

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE ODONTOLOGIA
TAÍS CRISTINA MARQUES CAIXÊTA

EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ODONTOLOGIA: COMO PROCEDER?

**LAGES
2019**

TAÍS CRISTINA MARQUES CAIXÊTA

EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ODONTOLOGIA: COMO PROCEDER?

Projeto de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário Unifacvest como parte dos requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Me. Lessandro Machry

**LAGES
2019**

TAÍS CRISTINA MARQUES CAIXÊTA

EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ODONTOLOGIA: COMO PROCEDER?

Projeto de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário Unifacvest como parte dos requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Me. Lessandro Machry

Lages, SC 19 /06 /2019. Nota 10,0



Coordenador do curso de Odontologia Lessandro Machry

LAGES
2019

EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM ODONTOLOGIA: COMO PROCEDER?

Taís Cristina Marques Caixêta¹
Lessandro Machry²

RESUMO

Os relatos de emergências médicas no consultório odontológico são considerados raros pela literatura, porém, cirurgiões-dentistas em atuação podem a qualquer momento se deparar com uma emergência médica e é de suma importância o conhecimento por parte do mesmo para que possa intervir e evitar possíveis agravos a saúde do paciente que está sob seus cuidados. Embora reconheçam a importância da rápida atuação do cirurgião-dentista nestes casos emergenciais, muitos profissionais ainda se sentem inseguros para intervir nestes acontecimentos. O objetivo do presente estudo, foi identificar quais foram as principais emergências médicas que ocorrem em um consultório odontológico, avaliar quais são os sinais e sintomas apresentados em cada caso, bem como as decisões a serem tomadas a fim de evitar agravos. E também, avaliar a preparação dos cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia frente a estas situações. Foi realizado uma revisão da literatura utilizando as bases de dados: Pubmed, Scielo e LILACS, selecionados 17 artigos publicados entre os anos de 2003 a 2018 bem como livros disponíveis via online e na biblioteca do Centro Universitário Unifacvest, as buscas foram realizadas de agosto a outubro de 2018.

Palavras-chave: Atendimento odontológico. Emergências médicas. Emergências. *Urgent care*.

¹ Acadêmica da 10ª fase do curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest.

² Coordenador do curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest e orientador do projeto.

MEDICAL EMERGENCIES IN DENTISTRY: PROCEDURE HOW?

Taís Cristina Marques Caixêta¹
Lessandro Machry²

ABSTRACT

The reports of medical emergencies in the dental office are considered rare by the literature, however, dentists in action may at any time encounter a medical emergency and it is of the utmost importance the knowledge on the part of the same so that it can intervene and avoid possible problems the health of the patient under his or her care. While they recognize the importance of the surgeon's swift action in these emergency cases, many professionals still feel insecure to intervene in these events. The objective of the present study was, through a review of the literature, to identify which were the main medical emergencies that occurred in a dental office, to evaluate the signs and symptoms presented in each case, as well as the decisions to be taken in order to of preventing injuries. Also, evaluate the preparation of dental surgeons and dental academics in these situations. A review of the literature was carried out using the databases Pubmed, Scielo and LILACS, selected 17 articles published between the years 2003 to 2018 as well as books available via online and in the library of the University Center Unifacvest, the searches were carried out from August to October 2018.

Keywords: Dental care. Medical emergencies. Emergencies. Urgent care.

¹ Academic of the 10th phase of the Dentistry course of the Unifacvest University Center.

² Coordinator of the Dentistry course at Unifacvest University Center and project supervisor.

INTRODUÇÃO

O cirurgião-dentista em seu cotidiano no consultório odontológico não está isento de se deparar com situações emergenciais de ordem médica, isto poderá ocorrer com qualquer indivíduo, a qualquer hora e em qualquer lugar, sendo um evento imprevisível. Estas ocorrências podem ou não estar relacionadas com doenças sistêmicas pré-existentes. O estresse, medo e ansiedade são os fatores mais relevantes no desencadeamento de emergências médicas no consultório odontológico, sendo responsável por 75% dos casos. Embora consideradas raras pela literatura, estas situações podem ocorrer no consultório odontológico, e quando ocorrem podem ser muito graves. Uma emergência médica pode acontecer não só durante o atendimento como também na sala de espera, e o cirurgião-dentista como um profissional da área da saúde deve estar preparado para lidar com tais situações, a fim de evitar riscos maiores a vida do paciente (COLET *et al.*, 2011; CAPUTO *et al.*, 2010; QUEIROGA *et al.*, 2011; REZENDE *et al.*, 2009; HANNA *et al.*, 2014; SANTOS & RUMEL, 2006; VEIGA *et al.*, 2012; ROSENBERG, 2010). De acordo com Queiroga *et al.*, (2011) “emergência médica é definida como uma situação ou condição com alta probabilidade de desencadear risco de morte”. Isso só ressalta a importância e necessidade da intervenção do cirurgião-dentista nestes casos, através de manobras básicas para manutenção da vida do paciente até que a equipe de resgate chegue no local.

Com o avanço da Medicina, pacientes com doenças sistêmicas passaram a ter uma melhor qualidade de vida. Aqueles que antes não frequentavam o consultório odontológico devido a restrições médicas, estão cada vez mais preocupados com a saúde bucal, tendo em vista a importância da mesma para uma manutenção da saúde geral do indivíduo. Com esta procura maior por atendimento odontológico, vêm crescendo o número de pacientes com comprometimento sistêmico, dentre eles diabéticos, cardiopatas e hipertensos no consultório odontológico, bem como o aumento da presença de idosos sistemicamente comprometidos, e com isso o aumento das chances de ocorrências de uma emergência médica (ANDERS *et al.*, 2010; HAESE & CANÇADO, 2016; LÚCIO & BARRETO, 2012; QUEIROGA *et al.*, 2011; SANTOS & RUMEL, 2006).

