



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

MARIA LUIZA DE MORAES REGO MOREIRA

**URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO
ODONTOLÓGICO: MANUAL ILUSTRADO**

SÃO LUÍS - MA
2025

MARIA LUIZA DE MORAES REGO MOREIRA

**URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO:
MANUAL ILUSTRADO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elza Bernardes Ferreira

Coorientador: Prof. Dr. Paulo Maria Santos Rabelo Junior

SÃO LUÍS – MA

2025

MARIA LUIZA DE MORAES REGO MOREIRA

**URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO:
MANUAL ILUSTRADO**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como pré-requisito para obtenção do
grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ____ de _____ de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Elza Bernardes Ferreira

Orientadora

Prof. Dr. Luis Raimundo Serra Rabelo

Avaliador

Prof.^a Dr.^a Luciana Salles Branco de Almeida

Avaliador

Prof. Dr. Pierre Adriano Moreno Neves

Suplente

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que, em Sua infinita bondade me conduziu com sabedoria, força e luz em cada passo desta caminhada e à Nossa Senhora, minha eterna intercessora e fonte de inspiração, a quem confio minha vida e meus desafios. Dedico também, de forma especial, aos meus pais e familiares, cujo amor, sacrifício e apoio incondicional me permitiram chegar até aqui, sempre ao meu lado exemplo, sendo exemplos de coração gentil, dedicação e valores. Estendo esta dedicatória aos meus professores, cujos ensinamentos foram essenciais para meu crescimento acadêmico e profissional.

AGRADECIMENTOS

Gostaria, primeiramente, agradecer a Deus, que me conduziu com sabedoria, força e luz em cada etapa da minha vida, guiando cada um dos meus passos e renovando minha fé nos momentos de dificuldade, além de me escolher e de me capacitar para esta profissão tão apaixonante e desafiadora, e à Nossa Senhora Aparecida, minha eterna intercessora e fonte de inspiração, a quem confio minha vida e meus desafios.

Para início, agradeço à Universidade Federal do Maranhão, por fazer parte e concretizar esse sonho!

Aos meus pais, Frederico Augusto e Marlise Rêgo, pelo amor incondicional, pelos sacrifícios feitos em prol dos meus sonhos e por serem minha base em todos os momentos. Vocês são exemplos de força, dedicação, sabedoria e apoio constantes e são responsáveis por me guiarem e me auxiliarem em inúmeras decisões para trilhar meu caminho nesses anos, a quem eu recorria nas necessidades e que me deram muita luz e sabedoria para realizar as melhores escolhas. À minha irmã, Maria Tereza, pela amizade, cumplicidade, companheirismo e inspiração que ela representa em minha vida, mostrando dedicação e persistência em todas as suas conquistas.

Aos meus avós, Marly Rêgo e Luiz Augusto Rêgo (*in memoriam*), Ana Maria Gandra e Luiz Henrique Moreira, e aos meus padrinhos, Marlina Rêgo, Luciana Menezes, Cláudio Leonardo Moreira e tios, que sempre acreditaram no meu potencial, transmitindo carinho e valores preciosos que levo comigo. Além da minha família, de forma geral, por ser meu porto seguro e minha maior fonte de motivação. À Livia Maria, que está conosco a muitos anos, cuidando da nossa família.

Ao meu noivo, obrigada por ser meu refúgio, calmaria, aconchego e amor. Agradeço pelo incentivo, pela paciência, por estar ao meu lado em cada etapa dessa jornada e por tudo que você agregou e somou a mim. Obrigado por dividir tantas histórias, momentos, aflições e conquistas. Como a vida é boa ao seu lado! Agradeço também à sua família, com quem divido tantos momentos felizes.

Às minhas confidentes e amigas-irmãs de uma vida inteira juntas: Giovanna Maria Carvalho, Maria Eduarda Longo, Marina Magela e Tainá Magela, muito obrigada! Aos meus amigos que permanecem comigo mesmo nos tempos difíceis e com a distância: Ana Caroline Veras, André Queiroga, Matheus Belo e Bruno Gomes, obrigada! Vocês fazem parte disto! Agradeço também aos meus amigos Maria Luiza

Veras, Isabelle Arruda, Amanda Muniz, Luiza Brito, Antônio Andrade, João Marcelo Reis, Christian Pinto, Adrielle Chagas, Gustavo Matos, Thalyta Mendes, Alexandre Chuairy e todos os outros, por dividirem memórias inesquecíveis e momentos marcantes. À Letícia Saldanha e as minhas amigas do vôlei que sempre acreditam em mim e torcem pela minha felicidade. Obrigada!

Em especial, deixo meus agradecimentos a minha dupla, Maria Cecília Miranda, e aos meus amigos, Josué Cutrim, Luis Guilherme Viana, Isidorio Alexandre e Gabriel Leitão, e a todos os outros que viveram esses cinco anos comigo, intensamente, de dedicação, de dificuldades, de conquistas, de alegrias, com certeza essa trajetória foi mais leve ao lado de vocês!

Agradeço ainda às professoras Suellen Linares, Luana Cantanhede e Letícia Gonçalves pela oportunidade confiada a mim para liderar o II Congresso Nacional Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão (II CONAO UFMA), e a toda a Comissão Organizadora, que trabalhou arduamente nos bastidores, garantindo que cada detalhe fosse cuidadosamente planejado e executado. Sem o envolvimento e a dedicação de cada um de vocês ao meu lado, o congresso não teria sido o sucesso que foi. Esse projeto acadêmico tem um lugar especial no meu coração e estou muito orgulhosa do trabalho em equipe na realização desse grande sonho!

Aos meus orientadores, Elza Bernardes e Paulo Maria Rabelo, pelo apoio, dedicação e pelos ensinamentos que foram essenciais para a minha construção pessoal e acadêmica, além de todo apoio para a realização deste trabalho. A todos os meus professores, em especial, Suellen Linhares, Luana Cantanhede, Andrea Lago, Darlon Lima, Nayra Vasconcelos, Nuno D'Almeida, Elza Bernardes, Paulo Maria Rabelo, Liana Serra, José Ferreira, Elizabeth Costa, Rubenice Amaral, Ana Margarida Nunes e Ivone Santana, cujas contribuições foram indispensáveis para o meu crescimento acadêmico, pessoal e profissional, deixando um impacto positivo na minha vida toda.

Me despeço com a sensação de missão cumprida, com uma trajetória acadêmica especial e sabendo que Deus me proporcionou momentos de aprendizado e crescimento para um futuro repleto de sonhos a conquistar!

"Deus não escolhe os capacitados,
mas capacita os escolhidos"

2 Coríntios 1: 21-22

RESUMO

A distinção entre as situações de urgências (ação rápida para evitar complicações) e emergências (intervenção imediata devido ao risco iminente à vida) é fundamental para evitar possíveis agravantes durante o atendimento odontológico. Aliado a isso, o diagnóstico precoce, uma criteriosa anamnese e o monitoramento dos sinais vitais, tornam-se essenciais para a prevenção dessas situações, atrelado ao conhecimento do Suporte Básico de Vida (SBV) e a aplicação dos protocolos específicos, que são indispensáveis para qualquer ocorrência mediante risco iminente da vida dos pacientes. Diante disso, o cirurgião-dentista deve estar munido de informações e direcionamentos, para uma boa condução do tratamento mediante ao aparecimento de situações emergenciais no consultório odontológico. Por isso, o objetivo desse trabalho foi elencar as ocorrências mais comuns das situações de urgências e emergências médicas no consultório odontológico, apresentando um manual ilustrado como recurso didático. A metodologia foi realizada mediante à revisão de literatura para subsidiar a construção teórica do Manual, com uma pesquisa bibliográfica realizada nas bases de estudos acadêmicos: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde – Odontologia (BVS Odontologia), Google acadêmico e PubMed, utilizando os seguintes descritores em português: Consultórios Odontológicos; Emergências; Primeiros Socorros; Odontologia e Saúde; e os seguintes descritores em inglês: *Dental Offices; Emergencies; First Aid; Odontology e Health*. A criação e idealização do manual foi realizada pela própria autora, seguindo o processo de desenvolvimento de objeto educacional adaptado de Monier (2018) e as normas da Editora da Universidade Federal do Maranhão. Como resultado, destaca-se o manual ilustrado que traz 10 capítulos, abordando desde uma anamnese bem conduzida e direcionada e até um bom diagnóstico durante as situações emergenciais, que direcionará a conduta adequada dentro do tempo necessário e eficaz para cada situação. Com isso, o manual ilustrado elaborado se dispôs a destacar os pontos principais para o atendimento de pacientes nessas situações, da anamnese até o atendimento de suporte, de modo prático e de fácil acesso para o cotidiano clínico.

Palavras-chave: Consultórios Odontológicos. Emergências. Primeiros Socorros. Odontologia e Saúde.

ABSTRACT

The distinction between urgent situations (quick action to avoid complications) and emergencies (immediate intervention due to imminent risk to life) is essential to avoid possible aggravating factors during dental care. In addition, early diagnosis, careful anamnesis and monitoring of vital signs are essential to prevent these situations, together with knowledge of Basic Life Support (BLS) and the application of specific protocols, which are indispensable for any occurrence involving imminent risk to the life of patients. In view of this, the dentist must be equipped with information and guidance to properly conduct treatment when emergency situations arise in the dental office. Therefore, the objective of this study was to list the most common occurrences of medical emergencies and urgent situations in the dental office, presenting an illustrated manual as a teaching resource. The methodology was carried out through a literature review to support the theoretical construction of the Manual, with a bibliographic research carried out in the academic study databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library – Dentistry (BVS Odontologia), Google Scholar and PubMed, using the following descriptors in Portuguese: Dental Offices; Emergencies; First Aid; Dentistry and Health; and the following descriptors in English: Dental Offices; Emergencies; First Aid; Odontology and Health. The manual was created and designed by the author herself, following the process of developing an adapted educational object by Monier (2018) and the standards of the Federal University of Maranhão Press. As a result, the illustrated manual stands out, with 10 chapters, covering everything from a well-conducted and targeted anamnesis to a good diagnosis during emergency situations, which will direct the appropriate conduct within the necessary and effective time for each situation. With this, the illustrated manual created was designed to highlight the main points for caring for patients in these situations, from the anamnesis to support care, in a practical and easily accessible way for everyday clinical practice.

Keywords: *Dental Offices. Emergencies. First Aid. Odontology. Health.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
3	OBJETIVO.....	15
4	METODOLOGIA	15
4.1	Tipo de estudo e forma de apresentação	15
4.2	Público - alvo	15
4.3	Revisão de literatura.....	15
4.4	Criação do Manual.....	15
5	RESULTADOS	17
6	DISCUSSÃO	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS.....	24
	APÊNDICE.....	28

1 INTRODUÇÃO

As situações de urgências e de emergências no consultório odontológico podem ocorrer em qualquer ocasião durante o tratamento, até na sala de espera, acometendo toda e qualquer pessoa, sem importar idade ou gênero, e antecedentes sistêmicos. No entanto, alguns pacientes estão mais aptos a ocorrências emergenciais, formando grupos com maior incidência, como: pacientes com idade mais avançada; diabéticos, hipertensos e epiléticos; coronariopatas e cardiopatas; pacientes portadores de doenças renais e hepáticas com histórico de reações alérgicas e com distúrbios respiratórios (PIMENTEAL *et al.*, 2014).

As urgências ocorrem quando há uma situação crítica, com ocorrência de perigo exacerbado e que, caso o paciente não seja devidamente atendido, pode tornar-se uma emergência, necessitando de um menor tempo, para evitar complicações futuras. Por urgências, entende-se os casos das situações médicas, como: síncope e lipotimia, angina de peito, hipertensão, hipotensão, crises de asma e hiperventilação, por exemplo. No caso das emergências, essas situações não podem ser adiadas, sendo resolvidas, rapidamente, com uma sequência de manobras de pronto atendimento, inerentes ao cirurgião-dentista e específicas devido ao protocolo que deve ser memorizado e seguido, necessitando de tratamento imediato, por apresentar risco iminente à vida do paciente, como, por exemplo, situações de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), anafilaxias generalizadas e hemorragia intensa (HANNA *et al.*, 2014).

Diante de toda emergência, é necessário prestar os primeiros socorros com os conhecimentos do Suporte Básico de Vida (SBV). O profissional odontológico e toda sua equipe, composta pelo Auxiliar em Saúde Bucal, o Técnico em Saúde Bucal e a Secretária ou a Recepcionista, precisam estar preparados para agir nessas situações, garantindo a saúde de seus pacientes. Restringir o atendimento à cavidade oral do paciente, sem considerar todo o estado geral de saúde pode aumentar significativamente as chances de ocorrer um evento emergencial. Esse fato, quando associado à falta de conhecimento adequado sobre o assunto por parte dos profissionais, pode gerar

consequências negativas e, até mesmo, fatais à vida do seu paciente (HAESE e CANCADO, 2016).

Com a identificação dos grupos de maior risco de incidência de emergências médicas, o cirurgião-dentista aumenta sua responsabilidade, não somente na identificação desses pacientes, mas no cuidado e na realização do plano de tratamento, tomando as medidas necessárias para evitar toda e qualquer tipo de situação que problematize o bem-estar dos pacientes (PIMENTEAL *et al.*, 2014).

A prevenção das urgências e emergências no consultório odontológico inicia-se na anamnese completa e criteriosa do paciente, buscando toda sua história médica, o seu histórico familiar e sua história odontológica (BRANDÃO *et al.*, 2018). Um exame físico feito de forma correta, para avaliação do estado geral de saúde e dos sinais vitais, e o exame clínico extra e intraoral, realizado de forma cautelosa, pode minimizar qualquer emergência que venha acometer os pacientes, aumentando a segurança destes em relação ao cuidado médico (BRANDÃO *et al.*, 2018; HANNA *et al.*, 2014). Esses dados da saúde geral do paciente auxiliam na condução do protocolo correto de atendimento e no controle dos sinais vitais antes e durante o acompanhamento clínico, constatando que a melhor forma de tratar ocorrências de urgência e emergência é através da prevenção (JUNIOR *et al.*, 2020).

Diante disso, os profissionais da área da saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas, necessitam estar preparados, tanto com o conhecimento técnico e científico, quanto com o conhecimento prático dos protocolos do SBV (BRASIL, 2016; BRAVIN, 2018) sobre as ocorrências de urgências e emergências médicas, assegurando o controle da saúde e do bem-estar dos pacientes, dando todo o suporte necessário de primeiros socorros e manejo desses pacientes (HANNA *et al.*, 2014).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As situações de urgência e emergência no consultório odontológico estão cada vez mais recorrentes, diante de um aumento da população formado pelos grupos com maior incidência das emergências médicas, dentre eles

diabéticos, hipertensos e cardiopatas (CAMINHA *et al.*, 2018; REIS *et al.*, 2022; SPEZZIA e JUNIOR, 2017).

De acordo com Silva (2006), a interação do paciente e do profissional é intencionada durante a anamnese, caracterizando-a como a principal via de esclarecimento de possíveis doenças, da utilização de alguns fármacos e da pesquisa do histórico buco-dental do paciente, verificando as possíveis ocorrências dos pacientes já vivenciadas durante o procedimento odontológico. Diante disso, a anamnese e o exame clínico geral devem ser realizados de forma correta e criteriosa, a fim de identificar essas possíveis enfermidades, preparando o profissional para a prevenção de determinadas intercorrências que possam ocorrer durante o atendimento do paciente (CAPUTO, 2009).

Segundo Possobon *et al.* (2007) e Aeschliman (2003), os tratamentos odontológicos são considerados procedimentos que possuem um potencial ansiogênico para os envolvidos, tanto para os cirurgiões-dentistas e sua equipe, quanto, principalmente, para os pacientes, os quais, diante de uma situação inusitada, especialmente com tratamentos invasivos e mais complexos, ficam mais vulneráveis e ansiosos.

