

Princípios gerais aplicados ao tratamento cirúrgico-odontológico

A odontologia abrange o tratamento de patologias da cavidade bucal e seus anexos, envolvendo tanto terapias clínicas quanto cirúrgicas. O grau de complexidade de um procedimento odontológico está associado aos sinais patognomônicos, à patologia a ser tratada e às condições de saúde do paciente.

Para as abordagens cirúrgicas, devem ser consideradas a capacitação e formação do profissional e de sua equipe de apoio técnico e os ambientes disponíveis, tanto o consultório odontológico (ambulatorial) como o hospital (ambulatorial e internação). O cirurgião-dentista que não é especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais (CTBMF) deve reconhecer os limites da sua qualificação para a realização de procedimentos cirúrgicos.

O acolhimento do paciente em todas as fases é primordial. O profissional deve esclarecer suas dúvidas e minorar suas inquietudes e inseguranças, sem comprometimento do relacionamento profissional e ético. Independentemente da idade do paciente, deve-se considerar não apenas a resolução da patologia presente, mas também a busca por qualidade de vida no futuro.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- Conhecer as etapas que integram o tratamento cirúrgico-odontológico
- Identificar os equipamentos, materiais e instrumentos utilizados na cirurgia odontológica
- Discutir questões relativas à biossegurança no ambiente cirúrgico

LEMBRETE

Os períodos pré, trans, intra e pós-operatórios são parte essencial na condução do tratamento e determinam seu resultado final. Portanto, devem ser desenvolvidos com critérios baseados no conhecimento acadêmico e na qualidade terapêutica.

PRÉ-OPERATÓRIO

A **identificação** do paciente reúne dados como nome, gênero, data de nascimento, raça, ocupação, estado civil, endereço e demais informações que possam ser úteis em seu reconhecimento. A **avaliação clínica** envolve as informações da anamnese somadas ao exame físico.

Na **anamnese**, as informações coletadas são importantes não apenas no reconhecimento do paciente e na compreensão de sua realidade, mas também por sua contribuição na determinação de hipóteses diagnósticas, planejamento, prognóstico e execução do tratamento. O questionário deve ser objetivo, com respostas simples (sim/não/às

LEMBRETE

Uma vez preenchido o documento de anamnese, este deve ser assinado e datado pelo paciente ou seu responsável, após a confirmação dos dados.



vezes/não sei), porém com possibilidade de complementação, ampliando a reserva de informações.

A verbalização e a transcrição da queixa principal do paciente devem auxiliar o cirurgião-dentista na definição das prioridades e da viabilidade do plano de tratamento. O paciente deve, ainda, discorrer sobre seu estado de saúde, incluindo reconhecimento de doenças e tratamentos clínicos e cirúrgicos atuais ou anteriormente realizados, medicamentos em uso, histórico de saúde familiar, entre outros.



Pacientes comprometidos com alterações relevantes de saúde podem demandar cuidados odontológicos e médicos especializados que influenciam na decisão dos diferentes tempos do tratamento cirúrgico. Após os devidos encaminhamentos e avaliações multidisciplinares, a intervenção cirúrgica pode ser definida como urgente ou eletiva, em tempo postergado ou não recomendada, e até contraindicada.

As **enfermidades sistêmicas mais frequentes reconhecidas ou identificadas na primeira consulta** são hipertensão arterial, valvulopatia ou valvopatia, insuficiência hepática, diabetes melito, enfermidade renal, doenças pulmonares, alergias e epilepsia. Também deve ser dada atenção aos pacientes obesos (com sobrepeso ou mórbidos), transplantados de órgãos e tecidos e portadores de biomateriais/eletrônicos (p. ex., marca-passo, *stent*). O tratamento de pacientes com necessidades especiais vigora cada vez mais tanto no atendimento em consultório odontológico como hospitalar.

SAIBA MAIS

A dor, com suas diferentes expressões de subjetividade, é considerada o quinto sinal vital. Por sua alta frequência, passou a ser um dos motivos mais presentes na consulta odontológica. Fisicamente pode ter localização definida ou ser difusa. Sua mensuração pode ser realizada por meio de escala visual analógica.

O **exame físico** inicia pela verificação e anotação dos cinco sinais vitais – temperatura corporal, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e dor. Tais sinais registram as funções orgânicas básicas e refletem o equilíbrio (ou sua ausência) resultante das interações entre os sistemas do organismo e determinadas doenças.