Muitas vezes, o desencadeamento de uma emergência médica pode estar relacionado com o próprio ambiente odontológico, que por anos era considerado uma tortura, estando ligado à experiência de dor e desconforto. De acordo com Ferraz *et al.*, (2007) o estresse devido a dor, ansiedade e/ou tensão desencadeado nos pacientes submetidos ao tratamento odontológico pode

causar um desequilíbrio fisiológico alterando a pressão arterial (PA), e por esta razão é de suma importância que o cirurgião-dentista avalie a pressão arterial de seus pacientes em todas as consultas, bem como previamente a procedimentos cirúrgicos, a fim de evitar possíveis complicações. Segundo Greenwood (2008) as emergências médicas ocorrem com maior frequência no ambiente odontológico hospitalar do que no consultório odontológico, porém as causas desencadeadoras são bem semelhantes, e reforça a necessidade de uma anamnese completa como forma de prevenção. Caputo *et al.*, (2010) comprovaram a importância de uma anamnese bem detalhada durante a consulta odontológica, sendo 90% das emergências médicas evitadas com esta medida. Queiroga *et al.*, (2011) bem como Haese e Cançado (2016) ressaltaram a importância da prevenção como a melhor maneira de se tratar ocorrências como as emergências médicas no consultório odontológico, e para isto um exame físico bem realizado e uma anamnese bem detalhada, contendo todas as informações como quadro de saúde atual do paciente, histórico de alergias e uso de medicamentos, podem auxiliar na elaboração de um correto plano de tratamento, podendo assim evitar ou minimizar as possíveis emergências médicas decorrentes do tratamento odontológico. Segundo Victorelli *et al.*, (2013) o controle eficaz da ansiedade e da dor durante o procedimento odontológico é de vital importância para a prevenção de intercorrências de caráter emergencial.

Apesar de saberem a importância da intervenção do cirurgião-dentista com os primeiros socorros ou suporte básico de vida (SBV), diversos acadêmicos de Odontologia, bem como os cirurgiões-dentistas não se julgam aptos para realizar os primeiros socorros caso ocorra uma emergência médica em seus consultórios, como comprova as diversas pesquisas, dentre elas a de Santos e Rumel (2006) com dentistas de clínicas particulares e públicas de Santa Catarina, onde 76,9% dos cirurgiões-dentistas participantes não se sentiam preparados diante uma emergência médica. Nesta mesma pesquisa foi relatado um óbito em consultório odontológico. Este fato é relatado também através da pesquisa realizada por Carvalho *et al.*, (2008) que realizaram entrevistas com acadêmicos de Odontologia Brasileiros, e comprovaram o pouco conhecimento dos acadêmicos sobre o tema. Com isso, ressalta-se ainda mais a necessidade de conhecimento do profissional em casos emergenciais, pois, apesar de considerados raros pela literatura os casos tanto de emergências médicas quanto de óbitos devido a essas emergências, todos os profissionais estão sujeitos a passarem por esta situação em seu consultório odontológico.

O objetivo geral da presente revisão da literatura sobre o tema “emergências médicas na odontologia: como proceder?” foi descrever detalhadamente as principais emergências médicas

que podem ocorrer no consultório odontológico, bem como avaliar a preparação dos acadêmicos e profissionais frente a isto.

REVISÃO DA LITERATURA

A emergência médica consiste em uma situação onde o atendimento deverá ser realizado de forma imediata, em um curto espaço de tempo e não podendo haver adiamento do mesmo. Tais situações, quando adiadas, oferecem risco severos a saúde do paciente, podendo inclusive levar o paciente a óbito. Este atendimento é realizado por uma pessoa treinada para oferecer à vítima uma manutenção de seus sinais vitais e evitar o agravamento da situação até que o socorro especializado chegue, tais procedimentos fazem parte das medidas de primeiros socorros (SILVA, 2006; CAPUTO *et al.*, 2010; QUEIROGA *et al.*, 2011; COLET *et al.*, 2011).

Segundo Caputo *et al.*, (2010), bem como Colet *et al.*, (2011) e Queiroga *et al.*, (2011) a prevenção é a melhor forma de manejo de uma emergência médica e com isso obter informações do risco do paciente, a mesma poderá ser obtida através de uma anamnese bem realizada e rica em detalhes, deixando o paciente a vontade durante as perguntas, para que o mesmo forneça ao profissional dados sobre doenças sistêmicas pré-existentes, história prévia de alergias a medicamentos e anestésicos, uso de medicações, dentre outros. Após a prevenção, a segunda prioridade no manejo de uma emergência médica é a preparação do profissional frente a esta situação.

Victorelli *et al.*, (2013) levantaram a questão do tema “emergência médicas” ser um assunto pouco discutido e valorizado na odontologia, isto pode ser explicado pelo fato de as emergências médicas serem consideradas eventos raros no âmbito odontológico, porém apesar de raros, são riscos reais e já foram vivenciados por diversos profissionais como comprovado por estudos existentes sobre o tema.

Os Cirurgiões-dentistas bem como os acadêmicos de odontologia devem estar cientes que quando um paciente está sobre seus cuidados, estes não deveram restringir somente a cavidade bucal, deve-se considerar o paciente como um todo, levando em consideração principalmente a sua condição de saúde geral, para que em casos onde ocorra uma situação de emergência médica em seu local de trabalho, o mesmo esteja bem informado da história médica de seu paciente, e com isso, saiba como intervir (HAESE & CANÇADO, 2016).

Dentre as medidas de primeiros socorros que deverão ser oferecidas as vítimas, está a de Suporte Básico de Vida (SBV), segundo Silva (2006) o SBV é de extrema importância para que se consiga manter o paciente vivo até a chegada de um serviço médico de urgência, e para

isso não é necessário nenhum equipamento adicional, somente a boca, mãos e o conhecimento do socorrista já são o suficiente para manter a vida do paciente até a chegada do socorro. Ainda segundo Silva (2006) os princípios básicos dos primeiros socorros são: (1) salvar vidas, (2) evitar o agravamento antes da instituição de um tratamento definitivo, e (3) procurar ajuda qualificada. De acordo com Colet *et al.*, (2011) as manobras de SBV consistem em reconhecer e corrigir imediatamente a falência dos sistemas respiratórios e/ou cardiovasculares. Para isso é necessário avaliar os sinais vitais do paciente monitorando os batimentos cardíacos através do sítio carotídeo, pois ele costuma ser o último a desaparecer em uma situação de parada cardiorrespiratória, além de ser o primeiro a ser reestabelecido. Também avaliar se o paciente encontra-se respirando através da aproximação do rosto do socorrista na boca ou nariz da vítima para que possa sentir na pele a presença de respiração e a observação do tórax, se está em movimento. Caso seja negativo, procurar desobstruir as vias aéreas, removendo objetos que possam estar dificultando a respiração e afrouxando as roupas facilitando a respiração e mantendo assim o paciente em condições de aguardar atendimento especializado.