A aplicação de anestesia, a quantidade de instrumentais e um comportamento despreparado do cirurgião-dentista são exemplos de manifestação sintomática de ansiedade trazida pelo paciente, que, conseqüentemente, se esquia do tratamento, segundo Possobon *et al.* (2007) e Aeschliman (2003). O medo gerado pela figura do dentista, já que existe de fato esse receio pelo “jaleco branco” e por toda paramentação usada por eles, segundo Malamed (2016), pode levar a um estresse mais exacerbado, mudando todo o comportamento clínico do paciente, o que facilita o aumento das ocorrências de urgências e de emergências médicas.

De acordo com guia para o manuseio de emergência médica, revisado pelo comitê da *American Dental Association* (ADA), as principais emergências situadas na Odontologia são síncope vasovagal, angina de peito, infarto agudo do miocárdio, hipertensão, hipotensão, coma diabético, alergia, asma, anafilaxia, hiperventilação, acidente cerebrovascular e hemorragia (PIMENTEAL *et al.*, 2014).

Segundo a análise literária de artigos científicos a respeito de urgências e emergências médicas em Odontologia, JUNIOR *et al.* (2020) também identifica

casos de urgência e emergência no consultório odontológico que se entrelaçam com o guia de manuseio de emergência médica da ADA, como a síncope, hipoglicemia, crise aguda de asma, emergências cardiovasculares, reações de hipersensibilidade e obstrução das vias aéreas por corpos estranhos.

Pelo levantamento epidemiológico realizado com 4.309 dentistas americanos, foi constatado 30.608 episódios de emergências médicas no período de 10 anos. A maioria dessas ocorrências se deu por manifestações associadas à falta de controle do estresse, sendo elas 15.407 lipotimias e síncope vasopressora, 1.326 casos de hiperventilação e cerca de 3.000 alterações cardiovasculares. Durante esse estudo, também se observou que 54,9% das emergências médicas ocorreu durante ou logo após a anestesia local, momento identificado como o mais estressante do tratamento da maioria dos pacientes (PIMENTEAL *et al.*, 2014).

Pelo exposto, é salutar a compreensão das possíveis situações de urgência e emergência médicas no consultório odontológico.

Em situações de urgências médicas, entende-se como a lipotimia, a sensação de mal-estar (sem perda de consciência), que caso não seja tratada imediatamente, pode gerar uma síncope, levando a perda repentina e momentânea de consciência (CELESTINO *et al.*, 2018; FONTOURA, 2016; GOMES *et al.* 2021). Os casos de hipotensão postural ocorrem mediante a perturbação do sistema nervoso autônomo que também leva a uma perda de consciência, quando o paciente se levanta de forma rápida da cadeira odontológica (VILAÇA *et al.*, 2015). Já a crise hipertensiva pode surgir como urgência médica mediante ao estresse do tratamento odontológico, a qual a pressão arterial do paciente se encontra muito elevada dos parâmetros normais e, em pacientes com histórico de hipertensão ou mesmo aqueles sem nenhuma crise, o medo e a ansiedade levam ao pico de pressão, com ou sem sintomatologia, por exemplo (ANDRADE, 2011).

Nos casos de emergências médicas, essas situações não podem ser adiadas pelo risco iminente à vida do paciente, necessitando de atendimento imediato, como ocorrem nas situações de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), anafilaxias generalizadas e hemorragia intensa. O infarto agudo do miocárdio, por exemplo, é decorrente da obstrução de algum ramo de artérias coronárias com placas de ateroma e, no consultório

odontológico, geralmente o medo é o fator que desencadeia o aumento na demanda de oxigênio por parte do miocárdio, e essa obstrução impede a chegada de oxigênio, ocorrendo a isquemia permanente (infarto, se manifestando imediatamente por dor torácica) (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al. , 2015; PIMENTEAL et al., 2014). Já situações de anafilaxia generalizada, por exemplo, ocorrem no consultório odontológico de forma comum pelas reações alérgicas a algumas medicações utilizadas durante o atendimento, como antibióticos, analgésicos, drogas para controle da ansiedade, anestésicos e resina acrílica, por exemplo (FONTOURA, 2016).

Tendo em vista todo esse contexto, o profissional e sua equipe devem estar preparados para oferecer um bom atendimento aos seus pacientes, com conhecimentos técnicos e práticos sobre as manobras básicas do SBV. O Suporte Básico de Vida deve ser oferecido à vítima para que se consiga mantê-la viva até a chegada de um serviço médico de urgência, utilizando os princípios básicos dos primeiros socorros, sendo ele: (1) salvar vidas, (2) evitar o agravamento antes da instituição de um tratamento definitivo, e (3) procurar ajuda qualificada (ALENCAR *et al.*, 2022; BRASIL, 2016; CAIXÊTA, 2019). Desse modo, toda a equipe odontológica deve manter um preparo psicológico eficaz, pois essas situações inusitadas possuem caráter de tensão e atenção, sendo enfrentadas de maneira cautelosa, a fim de evitar uma possível letalidade a vida do paciente (ANDRADE e RANALI, 2011; SANTOS e RUMEL, 2006).

Alguns dados apontam que a maioria dos profissionais de Odontologia não possuem segurança e capacidade para oferecer um correto atendimento de emergência e conduzir uma situação de risco, ficando refém da presença médica para socorrer o paciente (SILVA, 2006). Santos e Rumel (2006) observaram em seu estudo com cirurgiões-dentistas que 76,9% dos profissionais entrevistados não se sentem preparados para agir diante de uma emergência médica em seus consultórios, independente de trabalhar no serviço público ou em clínicas privadas.

Sendo assim, é importante que o cirurgião-dentista esteja preparado para o diagnóstico, para conduzir o caso com protocolos de emergência e para dirigir o atendimento para um médico especializado (GUIMARÃES, 2001; SILVA, 2006). Além disso, vale ressaltar a baixa procura de profissionais por cursos de

capacitações e atualizações constantes, como o Suporte Básico de Vida, principalmente pela não obrigatoriedade da realização desses treinamentos para o exercício profissional (JUNIOR *et al.*, 2020).

3 OBJETIVO

Elaborar um Manual ilustrado sobre as principais urgências e emergências médicas no consultório odontológico e o manejo dos pacientes em situações de risco iminente à vida.

4 METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO E FORMA DE APRESENTAÇÃO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva. Seu desenho atende aos pré-requisitos de um Manual Ilustrado.

4.2. PÚBLICO-ALVO

O conteúdo do referido recurso educacional é voltado, prioritariamente, para acadêmicos do curso de Odontologia e por cirurgiões-dentistas.

4.3. REVISÃO DE LITERATURA

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica para subsidiar a construção do bojo teórico do Manual. A busca dos trabalhos foi efetuada nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde – Odontologia (BVS Odontologia), Google acadêmico e PubMed. Foram utilizados os seguintes descritores em português: Consultórios Odontológicos; Emergências; Primeiros Socorros; Odontologia e Saúde; e os seguintes descritores em inglês: *Dental Offices; Emergencies; First Aid; Odontology e Health*.

Foram selecionados artigos originais publicados no período de 2003 a 2024 disponíveis na íntegra nos idiomas inglês e português que abordam a temática escolhida. Foram excluídos os trabalhos que não se enquadrarem nos critérios de inclusão supracitados.

4.4. CRIAÇÃO DO MANUAL

Para a criação do Manual, foram realizadas as ações abaixo, conforme processo de desenvolvimento de objeto educacional adaptado de Monier (2018):

Ações Pedagógicas: etapas iniciais, e envolverão a elaboração/validação do conteúdo específico da área, totalizando 05 processos:

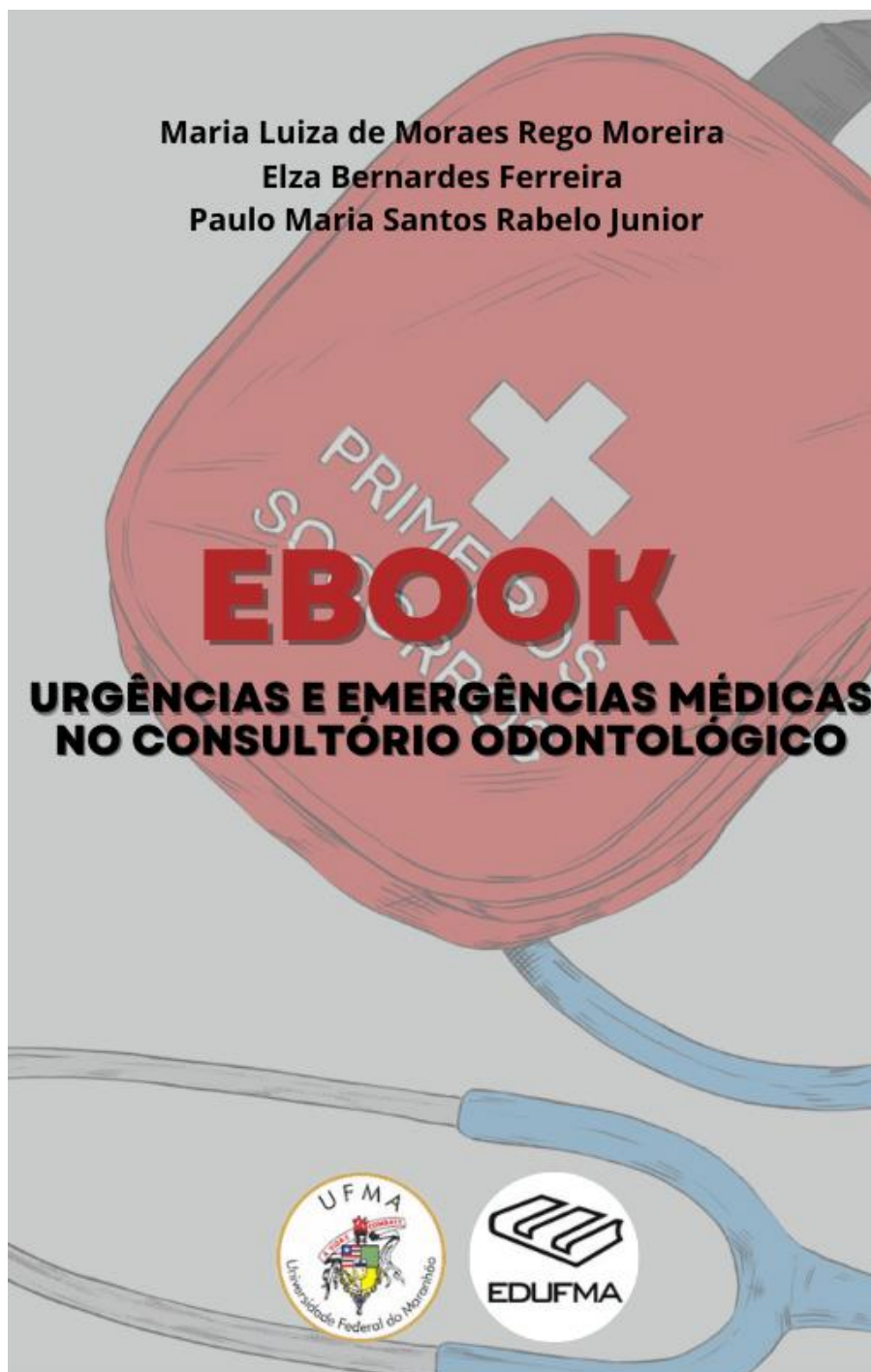
- i. Planejamento pedagógico: visa a delimitação de conteúdo e considerando a proposta de Ten Cate (SCHMIDT et al, 1996), incluirá itens como: perfil, elaboração dos objetivos educacionais, estratégias educacionais a serem utilizadas, definição e estruturação dos capítulos e avaliação da aprendizagem.
- ii. Produção de conteúdo: o conteúdo foi produzido levando em consideração os temas a serem elencados no planejamento pedagógico, e subsidiados pela revisão bibliográfica já realizada.
- iii. Revisão técnica: etapa em que ocorreu a validação técnica da etapa anterior realizada por um profissional especialista no tema, a fim de cancelar tecnicamente o texto-base.
- iv. Revisão ortográfica/normalização: etapa de adequação do texto de acordo com normas específicas para publicação do Manual na Editora da Universidade Federal do Maranhão (EDUFMA).

Ações de Design: relacionadas à transposição didática do conteúdo, desenvolvidas em 04 atividades:

- v. Definição de storyboard: espécie de guia que, a partir de um template, expõe um esboço prévio do conteúdo, feito no *Microsoft Word*.
- vi. Obtenção e organização de imagens: em eventual necessidade de imagens, estas foram obtidas mediante autorização prévia, e em presença do professor orientador/coorientador do trabalho, desenvolvidas por um ilustrador.
- vii. Desenvolvimento do Manual: com base no *storyboard*, será desenvolvido o Manual, a partir do software *Canva*, plataforma online de design e comunicação visual.
- viii. Validação do Manual: checagem do documento pelos professores que estão orientando o presente projeto.

5 RESULTADOS

Este trabalho tem como resultado a criação de um manual ilustrado (APÊNDICE A), com objetivo de ampliação o conhecimento, elencando as ocorrências mais comuns das situações de urgências e emergências médicas no consultório odontológico, de forma interativa e personalizada, definida na etapa de planejamento pedagógico, cujo produto é um Manual ilustrado em formato digital, conforme a metodologia descrita acima:



O ebook foi elaborado pela própria autora, utilizando a plataforma *Canva*, permitindo a criação de um modelo personalizado, com funcionalidade e visualmente atrativo, no qual traz consigo design, cores, elementos gráficos e mapas mentais lúdicos, que remetem à temática de emergências médicas, fazendo jus a coerência do conteúdo com a caracterização do ebook. As ilustrações foram feitas pelo ilustrador Antônio de Azevedo Viegas Neto, reforçando a característica lúdica e acessível do material, tornando-o dinâmico e atraente para os leitores, conversando, justamente, com o tema proposto.

O processo de elaboração iniciou pela seleção criteriosa dos tópicos e pela aplicação de recursos visuais que permitissem a melhor entrega do conteúdo. Nesse contexto, foram definidos 10 capítulos estruturados e ilustrados, totalizando 119 páginas, abordando de forma didática e objetiva os seguintes temas:

- **Capítulo 1 - Introdução às Emergências Médicas:**

O primeiro capítulo apresenta os conceitos essenciais sobre a temática, como anamnese, exame clínico, sinais vitais, dentre eles, a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a pressão arterial, além da classificação do paciente, fazendo um aparato geral sobre o tema.

- **Capítulo 2 - Suporte Básico de Vida:**

Neste capítulo é retratado os principais protocolos iniciais para estabilização e condução do paciente durante ocorrências médicas, trazendo ilustrações que demonstrassem o passo a passo da primeira abordagem com o paciente em caso de parada cardiorrespiratória.

- **Capítulo 3 - Síncope e Lipotímia:**

Este capítulo aborda as discussões sobre os manejos de pacientes que apresentam síncope, lipotímia e hipotensão postural no consultório odontológico com mapas mentais lúdicos e claros evidenciando os protocolos clínicos que devem ser feitos.

- **Capítulo 4 - Alterações Cardiovasculares:**

O quarto capítulo demonstra os manejos e os protocolos clínicos com pacientes advindos de condições cardiovasculares, como dor torácica, angina de peito, infarto agudo do miocárdio e hipertensão arterial.

- **Capítulo 5 - Alterações Respiratórias:**

Neste capítulo, as ilustrações e mapas mentais abordam a temática das emergências respiratórias, incluindo as principais situações que ocorrem no consultório odontológico, como hiperventilação, obstrução das vias aéreas e asma.

• **Capítulo 6 - Alterações Adversas:**

O sexto capítulo retrata como identificar situações de alergias e de anafilaxia no consultório odontológico e o que deve ser feito durante essas intercorrências.

• **Capítulo 7 - Alterações Neurológicas:**

Este capítulo expõe acerca do reconhecimento e da abordagem em pacientes que apresentam crises convulsivas no ambiente odontológico durante o atendimento com ilustrações e mapas mentais que revelam o protocolo clínico.

