vila depende de quem conta e do que conta. O IBGE conta **moradores**; o censo da comunidade contou **residentes** — "quem vive no local" —, para incluir os estudantes. Por isso o Censo do IBGE de 2022 contou 1.183 pessoas, segundo o painel da comunidade, e o Censo da Vila, dois anos depois, 2.168. A associação diz que o número do IBGE "subestima a população real".

1978	60 das 180 casas do canteiro ainda ocupadas por ex-operários	o *Jornal do Brasil*, citado na tese de 2010
1999	1.362 habitantes em 316 domicílios	censo da Prefeitura da UFRJ
2009	1.318 habitantes	censo da associação de moradores
2010	413 domicílios	a tese de 2010
2016	cerca de 2.000 moradores (estimativa); renda familiar concentrada entre 1 e 4 salários mínimos	o diagnóstico da UFRJ e da UERJ
2022	1.183 moradores	o Censo do IBGE, citado pelo Censo da Vila
2024	**644 domicílios e 2.168 residentes, 1.038 deles estudantes da UFRJ**	o Censo da Vila: a associação e a Geografia da UFRJ

A série diz duas coisas. A primeira: entre 1999 e 2009 a população ficou perto de 1.300 pessoas enquanto os domicílios aumentavam — a tese já notava que o número de moradores parecia ter "se estabilizado". E a Vila é o lugar mais cheio da ilha: em 2000, a Prefeitura do Rio contava 1.736 habitantes em todo o bairro da Cidade Universitária, e a tese concluiu que a Vila é "a área com maior concentração populacional da Ilha do Fundão". A segunda: quase metade de quem vive hoje na Vila é estudante da UFRJ, justamente a população que o conceito de residente quis pôr na conta. E os antigos envelheceram: em 2016, o diagnóstico viu muitos moradores nascidos nos anos 1960 e "baixa população infantil"; em 2024, o censo da comunidade achou 15,6% com 60 anos ou mais (Capítulo 9).

O Censo da Vila é, ele mesmo, um capítulo da história. Em 1999, quem contava a Vila era a prefeitura da universidade; em 2009 e em 2024, foi a associação — na última, com o Departamento de Geografia da UFRJ ao lado, num projeto de extensão formalizado em julho de 2024 com um nome que resume este capítulo: *Ver a Vila: Saberes e Memórias por uma outra Política Urbana*. Quando for falar da Vila numa peça, num relato ou numa conversa, use esse número e diga o conceito dele: 2.168 residentes, com os estudantes.

644
domicílios, no Censo da Vila de 2024

2.168
residentes — quem vive no local, com os estudantes

1.038
estudantes da UFRJ entre os residentes

15,6%
com 60 anos ou mais (Capítulo 9)

PARTE 10

Três décadas de extensão, e a saúde que faltava

A universidade não chegou à Vila só como administradora: chegou como escola. Desde 1994, e ainda em 2011, estudantes da Escola de Enfermagem Anna Nery acompanhavam a saúde dos moradores — traçavam o perfil, preveniam doenças e encaminhavam quem precisava aos serviços públicos especializados. Em 2004, a Pró-Reitoria de Extensão criou o Programa de Inclusão Social — Vila Residencial, com oito projetos de várias áreas.

1994	**Enfermagem**	o acompanhamento da saúde dos moradores, que a escola mantinha dezessete anos depois
2004	**Pró-Reitoria de Extensão**	o Programa de Inclusão Social, com a saúde entre os três pilares
2006	**Nutrição**	uma ação dirigida aos idosos da Vila
2011	**Enfermagem**	três programas de computador de orientação à saúde, um deles para a promoção da saúde bucal
–	**Medicina**	um programa de extensão que, segundo o professor que o coordenou, atendeu na Vila "por mais de 10 anos"; a Faculdade lista o programa Atenção Primária à Saúde na Vila Residencial do Fundão
2013	**Centro Acadêmico da Odontologia**	um mutirão para reformar e pintar o galpão da Vila, e atividades educativas previstas para as crianças
2016	**Odontologia**	o projeto de extensão Território, Comunidade e Saúde, semanal e curricular, com a associação e a coordenadoria de saúde da área, até 2019
2024	**Geografia**	o Censo da Vila, com a associação

E a Vila pediu. Em 2012, a então presidente da associação reivindicava, além de área de lazer, "um posto de saúde". Em 2015, a UFRJ e a Prefeitura do Rio discutiram "a criação de uma Clínica da Família, para atender os moradores da Vila Residencial e contribuir na formação de profissionais de saúde". A clínica não veio para a Vila: a Vila está no território de uma Clínica da Família inaugurada em 2018 na Maré, do outro lado da ponte (Capítulos 8 e 10).