Segundo Victorelli *et al.*, (2013) das medidas de SBV também inclui o início imediato das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RPC) e o uso de um desfibrilador externo automático (DEA) enquanto aguarda a chegada do serviço móvel de urgência previamente solicitado. Portanto, o cirurgião-dentista bem como os demais profissionais da área da saúde devem ser estimulados a buscar aprendizado sobre as manobras de suporte básico de vida (SBV) como também da ressuscitação cardiopulmonar (RCP), a fim de proporcionar aos pacientes em seu consultório um ambiente seguro e preparado para tais intercorrências.

De acordo com os diversos estudos disponíveis sobre o assunto e selecionados para esta revisão, as oito emergências médicas mais relatadas como ocorridas em um consultório odontológico, seguindo a ordem decrescente de relatos foram as seguintes: síncope, hipoglicemia, crise convulsiva, crise asmática, crise hipertensiva, choque anafilático, obstruções das vias aéreas e parada cardiorrespiratória (SANTOS & RUMEL, 2006; GREENWOOD, 2008; REZENDE *et al.*, 2009; CAPUTO *et al.*, 2010; ANDERS *et al.*, 2010; QUEIROGA *et al.*, 2011; VEIGA *et al.*, 2012; LÚCIO & BARRETO, 2012; HAESE & CANÇADO, 2016;).

Síncope

É considerada como uma perda momentânea e repentina da consciência, causada por uma diminuição da oxigenação do cérebro devido a uma redução do fluxo sanguíneo para o

mesmo. Geralmente se trata de um quadro benigno e que regride de forma rápida e espontânea, em crianças, trata-se de um evento raro. A síncope vaso vagal é a que ocorre com mais frequência e pode ser desencadeada por ansiedade, quando o paciente vê algum sangue, agulha, dor inesperada, ou também por outros fatores como a fome e ambientes muito quentes. Embora a síncope vaso vagal seja a mais comum, também é possível ocorrer na cadeira odontológica a síncope vasodepressora, ocorrendo em indivíduos com medo exacerbado da cadeira do dentista, esta situação leva o organismo a um quadro de estresse preparando o organismo para o que se chama de “luta ou fuga”, com isso os músculos esqueléticos vão ter um aumento do fluxo sanguíneo. Quando esta vasodilatação periférica for acompanhada da diminuição da frequência cardíaca (e não do aumento devido a reação de pânico), este débito cardíaco inadequado resultará na perda de consciência (ANDRADE & RENALI, 2011; LÚCIO & BARRETO, 2012). Segundo Greenwood (2008) a síncope é a emergência médica mais comum encontrada na prática odontológica. Os sinais e sintomas incluem: taquicardia, palidez, zumbido, sonolência, hipotensão e escurecimento da visão (ANDRADE & RENALI, 2011).

O que fazer: interromper imediatamente o atendimento e avaliar o grau de consciência do paciente, colocá-lo em posição supina (membros inferiores pouco elevados em relação a cabeça, cerca de 10 a 15 graus), inclinar a cabeça cuidadosamente para trás para facilitar a respiração, monitorar os sinais vitais e aguardar de 2 a 3 minutos para a retomada da consciência. Se o paciente não recuperar a consciência neste tempo, deve imediatamente chamar pelo serviço móvel de urgência e administrar de 3 a 4 litros de oxigênio por minuto, monitorando os sinais vitais enquanto aguarda a vinda do socorro. Quando o socorro chegar, mantê-los informados sobre a medicação utilizada (ANDRADE & RENALI, 2011).

Hipoglicemia

Este quadro ocorre quando os níveis de glicose no sangue estão iguais ou inferiores a 40 miligramas por decilitros de sangue. Isso pode ocorrer tanto em pacientes diabéticos, quanto em pacientes não diabéticos e caracteriza-se por um quadro representativo de ameaça à vida do paciente. Na hipoglicemia há um fornecimento de glicose ao cérebro considerado inadequado, prejudicando suas funções. Os quadros de hipoglicemia podem variar desde um mal-estar passageiro até o coma. As causas mais frequentes são a ingestão excessiva de álcool pois pode dificultar a liberação de glicose pelo fígado, superdose de insulina, pode ocorrer de forma espontânea quando o paciente se encontra em jejum, além de desencadeada devido esforço físico excessivo (ANDRADE & RENALI, 2011; LÚCIO & BARRETO, 2012).

É aconselhável que sempre antes das consultas, o nível de glicose no sangue seja monitorado através do glicosímetro e se estiverem em níveis abaixo do normal (70-120 mg/dl em jejum), oferecer um carboidrato ao paciente, a fim de evitar possíveis complicações ao longo dos procedimentos (LÚCIO & BARRETO, 2012).

Os sinais e sintomas iniciais incluem: sudorese, taquicardia, ansiedade, nervosismo, sensação de fome, náusea, vômito, desconforto abdominal. Em fases mais tardias pode ocorrer: convulsões, perda de consciência, diminuição da temperatura corporal e pressão arterial (ANDRADE & RENALLI, 2011; LÚCIO & BARRETO, 2012). É sempre importante orientar ao paciente que não vá a consulta em jejum, verificar se o paciente diabético tomou corretamente a medicação e programar as consultas preferencialmente pela manhã, além de consultas mais curtas (ANDRADE & RENALI, 2011).

O que fazer: interromper imediatamente o atendimento, colocar o paciente em uma posição confortável e em casos onde o paciente esteja consciente, oferecer alimentos ricos em carboidratos de alta absorção, como balas, chocolates, líquidos açucarados. Se houver inconsciência, deverá ser solicitado imediatamente um serviço móvel de urgência, e enquanto aguarda administrar por via endovenosa 50 mililitros de solução aquosa de glicose a 50%, durante 2 a 3 minutos. Quando o socorro chegar, mantê-los informados sobre a medicação utilizada (LÚCIO & BARRETO, 2012).