• **Capítulo 8 – Hemorragias:**

O capítulo oito discute sobre a abordagem no controle de hemorragias em emergências odontológicas e aponta quais materiais são mais utilizados e necessários para estas ocorrências.

• **Capítulo 9 - Acidente Vascular Encefálico:**

Neste capítulo, o acidente vascular encefálico é pauta para trazer informação acerca da identificação e dos primeiros cuidados em pacientes que apresentam sintomas característicos de acidente vascular encefálico no consultório odontológico e como conduzir essas situações para acionar o sistema especializado de urgência.

• **Capítulo 10 - Kit de Emergência:**

O último capítulo apresenta os itens essenciais de um kit de emergência e suas funções diante das ocorrências no âmbito odontológico, mostrando os alguns materiais utilizados para atender as situações iniciais de urgências e emergências para assim, acionar o setor especializado.

Após essa etapa, foi realizada a revisão técnica e validação do conteúdo pelo coorientador, professor Dr. Paulo Maria Santos Rabelo Junior, garantindo, justamente, a confirmação do conteúdo científico apresentado e a relevância dos temas abordados. Já a adequação do *layout* e dos textos apresentados foram feitos pela própria autora, baseadas nas normas da Editora da Universidade Federal do Maranhão (EDUFMA), para padronizar a publicação e a

disseminação do material, aliando clareza, coerência, objetividade e rigor técnico.

6 DISCUSSÃO

As situações de urgência e emergência no consultório odontológico representam um desafio para os cirurgiões-dentistas e suas equipes, tendo em vista o risco de intercorrências que podem comprometer a vida do paciente. Como demonstrado no referencial teórico, estas ocorrências podem ser causadas por fatores diversos, incluindo condições pré-existentes e comorbidades dos pacientes, situações de estresse e ansiedade associadas ao tratamento odontológico e a falta de preparo adequado dos profissionais.

Conforme estudos de Pimental et al. (2014), foram verificados grupos de pacientes mais suscetíveis a ocorrência de emergências médicas, como diabéticos, hipertensos, epiléticos, coronariopatas e cardiopatas. A anamnese odontológica é uma ferramenta crucial para a avaliação do estado de saúde do paciente, permitindo a identificação de históricos médicos, familiares e odontológicos, sendo aliada na prevenção, conforme destacado por Brandão et al. (2018).

Além disso, o levantamento epidemiológico realizado por Pimental et al. (2014) enfatiza a relevância da anamnese na identificação de fatores de risco, especialmente no que diz respeito às emergências médicas durante o atendimento odontológico. Este estudo analisou 30.608 casos de emergências médicas, como lipotimias e síncope vasovagal, e outras emergências cardiovasculares e respiratórias, em conjunto aos tratamentos odontológicos com potencial ansiogênico nos pacientes, como retratado também nos estudos de Aeschliman (2003) e Possobon et al. (2007).

O destaque da relação entre o potencial ansiogênico dos tratamentos odontológicos e a incidência de urgências, apresentados nos estudos de Aeschliman (2003), Malamed (2016) e Possobon et al. (2007), traz um aumento de interesse na área da saúde bucal. Esses estudos apontam que situações invasivas e complexas podem gerar estresse nos pacientes, levando a desencadear reações como síncope, hiperventilação e alterações cardiovasculares, descritos em capítulos do manual ilustrado, além do receio

gerado pelo “jaleco branco” e pela paramentação odontológica que pode intensificar o quadro clínico dos pacientes.

Atrelado à anamnese, os exames clínicos detalhados e a monitorização constante dos sinais vitais permitem um atendimento mais seguro e minimizam os riscos do surgimento de intercorrências no consultório odontológico, conforme protocolo especializado visto em Junior et al. (2020). Diante disso, a anamnese deve ser complementada por um exame físico criterioso, como defendido por Brandão et al. (2018), que permita identificar os sinais de alerta e características específicas e individualizadas de cada paciente, a fim de preparar o profissional para possíveis intercorrências.

Com isso, Junior et al. (2020) ressalta que a prevenção deve ser baseada no protocolo de Suporte Básico de Vida (SBV) e na realização de exames clínicos detalhados, sendo a melhor alternativa para evitar intercorrências durante o atendimento, reforçando a relevância do tema abordado neste manual ilustrado.

Por outro lado, a ausência de preparo dos profissionais é um ponto crítico identificado na literatura. Estudos como os de Silva (2006) e Santos e Rumel (2006) evidenciam que uma parcela significativa dos cirurgiões-dentistas não se sente preparada para agir em emergências, diante da falta de capacitação continuada e da baixa adesão aos protocolos de Suporte Básico de Vida (SBV), conforme ressaltado por Junior et al. (2020).

Os dados apresentados evidenciam essa necessidade do aprimoramento constante dos cirurgiões-dentistas no que diz respeito ao atendimento de emergências médicas, desde o preparo psicológico para estabelecer uma relação de confiança com o paciente, até uma conduta acolhedora para esclarecer as etapas do tratamento. Estudos como os de Campos et al. (2019) e Dutra e Santos-Silva (2021) indicam que esse baixo conhecimento e a falta dessa prática na aplicação do SBV comprometem a segurança do paciente durante as intercorrências.

Diante disso, o Manual Ilustrado sobre urgências e emergências médicas no consultório odontológico foi elaborado com o intuito de contribuir com essa discussão, por se tratar de um recurso educacional de aprendizagem que aborda os principais tópicos relacionados ao reconhecimento e manejo dessas situações. O *layout* do Manual, a divisão em capítulos temáticos e a inclusão de

ilustrações e cores que remetem à temática tornam o conteúdo atrativo e de fácil compreensão, possibilitando que o leitor tenha acesso rápido e objetivo às informações necessárias.

O ebook desenvolvido aborda os seguintes temas: Suporte Básico de Vida, Síncope e Lipotimia, Hipotensão postural, Alterações Cardiovasculares (como dor torácica, angina de peito, infarto agudo do miocárdio e hipertensão arterial), Alterações Respiratórias (hiperventilação, obstrução das vias aéreas e asma), Alterações Adversas (alergias e anafilaxias), Alterações Neurológicas (crise convulsiva), Hemorragias, Acidente Vascular Encefálico e Kit de Emergência Médicas no consultório odontológico visando o fácil acesso a temas complexos e importantes para o conhecimento do cirurgião-dentista. Segundo os estudos Bravin et. al. (2018) e Prado et al. (2024), o conhecimento teórico e prático sobre o manejo dessas situações emergenciais é de fundamental importância para o cirurgião-dentista, pois a sua habilidade e a sua condução do caso são fatores determinantes na sobrevivência do paciente. Dessa forma, faz-se necessário o constante treinamento para o desenvolvimento da capacidade prática, como objetivo de sucesso no atendimento emergencial no consultório odontológico.

Do ponto de vista educacional, a construção do Manual Ilustrado com design atrativo e funcional, reforça a relevância de materiais visuais no processo de ensino-aprendizagem. Entende-se que a inclusão de elementos visuais e o uso de cores específicas aumentam o engajamento e a retenção de informações pelos leitores (Mayer, 2005). A educação em saúde, por meio de materiais como os manuais ilustrados é uma ferramenta valiosa na preparação de profissionais, conforme ressaltado por Echer, (2005), promovendo um atendimento seguro e garantindo o bem-estar dos pacientes, além de preparar o consultório odontológico para lidar com situações emergenciais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce, adicionado a uma anamnese detalhada e ao monitoramento contínuo de sinais clínicos, é fundamental para a prevenção dos eventos emergenciais. Além disso, o domínio do Suporte Básico de Vida (SBV) e a aplicação de protocolos específicos são elementos importantes para o manejo seguro e eficaz nessas situações emergenciais.

Desta forma, este trabalho apresentou um Manual Ilustrado a respeito das principais urgências e emergências médicas e o manejo no consultório odontológico, desde a identificação inicial dessas situações até a aplicação de protocolos adequados de tratamento de modo prático e de fácil acesso para o cotidiano clínico.

A obra foi concebida a partir de 10 capítulos estruturados e ilustrados, totalizando 119 páginas, abordando os seguintes temas: Introdução às Emergências Médicas, Suporte Básico de Vida, Síncope e Lipotimia, Alterações Cardiovasculares, Alterações Respiratórias, Alterações Adversas, Alterações Neurológicas, Hemorragias, Acidente Vascular Encefálico e Kit de Emergência.

Como perspectivas futuras, pretende-se publicar o referido material na EDUFMA, com vistas a contribuir com a discussão sobre o tema, além de disponibilizar um recurso educacional livre e objetivo aos profissionais em saúde e demais interessados.

REFERÊNCIAS

- AESCHLIMAN, S. D. et al. A preliminary study on oxygen saturation levels of patients during periodontal surgery with and without oral conscious sedation using diazepam. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 74, n. 7, p. 1056-1059, julho, 2003.
- ALENCAR, J. C.G., CASTRO, B. V. C., PADRÃO, E. M. H., MAIA, I. W. A., AMORIM, K. D., SOUZA, H. P. Suporte básico de vida no adulto. In: Medicina de Emergência: abordagem prática. **Editora Manole Ltda**, São Paulo, 16ª edição, p. 222-250, 2022.
- ANDRADE ED, RANALI J. Emergências médicas em odontologia. **Artes Médicas**, São Paulo, 3ª edição, p.172, 2011.
- BARROS, M. N. F.; GAUJAC, C.; TRENTTO, C. L.; ANDRADE, M. C. V. Tratamento de Pacientes Cardiopatas na Clínica Odontológica. **Revista Saúde e Pesquisa**, p. 109-114, 2011.
- BRANDÃO, B. A.; CORTEZ, A. L.; LOUREIRO, A. S.; MORAES, G. R.; BRÊDA, M. A.; FERANDES, D. C. Importância de um Exame Clínico adequado para o atendimento odontológico. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Alagoas, v. 5, n. 1, p. 77-88, novembro, 2018.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Protocolo de Suporte básico de Vida. Fevereiro/2016.
- BRAVIN, R.B.C.; SOBRINHO, A.L.P.C.; SEIXAS, M.M.S. A importância do Suporte Básico de Vida na odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia UPF**, Passo Fundo, v. 23, n.3, p.371-377, set./dez, 2018.
- CAIXÊTA, T. C. M.; 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**. Lages, 2019.
- CAMINHA, R.D.G.; MACIEL, A.P.; MEDEIROS, F.P.; SANTOS, P.S.S. Emergências Cardiovasculares Agudas: Prevenção, diagnóstico e manejo odontológico. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n.3, p. 372-7, 2018.
- CAMPOS, A.C.M.; ASSIS, N.M.S.P.; LEITE, I.C.G.; SILVA, B.N.; CARVALHO, M.F. Nível de conhecimento sobre suporte básico de vida dos estudantes de odontologia. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 45, n. 2, p. 170-176, 2019.
- CAPUTO, I. G. Emergências médicas em consultório odontológico: implicações éticas e legais para o cirurgião-dentista. **Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba**. Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, São Paulo, 2009.

CARMO, C. D. S.; GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Elaboração de itens de avaliação para jogos educacionais**. São Luís: EDUFMA, 2017.

CARNEIRO L., P. S.; BARRETO, R. DE C. Emergências médicas no consultório odontológico e a (in)segurança dos profissionais. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 267–272, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/11943>.

CELESTINO, S. et al. Mecanismos eletrofisiológicos subjacentes à síncope cardíaca inibitória sem pausa assistólica significativa: implicações terapêuticas e prognósticas. **LARHS**, Baltimore, v. 93, 2018.

DUTRA, N.G.S.; SANTOS-SILVA.; M.A. Emergências: Estudantes de odontologia estão preparados para agir nesse tipo de situação? **Revista de Saúde**. Vassouras, v.12, n.3, p. 03-10, ago./nov, 2021.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, outubro, 2005.

FERREIRA, S.H.; NETO, J.C.L.; CUNHA, D.W.S.; VASCONCELOS, M.N.; BARROSO, F.J.S.; OLIVEIRA, J.M.S.; MOURA, A.L. Avaliação do conhecimento dos acadêmicos de odontologia do Centro Universitário do Norte (UNINORTE-AM) sobre Emergências Médicas no consultório Odontológico. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.7, n.11, p. 105379-105391, nov. 2021.

FONTOURA, Renato. SOS odonto – emergências médicas. **Editora Napoleão**, 1ª edição, p. 162-67. 2016.

GOMES, N., et al. Prevenção, diagnóstico e tratamento das emergências médicas no consultório odontológico: uma revisão de literatura. **Archives of health investigation**, vol. 10, Campina Grande, 2021.

GUIMARÃES PSP. Emergências médicas em odontologia. **Revista Brasileira de Odontologia**, p. 294-295, 2001.

HAESE, R. D. P.; CANÇADO, M. R. P. Urgências e emergências médicas em odontologia: avaliação da capacitação e estrutura dos consultórios de cirurgiões-dentistas. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**. Camaragibe, vol.16, no.3, jul./set. 2016.

HANNA L. M. O.; ALCÂNTARA H. S. C.; DAMASCENO J. M.; SANTOS M. T. B. R. Conhecimento dos Cirurgiões-dentistas diante Urgência/ Emergência Médica. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**. Camaragibe Vol.14 no.2, abr./jun. 2014.

HUPP, J.R.; ELLIS, E.; TUCKER, M.R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2015.

JUNIOR, J. C. R.; SIQUEIRA, N. C.; DE MELO, P. G. B. Urgências e Emergências médicas no consultório odontológico: conhecimento e condutas necessárias para o correto manejo do paciente. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, vol.32, n.2, p.150-156, set – nov, 2020.

LINDSAY PIUS, BS; NOAH BRADY, BS; MADSON OVERBY BS; JENNA ZHU BS; NALTON FERRADO DMD. Emergency protocol in the dental clinic: Assessing medical emergency training requirements and guidelines for dentists. **The Journal of the American Dental Association**, v. 154, Issue 4, p. 301-310, april, 2023.

MALAMED, S. F. Emergency medicine in pediatric dentistry: preparation and management. **Journal of the California Dental Association**, Sacramento, v. 31, n. 10, p. 749-755, out., 2003.

MALAMED, Stanley F. Emergências médicas em odontologia. **Editora Elsevier**, 7ª edição. P. 244-45. Rio de Janeiro, 2016.

MAYER, R. E. **The Cambridge Handbook of Multimedia Learning**. 3. ed. Santa Bárbara: University of Califórnia, 2005.

MILORO, M., et al. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. **Editora: Guanabara Kooga**, 3ª Ed., 2016.

MONIER, E.B. Objetos de aprendizagem em Radiologia Odontológica como recursos facilitadores ao Ensino Superior. 2018. 74 f. **Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2018.

OLASVEENGEN, T.M., et al. Adult Basic Life Support: 2020. **International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations**; 142:41-91, 2020.

OLIVEIRA, T. F.; MAFRA, R. P. VASCONCELOS, M. G., VASCONCELOS, R. G. Conduta Odontológica em pacientes diabéticos: considerações clínicas. **Odontologia Clínica – Cient. (Online)**, Recife, vol. 15, n. 1, Janeiro/ março, 2016.

PIMENTAL A. C. S. B.; CAPPAL A.; JUNIOR J. R. F. et al. Emergências em odontologia: revisão de literatura. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 105-113, 2014.

POSSOBON, R. S. et al. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 609-616, set./dez., 2007.

PRADO, Y. L., BORGES, L. P., ROCHA. S. L. S., SILVA, J. C. M., LIMA, M. G. A., SANTOS, T. S. J., MELO, J. M. D. NASCIMENTO, I. F., JOTER, K. P. L., COSTA, P. H. Importância do suporte básico de vida na primeira resposta a

emergências médicas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, p. 1534 – 1542, 2024.