Com o paciente sentado na cadeira odontológica, realizam-se a inspeção, a palpação, a percussão e a ausculta, observando os seguintes aspectos:

- Cabeça, face e pescoço: formato, simetria, proporcionalidade, contorno tegumentar e ósseo, coloração da pele, circunferência cervical, linfonodos, mobilidade do pescoço, alterações cervicais.
- Ouvidos: reação aos sons.
- Olhos: simetria, dimensões, reatividade das pupilas, cor da esclera e da conjuntiva, mobilidade, teste visual simples.
- Nariz e região paranasal: septo, mucosa, permeabilidade, simetria das fossas nasais, sensibilidade dolorosa e ressonância nas cavidades sinusais.
- Articulação temporomandibular: ruídos (clique, ressalto, crepitação), sensibilidade dolorosa, mobilidade, musculatura mastigatória, presença de pontos-gatilho.
- Boca: dentes, gengivas, palatos duro e mole, pilares do orofaríngeo, tonsilas, língua, soalho da boca, glândulas e ductos salivares, mucosa jugal, alveolar e fundo de sulco vestibular, musculatura mastigatória, bridas, freios e lábios.

Os **exames por imagem** devem ser sempre atuais e solicitados conforme a queixa do paciente e sua sintomatologia. Caso o paciente tenha realizado exames anteriormente, cabe ao profissional avaliar, com base na história pregressa, sua adequação para a formulação do diagnóstico atual e do plano de tratamento.

As radiografias mais usuais na clínica odontológica são as intrabucais periapical, interproximal (*bitewing*) e oclusal; e as extrabucais panorâmica, lateral, posteroanterior, occipitofrontal posteroanterior, ambas em cefalostato, de Waters e Hirtz. Entre as possibilidades de imagens computadorizadas, podem-se citar a tomografia computadorizada por feixes em leque (TCFL) e por feixe cônico ou *cone beam* (TCFC) e a imagem por ressonância magnética (IRM), entre outras.

Os **exames laboratoriais** são essenciais na avaliação do quadro clínico do paciente. Dentre os exames de rotina, destacam-se hemograma com contagem de plaquetas (variações quantitativas e qualitativa das hemácias, leucócitos e plaquetas) (Tabs. 1.1 e 1.2), coagulograma (tempo de sangramento, teste de coagulação, tempo de protrombina – TP, tempo de tromboplastina parcial ativada – TTPA, razão normalizada internacional – RNI) (Tab. 1.3), teste de glicemia plasmática e dosagem de creatinina (Tab. 1.4) e exame qualitativo de urina (EQU) (Tab. 1.5).

Cefalostato

Dispositivo de posicionamento da cabeça, que garante a reprodutibilidade das imagens radiográficas.

Waters

Técnica utilizada para visualização dos seios da face, no sentido pósterioanterior.

Hirtz

Técnica utilizada para complementar o estudo da face, especialmente dos arcos zigomáticos. Também é conhecida como radiografia axial submento-vértice.

TABELA 1.1 – Hemograma

Parâmetros	Masculino	Feminino
Eritrócitos ($10^{12}/L$)	5,2	4,6
Hemoglobina (g/dL)	15,5	14
Hematócrito (%)	47	41
VCM (fL)	90	90
HCM (pg)	30	30
CHCM (g/dL)	34	34

TABELA 1.2 – Leucograma

Parâmetros	Valores de referência
Leucócitos ($/mm^3$)	4,5 – 11
Linfócitos	1 – 4,8
Neutrófilos	1,8 – 7,7
Monócitos	4%
Eosinófilos	3%
Basófilos	0 a 1%
Plaquetas	150.000-400.000/ μL

TABELA 1.3 – Coagulograma

	Parâmetros	Valores de referência
	TP	11-14 segundos
	TTPA	27-40 segundos
	RNI	1,1

Fonte: Hoffman.¹

TABELA 1.4 – Exames de sangue

	Parâmetros	Valores de referência
	Ureia	15-45mg/dL
	Creatinina	0,7-1,4mg/dL
	Glicemia	70-99mg/dL

Fonte: Soares e colaboradores.²

TABELA 1.5 – Exame qualitativo de urina (EQU)

	Parâmetros	Valores de referência
	Densidade	1.003– 1.030
	pH	4,5-7,8
	Cor	Amarelo-citrino
	Hemácias	Até 3
	Leucócitos	1-4

Fonte: Soares e colaboradores.²

O diagnóstico, o plano de tratamento e o prognóstico são planejados pelo profissional e discutidos com o paciente e seus familiares. O diagnóstico será obtido por meio da avaliação de todas as informações do exame clínico, somadas aos exames associados. A partir das hipóteses diagnósticas, será elaborado o planejamento terapêutico, visando a um prognóstico o mais favorável ao paciente.