Crise Convulsiva

As convulsões são decorrentes da alteração da normalidade da função cerebral, sendo mudanças temporárias e reversíveis após um episódio de atividade elétrica anormal do cérebro, ocasionando períodos de atividade motora, fenômenos sensoriais e mudanças de comportamento e consciência. Durante uma crise convulsiva, há momentos de contrações musculares combinadas com períodos curtos de relaxamento. As crises mais conhecidas são as chamadas tônico-clônicas, onde há perda de consciência e logo em seguida se inicia as contrações involuntárias da musculatura esquelética, alternando entre episódios de relaxamento muscular e contrações violentas, este tipo de crise tem duração aproximada de 2 a 5 minutos. O quadro convulsivo, em geral, pode ser caracterizado por convulsões com duração de 20 minutos, ou mais rápidas, porém repetidas. A crise convulsiva é classificada como idiopática, ou também desencadeada por alguns fatores como estresse emocional, traumas físicos, febre alta, abstinência de drogas psicotrópicas e álcool, overdose de anestésicos e lesões

intracranianas como o acidente vascular cerebral, tumores e abscessos cerebrais (REZENDE *et al.*, 2009; ANDRADE & RENALI, 2011; LÚCIO & BARRETO, 2012).

Segundo Rezende *et al.*, (2009) os episódios convulsivos podem apresentar diversos riscos a vida do paciente devido a grandes alterações metabólicas, como a hipóxia, aumento da pressão intracraniana, acidose, hipoglicemia e febre. De acordo com Andrade e Renali (2011) casos fatais são mais raros, e acometem os casos onde as crises convulsivas são muito prolongadas, ultrapassando os 30 minutos.

Os sinais e sintomas incluem um episódio denominado aura, com alterações nas sensações gustativas, auditivas e visuais, onde o paciente percebe que a crise convulsiva está próxima de ocorrer, logo em seguida ele perde a consciência e cai no chão, e com isso tem-se início ao chamado “ronco epiléptico”, um som produzido pelo ar expelido através da glote parcialmente fechada e pelos espasmos do músculo do diafragma. Neste momento é possível notar uma espuma saindo da boca do paciente, que é uma mistura da saliva com o ar. Se houver a presença de sangramento junto a esta espuma, é um sinal de injúrias aos tecidos moles da boca, como mordeduras nas bochechas e língua (ANDRADE & RENALI, 2011).

O que fazer: interromper imediatamente o atendimento, remover objetos presentes na boca do paciente para evitar acidentes como a deglutição, colocar o paciente na posição supina, desobstruindo as vias aéreas e caso o paciente venha a vomitar, deve-se colocar a cabeça dele de lado para que o conteúdo seja drenado para fora e evitar broncoaspirações. É importante também proteger a cabeça do paciente contra os movimentos bruscos, enquanto isso é necessário monitorar os sinais vitais e aguardar o final da crise, cerca de 3 a 5 minutos. Caso necessário, drogas anticonvulsivantes podem ser empregadas, como o midazolam (0,2-0,3mg/kg em adultos por via muscular) e diazepam (5 a 10 mg/kg por via intravenosa) (REZENDE *et al.*, 2009; LÚCIO & BARRETO, 2012).

Crise Asmática

A crise de asma em sua fase aguda, se caracteriza pelo estreitamento das grandes e pequenas vias aéreas devido ao espasmo da musculatura lisa dos brônquios, edema e inflamação de suas paredes, causando uma limitação do fluxo aéreo, normalmente reversível. Os episódios podem ser desencadeados por esforço físico, estresse, mudanças climáticas, infecções virais, dentre outros. A crise aguda da asma requer atendimento imediato por oferecer risco a vida do paciente (ANDRADE & RENALI, 2011).

Os sinais e sintomas, de acordo com Resende *et al.*, (2009) incluem a tosse, agitação, cianose, dificuldade respiratória, dispnéia, desconforto torácico, incapacidade de falar, uso da musculatura acessória da respiração, dentre outros. É muito importante o cirurgião-dentista conheça o paciente, e em caso de pacientes asmáticos, solicitar que o mesmo mantenha sempre consigo a medicação inalatória para cessar tais episódios.

O que fazer: interromper o atendimento, colocar o paciente sentado com os braços para frente, e tranquilizá-lo. Solicitar que o paciente auto administre o broncodilatador de seu costume e caso ele não esteja em condições, é necessário que o cirurgião-dentista borrafe 5 aplicações em um saco plástico e peça para que o paciente inspire. Em seguida administrar oxigênio através de uma máscara facial (5 a 7 litros/minuto) e caso os sintomas não regridam é necessário administrar 0,3ml de adrenalina 1:1.000 (ampolas de 1ml) por via subcutânea e solicitar assistência médica (REZENDE *et al.*, 2009; ANDRADE & RENALI, 2011; LÚCIO & BARRETO, 2012).

Crise Hipertensiva

A crise hipertensiva é uma condição caracterizada pela elevação da pressão arterial sistólica e/ou diastólica, muitas vezes silenciosa. Parte dos pacientes hipertensos nem mesmo sabem que possuem esta condição. A crise hipertensiva pode ter como etiologia uma predisposição genética ou estar ligada aos fatores de risco como sedentarismo, obesidade, álcool, tabagismo, ingestão excessiva de sal, estresse, dentre outros (REZENDE *et al.*, 2009; LÚCIO & BARRETO, 2012).

Segundo Ferraz *et al.*, (2007) durante um atendimento odontológico o paciente é exposto ao estresse, devido a dor, ansiedade e tensão e com isso, ocorre uma alteração do equilíbrio fisiológico consequentemente alterando a pressão arterial, por esse motivo é essencial por parte do cirurgião-dentista a aferição durante o procedimento odontológico, principalmente durante cirurgias a fim de evitar possíveis complicações.