REIS, R. C. P.; DUNCAN, B. B.; MALTA, D. C.; ISER, B. P. M.; SCHMIDT, M. I. Evolução do diabetes mellitus no Brasil: dados de prevalência da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 a 2019. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 38, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149321>

RIBEIRO, F.B. Emergências médicas e suporte básico de vida em Odontologia (além do básico). 1 Ed. **São Paulo**, Santos, 2014.

SANTOS JC, RUMEL D. Emergência médica na prática odontológica no Estado de Santa Catarina: ocorrência equipamentos e drogas, conhecimento e treinamento dos cirurgiões-dentistas. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, p.183-190, 2006.

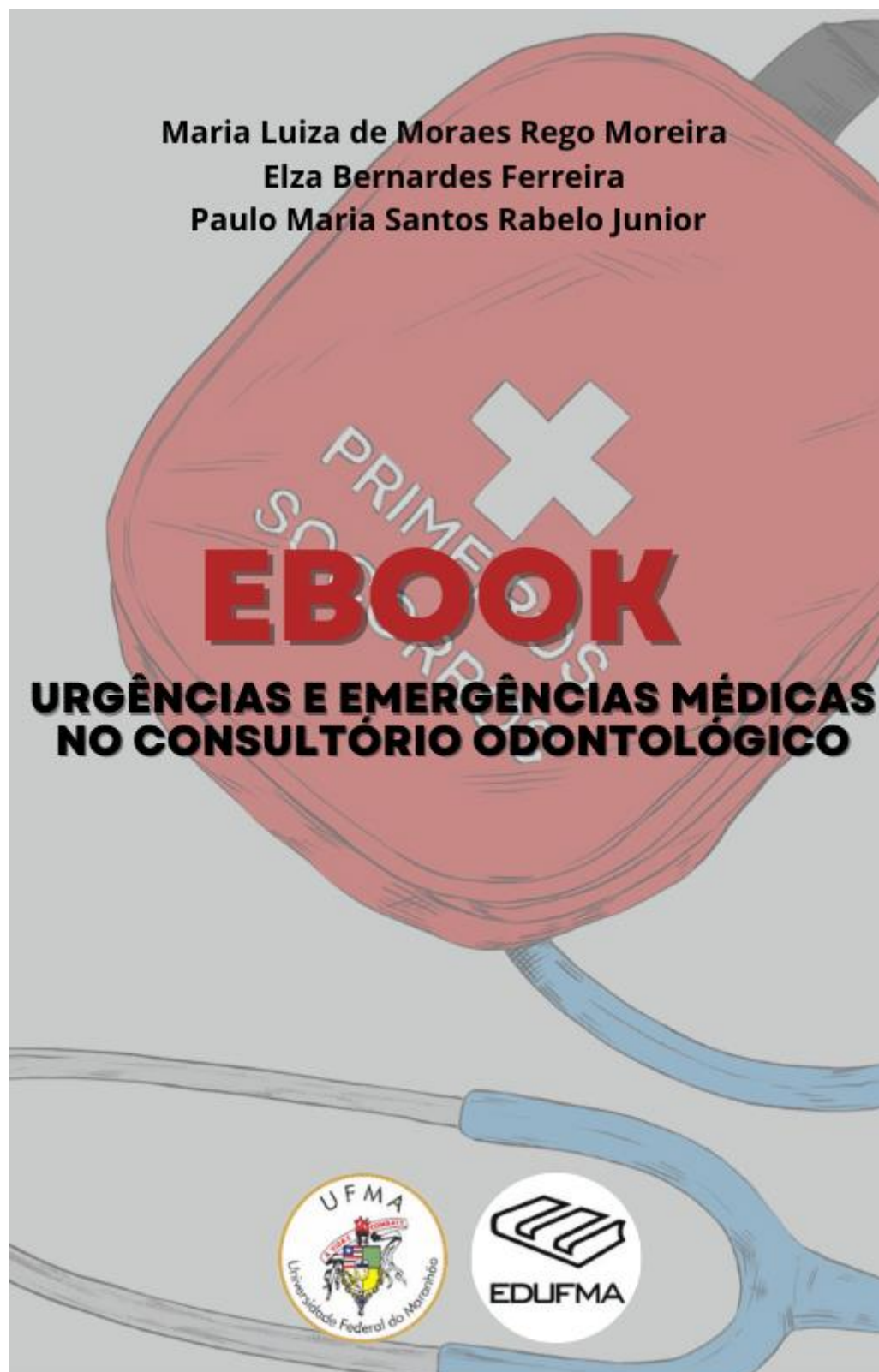
SILVA, E. L. Alunos formados e profissionais de Odontologia estão capacitados para reconhecerem situações em emergência médica e utilizarem protocolos de atendimento? **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 42, n. 4, p. 257-336, out./dez. 2006.

SCHMIDT, H. G. et al. The development of diagnostic competence: Comparison of a problem-based, an integrated, and a conventional medical curriculum. **Academic Medicine**, v. 71, p. 658–664, 1996.

SPEZZIA, S.; JUNIOR, R. C. Atendimento Odontológico em Hipertensos. **The Journal of Health Sciences**, v.19, n.1, p.43–46, 2017.

VILAÇA et al. The behavior of migraine in patients with Parkinson's disease. **Neurol. Int.** vol 4., n 1., p. 66-69, 2015.

APÊNDICE A





**Maria Luiza de Moraes Rego Moreira
Elza Bernardes Ferreira
Paulo Maria Santos Rabelo Junior**

**E-BOOK ILUSTRADO DE URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO
ODONTOLÓGICO**



EDUFMA

**São Luís - MA
2025**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva
Vice-Reitor Prof. Dr. Leonardo Silva Soares



EDITORIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Diretora Dra. Suênia Oliveira Mendes

Conselho Editorial Prof. Dr. Antônio Alexandre Isídio Cardoso
 Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni
 Profa. Dra. Ana Caroline Amorim Oliveira
 Prof. Dr. Márcio José Celeri
 Profa. Dra. Diana Rocha da Silva
 Profa. Dra. Gisélia Brito dos Santos
 Prof. Dr. Edson Ferreira da Costa
 Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva
 Prof. Dr. Carlos Delano Rodrigues
 Prof. Dr. Felipe Barbosa Ribeiro
 Profa. Dra. Maria Aurea Lira Feitosa
 Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas
 Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire
 Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior

Autores Maria Luiza de Moraes Rego Moreira
 Elza Bernardes Ferreira
 Paulo Maria Santos Rabelo Junior

Ilustrador Antônio de Azevedo Viegas Neto



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS

AUTORES



Maria Luiza de Moraes Rego Moreira
Acadêmica de Odontologia - UFMA



Elza Bernardes Ferreira
Profª. Drª. do Curso de Odontologia -
UFMA



Paulo Maria Santos Rabelo Junior
Prof. Dr. do Curso de Odontologia -
UFMA

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 01: Anamnese em consultório odontológico.....	15
ILUSTRAÇÃO 02: Exame clínico em consultório odontológico.....	16
ILUSTRAÇÃO 03: Aferir sinais vitais do paciente em consultório odontológico.....	17
ILUSTRAÇÃO 04: Aferição da frequência cardíaca do paciente.....	18
ILUSTRAÇÃO 05: Aferição da frequência respiratória do paciente.....	21
ILUSTRAÇÃO 06: Aferir a pressão arterial do paciente.....	23
ILUSTRAÇÃO 07: Parada cardiorrespiratória.....	28
ILUSTRAÇÃO 08: Compressão e ventilação em uma PCR.....	31
ILUSTRAÇÃO 09: Posição supina do paciente em cadeira odontológica.....	35
ILUSTRAÇÃO 10: Hiperextensão da cabeça do paciente.....	37, 39
ILUSTRAÇÃO 11: Condução da RCP.....	37, 39
ILUSTRAÇÃO 12: Manifestações clínicas da angina de peito.....	44
ILUSTRAÇÃO 13: Irradiação da dor torácica.....	45
ILUSTRAÇÃO 14: Coração necrosado durante Infarto Agudo do Miocárdio.....	46
ILUSTRAÇÃO 15: Esfigmomanômetro e estetoscópio para monitoramento da hipertensão arterial	49
ILUSTRAÇÃO 16: Manutenção das vias aéreas.....	54
ILUSTRAÇÃO 17: Paciente em posição sentada com pinça para remoção de corpo estranho na orofaringe.....	57

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 18: Manobra de Heimlich com paciente inconsciente.....	59
ILUSTRAÇÃO 19: Manobra de Heimlich com paciente consciente.....	60
ILUSTRAÇÃO 20: Compressão torácica com paciente inconsciente.....	61
ILUSTRAÇÃO 21: Compressão torácica com paciente consciente.....	62
ILUSTRAÇÃO 22: Cânula posicionada para procedimento invasivo de traqueostomia.....	64
ILUSTRAÇÃO 23: Fases convulsivas: (A) Fase tônica e (B) fase clônica...	80
ILUSTRAÇÃO 24: Hemostáticos locais: Suturas e ligaduras.....	92
ILUSTRAÇÃO 25: Hemostáticos locais: Compressões.....	93
ILUSTRAÇÃO 26: Hemostáticos locais: Eletrocauterização.....	94
ILUSTRAÇÃO 27: Hemostáticos locais: Vasoconstritores.....	94
ILUSTRAÇÃO 28: Acidente Vascular Encefálico.....	102
ILUSTRAÇÃO 29: Sistema portátil de liberação de oxigênio.....	108
ILUSTRAÇÃO 30: Esfigmomanômetro e estetoscópio	109
ILUSTRAÇÃO 31: Glicossímetro.....	109
ILUSTRAÇÃO 32: Oxímetro de pulso	110
ILUSTRAÇÃO 33: Materiais acessórios para produtos injetáveis presente no kit de emergência.....	111
ILUSTRAÇÃO 34: Maleta com todo o material necessário constituinte no kit de emergência.....	113

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO ÀS EMERGÊNCIAS MÉDICAS..... 11

Anamnese, exame clínico e sinais vitais.....	14
Frequência Cardíaca.....	18
Frequência Respiratória.....	21
Pressão Arterial.....	23
Classificação do paciente.....	25

2 SUPORTE BÁSICO DE VIDA..... 26

3 SÍNCOPE E LIPOTÍMIA..... 32

Síncope e lipotímia.....	33
Hipotensão postural.....	39

SUMÁRIO

4 ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES..... 40

Dor torácica.....	41
Angina de peito.....	43
Infarto agudo do miocárdio.....	46
Hipertensão.....	48

5 ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS..... 51

Hiperventilação.....	53
Obstrução das vias aéreas.....	55
Asma.....	65

6 ALTERAÇÕES ADVERSAS..... 69

Alergias.....	71
Anafilaxia.....	74

SUMÁRIO

7	ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA.....	77
	Convulsão.....	78
8	HEMORRAGIAS.....	85
9	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.....	98
10	KIT DE EMERGÊNCIA.....	104
	CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFERÊNCIAS	114



APRESENTAÇÃO

As situações de urgências e de emergências no consultório odontológico podem ocorrer em qualquer ocasião durante o tratamento, inclusive na sala de espera, acometendo toda e qualquer indivíduo, sem importar idade ou sexo.

Esse e-book possui o intuito de trazer conhecimento a respeito das principais urgências e emergências médicas no consultório odontológico, com diversas temáticas divididas em 10 capítulos para facilitar o estudo para propagar os protocolos e as ações corretas diante de uma urgência e de uma emergência no consultório odontológico, elencando as ocorrências mais comuns nessas situações de forma interativa e personalizada.



CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO ÀS EMERGÊNCIAS MÉDICAS





O QUE SÃO URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS?

As urgências odontológicas ocorrem quando há uma situação crítica, com ocorrência de perigo exacerbado e que, caso o paciente não seja devidamente atendido, pode se tornar uma emergência, necessitando de um menor tempo de ação, para evitar complicações futuras (HANNA et al., 2014).

No caso das emergências, essas situações não podem ser adiadas, sendo resolvidas, imediatamente e rapidamente, com uma sequência de manobras de pronto atendimento, inerentes ao cirurgião dentista e específicas devido ao protocolo que deve ser memorizado e seguido, necessitando de tratamento imediato, por apresentar risco iminente à vida do paciente (HANNA et al., 2014).

INCIDÊNCIAS DAS EMERGÊNCIAS MÉDICAS

- 1** PACIENTES COM IDADE MAIS AVANÇADA
- 2** DIABÉTICOS, HIPERTENSOS E EPILÉPTICOS
- 3** CORONARIOPATAS E CARDIOPATAS
- 4** PACIENTES COM HISTÓRICO DE REAÇÕES ALÉRGICAS
- 5** PACIENTES COM DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS
- 6** PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS RENAIIS E HEPÁTICAS

(CAMINHA et al., 2018; PIMENTEAL et al., 2014; REIS et al., 2022; SPEZZIA e JUNIOR, 2017).

A maioria das emergências médicas no consultório odontológico são de fácil diagnóstico e, se realizada uma boa prevenção, ocasionam pouca gravidade. Mas, caso não sejam tratadas em tempo hábil, podem levar a sérias complicações comprometendo a vida do paciente (HAESE e CANCELADO, 2016).

ANAMNESE, EXAME CLÍNICO E SINAIS VITAIS



A prevenção das urgências e emergências no consultório odontológico inicia-se na anamnese completa e criteriosa do paciente, buscando toda sua história médica, o seu histórico familiar e sua história odontológica (BRANDÃO et al., 2018).

Um exame físico feito de forma correta, avaliando o estado geral de saúde e dos sinais vitais, além do exame clínico extra e intraoral, realizado de forma cautelosa, pode minimizar qualquer emergência que venha acometer os pacientes, aumentando a segurança destes em relação ao cuidado médico odontológico (BRANDÃO et al., 2018; CAPUTO, 2009; HANNA et al., 2014, SILVA, 2006).

Esses dados da saúde geral do paciente auxiliam na condução do protocolo correto de atendimento e no controle dos sinais vitais, antes e durante o acompanhamento clínico, constatando que a melhor forma de tratar ocorrências de urgência e emergência é através da prevenção (JUNIOR et al., 2020).



ANAMNESE



DIÁLOGO FRANCO
COM O PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO
PACIENTE

QUESTIONAMENTO SOBRE
A QUEIXA PRINCIPAL



► ILUSTRAÇÃO 01: Anamnese em consultório odontológico

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	HISTÓRIA ODONTOLÓGICA	HISTÓRICO FAMILIAR
TEMPO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA	FREQUÊNCIA DE VISITAS AO DENTISTA	SUSPEITA DE DIABETES E HIPERTENSÃO
SINAIS E SINTOMAS	EXPERIÊNCIAS DO PACIENTE NAS CONSULTAS ANTERIORES	DOENÇAS CARDIOVASCULARES E DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS
EPISÓDIOS DE EXACERBAÇÃO OU REMISSÃO	TRATAMENTOS REALIZADOS ANTERIORMENTE	SUSPEITA DE TUBERCULOSE
MEDICAÇÕES DIÁRIAS	HÁBITOS E DORES	DOENÇAS ALÉRGICAS E NERVOSAS

(FONTOURA, 2016).



EXAME CLÍNICO

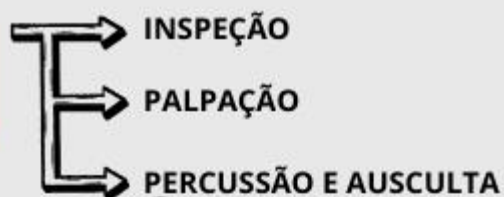


ILUSTRAÇÃO 02: Exame clínico em consultório odontológico

INSPEÇÃO:

- LOCALIZAÇÃO
- FORMA E COLORAÇÃO
- DIMENSÃO E SUPERFÍCIE

PALPAÇÃO:

- CONSISTÊNCIA E LIMITES
- SENSIBILIDADE E TEXTURA
- INFLAMAÇÃO
- FLUTUAÇÃO E MOBILIDADE

PERCUSSÃO:

- DIAGNÓSTICO DE ODONTALGIAS UTILIANDO O CABO DO ESPELHO NA COROA EM DIREÇÃO AO LONGO EIXO DO DENTE.