No **pré-operatório**, para o procedimento cirúrgico proposto, o paciente será encaminhado para avaliações clínicas, tanto médicas como odontológicas. Os exames laboratoriais solicitados pelo

cirurgião-dentista poderão ser complementados, se necessário. Se a intervenção for realizada em ambiente hospitalar, sob efeito de anestesia local assistida com sedação ou anestesia geral, o médico anestesista fará o exame pré-anestésico.

A partir da indicação de anestesia, a American Society of Anesthesiologists (ASA) classifica os pacientes quanto ao risco médico em seis categorias, associando a morbidade/mortalidade anestésica ao estado físico do paciente (Tab. 1.6). Essas recomendações têm sido cada vez mais observadas em intervenções e tratamentos odontológicos.

O **laudo profissional** e o **consentimento informado** devem ser redigidos de forma clara, a fim de evitar dificuldades de compreensão, e apresentados ao paciente ou ao seu representante legal. Este documento não se resume à mera adesão do paciente à proposta do profissional: abrange a permissão para a realização do tratamento. Por meio dele, o paciente toma uma decisão consciente e voluntária quanto à realização de um tratamento ou à eleição de outra opção.

Consentimento informado

Documento formulado com base na autonomia do paciente. Inclui as informações prestadas pelo profissional referentes às alternativas terapêuticas e suas possibilidades de sucesso, risco, sequelas ou complicações. Após sua discussão, havendo concordância, deve ser assinado pelo paciente ou por seu representante legal.

LEMBRETE

O estudante de odontologia e o cirurgião-dentista devem buscar atualização permanente sobre as recomendações do Conselho Federal de Odontologia, do Ministério da Saúde e dos demais órgãos e instituições aos quais estão vinculados.

AMBIENTE CIRÚRGICO

A **sala de cirurgia** abriga o conjunto de equipamentos, materiais e instrumentos que serão usados durante o procedimento operatório. No bloco cirúrgico, as salas devem responder às necessidades de cada especialidade cirúrgica, médica ou odontológica.

A estruturação básica da sala de cirurgia deve ser repetida no consultório odontológico no caso de intervenção cirúrgica sob anestesia local (Fig. 1.1). O **equipamento** é composto de cadeira odontológica, foco de luz, aspirador de saliva e sangue, motor e peça de mão esterilizável e uma mesa auxiliar para instrumental. O **material cirúrgico** compreende gaze, compressa, seringa, agulha, drenos e sondas, fio de sutura, fita adesiva hipoalergênica, atadura e outros materiais especiais relacionados com o procedimento a ser realizado (p. ex., implantes, próteses).



Figura 1.1 – Consultório odontológico preparado para intervenção cirúrgica sob anestesia local.

LEMBRETE

O planejamento cirúrgico é essencial na seleção dos equipamentos, do instrumental e dos materiais necessários. Um procedimento só deve ter início após a verificação da disponibilidade de todos os itens previstos.

LEMBRETE

A correta apreensão e manuseio do instrumental durante o procedimento cirúrgico permite seu uso de modo eficaz e reduz o risco de acidentes de trabalho.

TABELA 1.6 – Classificação quanto ao risco anestésico de acordo com a American Society of Anesthesiologist