De acordo com Andrade e Renali (2011) um achado bastante comum é a chamada hipertensão do “jaleco branco”, apresentada por pacientes ansiosos ou temerosos, fazendo com que haja uma elevação da pressão arterial momentânea ocasionada pelo medo, e não por se tratar de um paciente hipertenso. Isso pode fazer com que o cirurgião-dentista encaminhe o paciente ao médico, sem que haja real necessidade. Segundo Rezende *et al.*, (2009), a dor, injeção intravenosa acidental de anestésicos contendo vasoconstritores e a ansiedade, também podem ser fatores desencadeadores de uma crise hipertensiva.

É muito importante uma anamnese bem detalhada para estes pacientes, para conseguir coletar o máximo de informações possíveis quanto ao tipo de medicação que o paciente faz uso, observar atitudes que possam estar ligadas ao medo e ansiedade, para que se houver necessidade, seja prescrito um ansiolítico ao paciente previamente as consultas, além de tomar atitudes para que diminua o desconforto do paciente durante o atendimento, como controle da dor, recobrir instrumentos, sessões mais curtas, dentre outras. Além disso, é muito importante a aferição da pressão arterial de todos os pacientes sempre antes das consultas, pois muitas vezes a hipertensão pode se tratar de uma doença silenciosa e o paciente descobrir durante as consultas odontológicas que pode se tratar de um paciente hipertenso, nesses casos é necessário o encaminhamento do paciente a um médico especializado (REZENDE *et al.*, 2009; LÚCIO & BARRETO, 2012).

Quadro 1. Classificação da pressão arterial

Definição	Pressão arterial (PA)
Ótima	120/85 mmHg
Normal	130/85 mmHg
Alta	130/85 mmHg até 139/89 mmHg
Hipertenso controlado estágio I	Até 160/100 mmHg
Hipertenso estágio II	160/100mmHg até 180/110 mmHg
Hipertenso severo	Superior a 180/110 mmHg

Fonte: Rezende *et al.*, (2009); Andrade & Renali, (2011).

Pacientes com hipertensão severa sintomática e assintomática possuem os níveis de pressão arterial iguais (superiores a 180/110 mmHg), o que difere é o fato de pacientes hipertensos severos sintomáticos apresentarem dificuldade respiratória, alteração visual, sangramento nasal ou gengival espontâneo, dentre outros, como decorrentes desta alteração da pressão arterial. Quanto ao atendimento odontológico, pacientes com hipertensão estágio I podem ser submetidos a procedimentos eletivos e de urgência, aqueles hipertensos estágio II procedimentos eletivos devem ser adiados, já os procedimentos de urgência devem ser realizados, visando alívio da dor. Em pacientes com hipertensão severa sintomática ou

assintomática, os procedimentos eletivos e de urgência não devem ser realizados, e o paciente encaminhado imediatamente ao atendimento médico (REZENDE *et al.*, 2009; ANDRADE & RENALI, 2011).

Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente hipertenso, de acordo com Lúcio e Barreto (2012) incluem cefaleia, epistaxe, hemorragia gengival após manipulação, tontura, confusão mental, mal-estar e distúrbios visuais.

O que fazer: se o paciente hipertenso apresentar dor de cabeça, dificuldade respiratória ou alterações visuais, deve interromper imediatamente o atendimento e solicitar o serviço móvel de urgência e colocar o paciente em uma posição confortável, tranquilizá-lo e monitorar seus sinais vitais, aferindo a pressão arterial, pulso e respiração enquanto isso aguarda a chegada do serviço móvel de urgência. O uso de medicações anti-hipertensivas é uma competência médica, não devendo o cirurgião-dentista utilizar em seus pacientes a fim de controlar a crise (ANDRADE & RENALI, 2011).

Choque Anafilático

O choque anafilático é a forma mais grave de uma reação de hipersensibilidade, se trata de um quadro caracterizado por sintomatologias progressivas, que ocorre quando um paciente previamente sensibilizado é reexposto a um antígeno. É algo ameaçador a vida do paciente, por se tratar de uma sequência de fenômenos estando relacionado à liberação de histamina e também de leucontríenos, diferente das reações localizadas que são intermediadas somente pela histamina, estes, por sua vez, são extremamente mais reativos. Estes episódios devem ser sanados imediatamente por apresentar alto risco a vida do paciente. Dentre os fatores desencadeadores encontram-se a administração de medicamentos como a aspirina, antiinflamatórios não esteroides e contrastes radiológicos (REZENDE *et al.*, 2009; ANDRADE & RENALI, 2011). Segundo Greenwood (2008) os anestésicos locais raramente estão associados aos casos de choque anafilático.

Dentre os sinais e sintomas encontram-se a dificuldade respiratória, cianose, edema de laringe, broncoespasmo, arritmia, taquicardia, parada cardiorrespiratória e morte (REZENDE *et al.*, 2009).

O que fazer: interromper imediatamente o atendimento e solicitar um serviço móvel de urgência. Colocar o paciente em posição supina e iniciar as medidas de suporte básico de vida, administrar por via intramuscular 0,5 ml da solução de epinefrina 1:1.000 e repetir a dose a cada 5 ou 10 minutos caso necessário. Administrar oxigênio, monitorar sinais vitais e com o

paciente já estável, administrar 1 ampola de hidrocortisona 100 mg e 1 ampola de prometazina 50mg por via intramuscular ou intravenosa. Aguardar a chegada do serviço móvel de urgência e informar aos socorristas as medicações administradas (ANDRADE & RENALI, 2011).

Obstrução das Vias Aéreas

Trata-se de um evento que pode ocorrer no consultório odontológico devido objetos caírem na parte posterior da cavidade oral ou faringe durante o atendimento, levando a uma deglutição ou aspiração. Quando um objeto cai na parte posterior da cavidade oral ele pode ir por dois caminhos, um deles é o esôfago, indo então para o trato gastrointestinal, nestes casos normalmente são expelidos junto as fezes, exceto em casos de objetos perfurocortantes, que apresentam maiores riscos de hemorragia e lesões internas, além de infecção. Outra possibilidade é a traqueia, obstruindo a passagem de ar, e quando ocorre isso em poucos minutos o paciente pode ficar cianótico e inconsciente, gerando risco de morte. Outra possibilidade é a aspiração para dentro dos brônquios, podendo causar pneumonia, abscesso pulmonar ou atelectasia, que é quando o pulmão perde a aeração. Alguns pacientes apresentam maiores riscos, como as crianças, idosos, deficientes mentais dentre outros. Dentre os objetos propensos a serem deglutivos e aspirados estão os braquetes ortodônticos, fragmentos dentários ou ósseos, peças do implante e brocas (ANDRADE & RENALI, 2011).