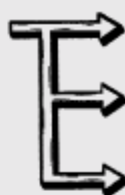
AUSCULTA:

- RECURSO INDISPENSÁVEL PARA MEDIR A PRESSÃO ARTERIAL DO PACIENTE E PARA VERIFICAR ESTALIDOS DA ATM.

(BRASIL, 2016).



SINAIS VITAIS



FREQUÊNCIA CARDÍACA
E RESPIRATÓRIA

PRESSÃO ARTERIAL E
TEMPERATURA

CLASSIFICAÇÃO DO
PACIENTE



► **ILUSTRAÇÃO** Aferir sinais vitais do paciente em consultório odontológico

A avaliação dos sinais vitais deve ser realizada em toda consulta inicial de qualquer paciente. Em casos especiais, como os pacientes com maior incidência de emergências médicas, a aferição dos sinais vitais deve ser realizada em toda consulta para evitar quaisquer complicações na hora do atendimento clínico (FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015).

Caso o paciente esteja com alguma alteração não apresentada e relatada anteriormente pelo paciente deve-se solicitar um parecer médico, quando necessário, para complementar sua avaliação.

FREQUÊNCIA CARDÍACA

A frequência cardíaca ou pulso é medida através de qualquer artéria acessível, sendo utilizada, principalmente, a artéria radial, localizada na porção ventral e distal do pulso e a artéria carótida, localizada na lateral do pescoço (HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015).



A aferição da frequência cardíaca é realizada com os dois dedos (médio e indicador) sobre o local, pressionando o suficiente para sentir o pulso, a fim de realizar a contagem dos números de batimentos por um minuto (BRASIL, 2016).

► **ILUSTRAÇÃO 04:** Aferição da frequência cardíaca do paciente



COMO FAZER?

1. Explicar o procedimento ao paciente;
2. Colocar o paciente em posição confortável, se possível, e com o braço apoiado;
3. Posicionar a polpa digital dos dedos indicador e médio sobre a artéria radial, fazendo leve pressão, o suficiente para sentir a pulsação.
4. Realizar a contagem dos batimentos durante 1 minuto;
5. Observar também ritmo (regularidade dos intervalos - regular ou irregular) e volume (forte e cheio ou fraco e fino);
6. Registrar na ficha/boletim de atendimento os valores da frequência cardíaca (FC) obtida e as características de ritmo e volume.

(BRASIL, 2016).

O pulso pode ser avaliado pelo volume, como forte (pulso cheio) e fraco (filiforme). O ritmo cardíaco pode ser avaliado como regular (batimentos em intervalos iguais), irregular (batimentos longos ou curtos) e arritmia (alteração no ritmo cardíaco).

A avaliação de pulsos rítmicos pode ser realizada por 30 segundos e multiplicada por 2.

Valores normais de Frequência Cardíaca para simples referência:

IDADE	MÉDIA APROXIMADA DA FREQUÊNCIA CARÍACA
NEOANATO	120 A 160 BPM
1 A 12 MESES	80 A 140 BPM
1 A 2 ANOS	80 A 130 BPM
3 A 6 ANOS	75 A 120 BPM
7 A 12 ANOS	75 A 110 BPM
ADOLESCENTES E ADULTOS	70 A 75 BPM

(BRASIL, 2016).

A frequência cardíaca pode sofrer influência de alguns fatores podendo ocasionar alteração, diminuindo ou aumentando, o ritmo cardíaco, como:

FATOR	AUMENTO	DIMINUIÇÃO
EXERCÍCIO	CURTA DURAÇÃO	ATLETAS PROFISSIONAIS
TEMPERATURA	FEBRE OU CALOR	HIPOTERMIA
EMOÇÕES	DOR AGUDA/ ANSIEDADE	DOR INTENSA/ RELAXAMENTO
POSTURA	LEVANTADO/SENTADO	DEITADO
HEMORRAGIAS	AUMENTO	-

(FONTOURA, 2016).

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

A frequência respiratória é a medição das quantidades de incursões por minuto com o meio externo.



Para medi-la, é necessário manter o paciente deitado e contar quantas vezes ocorre a elevação e o abaixamento da caixa torácica por um minuto (FONTOURA, 2016).

► **ILUSTRAÇÃO 05:** Aferição da frequência respiratória do paciente

Valores normais de Frequência Respiratória para simples referência:

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA
NEONATO	30 - 60 irpm
LACTANTES	30 - 50 irpm
CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR	25 - 32 irpm
CRIANÇAS MAIS VELHAS	20 - 30 irpm
ADOLESCENTES	16 - 19 irpm
ADULTOS	12 - 20 irpm

*irpm - incursões respiratórias por minuto

(BRASIL, 2016).



COMO FAZER?

1. Explicar o procedimento ao paciente;
2. Colocar o paciente em posição confortável, se possível;
3. Observar os movimentos torácicos de expansão e retração (incursões respiratórias);
4. Realizar a contagem dos movimentos torácicos de expansão por 1 minuto (incursões respiratórias por minuto – irm);
5. Registrar na ficha/boletim de atendimento os valores da frequência respiratória (FR) obtida.

(BRASIL, 2016).

Durante o atendimento odontológico, é importante verificar a frequência respiratória no paciente, pois o medo gerado pela experiência no consultório odontológico, por toda paramentação e pelos instrumentais usados por eles, podendo ocasionar alterações, como:

1

DISPNEIA (FALTA DE AR)

2

TAQUIPNEIA (>20 IPM - HIPERVENTILAÇÃO)

3

BRADIPNEIA (<16 IPM)

(FONTOURA, 2016).

PRESSÃO ARTERIAL

A pressão arterial é medida com o uso do esfigmomanômetro e do estetoscópio. Para aferir a pressão deve-se colocar o paciente sentado na cadeira odontológica, de maneira confortável e localizar a artéria braquial por palpação (FONTOURA, 2016).



► **ILUSTRAÇÃO 06:** Aferição da pressão arterial do paciente

Valores normais de Pressão arterial para simples referência:

-	PA DIASTÓLICA	PA SISTÓLICA	CONDIÇÃO
GRUPO 1	< 90 mmHg	< 140 mmHg	NORMAL
GRUPO 2	= 90 a 95 mmHg	= 140 a 160 mmHg	LEVE
GRUPO 3	= 95 a 115 mmHg	= 160 a 200 mmHg	MODERADA
GRUPO 4	> 115 mmHg	>200 mmHg	SEVERA

(BRASIL, 2016).



COMO FAZER?

1. Explicar o procedimento ao paciente;
2. Colocar o paciente em posição confortável, se possível;
3. Localizar a artéria braquial por palpação para determinar o local correto do manguito;
4. Instalar o manguito 2 a 3 cm acima da fossa cubital, sem deixar folga, centralizando-o sobre a artéria braquial;
5. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
6. Inflar rapidamente até ultrapassar de 10 em 10 mmHg até o nível estimado (cerca de 20 mmHg acima do valor mais recente dito pelo paciente).
7. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo), determinando a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e em seguida aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
8. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
9. Registrar na ficha /boletim de atendimento os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço no qual a pressão arterial foi medida.

(BRASIL, 2016).

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

O processo de avaliação na anamnese, exame clínico e físico e a avaliação dos sinais vitais sugerem uma classificação do paciente de acordo com o seu estado físico, preconizada pela American Society of Anesthesiologists.

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE	CARACTERÍSTICAS
ASA I	PACIENTE NORMAL, SAUDÁVEL, SEM HISTÓRIA DE DOENÇAS SISTÊMICAS.
ASA II	PACIENTE PORTADOR DE DOENÇAS SISTÊMICAS MODERADAS OU FATORES DE RISCO À SUA SAÚDE (OBESIDADE, TABAGISMO USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL, ETC).
ASA III	PACIENTE PORTADOR DE DOENÇAS SISTÊMICAS SEVERAS, QUE LIMITA SUAS ATIVIDADES, MAS NÃO É INCAPACITANTE.
ASA IV	PACIENTE PORTADOR DE DOENÇAS SISTÊMICAS SEVERA, INCAPACITANTE, QUE É UMA CONSTANTE AMEAÇA À VIDA.
ASA V	PACIENTE MORIBUNDO, DE QUEM NÃO ESPERA SOBREVIVÊNCIA POR MAIS 24 HORAS COM OU SEM INTERVENÇÃO CIRÚRGICA.
ASA VI	PACIENTE COM MORTE ENCEFÁLICA MANTIDO VIÁVEL PARA TRANSPLANTE.

Caso o cirurgião-dentista não consiga identificar o quadro clínico do seu paciente ou sempre que julgar necessário, é importante trocar informações com o médico assistente do paciente para chegar a conclusão da realização ou não do procedimento pelo cirurgião-dentista.

(BRASIL, 2016; FONTOURA, 2016).

CAPÍTULO 2

SUORTE BÁSICO DE VIDA



SUORTE BÁSICO DE VIDA

Diante de toda emergência, é necessário prestar os primeiros socorros com os conhecimentos do Suporte Básico de Vida (SBV). O cirurgião-dentista e toda sua equipe, precisam estar preparados para agir nessas situações, garantindo a saúde de seus pacientes.

Restringir o atendimento à cavidade bucal do paciente, sem considerar todo o estado geral de saúde, pode aumentar significativamente as chances de ocorrer um evento emergencial. Esse fato, quando associado à falta de conhecimento adequado sobre o assunto por parte dos profissionais, poderão gerar consequências negativas e, até mesmo, fatais ao seu paciente (HAESE e CÂNCADO, 2016).

Diante disso, os profissionais da área da saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas, necessitam estar preparados, tanto com o conhecimento técnico e científico, quanto com o conhecimento prático dos protocolos do Suporte Básico de Vida (SBV) (BRASIL, 2016; BRAVIN, 2018) sobre as ocorrências de urgências e emergências, assegurando o controle da saúde e do bem-estar dos pacientes, dando todo o suporte necessário de primeiros socorros (HANNA et al., 2014).

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: O QUE FAZER?

Em uma urgência e emergência, é necessário primeiro assegurar o local da cena e identificar a situação do paciente durante uma parada cardiorrespiratória.

Para isso, o profissional deve testar a resposta do paciente, chamando-o **“SENHOR(A), SENHOR(A)”**, e deve realizar a avaliação simultânea da respiração e do pulso, determinando se a respiração está anormal ou ausente, antes de acionar o serviço de emergência médica.

Após constatar a respiração alterada, acione o serviço de saúde e solicite o carrinho de parada cardiorrespiratória. Inicie a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), minimizando as pausas e evitando a fadiga, com compressões, verificação das vias aéreas e ventilações, durante 5 ciclos (2 minutos).



ILUSTRAÇÃO 07:
Parada
cardiorrespiratória

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



A cadeia de sobrevivência inicia uma sequência de protocolos baseados nas diretrizes da American Heart Association (AHA), atualizadas e publicadas em 2015. Esse protocolo é utilizado para descrever as cinco etapas no atendimento emergencial de um paciente com quadro de Parada Cardiorrespiratória (PCR).



**RECONHECIMENTO IMEDIATO DA PCR E
ACIONAMENTO DO SISTEMA DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**



**RESSUCITAÇÃO CARDIOPULMONAR
(RCP) PRECOCE COM COMPRESSÕES
TORÁCICAS DE QUALIDADE**



RÁPIDA DESFIBRILAÇÃO



SUORTE MÉDICO DE VIDA EFICAZ



**SUORTE MÉDICO AVANÇADO E
CUIDADOS PÓS-PCR INTEGRADOS**

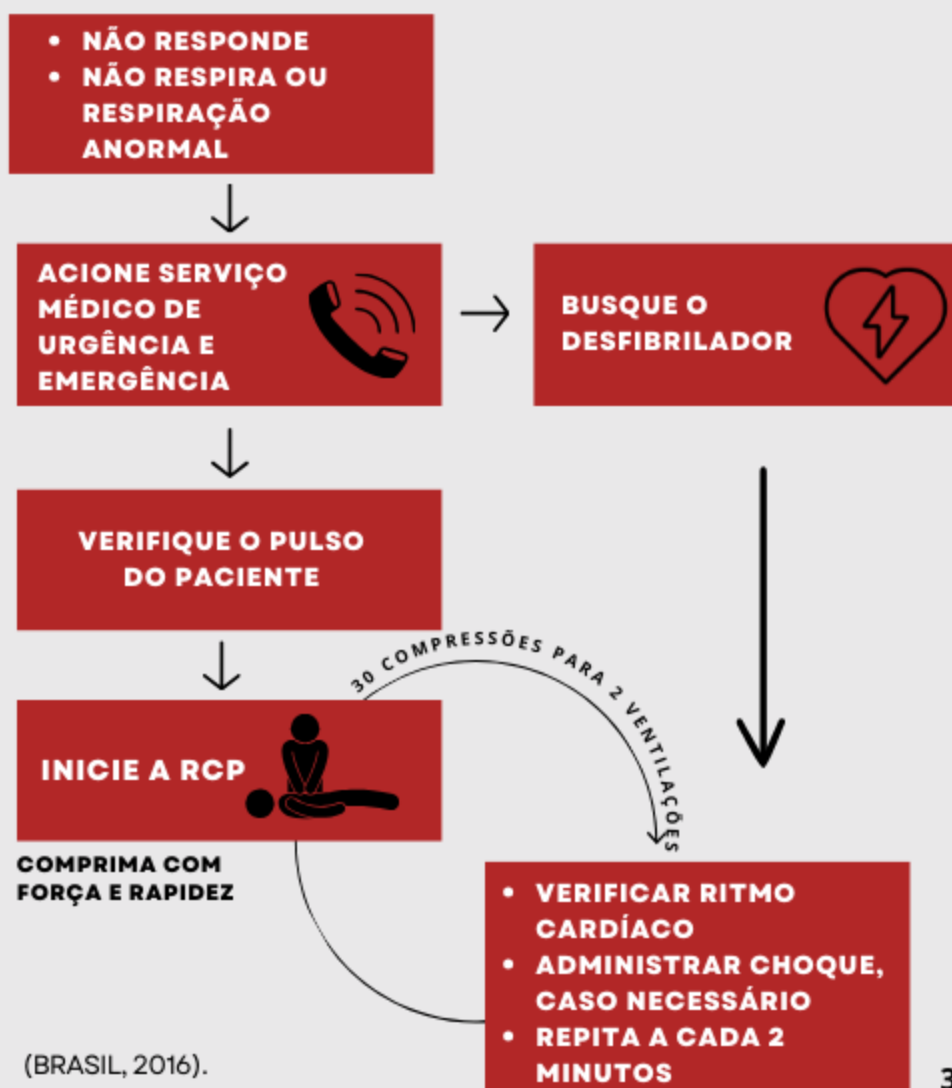
(BRASIL, 2016).

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

EM ADULTOS



O esquema a seguir demonstra a simplificação do Suporte Básico de Vida (SBV) para adultos.



(BRASIL, 2016).

COMPRESSÕES E VENTILAÇÕES



Para realizar as compressões, posicione-se ao lado direito da vítima, em uma superfície plana e firme, com o calcanhar da mão no centro do tórax. O calcanhar da outra mão deve estar sobre a primeira mão e dedos entrelaçados. Seus braços devem estar esticados e ombros direcionados para o paciente.

Ao realizar as compressões, o socorrista deve comprimir o tórax do paciente a uma profundidade de, pelo menos, 2 polegadas (5cm), com uma frequência de 100 a 120 compressões/minuto, levando em consideração o mínimo de interrupções possíveis e permitindo o retorno completo do tórax do paciente a cada compressão.

Para realizar as ventilações, incline a cabeça do paciente, elevando seu queixo com tracionamento da mandíbula. Após isso, ventile durante 1 segundo, verificando a elevação visível do tórax do paciente.

As ventilações devem ser realizadas de modo eficiente, com 2 respirações após 30 compressões, sendo cada respiração administrada em 1 segundo, elevando o tórax do paciente.