Classificação	Descrição	Observações
ASA I	Paciente saudável, sem nenhum distúrbio sistêmico.	O plano de tratamento deve ser mantido.
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve a moderada.	Pertencem a esta categoria pacientes que apresentam ansiedade extrema, história de mal-estar ou síncope; obesidade moderada; mais de 65 anos; hipertensão arterial controlada; diabetes tipo II controlado; distúrbios convulsivos controlados; asma com uso eventual de broncodilatador em aerossol; tabagismo sem doença pulmonar obstrutiva crônica; angina estável assintomática; história de infarto do miocárdio ocorrido há mais de 6 meses sem sintomatologia. O médico clínico assistente deve ser consultado para esclarecimentos sobre o estado de saúde destes pacientes, ainda que apresentem risco mínimo para complicações anestésicas durante o tratamento odontológico.
ASA III	Paciente com distúrbio sistêmico severo, que limita a sua atividade, mas não o incapacita.	Pertencem a esta categoria pacientes que apresentam diabetes tipo I controlado; obesidade mórbida; hipertensão arterial entre 160-194 a 95-99 mmHg; episódios frequentes de angina do peito com sintomas após exercícios leves; insuficiência cardíaca congestiva com edema de tornozelos; doença pulmonar obstrutiva crônica; episódios frequentes de convulsão ou crise asmática; tratamento quimioterápico; hemofilia; história de infarto do miocárdio ocorrido há mais de 6 meses com sintomatologia (angina ou falta de ar). Os procedimentos eletivos não estão contraindicados, mas há maior risco no atendimento. Portanto, nestes casos, deve-se também contatar a equipe médica. Procedimentos complexos e longos devem ser evitados nestes pacientes.
ASA IV	Paciente com distúrbio sistêmico grave, com risco iminente de morte.	Pertencem a esta categoria pacientes que apresentam dor no peito ou falta de ar, mesmo quando sentados sem atividade; incapacidade de andar ou subir escadas; angina, que piora mesmo com a medicação; história de infarto do miocárdio ou de acidente vascular encefálico ocorrido há menos de 6 meses que necessitam de administração suplementar de oxigênio continuamente. Neste caso, quando possível, devem-se adiar os procedimentos odontológicos eletivos até que haja uma melhora das condições sistêmicas do paciente, classificando-o como ASA III. O atendimento odontológico de urgência deve ser conservador e realizado em ambiente hospitalar sob acompanhamento médico.
ASA V	Paciente em fase terminal cuja expectativa de vida é inferior a 24 horas.	Pertencem a esta categoria pacientes que apresentam doença renal, hepática ou infecciosa em estágio final ou câncer em fase terminal. Os procedimentos eletivos são contraindicados. As urgências odontológicas devem receber cuidados paliativos.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos serão doados.	
ASA-E	Operação de emergência de qualquer variedade	Usada para modificar uma das classificações acima, ou seja, ASA IV-E.

O **instrumental** para realização de intervenções cirúrgicas, remoção de sutura, exames e curativos é classificado como básico (Fig. 1.2) e especial (Fig. 1.3). Na montagem da mesa auxiliar, os instrumentos devem ser dispostos de forma sistemática e lógica, segundo as técnicas cirúrgicas a serem realizadas.

No consultório dentário, a presença do técnico em saúde bucal (TSB) inclui a instrumentação cirúrgica. Em algumas cirurgias de pequeno porte, a instrumentação pode não ser necessária; a decisão e o critério cabem ao profissional. O auxílio na instrumentação apresenta vantagens quanto à otimização do tempo do procedimento. Existem diversas formas de compor a mesa de instrumental, não havendo um consenso. O importante é que o cirurgião escolha a que melhor atenda às suas necessidades durante o ato operatório e traga maior benefício do paciente.

A **equipe cirúrgica** baseia-se na presença do cirurgião e de cirurgiões-auxiliares – sendo aconselhável uma formação suficiente para substituir o cirurgião titular – se necessário instrumentador e circulante. Quando a equipe é composta por dois auxiliares, o primeiro é responsável por executar manobras específicas além de irrigar e aspirar a ferida, cortar fio de sutura, dentre outras. O segundo auxiliar é responsável pelo afastamento dos tecidos. O instrumentador deve estar atento às etapas cirúrgicas e prever as manobras do cirurgião, passando os instrumentos corretos e de forma adequada (p. ex., mantendo a ponta ativa voltada para si, evitando acidentes).



Figura 1.2 – Materiais básicos (da esquerda para direita; de cima para baixo): gaze, anestésico tópico, seringa hipodérmica de 20 mL com agulha montada (irrigação); compressas; fio de sutura agulhado; tubetes anestésicos; lâmina de bisturi (n° 15); campos cirúrgicos.



ATENÇÃO

Cabe aos auxiliares e técnicos o correto descarte dos materiais perfurocortantes e resíduos biológicos, de acordo com as normas emitidas por órgãos de vigilância e fiscalização das instituições de saúde.