Os sinais e sintomas incluem cianose, dificuldade de fala e pode levar a perda de consciência (ANDRADE & RENALI, 2011).

O que fazer: interromper imediatamente o atendimento e em casos onde é possível visualizar o objeto na orofaringe, deve colocar a cadeira em uma posição mais reclinada para facilitar a remoção do objeto pela cavidade bucal ou solicitar ao paciente a dobrar-se sobre o braço da cadeira e pedir para ele tossir. Outra opção é aplicar a manobra de Heimlich, onde o profissional irá se posicionar atrás do paciente e com o dedo polegar localiza-se o ponto logo abaixo do processo xifoide, fecha uma das mãos com o polegar posicionado contra o abdome da vítima e inicia uma série de compressões, de baixo para cima para expelir o objeto. É necessário aguardar aproximadamente 10 minutos para liberar o paciente e encaminhá-lo para avaliação médica caso haja necessidade. Caso o paciente esteja inconsciente, é necessário chamar imediatamente o serviço móvel de urgência, e enquanto isso colocar o paciente deitado de costas com a cabeça na posição neutra, abrir a boca, segurar a língua e o mento e se o objeto for visível tentar removê-lo com a ajuda de uma pinça. Caso não consiga remover é necessário fazer 2 ventilações artificiais e se não obtiver sucesso proceder com 5 a 10 compressões

abdominais, seguidas de inspeção a procura do objeto e ventilações, enquanto aguarda a chegada do socorro (ANDRADE & RENALI, 2011).

Parada Cardiorrespiratória

A parada cardiorrespiratória, trata-se de uma interrupção da oxigenação do sangue e parada circulatória, gerando então ausência de respiração e pulso em grandes artérias. Este evento necessita de imediato atendimento, pois pode provocar danos irreversíveis aos órgãos e consequentemente a morte do paciente. Estas alterações na oxigenação do sangue e colapso do coração e pulmão podem fazer com que o paciente entre em estado de inconsciência e se não prestado socorro a tempo poderá ocasionar a morte do paciente (REZENDE *et al.*, 2009; ANDRADE & RENALI, 2011).

Os sinais e sintomas, de acordo com Rezende *et al.*, (2009) incluem inconsciência, ausência de pulso carotídeo e ausência de respiração.

O que fazer: interromper imediatamente o atendimento, colocar as duas mãos nos ombros do paciente provocando um estímulo suave e perguntar se o paciente está bem, para então poder avaliar o estado de consciência do paciente. Caso esteja desacordado deve-se chamar imediatamente o serviço móvel de urgência. Avaliar a respiração aproximando o rosto da região da boca e nariz do paciente bem como observar movimentos torácicos, caso a resposta seja negativa tanto da respiração quanto do pulso, é necessário de forma imediata iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RPC), que de acordo com as novas recomendações da *American Heart Association* (2010) obedece a sigla CAB, ou seja: C = compressões torácicas, A = abertura das vias aéreas e B = ventilar. A recomendação também é que todo socorrista leigo ou não, deve realizar as compressões torácicas em pacientes com paradas cardiorrespiratórias (VICTORELLI *et al.*, 2013).

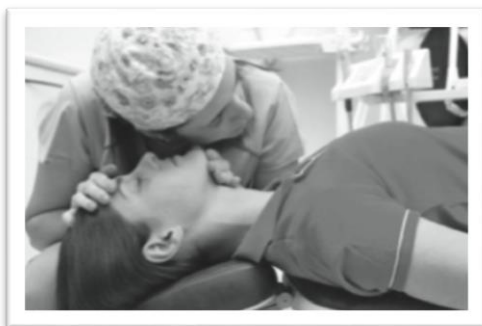


Figura 1. Avaliação da respiração.

Fonte: Andrade & Renali, (2011).

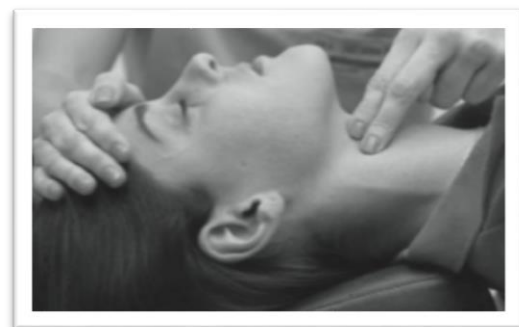


Figura 2. Avaliação da pulsação.

Fonte: Andrade & Renali, (2011).

As manobras de RPC devem ser realizadas inicialmente colocando o paciente deitado sobre uma superfície rígida, em seguida remover todos os objetos presentes na boca do mesmo, deverá ser traçado uma linha imaginária entre os mamilos e colocar uma das mãos no centro do peito, sobre o osso esterno. Coloca-se a outra mão por cima da primeira entrelaçando os dedos, porém durante as compressões os dedos não devem tocar as costelas. Estica-se os braços e incline-se sobre o paciente apoiando o peso do seu corpo sobre ela produzindo uma depressão de 5 centímetros, e logo em seguida, sem retirar as mãos, deve-se aliviar a pressão possibilitando a expansão do tórax e o retorno de sangue venoso para o coração. Os movimentos devem ser repetidos em uma frequência de 100 compressões por minuto (ANDRADE & RENALI, 2011).

Para a ventilação é necessário levantar o mento do paciente inclinando a cabeça, com o dedo médio e indicador da outra mão, deve-se segurar o mento. Em seguida é necessário aproximar os lábios na boca do paciente e assoprar por 1 segundo observando a elevação do tórax e repetir por mais uma vez o procedimento. As manobras devem ser combinadas obedecendo a relação 3:2, ou seja, 3 compressões para 2 ventilações. Se o socorrista não se sentir à vontade para fazer as ventilações com a própria boca, uma alternativa é a utilização do ambu e caso não possua este equipamento no consultório, pelo menos as compressões torácicas deveram ser mantidas até a chegada de socorro médico (ANDRADE & RENALI, 2011).