ILUSTRAÇÃO 08: Compressão e ventilação em uma PCR

(BRASIL, 2016; FONTOURA, 2016).

CAPÍTULO 3

SÍNCOPE E LIPOTÍMIA



SÍNCOPE E LIPOTÍMIA

A lipotimia se caracteriza pela sensação de mal-estar (sem perda de consciência), que se não for tratada imediatamente, pode gerar uma síncope, levando a perda de consciência (GOMES et al. 2021; FONTOURA, 2016; MANFRINATO et al., 2017).

A síncope vasovagal, por sua vez, é caracterizada por perda repentina e momentânea de consciência, geralmente causada por uma queda momentânea do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, queda da oxigenação do cérebro (CELESTINO et al., 2018; FONTOURA, 2016).

Esse quadro pode ser causado mediante fatores psicológicos, como uma crise de ansiedade, estresse emocional, ao visualizar sangue e instrumentos odontológicos ou por fatores não psicológicos, como a falta ou má alimentação antes do procedimento e o posicionamento do paciente na cadeira (AESHLIMAN, 2003; FONTOURA, 2016; POSSOBON et al., 2007; SANTOS, FERRIELO e TERRA, 2015).

LIPOTÍMIA: SINAIS CLÍNICOS

A primeira sintomatologia demonstrada pelo paciente é a rápida diminuição dos sinais vitais, desorientação do paciente e a sensação de desmaio. Diante disso, o paciente apresenta um quadro de lipotímia, podendo estar associado a palidez, sudorese, náuseas, taquicardia e depressão de pulso (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; PIMENTEAL et al., 2014; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015).

Ao identificar essa ocorrência durante o tratamento odontológico, é necessário tomar alguns cuidados, como:

- 1** TRANQUILIZAR O PACIENTE E AGUARDAR MELHORA
- 2** DECIDIR PELA CONTINUIDADE OU NÃO DO TRATAMENTO
- 3** AVALIAR UTILIZAÇÃO DE CONTROLE DE ANSIEDADE NA PRÓXIMA CONSULTA

(FONTOURA, 2016).



O QUE FAZER EM UMA LIPOTIMIA?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de uma lipotimia.

INTERROMPER O ATENDIMENTO ASSIM QUE APARECEREM OS SINTOMAS NO PACIENTE



AVERIGUAR A OCORRÊNCIA DE UMA LIPOTÍMIA



PACIENTE CONSCIENTE



COLOQUE O PACIENTE EM POSIÇÃO SUPINA E MOVIMENTE AS PERNAS PARA AJUDAR NO RETORNO SANGÜÍNEO



MONITORE OS SINAIS VITAIS E TRANQUILIZE O PACIENTE ATÉ AGUARDAR A MELHORA



► **ILUSTRAÇÃO 09:** Posição supina do paciente em cadeira odontológica

(CELESTINO ET AL., 2018; FERREIRA ET AL., 2021; MALAMED, 2016).

SÍNCOPE: SINAIS CLÍNICOS

Quando os sintomas da lipotimia não são resolvidos de maneira rápida, o paciente pode evoluir para uma perda de consciência, abaixamento dos sinais vitais e uma possível crise convulsiva, evidenciando a evolução da lipotimia para uma síncope, caracterizando-a pela perda de consciência do paciente (FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015).

Ao identificar essa ocorrência durante o tratamento odontológico, é necessário tomar alguns cuidados, como:

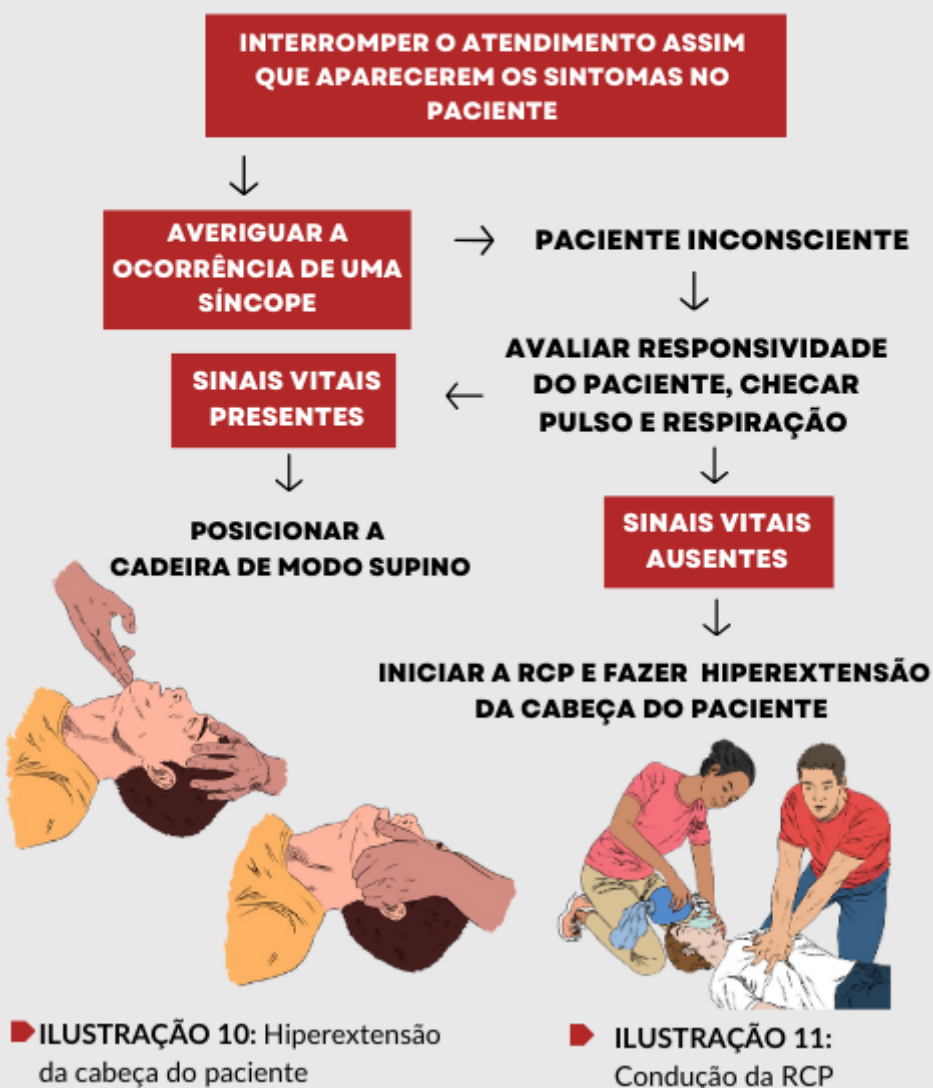
- 1** INALAÇÃO DE AMÔNIA ADMINISTRAR O2 E MONITORAR SINAIS VITAIS DO PACIENTE
- 2** DECIDIR PELA CONTINUIDADE OU NÃO DO TRATAMENTO
- 3** AVALIAR UTILIZAÇÃO DE CONTROLE DE ANSIEDADE NA PRÓXIMA CONSULTA

(FONTOURA, 2016).



O QUE FAZER EM UMA SÍNCOPE?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de uma síncope.



(CELESTINO et al., 2018; FERREIRA et al., 2021; MALAMED, 2016).



HIPOTENSÃO POSTURAL

A hipotensão postural é perturbação do sistema nervoso autônomo que também leva a uma perda de consciência, quando o paciente se levanta de forma rápida (VILAÇA et al., 2015).

Como toda perturbação do corpo, existem fatores predisponentes que levam a um quadro de hipotensão postural, como:

ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS	ANTI-HIPERTENSIVOS, ALFA BLOQUEADORES, ANTIDEPRESSIVOS, NARCÓTICOS E ÁLCOOL.
ATENDIMENTO PROLONGADO	ATEND PROLOGADO - MAIOR TEMPO EM POSIÇÃO SUPINA MAIOR RISCO DE HIPOTENSÃO
GRAVIDEZ	NOS ULTIMOS MESES DE GESTAÇÃO, CASO A GESTANTE FIQUE EM POSIÇÃO SUPINA POR MUITO TEMPO, PODERÁ COMPRIMIR A VEIA CAVA INFERIOR, DIMINUINDO O FLUXO VENOSO E GERANDO HIPOTENSÃO
IDADE AVANÇADA	OCORRE PIORA GRADATIVA DO RETORNO VENOSO
PROBLEMAS CIRCULATÓRIOS EM MEMBROS INFERIORES	VARIZES, TROMBOSE OU ALTERAÇÕES VASCULARES TENDEM A TER MAIOR RISCO DE HIPOTENSÃO

(FONTOURA, 2016).

A partir desses fatores, são definidos três tipos de pacientes com maior risco de desenvolver hipotensão postural:

- pacientes com história prévia de hipotensão;
- pacientes submetidos a procedimento de sedação;
- pacientes que ficam em posição supina por muito tempo na cadeira odontológica.



O QUE FAZER EM UMA HIPOTENSÃO POSTURAL?

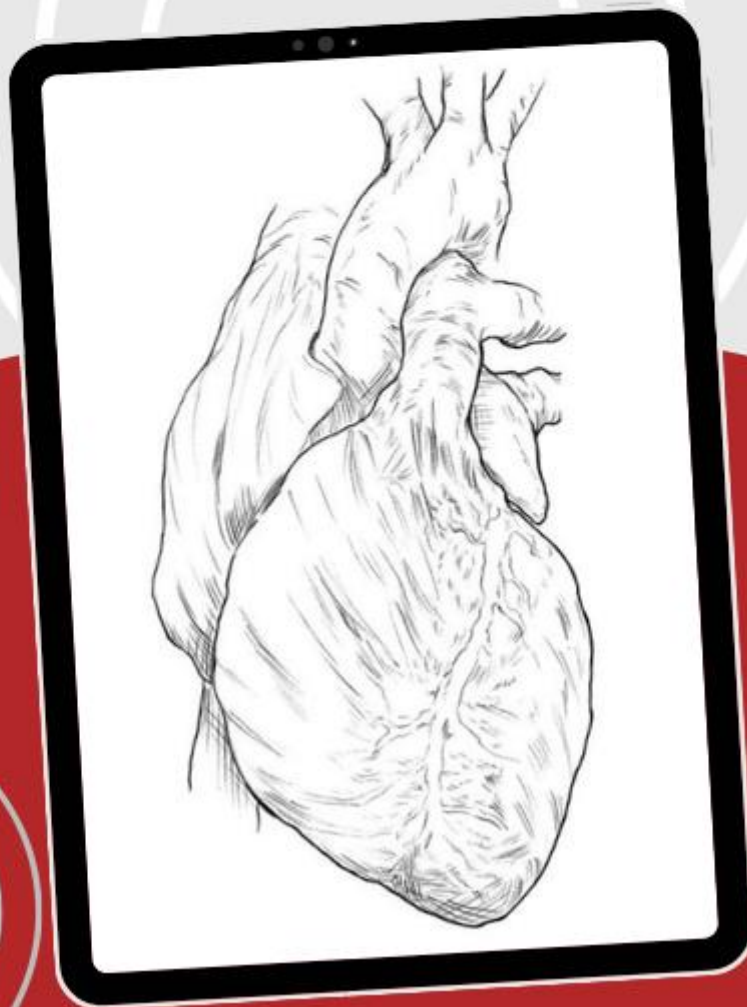
O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de uma hipotensão postural.



(MALAMED, 2016; VILAÇA et al., 2015).

CAPÍTULO 4

ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES



DOR TORÁCICA

Existem diversas possibilidades para o paciente apresentar dor torácica e não necessariamente, é advinda de de uma causa cardíaca. Por essas razões, o cirurgião- dentista e toda sua equipe precisam se preparar para prevenir, diagnosticar e tratar as emergências cardiovasculares no consultório odontológico (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al. , 2015; PIMENTEAL et al., 2014).

Com relação a dor torácica de origem cardiovascular, podemos apontar a angina de peito e o infarto agudo do miocárdio, sendo as causas mais comuns e mais preocupantes.

A angina de peito e o infarto agudo do miocárdio são decorrentes da obstrução de algum ramo de artérias coronárias com placas de ateroma (FONTOURA, 2016). Geralmente, no consultório odontológico, o medo é o fator que desencadeia o aumento na demanda de oxigênio por parte do miocárdio, e essa obstrução impede a chegada de oxigênio, ocorrendo a isquemia transitória (angina) ou permanente (infarto, se manifestando imediatamente por dor torácica (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al. , 2015; PIMENTEAL et al., 2014).

Os fatores de risco para doenças cardíacas podem estar atrelados a fatores não modificadores e fatores modificadores, mostrados na tabela abaixo.

1 FATORES NÃO MODIFICADORES

HEREDITARIEDADE	PACIENTES COM PARENTES DE PRIMEIRO GRAU COM DOENÇAS CARDÍACAS ANTES DOS 50 ANOS PODEM APRESENTAR 5 VEZES MAIS CHANCE DE DESENVOLVER DISTÚRBIOS CARDÍACOS
SEXO	É MAIS COMUM EM PESSOAS DO SEXO MASCULINO
IDADE	O RISCO AUMENTA CONFORME A IDADE.

2 FATORES MODIFICADORES

TABAGISMO	É A MAIOR CAUSA DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO GERADO POR DOENÇAS CORONARIANAS, POIS A NICOTINA ELEVA A DEMANDA DE OXIGÊNIO NO MIOCÁRDIO.
COLESTEROL ALTO	QUANTO MAIOR O ÍNDICE DE LDL, MAIOR O RISCO CARDÍACO. QUANTO MAIOR O ÍNDICE DE HDL, MENOR O RISCO CARDÍACO.
PRESSÃO ALTA	A HIPERTENSÃO ELEVA A POSSIBILIDADE DE ATEROSCLEROSE, ELEVANDO A MORBIDADE E A MORTALIDADE POR PROBLEMAS CARDÍACOS.
DIABETES	A HIPERGLICEMIA ELEVA OS RISCOS DE DOENÇAS CORONARIANAS.

(FONTOURA, 2016).



ANGINA DE PEITO

A angina de peito possui duas manifestações clínicas passíveis de distinção: angina estável e a angina instável (JUNIOR et al. 2020; FHUPP et al., 2015; MILORO, M., et al. , 2015; PIMENTEAL et al., 2014).

ANGINA ESTÁVEL	ANGINA INSTÁVEL
AS CRISE INICIAM COM UMA DEMANDA MAIOR DE O ₂ , COMO ESFORÇO FÍSICO, ESTRESSE OU FRIO.	SITUAÇÃO INTERMEDIÁRIA A ANGINA ESTÁVEL E O IAM, SEM FATOR DESENCADEANTE, PODENDO OCORRER NO REPOUSO.
AS CRISES POSSUEM DURAÇÃO CURTA ENTRE 1 A 15 MINUTOS.	A DURAÇÃO É SUPERIOR A 30 MINUTOS, MESMO APÓS UTILIZAR MEDICAMENTOS.
FUNCIIONA BEM À UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA.	POSSUI PROGNÓSTICO DESFAVORÁVEL, PODENDO EVOLUIR PARA O IAM.

Ao diferenciar os dois tipos de angina de peito pelas características da tabela, o paciente estável pode ser classificado como ASA III, levando em consideração a avaliação médica, os exames laboratoriais e protocolo de redução de ansiedade, o paciente poderá ser atendido no consultório odontológico.

Porém, o portador de angina instável recebe classificação ASA IV, não devendo ser atendido em ambiente ambulatorial. Essa distinção de diagnóstico deve ser feita durante anamnese e avaliação física para evitar transtornos de emergência durante o atendimento.

(JUNIOR ET AL. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP ET AL., 2015; MILORO, M., ET AL. , 2015; PIMENTEAL ET AL., 2014).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A primeira manifestação clínica é a dor no peito. Esta sintomatologia pode ser de curta ou longa duração.

A angina estável é caracterizada pela sintomatologia dolorosa de curta duração e, em quadros de angina instável e infarto agudo do miocárdio, a dor normalmente será duradoura e intensa mesmo após medicação (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al. , 2015; PIMENTEAL et al., 2014).