ATENÇÃO

Caso ocorram acidentes com materiais perfurocortantes, o profissional deve imediatamente ser substituído por um colega e seguir orientações dos órgãos especializados em doenças infectocontagiosas e em medicina do trabalho.

Figura 1.3 – Mesa com instrumental cirúrgico organizado para exodontia. (A) Sequência inferior (da direita para a esquerda): pinça anatômica (sem dentes), odontoscópio, sonda exploradora de cárie n° 5, seringa carpule com agulha, bisturi com lâmina montada, sindesmótomo, descolador, legira de Williger, tesouras de Metzenbaum curva, tesoura de Iris curva, elevadores/alavancas, fórceps, lima óssea, alveolótomo, cureta de Lucas, pinças mosquito (Halstead) reta e curva. (B) Sequência superior (da direita à esquerda): Seringa hipodérmica de 20 mL, agulha com ponta romba (25 x 12), cânula de aspiração, cuba para solução antisséptica, cuba para água destilada ou soro fisiológico, compressas, gaze, abaixador de língua de Bruenings, afastadores de Langenbeck, brocas e fresas, pinça de Adson com dentes, fio de sutura, porta-agulha de Mayo-Hegar, tesoura de Mayo.

Ao circulante cabe o pronto atendimento às solicitações da equipe, devendo permanecer sempre na sala cirúrgica. O porte da cirurgia pode determinar variantes na composição numérica e especializada dos componentes da equipe cirúrgica.

BIOSSEGURANÇA

ATENÇÃO

Após a desinfecção da mesa cirúrgica, um campo plástico estéril deve ser posicionado sobre sua superfície, impedindo a contaminação do campo de tecido, em caso de contato direto com líquidos ou secreções.

LEMBRETE

O posicionamento do paciente na cadeira odontológica ou na mesa cirúrgica deve facilitar a intervenção, gerando conforto ao paciente e ao profissional, seguindo normas de ergonomia e de biossegurança.

LEMBRETE

A realização adequada das técnicas de paramentação reduz a possibilidade de quebra da cadeia asséptica.

Para acesso ao ambiente cirúrgico, o profissional deve utilizar roupa específica e equipamentos de proteção individual (EPIs) – gorro, propés, máscara e óculos.

Os processos de assepsia visam à redução do risco de infecções pós-operatórias e são de responsabilidade dos auxiliares cirúrgicos, bem como da equipe técnica. Quando realizados em superfícies inanimadas, denominam-se desinfecção, podendo ser realizados com álcool 70%. Quando realizados em pele ou mucosa, denominam-se antisepsia, podendo ser realizados com soluções de clorexidina ou compostos iodados (PVP-I).

A partir da desinfecção das superfícies pela equipe auxiliar, o ambiente está preparado para receber o paciente devidamente trajado (gorro, propés, jaleco e calça ou bata) para o ambiente cirúrgico em ambiente hospitalar. No consultório odontológico se utilizam gorro e propés, mantendo-se a vestimenta do paciente e sobrepondo com jaleco ou avental descartáveis. Sugere-se que o paciente retire adornos do pescoço, piercings, brincos, braceletes, entre outros. Se usa óculos, retirar e colocar óculos de proteção (equipamento de proteção individual). A equipe, com exceção do circulante, deve realizar a degermação das mãos e dos antebraços por meio de processo mecânico (escovação) com soluções antissépticas, como clorexidina ou PVP-I (Fig. 1.4).

Após a escovação, cada membro da equipe procede a paramentação, que consiste no ato de vestir avental e luvas estéreis. Procede-se então à antisepsia do campo cirúrgico, em pele e tecidos bucais (Fig. 1.5), e à colocação de campos operatórios estéreis, protegendo a área e limitando o foco da cirurgia.



Figura 1.4 – Degermação das mãos e dos antebraços. Observar a sequência correta do processo, iniciando pelas extremidades dos dedos e percorrendo o antebraço até os cotovelos. Completada a degermação da mão e antebraço de um lado, a mesma sequência deve ser feita no outro lado.



Figura 1.5 – Antisepsia extrabucal. Observar a sequência adequada, iniciando pela pele da região peribucal e prosseguindo para a região intrabucal.



O preparo do ambiente cirúrgico deve observar condições de saúde específicas do paciente.