Figura 3. Compressões torácicas.

Fonte: Andrade & Renali, (2011).



Figura 4. Ventilação.

Fonte: Andrade & Renali, (2011).

Segundo descrito por Haese e Caçado (2016), a *American Dental Association (ADA)* em 2002, determinou por meio de seu Conselho Científico que todos os consultórios odontológicos deveriam possuir, pelo menos as drogas e equipamentos básicos para gerir uma emergência médica.

Quadro 2. Drogas e equipamentos para gerir uma emergência médica no consultório odontológico

Drogas	Equipamentos
Adrenalina/Epinefrina 1:1000 (injetável); Cloridrato de difenidramina (anti-histamínico) injetável; Cilindro de oxigênio tamanho E; Nitroglicerina (comprimido sublingual ou spray); Salbutamol (broncodilador) em spray; Glicose (sucos, refrigerantes ou tabletes de açúcar); Ácido acetilsalicílico (comprimido).	Sistema portátil para liberação de oxigênio; Monitor de pulso para avaliação da pressão arterial e frequência cardíaca; Glicosímetro e desfibrilador externo automático (DEA); Ressuscitador (ambu); Seringas: 2 cc, 5 cc, 10 cc e 20 cc; Agulhas números 19 e 21.

Fonte: Andrade e Renali (2011); Veiga *et al.*, (2012); Haese e Caçado (2016).

Segundo Rosenberg (2010), o simples ato de agir imediatamente, como telefonar para solicitar ajuda e ter os equipamentos e medicações disponíveis no consultório, determinam a diferença entre o gerenciamento bem-sucedido e a falha na prestação de socorro mediante uma emergência médica. Além da importância em ter no consultório estes kits de emergência, pois em casos onde os mesmos se localizam em uma zona rural, por exemplo, o socorro demoraria um tempo considerável para chegar, e a preparação do cirurgião-dentista para agir em casos de emergências, bem como o porte adequado destes kits, podem salvar a vida do paciente e o manter bem e seguro enquanto aguarda a chegada do socorro.

Além da importância de ter em seu consultório os kits de emergência médica, Victorelli *et al.*, (2013) ressaltaram que é importante também, por parte do cirurgião-dentista, conhecer cada equipamento contido nele, bem como as indicações e contraindicações de cada medicação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão da literatura sobre o tema “Emergências médicas na odontologia: como proceder?”. A pesquisa foi feita utilizando as bases de dados: PubMed, Scielo e LILACS, no período de agosto a outubro de 2018, utilizando as palavras-chave: emergências médicas, atendimento odontológico, urgente care, emergências. Também foram utilizados materiais contidos em livros referentes ao tema proposto disponíveis via online, e na biblioteca do Centro Universitário Unifacvest. Foram selecionados 17 artigos publicados no período de 2003 e 2018. Os idiomas utilizados foram o português e inglês. Inicialmente foi realizada a leitura do abstract/resumo e posteriormente a íntegra dos artigos científicos, selecionando então aqueles que estavam de acordo com o tema proposto e os incluindo como referência da presente revisão bibliográfica. Os critérios de exclusão foram aqueles que fugiram do tema proposto, artigos com a qualificação inferior a B4 de acordo com a classificação “Qualis Capes” da Plataforma Sucupira, bem como trabalhos de conclusão de curso, dissertação e tese por não se tratarem de artigos científicos, além de artigos que foram publicados fora do limite de tempo aqui determinado.

DISCUSSÃO

Silva (2006) demonstrou através de uma pesquisa ser unânime, entre os profissionais, o desejo de participarem de cursos relacionados ao manejo de emergências médicas. Santos e Rumel (2006) relataram que os cirurgiões-dentistas se sentem mais seguros ao trabalhar em

uma equipe multidisciplinar formada por um médico e um enfermeiro, bem como ressaltam a importância do treinamento também dos auxiliares de saúde bucal, para que em casos de emergências eles sejam capazes também de reconhecer e ajudar o cirurgião-dentista a solucionar o problema. Carvalho *et al.*, (2008) através de sua pesquisa, afirmou que os cirurgiões-dentistas brasileiros normalmente tem o conhecimento teórico sobre a gestão de emergências médicas, porém necessitam de um treinamento prático.

Segundo Carvalho *et al.*, (2008) a falta de treinamento por parte do cirurgião-dentista, além da incapacidade de lidar com as emergências médicas, podem ter consequências graves, tendo em vista que o gerenciamento eficaz da emergência médica em um consultório odontológico é responsabilidade do mesmo. Caputo *et al.*, (2010) afirmavam que o profissional precisa estar preparado psicologicamente para enfrentar uma emergência médica, tendo em vista a grande fonte de tensão desencadeada no profissional frente a estas situações, é necessário que ele tenha cautela pois precisa diagnosticar a emergência, além de manter a vida do paciente até que o mesmo possa receber atendimento médico especializado. Caputo *et al.*, (2010) bem como Haese e Cançado (2016) afirmaram que a maioria das emergências médicas ocorreram durante procedimentos cirúrgicos. De acordo com Colet *et al.*, (2011) diversos fatores explicam as elevadas chances da ocorrência de emergências médicas em um consultório odontológico, dentre elas o estresse fisiológico e emocional desencadeado pelos procedimentos odontológicos.

Santos e Rumel (2006) realizaram um estudo onde 76,9 % dos profissionais relataram não se sentir preparados para lidar com situações emergenciais em seus consultórios, sendo a maioria dos entrevistados. Condiz com o estudo realizado por Queiroga *et al.*, (2011), onde comprovaram que 70,3% acadêmicos entrevistados não se sentiam preparados para lidar com esta situação, estes estudos concordam com o realizado por Haese e Cançado (2016), onde 72,6% dos cirurgiões-dentistas também não se sentiam preparados diante uma emergência médica. Estes dados alertam para a necessidade de uma maior atenção para este tema nas graduações, segundo Queiroga *et al.*, (2011) as comunidades acadêmicas odontológicas devem preparar os profissionais para lidar com situações emergenciais de ordem médica, por exemplo, através da implantação de componentes curriculares semestrais acompanhando o acadêmico durante todo o curso, preparando-o então para prevenir e tratar tais situações, visto que todos estão sujeitos a passar por uma emergência médica durante sua prática clínica.