ILUSTRAÇÃO 12: 

Manifestações clínicas da angina de peito

1 DOR DE CURTA DURAÇÃO → ANGINA ESTÁVEL

2 DOR DE LONGA DURAÇÃO → ANGINA INSTÁVEL OU INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

(FONTOURA, 2016).

A característica da dor torácica em angina é:

1 LOCALIZADA ABAIXO DO EXTERNO, NA LINHA MÉDIA DO TÓRAX OU LEVEMENTE PARA O LADO ESQUERDO

2 DIFUSA

3 NÃO SOFRE ALTERAÇÃO COM A RESPIRAÇÃO

(FONTOURA, 2016).



► **ILUSTRAÇÃO 13:** Irradiação da dor torácica

Essa dor pode levar a áreas de irradiação primária, em direção ao braço esquerdo ou secundária, em direção ao braço direito ou para região de pescoço, trapézio e temporal esquerdo. Além disso, em quadros de angina, os batimentos cardíacos e os níveis pressóricos se encontram bastante elevados (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al. , 2015; PIMENTEAL et al., 2014).

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Quando a obstrução de algum ramo da artéria coronária levar a um quadro de isquemia permanente, temos uma situação clínica de infarto agudo do miocárdio (IAM) (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al. , 2015; PIMENTEAL et al., 2014).



O IAM pode ocorrer em repouso, até mesmo durante o sono, podendo ou não apresentar sintomatologia. Os sinais e sintomas tendem a ser intensos e de duração maior que a angina de peito, ocorrendo manifestações similares como: náuseas, dor epigástrica, vômitos, medo da morte iminente, sudorese intensa, fraqueza generalizada e pulso irregular.

O diagnóstico diferencial entre angina instável e o infarto agudo do miocárdio seria a pressão arterial mais baixa ou em valores normais quando ocorrer IAM, pois na angina, os níveis pressóricos constam bastante elevados.

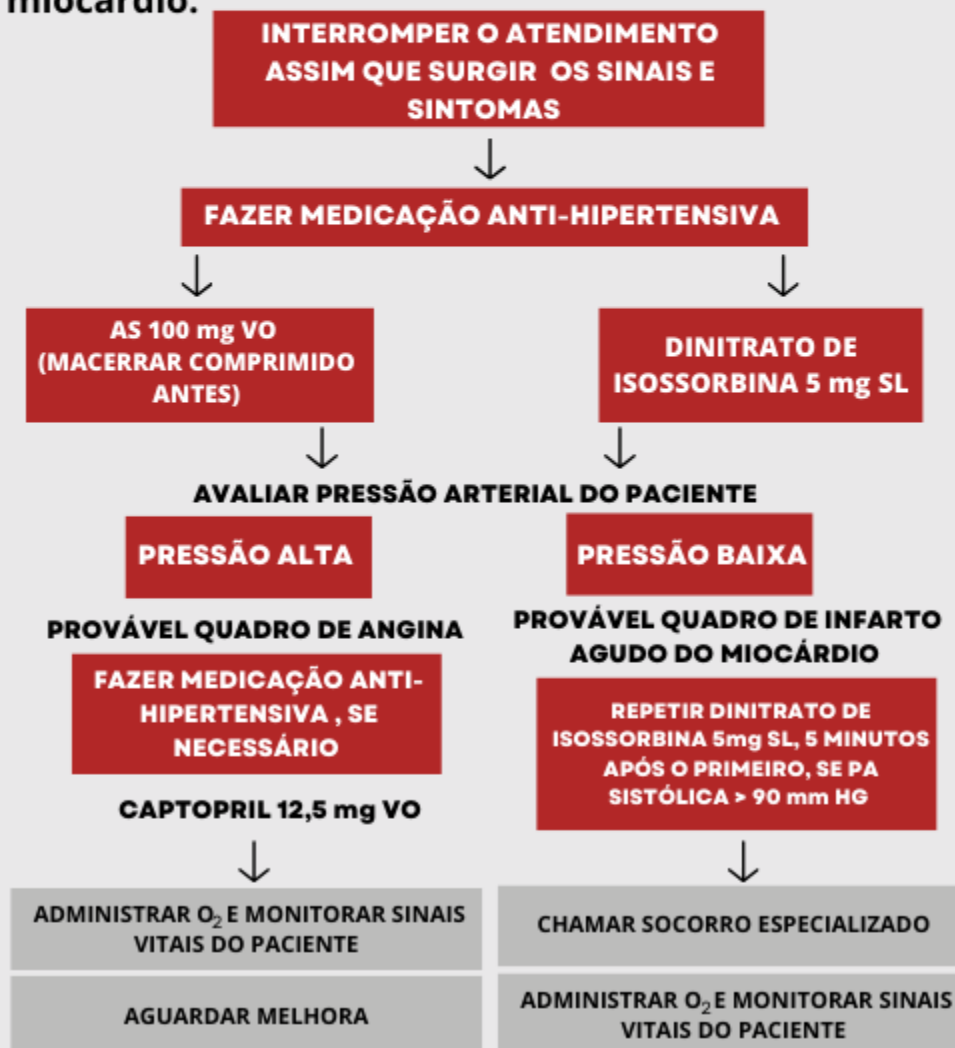
► **ILUSTRAÇÃO 14:** Coração necrosado durante Infarto Agudo do Miocárdio

(JUNIOR ET AL. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP ET AL., 2015; MILORO, M., ET AL. , 2015; PIMENTEAL ET AL., 2014)



O QUE FAZER EM CASOS DE ANGINA DE PEITO E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de sinais e sintomas de angina de peito e de infarto agudo do miocárdio.



(FONTOURA, 2016). **47**

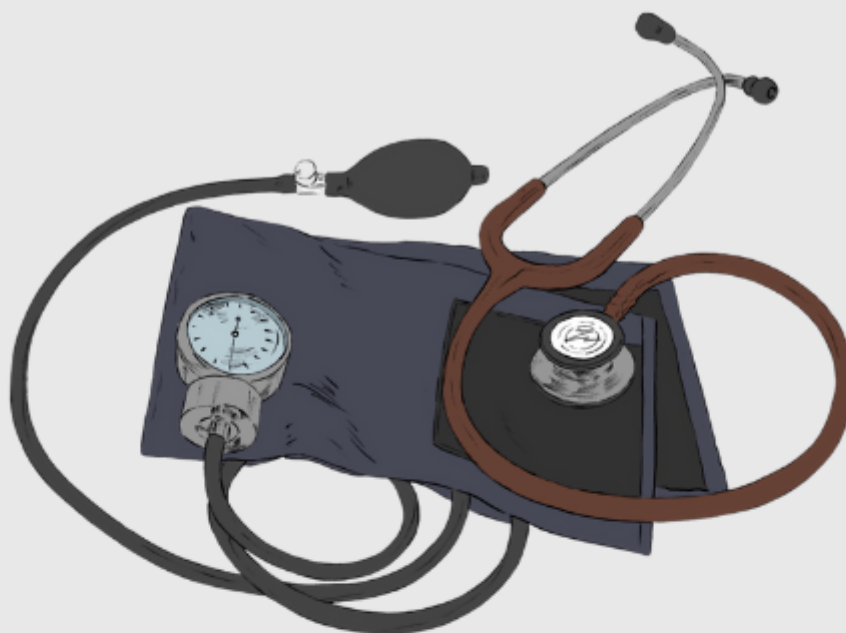


HIPERTENSÃO ARTERIAL

A crise hipertensiva pode surgir mediante ao estresse do tratamento odontológico. Em pacientes com histórico de hipertensão ou mesmo aqueles sem nenhuma crise, o medo e a ansiedade levam ao pico de pressão , com ou sem sintomatologia (ANDRADE, 2011).

A importância da anamnese nesses casos é relevante para a descoberta prévia de doenças cardíacas, diabetes mellitus ou doença renal, que podem estar associadas a quadro de pacientes hipertensos (H(JUNIOR et al. 2020; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015; PIMENTEAL et al., 2014).

Por isso, é necessário aferir a pressão arterial previamente ao tratamento, mesmo naqueles pacientes sem queixa prévia, para investigar os níveis pressóricos. E, caso seja necessário, é recomendado o cirurgião-dentista encaminhar o paciente para uma avaliação médica detalhada e controle farmacológicos, para reduzir o risco de ocorrência indesejadas durante o atendimento odontológico (FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015).



■ ILUSTRAÇÃO 15: Esfigmomanômetro e estetoscópio para monitoramento da hipertensão arterial

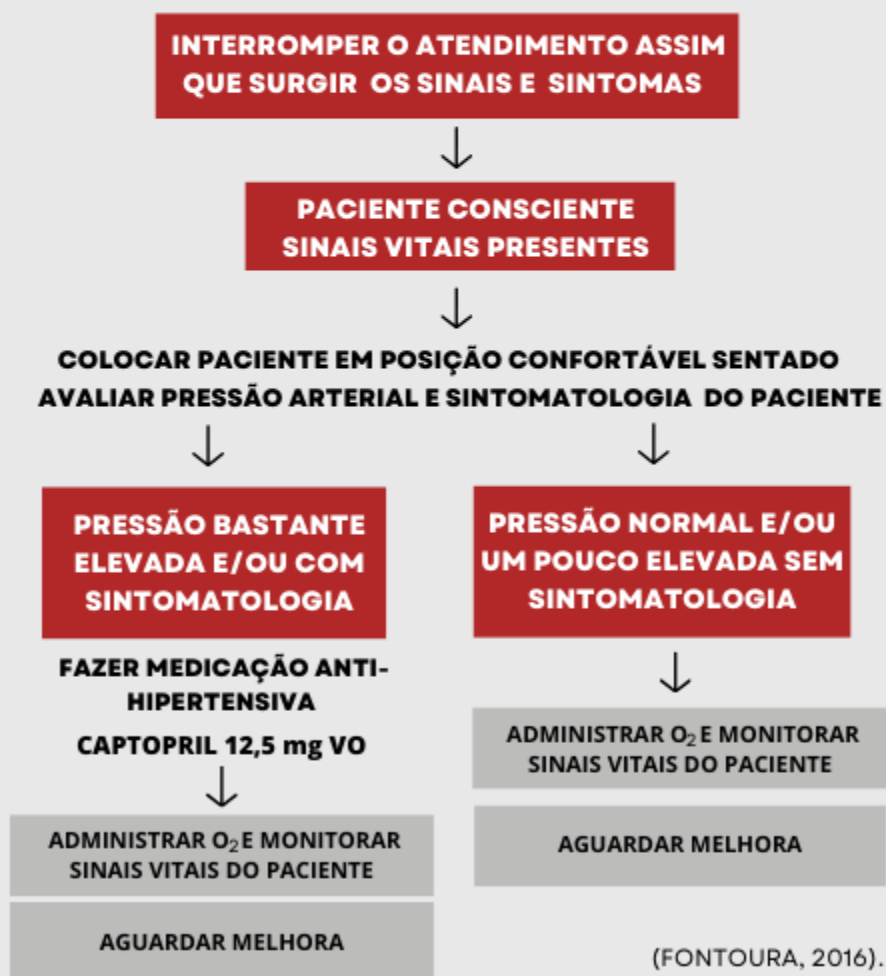
Ao presenciar uma crise hipertensiva no consultório odontológico, o cirurgião-dentista deve tratá-la como uma situação de urgência devido ao aumento da pressão arterial rapidamente, sendo necessário fazer o monitoramento do paciente por 30 minutos ou até pressão normalizar.

Caso o paciente permaneça com o quadro agudo, deve-se fazer administração por via oral de drogas anti-hipertensivas, como a medicação captopril, que possui rápida ação e provoca efeitos previsíveis e palpáveis a reversão do caso (ANDRADE, 2011; JUNIOR et al. 2020; PIMENTEAL et al., 2014).



O QUE FAZER EM CASOS DE HIPERTENSÃO?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de casos de hipertensão.



CAPÍTULO 5

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS



ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

A dificuldade respiratória está presente muitas vezes em situações de emergências médicas principalmente, ao se tratar de crises asmáticas e obstrução das vias aéreas, advindas diretamente do sistema respiratória (JUNIOR et al., 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015; PIMENTEAL et al., 2014). Ao se tratar de consultório odontológico, os instrumentais variados e até de jalecos brancos podem causar essa angústia respiratória e não estão associadas ao sistema respiratório, como ocorre na hiperventilação, tornando a dificuldade respiratória apenas uma consequência dos sinais e sintomas presentes (JUNIOR et al., 2020; FONTOURA, 2016; PIMENTEAL et al., 2014).

Independente da causa, o cirurgião-dentista e sua equipe devem estar preparados para intervir no tratamento, diagnosticar e tratar, observando qualquer dificuldade respiratória, para evitar quadros clínicos de falta de oxigenação cerebral (hipóxia) (RIBEIRO, 2014).

A partir disso, quadros de dificuldade respiratória são predispostas por três fatores no consultório odontológico:

- 1 ANSIEDADE ASSOCIADA AO TRATAMENTO
(SÍNCOPE VASOVAGAL E HIPERVENTILAÇÃO)
- 2 DOENÇAS SISTÊMICAS SEM CAUSA RESPIRATÓRIA
(REAÇÕES ALÉRGICAS, ANGINA E INFARTO)
- 3 DOENÇAS RELACIONADAS AO SISTEMA RESPIRATÓRIO
(CRISE ASMÁTICA E OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS)



HIPERVENTILAÇÃO

A hiperventilação é definida como um quadro de aumento da frequência respiratória, desencadeada por estresse, estimulando as trocas gasosas e diminuindo a concentração de gás carbônico no sangue arterial (ANDRADE, 2011).

Este estresse respiratório leva a uma alcalose respiratória (desequilíbrio ácido-base por respiração alveolar aumentada) geralmente, levando a falta de oxigenação do cérebro (hipóxia) (FONTOURA, 2016).

Os sinais clínicos são fáceis de identificar, como palpitações, taquicardia e aumento da frequência respiratória (ANDRADE, 2011).

A hiperventilação é uma das ocorrências mais comuns no consultório odontológico, mediante ao estresse e ao medo do tratamento dentário. Por isso, é comum o uso de protocolos de diminuição da ansiedade ao se deparar com pacientes ansiosos, relatado na anamnese (JUNIOR et al., 2020; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015; PIMENTAL et al., 2014).

O tratamento dessa ocorrência é feito por meio de um rápido diagnóstico e rápida intervenção, com a interrupção do tratamento, posicionamento semi-hereto na cadeira e fazer protocolos de conversa para diminuir a respiração do paciente com uso saco plástico ou das próprias mãos em formato de concha (ANDRADE, 2011).



O QUE FAZER EM CASOS DE HIPERVENTILAÇÃO?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de sinais e sintomas de hiperventilação.

1

CONTROLE DA SITUAÇÃO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA IDENTIFICANDO UMA DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

- A administração de oxigênio pode ajudar na rápida recuperação do paciente.

2

POSICIONAMENTO CORRETO DA CADEIRA

- Paciente consciente, geralmente, usa-se a posição sentada, a qual vai permitir um maior conforto respiratório.
- Caso o paciente esteja inconsciente, deve-se posicionar a cadeira deitada em posição supina.

3

MANUTENÇÃO DAS VIAS AÉREAS



ILUSTRAÇÃO 16: Manutenção das vias aéreas

(FONTOURA, 2016).



OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS

Durante o tratamento odontológico, existe uma chance razoável de algum corpo estranho atingir a parte posterior da cavidade oral, obstruindo-a. Para isso, é necessário um reconhecimento e um rápido manejo para desobstruir as vias aéreas sem sequelas para o paciente (ANDRADE, 2011).

Na maioria das vezes, esse objeto é engolido, continuando seu trajeto no sistema digestório ou é eliminado por reflexo de tosse ou vômito (PIMENTAL et al., 2014; RIBEIRO, 2014).