Em 2016, o diagnóstico ouviu o que faltava. "Não há um espaço destinado exclusivamente à saúde" na Vila; o hospital mais próximo é o universitário, mas moradores contaram que, com frequência, não são atendidos nele e são orientados a procurar o Hospital de Bonsucesso ou as UPAs da Ilha do Governador e da Vila do João; e "não há, também, nenhuma farmácia na Vila Residencial". Na lista de saúde dos projetos da sede, naquele ano, a odontologia não aparecia.

A pandemia mostrou a outra face da vizinhança com a universidade: em abril de 2020, a UFRJ mandou 160 litros de álcool 70% e borrifadores aos moradores, que voltavam à sede da associação para recarregá-los; e os estudantes que moram na Vila entraram na lista dos que podiam agendar atendimento na UFRJ como casos suspeitos de covid-19.

PARTE 11

O que essa história pede de quem atende

Você é visita numa casa com história. A clínica é da associação, e a associação é, há mais de quarenta anos, a porta da Vila. Chegue por ela (Parte 6).

O vizinho pode ser colega. Quase metade de quem vive na Vila estuda na UFRJ, e muitos dos antigos nasceram e cresceram ali. O sigilo, aqui, é de território (Capítulo 1): o que se ouve na cadeira não sai dela — nem para o corredor da faculdade.

A história da família também é história clínica. De onde a família vem diz como ela chega aos serviços e o que já tentou antes de chegar a você. Pergunte com o mesmo cuidado com que pergunta dos remédios (as perguntas, no quadro abaixo).

A Vila já viu projeto chegar e ir embora. Um centro de saúde acusado de servir à política, programas que duraram décadas e projetos que duraram poucos anos. Não prometa o que o estágio não entrega; e o que prometer — voltar com o resultado, explicar um encaminhamento — cumpra. Os jogos e apps que a turma publica na Jornada ficam abertos para a Vila (Capítulo 1): é o jeito de o estágio não ir embora inteiro.

O chão também aparece na boca. A rede de esgoto refeita só em 2011, a água que a família escolhe beber, a renda concentrada entre um e quatro salários mínimos, a farmácia que a Vila não tinha em 2016 e o hospital que nem sempre atende: são as causas das causas do Capítulo 8, e ajudam a entender o que o exame acha.

Diga de onde vem o número. Na peça, no relato ou na conversa, cite o Censo da Vila de 2024 e o conceito dele. É o número que a comunidade fez.

> AS PERGUNTAS DE HISTÓRIA, NA CADEIRA
>
> Há quanto tempo mora na Vila, e onde morava antes? Alguém da casa trabalha ou estuda na UFRJ? Quando precisa de hospital ou de farmácia, aonde vai — e foi atendido? Conhece a equipe da Clínica da Família? Quatro perguntas, e nenhuma é curiosidade: dizem que caminho o seu encaminhamento vai ter de fazer. Anote no prontuário o que serve ao cuidado; o resto da conversa fica na cadeira.

Nota do editor. Um capítulo de história, escrito com fontes publicadas, sem entrevista. As principais: a tese de doutorado de Leticia de Luna Freire, *Próximo do saber, longe do progresso* (Antropologia, UFF, 2010); o trabalho de especialização de Roselea Barbosa Valadão, *Vila Residencial da UFRJ: caminhos e descaminhos na luta pela efetivação do direito à cidade* (UFRJ, 2017); o *Relatório Final — Diagnóstico da Vila Residencial da UFRJ* (Escola Politécnica da UFRJ e FAU-UERJ, 2016) e o pôster do mesmo diagnóstico; o painel do Censo da Vila (associação de moradores e Departamento de Geografia da UFRJ, 2024) e o Censo do IBGE de 2022; notas e reportagens do Conexão UFRJ (2004 a 2023), da Prefeitura Universitária (2015 e 2022) e do Parque Tecnológico da UFRJ (2019); o projeto de extensão da Faculdade de Odontologia (2016) e a página de extensão da Faculdade de Medicina; a notícia da Clínica da Família (2018); e, como fontes de imprensa e da comunidade, a reportagem da Agência de Notícias das Favelas publicada no Terra (2023) e a campanha da associação na Benfeitoria (2018–2019). Onde as fontes divergem — a data de fundação da associação, a área, a população —, o capítulo dá as versões. A história da clínica odontológica da associação não aparece nas fontes públicas consultadas.