Quanto a ocorrência de uma emergência médica no consultório odontológico, em um estudo realizado por Caputo *et al.*, (2010), 63,20% dos profissionais entrevistados afirmaram ter passado por tal uma situação de emergência médica no decorrer de sua vida profissional.

Veiga *et al.*, (2012) através de uma pesquisa, demonstraram que 67% dos profissionais também relataram alguma situação de emergência médica em sua prática clínica, o que condiz com a pesquisa realizada por Haese e Cançado (2016), onde 61% também afirmaram ter vivenciado.

Com base no treinamento em suporte básico de vida, Caputo *et al.*, (2010) realizaram um estudo, onde 56,60% dos cirurgiões-dentistas possuíam o treinamento, sendo a maioria através de cursos extracurriculares. Newby, Keast e Adam (2010) realizaram um estudo, onde foi realizado um treinamento de emergências médicas por meio de uma simulação realista, e neste estudo concluíram ter sido bom para o melhor conhecimento dos acadêmicos de odontologia acerca do gerenciamento das emergências médicas, tendo em vista que profissionais bem preparados e treinados gera uma melhora na qualidade do atendimento e segurança dos pacientes.

Caputo *et al.*, (2010) afirmaram que durante a graduação e pós-graduação os profissionais recebem pouca preparação para lidar com tais situações, tendo ele mesmo que buscar conhecimento após se formar. De acordo com Caputo *et al.*, (2010), seguindo as diretrizes da *American Heart Association* (2005), o treinamento em emergências médicas deve ser efetuado com regularidade e preconizado uma reciclagem a cada dois anos.

CONCLUSÃO

Através desta revisão da literatura, foi possível concluir que a grande maioria dos cirurgiões-dentistas bem como acadêmicos de odontologia, se sentem despreparados frente a uma situação de emergência médica, reforçando ainda mais a necessidade de um curso extracurricular de suporte básico de vida. Também, que a ocorrência de uma emergência médica foi relatada por diversos profissionais, concluindo não se tratar de situações tão raras de ocorrer durante a vida profissional de um cirurgião-dentista. É necessário e muito importante a realização de uma anamnese bem detalhada para que se conheça o paciente que se está atendendo e durante uma emergência médica, além de intervir, é essencial também a solicitação com urgência de um serviço médico especializado para auxiliar no manejo da emergência médica.

REFERÊNCIAS

ANDERS, Patrick L. et al. The Nature and **Frequency of Medical Emergencies Among Patients in a Dental School Setting**. *Journal Of Dental Education*, 2010, v.74, n.4, p.392-396.

ANDRADE, Eduardo Dias de; RANALI, José. **Emergências médicas em odontologia**. 2011, 3ª. ed. São Paulo: Artes Médicas, 172p.

CAPUTO, Isamara Geandra Cavalcanti et al. **Vidas em Risco: Emergências Médicas em Consultório Odontológico**. Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac. 2010, v.10, n.3, p.51-58.

CARVALHO R.M; Costa L.R; Marcelo V.C. **Brazilian dental students' perceptions about medical emergencies: a qualitative exploratory study**. K Dent Educ. 2008, p. 1343-1349.

COLET, Daniela et al. **Acadêmicos e profissionais da odontologia estão preparados para salvar vidas?** RFO UPF. 2011, Passo Fundo, v.16, n.1.

FERRAZ, Eduardo Gomes et al. **Avaliação da variação da pressão arterial durante o procedimento cirúrgico odontológico**. Revista de Odontologia da Unesp. 2007, São Paulo, v.36, n.3, p.223-229.

GREENWOOD, Mark. **Medical emergencies in the dental practice**. Periodontology 2000. 2008, v.46, n.1, p.27-41.

HAESE, Rayane Del Puppo; CANCADO, Martina Renata Pittela. **Urgências e emergências médicas em odontologia: avaliação da capacitação e estrutura dos consultórios de cirurgiões-dentistas**. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. 2016, Camaragibe, v.16, n.3.

HANNA, L. M. O. et al. **Conhecimento dos Cirurgiões Dentistas diante Urgência /Emergência Médica**. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2014, Camaragibe, p. 79-86.

LÚCIO, Priscilla Suassuna Carneiro; BARRETO, Rosimar de Castro. **Emergências Médicas no Consultório Odontológico e a (In)Segurança dos Profissionais**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2012, v.16, n.2, p.267-272.

NEWBY, J; KEAST, J; ADAM, Wr. **Simulation of medical emergencies in dental practice: development and evaluation of na undergraduate training programme**. Australian Dental Journal. 2010, v.55, n.4, p.399-404.

QUEIROGA, Tadeu Barbosa et al. **Situações de emergências médicas em consultório odontológico: Avaliação das tomadas de decisões**. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. 2011, Camaragibe, v.12, n.1.

REZENDE, R.G. et al. **Complicações sistêmicas no consultório odontológico: parte I e II**. Arquivos em Odontologia. 2009, v.45, n.02, p.93-98.

ROSENBERG, Morton. **Preparing for Medical Emergencies.** The Journal Of The American Dental Association. 2010, v.141, p.14-19.

SANTOS, José Cabral dos; RUMEL, Davi. **Emergência médica na prática odontológica no Estado de Santa Catarina: ocorrência, equipamentos e drogas, conhecimento e treinamento dos cirurgiões-dentistas.** Ciência & Saúde Coletiva. 2006, v. 11, n. 1, p.183-190.

SILVA, E. L. **Alunos formandos e profissionais de odontologia estão capacitados para reconhecerem situações em emergência médica e utilizarem protocolos de atendimento?** Arq em Odontol. 2006, p. 257-336.

VEIGA, Dalila et al. **Emergências médicas em medicina dentária: prevalência e experiência dos médicos dentistas.** Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2012, v.53, n.2, p.77-82.

VICTORELLI G; RAMACCIATO, J.C; ANDRADE, E.D; RANALI, J; MOTTA, R.H.L. **Suporte Básico de Vida e Ressuscitação Cardiopulmonar em adultos: conceitos atuais e novas recomendações.** Rev assoc paul cir dente. 2013, p. 124-128.