Em pacientes alérgicos ao látex, por exemplo, devem-se utilizar materiais livres deste componente (*latex free*) em um local na mesma condição. O procedimento cirúrgico deve ser preferencialmente realizado no primeiro horário do dia (após 6 horas da última utilização da sala) evitando, assim, a presença de partículas de látex em suspensão no ambiente.

PÓS-OPERATÓRIO

Finalizado o ato cirúrgico, cabe à equipe assistente orientar o paciente ou familiar sobre as possíveis reações fisiológicas relacionadas ao procedimento e sobre como lidar com os sinais e sintomas mais comuns (Quadro 1.1). A linguagem usada deve ser simples e clara.

LEMBRETE

A prescrição medicamentosa deve ser entregue com os cuidados pós-operatórios, por escrito, visando ao controle da dor e, quando indicados, da inflamação e da infecção e de seus sintomas.

QUADRO 1.1 – Orientações para o período pós-operatório

1. Do momento da cirurgia até 24h após (1º dia)

- 1.1 Não fazer bochechos/lavar a boca.
- 1.2 Manter repouso, com a cabeça apoiada em dois/três travesseiros.
- 1.3 Aplicar bolsa de gelo envolta em compressa úmida na face, sobre o(s) lado(s) operado(s), por 30min a cada 2h ou de forma contínua, conforme orientação.
- 1.4 A alimentação deverá ser líquida/pastosa, fria/gelada (p. ex., sucos de frutas, gelatinas, sorvetes, frutas esmagadas ou centrifugadas, caldos salgados frios).
- 1.5 Não ingerir leite ou seus derivados (exceto sorvete).
- 1.6 Seguir corretamente a medicação prescrita. **Não substituir nenhum medicamento nem sua dosagem sem consultar previamente o cirurgião-dentista.**
- 1.7 Não exercer atividades que exijam raciocínio e concentração (estudantil/profissional) ou atividades motoras (p. ex., dirigir veículo ou similar). Solicitar acompanhamento familiar para deslocamento após a intervenção cirúrgica.
- 1.8 Não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas.
- 1.9 Não se expor ao sol ou a calor excessivo por ____ dias pós-operatórios.
- 1.10 Não praticar esportes ou exercícios físicos por ____ dias pós-operatórios.
- 1.11 Em caso de dor intensa, sangramento excessivo, febre (acima de 38°C), calafrios ou vômito, ligar para os telefones _____.

2. De 24 a 48h após a cirurgia (2º dia)

- 2.1 Iniciar higienização da boca com _____, ____ vezes ao dia.
- 2.2 Não completada a medicação receitada, prosseguir com as doses.
- 2.3 Pode ser iniciada a alimentação com derivados do leite.
- 2.4 Seguir a alimentação líquida ou pastosa, levemente aquecida.
- 2.5 Não fumar ou ingerir bebidas alcoólicas

3. A partir de 48h após a cirurgia (3º dia em diante)

- 3.1 Escovar os dentes conforme orientação do profissional.
- 3.2 Passar a ingerir alimentos progressivamente aquecidos e espessados, conforme tolerância.
- 3.3 Retornar para controle na hora marcada, acompanhado por familiar.
- 3.4 Não marcar viagem aérea sem informar ao profissional. A liberação dependerá do porte da cirurgia e da evolução pós-operatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além dos cuidados de rotina, alguns esclarecimentos são importantes. A colocação de gelo nas primeiras 24 horas é decisiva para auxiliar no controle do processo inflamatório, cuja duração pode depender da manipulação cirúrgica. Poderão surgir hematomas na pele como resultado da sufusão de sangue na região operada.

Um pequeno sangramento é normal nas primeiras 24 horas, não devendo constituir motivo de preocupação. Não cuspir favorece a estabilização do coágulo na ferida, reduzindo o risco de sangramento maior. Caso este se mantenha ou aumente, deve-se pressionar uma ou duas gazes dobradas ou enroladas sobre a ferida, que deverão permanecer no local por 15 a 20 minutos. Ocluir e pressionar os dentes geralmente auxilia neste processo compressivo. Se o sangramento se mantiver, devem-se sobrepor gazes, sem remover as anteriormente colocadas.

O paciente deve manter a cabeça elevada, aplicando gelo sobre a face, na região. O gelo poderá ser colocado em saco plástico fechado e enrolado em compressa úmida para ação em profundidade e para proteção da pele. Caso o sangramento não seja controlado, é indispensável entrar em contato com o profissional.