INFOGRÁFICO: A história da Vila

A linha do tempo da Vila Residencial, **de antes do campus ao censo que os moradores fizeram**, e o que ela pede de quem atende. Imprima e leve à Vila.

1 · ONDE FICA

122.640 m², 2,3% DO CAMPUS · DIAGNÓSTICO DE 2016

A NOROESTE
instalações da UFRJ

A NORDESTE
o Parque Tecnológico

A OESTE
o mangue

A VILA RESIDENCIAL
no sudeste da Ilha do Fundão: uma única rua por terra, e píeres na baía

AO SUL
o Canal do Cunha

2 · A LINHA DO TEMPO

DAS ILHAS AO CENSO DA VILA

1928	Uma família já vive na Praia do Mangue, antes do aterro que fez o campus.
1945	Nasce o ETUB, o escritório técnico da obra do campus. Depois (as fontes não datam), moradores das ilhas viram operários, com uma vila na Ilha do Catalão.
1969	**O canteiro da Ponte Rio–Niterói: 180 casas, refeitório, mercado e escola, no extremo sul do campus.**
1974	A ponte fica pronta, em 4 de março, e a cidade operária é desativada.
1975	**A Prefeitura da UFRJ leva famílias de funcionários para o antigo canteiro.**
1978	Cadastro e Termo de Responsabilidade; 60 das 180 casas ainda com ex-operários.
1980	**Nasce a associação de moradores; segundo a tese de 2010, por iniciativa da própria UFRJ.**
1988	A Constituição exige concurso, e a Vila deixa de ser só de funcionários.
1994	A Enfermagem começa a acompanhar a saúde dos moradores.
1999	O censo da UFRJ conta 1.362 habitantes em 316 domicílios.
2004	A Reitoria cria o Programa de Inclusão Social da Vila: saúde, educação e urbanismo.
2006	O contrato de aforamento: a ilha é da União, e a UFRJ, a foreira.
2009	O Plano Diretor da UFRJ inclui a Vila, com a regularização das moradias.
2011	Inaugurado o sistema novo de esgoto e de água da Vila.
2016	O diagnóstico da UFRJ e da UERJ; começa o projeto de extensão da Odontologia, que vai até 2019.
2018	A Vila entra no território de uma Clínica da Família, na Maré.
2020	Na pandemia, álcool 70% e borrifadores para os moradores, recarregados na sede da associação.
2024	**O Censo da Vila: 644 domicílios, 2.168 residentes, 1.038 deles estudantes da UFRJ.**

3 · OS NOMES

USE O QUE O MORADOR USA

Divinéia
o apelido dos corredores da universidade, da novela de 1974

Vila Residencial dos Funcionários
o nome dos tempos em que era só de funcionários

Vila Residencial
o nome que os moradores escolheram

4 · O QUE A HISTÓRIA PEDE DE QUEM ATENDE

CAPÍTULO 11, PARTE 11

CHEGUE PELA PORTA
A clínica é da associação, e a associação é a porta da Vila desde 1980. O combinado com ela vale mais do que a pressa.

O SIGILO É DE TERRITÓRIO
Quase metade de quem vive ali estuda na UFRJ. O que se ouve na cadeira não vai nem para o corredor da faculdade.

NÃO PROMETA O QUE NÃO ENTREGA
A Vila já viu projeto chegar e ir embora, e atendimento de graça acusado de servir à política. O que prometer, cumpra.

DIGA DE ONDE VEM O NÚMERO
Censo da Vila, 2024: 2.168 **residentes**, com os estudantes. O IBGE, em 2022, contou 1.183 **moradores**.

5 · O QUE AS FONTES PÚBLICAS NÃO DIZEM

PERGUNTE À ASSOCIAÇÃO, NÃO AO PACIENTE

A CLÍNICA
Quando e como nasceu a clínica odontológica da associação.

A TERRA
Como andou a regularização das moradias depois de 2019.

O MANGUE
O que foi construído para as famílias desalojadas em 2018.

Fontes: L. L. Freire, *Próximo do saber, longe do progresso* (tese, UFF, 2010) · R. B. Valadão, *Vila Residencial da UFRJ: caminhos e descaminhos* (UFRJ, 2017) · Relatório Final do Diagnóstico da Vila Residencial (Poli-UFRJ e FAU-UERJ, 2016) · Painel do Censo da Vila (AMAVILA e Geografia da UFRJ, 2024) · Censo IBGE 2022 · Conexão UFRJ (2004–2023) · Prefeitura Universitária (2015) · Parque Tecnológico da UFRJ (2019) · Prefeitura do Rio (2018) · as demais, na nota do editor do capítulo.