Caso o corpo estranho atinja o sistema respiratório, ele pode atingir a laringe e a traqueia, chegando aos brônquios, onde não ocorre uma obstrução das vias aéreas, mas o paciente deve ser encaminhado para a remoção em ambiente hospitalar (ANDRADE, 2011).

Mas, esse objeto pode atingir o sistema respiratório obstruindo a laringe, dependendo do seu tamanho, podendo ser total ou parcial na via respiratória. Quando ocorrer a obstrução total, a manobra deve ser feita em poucos minutos, necessitando de rápido reconhecimento e o tratamento deve ser agilizado (PIMENTAL et al., 2014; RIBEIRO, 2014).

Para evitar essas situações, o cirurgião-dentista deve:

1

UTILIZAR O ISOLAMENTO ABSOLUTO SEMPRE QUE POSSÍVEL

2

EVITAR UTILIZAR A CADEIRA ODONTOLÓGICA TOTALMENTE EM POSIÇÃO SUPINA

3

POSSUIR UMA BOMBA DE SUÇÃO DE ALTA POTÊNCIA PARA ASPIRAR OS OBJETOS

4

AMARRAR OS INSTRUMENTOS PEQUENOS COM FIO DENTAL

(FONTOURA, 2016).



O QUE FAZER EM CASOS DE OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS?

1

OBJETO RETIDO NA OROFARINGE

- **É necessário colocar o paciente em posição semi-sentado e utilizar uma pinça tipo Magill para remoção do corpo estranho.**

(FONTOURA, 2016).



► **ILUSTRAÇÃO 17:** Paciente em posição sentada com pinça para remoção de corpo estranho na orofaringe

2

OBJETO ENGOLIDO OU ASPIRADO SEM OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS

- **É necessário conduzir o paciente a uma unidade hospitalar para realizar um exame de imagem e verificar onde está o corpo estranho, para ser removido.**

- Em caso de deglutição, a equipe médica do local deve solicitar um exame de imagem abdominal.
- Em caso de aspiração, a equipe médica deverá solicitar um exame de imagem do tórax.

3

OBJETO ASPIRADO CAUSANDO OBSTRUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DAS VIAS AÉREAS

- Em casos de obstrução total, o cirurgião-dentista terá de 4 a 5 minutos para realizar a remoção do corpo estranho, pois, após esse tempo máximo, o paciente irá evoluir para uma parada cardiorrespiratória com agravamento da situação.

FASE	SINAIS E SINTOMAS
1ª FASE (1 A 3 MINUTOS)	PACIENTE CONSCIENTE, ANSIOSO, TENTANDO RESPIRAR, SEM FALA, AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL E DO PULSO.
2ª FASE (2 A 5 MINUTOS)	PACIENTE EVOLUI COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, DEPRESSÃO SIGNIFICATIVA DOS SINAIS VITAIS
3ª FASE (DEPOIS DE 4 A 5 MINUTOS)	AUSÊNCIA DE SINAIS VITAIS, DILATAÇÃO DAS PUPILAS E ÓBITO.

- Para essas situações são utilizadas manobras não-invasivas e manobras invasivas.

(FONTOURA, 2016).

MANOBRAS NÃO - INVASIVAS

1

MANOBRA DE HEIMLICH PACIENTE CONSCIENTE

1. Socorrista posicionado atrás da vítima que está em pé com uma perna entre as pernas do paciente;



2. Escore o corpo do paciente com a perna e posicione os braços ao redor do abdome;

3. Coloque uma das mãos fechadas, com o polegar voltado para o abdome, levemente acima do umbigo e um pouco abaixo do processo xifoide do osso esterno;

4. Posicione a outra mão por cima da primeira;

5. Faça algumas compressões com bastante força, comprimindo o abdome para dentro e para cima, até a eliminação do corpo estranho ou até que ocorra a inconsciência.

► **ILUSTRAÇÃO 18:** Manobra de Heimlich com paciente inconsciente

(FONTOURA, 2016).

MANOBRAS NÃO - INVASIVAS

2 MANOBRA DE HEIMLICH PACIENTE INCONSCIENTE

1. Coloque o paciente em posição supina (decubito dorsal), preferencialmente no chão;
2. Realize a hiperextensão da cabeça;
3. Posicione as mãos abertas levemente acima do umbigo e um pouco abaixo do processo xifoide do osso esterno;
4. Posicione a outra mão por cima da primeira;
5. Faça algumas compressões com bastante força, empurrando o abdome para dentro e para cima, até a eliminação do corpo estranho ou até que decida pela realização de uma manobra invasiva.



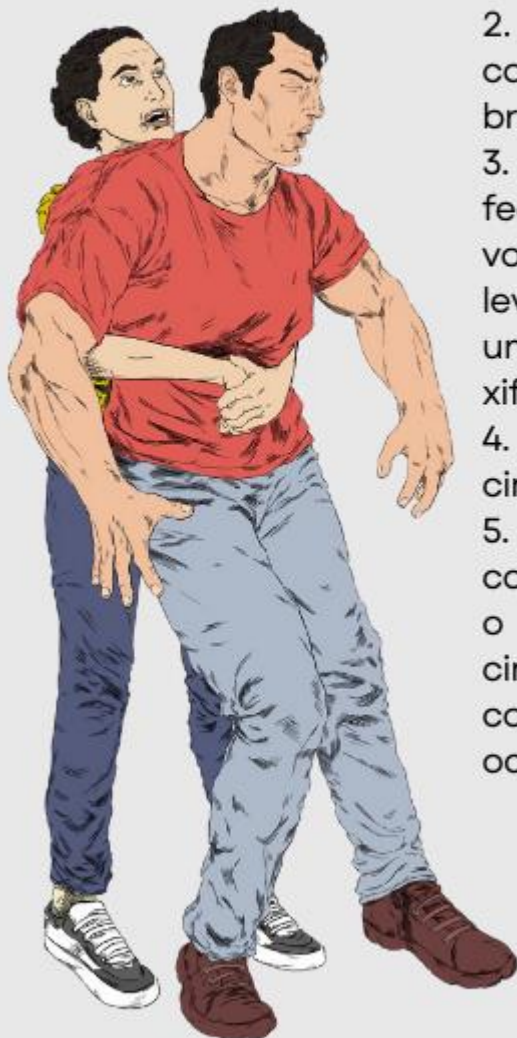
► **ILUSTRAÇÃO 19:** Manobra de Heimlich com paciente consciente

(FONTOURA, 2016).

MANOBRAS NÃO - INVASIVAS

1 MANOBRA DE COMPRESSÃO TORÁCICA PACIENTE CONSCIENTE

1. Socorrista posicionado atrás da vítima que está em pé;



2. Escore o corpo do paciente com a perna e posicione os braços ao redor do abdome;

3. Coloque uma das mãos fechadas, com o polegar voltado para o abdome, levemente acima do umbigo e um pouco abaixo do processo xifoide do osso esterno;

4. Posicione a outra mão por cima da primeira;

5. Faça algumas compressões com bastante força, puxando o tórax para dentro e para cima, até a eliminação do corpo estranho ou até que ocorra a inconsciência.

► **ILUSTRAÇÃO 20:** Compressão torácica com paciente inconsciente

(FONTOURA, 2016).

MANOBRAS NÃO - INVASIVAS

2

MANOBRA DE COMPRESSÃO TORÁCICA PACIENTE INCONSCIENTE

1. Coloque o paciente em posição supina, preferencialmente no chão;
2. Realize a hiperextensão da cabeça;
3. Posicione as mãos abertas levemente acima do umbigo e um pouco abaixo do processo xifóide do osso esterno;
4. Posicione a outra mão por cima da primeira;
5. Faça algumas compressões com bastante força, empurrando o tórax para dentro e para cima, até a eliminação do corpo estranho ou até que decida pela realização de uma manobra invasiva.



ILUSTRAÇÃO 21:
Compressão torácica com
paciente consciente

(FONTOURA, 2016).

MANOBRAS INVASIVAS

As manobras invasivas são utilizadas em duas situações:

1

QUANDO OCORRER UMA OBSTRUÇÃO TOTAL POR CORPO ESTRANHO E AS MANOBRAS NÃO-INVASIVAS NÃO FORAM EFICIENTES.

2

QUANDO O CIRURGIÃO-DENTISTA ESTIVER DIANTE DE UM EDEMA DE VIAS AÉREAS CAUSADO POR REAÇÕES ALÉRGICAS.

Caso ocorra essas situações acima, são utilizadas duas manobras invasivas: a traqueostomia e a cricotireoidotomia.

A traqueostomia é um procedimento eletivo, sendo indicado para criar uma nova via aérea, utilizada por muito tempo, geralmente em pacientes politraumatizados e com tumores faríngeos. Essa manobra é realizada em uma região sensível, onde possui estruturas anatômicas importantes, como a tireoide, nervos e vasos.

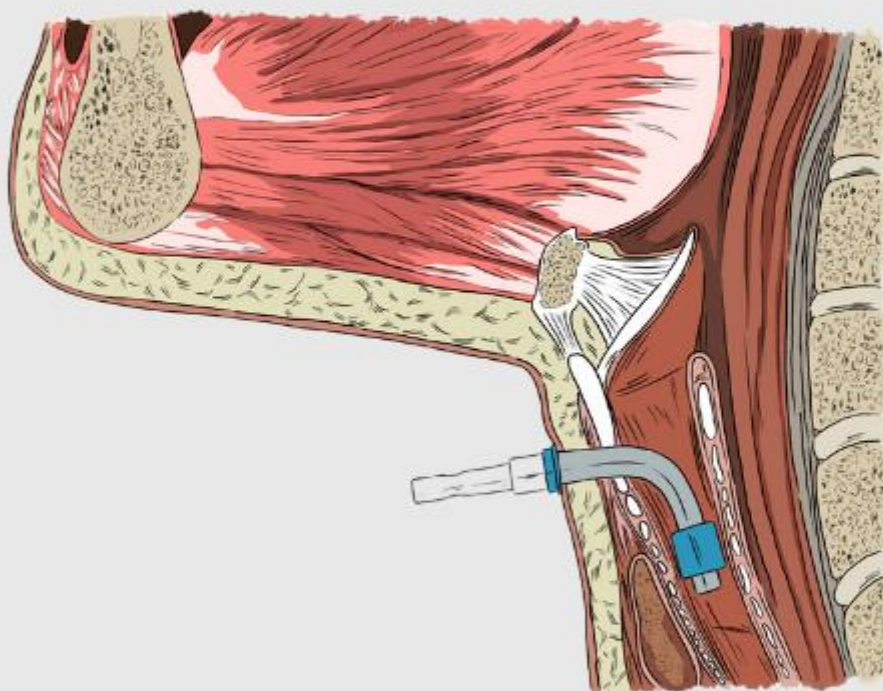
Por isso, no consultório odontológico, caso aconteça situações emergenciais, é mais utilizado a cricotireoidotomia.

A cricotireoidotomia é uma abertura na membrana cricotireoide, localizada entre a cartilagem tireoide e o cricoide.

(FONTOURA, 2016).

MANOBRAS INVASIVAS

Essa técnica deve ser utilizada apenas pelos profissionais que possuírem todo o material necessário e o devido treinamento prático para realizá-la, apesar de ser um procedimento de baixa complexidade.



► ILUSTRAÇÃO 22: Cânula posicionada para procedimento invasivo de traqueostomia

(FONTOURA, 2016).



A asma é definida como uma doença respiratória pelo aumento na resposta da traqueia e dos brônquios a estímulos externos, ocasionando o estreitamento das vias aéreas (ANDRADE, 2011).

Esta característica afeta, principalmente, crianças e adultos jovens, sendo necessário de terapêuticas para quaisquer situações de emergência no consultório odontológico (HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015; PIMENTEAL et al., 2014).

A maioria dos pacientes em crise respondem de forma eficiente ao uso do broncodilatador em aerossol administrado de forma rápida. Caso não seja percebido a crise asmática e o fármaco não seja utilizado, deve-se administrar adrenalina injetável.

Por isso, é necessário que o cirurgião-dentista reconheça a situação emergencial e utilize o fármaco correto para evitar processos mais graves do paciente (HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015; PIMENTEAL et al., 2014).

A asma pode ser classificada em extrínseca, quando motivada por substâncias desencadeadoras de crises alérgicas, e intrínseca, quando relacionadas a infecções virais no trato respiratório. Em casos de asma intrínseca, o cirurgião-dentista deve estar atento, visto que o medo e a ansiedade do consultório odontológico podem ocasionar crises asmáticas e são mais graves e perigosas, caso não tenha atendimento emergencial (FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os sinais e sintomas podem variar desde simples e curtos episódios (com tosse e pequena dificuldade de respirar) a longos e graves (com dispneia, agitação e cianose) (FONTOURA, 2016).

Os principais sinais e sintomas são:

- | | |
|---|---|
| 1 SENSÇÃO DE CONGESTÃO TORÁCICA | 7 TAQUIPNEIA |
| 2 TOSSE, COM OU SEM SECREÇÃO | 8 ELEVAÇÃO DA PRESSÃO SANGUÍNEA |
| 3 RUÍDO RESPIRATÓRIO | 9 AUMENTO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA |
| 4 DISPNEIA | 10 AGITAÇÃO E CONFUSÃO |
| 5 VONTADE DE SENTAR OU FICAR EM PÉ | 11 PERDA DA CONSCIÊNCIA EM CASOS SEVEROS |
| 6 AUMENTO DA ANSIEDADE | 12 UTILIZAÇÃO DE MÚSCULOS ACESSÓRIOS PARA RESPIRAÇÃO |

(FONTOURA, 2016).

A crise asmática inicia quando o paciente pede para ficar sentado para facilitar a respiração, projetando o corpo para frente. Neste momento, é utilizado o broncodilatador para inalação, (RIBEIRO, 2014).





O QUE FAZER EM CASOS DE CRISE ASMÁTICA?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de sinais e sintomas de uma crise asmática.

INTERROMPER O ATENDIMENTO ASSIM QUE SURTIREM OS SINAIS E SINTOMAS



**PACIENTE CONSCIENTE
SINAIS VITAIS PRESENTES**



**COLOCAR PACIENTE EM POSIÇÃO CONFORTÁVEL SENTADO
PROJETANDO O CORPO PARA FRENTE**



- **ADMINISTRAR BRONCODILATADOR POR INALAÇÃO: BROMIDRATO DE FENOTEROL 100 mcg /DOSE;**
- **INALAÇÃO DE UMA DOSE, SE NECESSÁRIO, REPETIR EM 5 MINUTOS;**
- **ADMINISTRAR O₂ E TRANQUILIZAR O PACIENTE**
- **AGUARDAR A MELHORA E DECIDIR PELA CONTINUIDADE OU NÃO DO TRATAMENTO**
- **AVALIAR USO DE CONTROLE DE ANSIEDADE NA PRÓXIMA CONSULTA**

O uso dessas drogas deve ser feita mediante o paciente não possuir uma droga prescrita pelo médico para ser utilizada nesses momentos. Caso o paciente já possua, é necessário orientá-lo a levar em todas as consultas odontológicas.

(FONTOURA, 2016).

USO CORRETO DO SPRAY ASMÁTICO

O fármaco de eleição para esses casos é o fenoterol vendido na forma de bromidrato de fenoterol. A sua apresentação farmacêutica é de 100mcg/dose, correspondente a um frasco de 10ml com 200 doses por spray.

A sua utilização se dá da seguinte forma:

- 1** **PRESSIONE A VÁLVULA POR DUAS VEZES ANTES DE USAR O AEROSSOL PELA PRIMEIRA VEZ;**
- 2** **RETIRE A TAMPA PROTETORA E ORIENTE O PACIENTE A RESPIRAR PROFUNDAMENTE ANTES DO USO DA MEDICAÇÃO;**
- 3** **O PACIENTE DEVE SEGURAR O FRASCO E COLOCAR OS LÁBIOS SOBRE O BOCAL. A SETA E A BASE DO FRASCO DEVEM ESTAR VIRADAS PARA CIMA;**
- 4** **O PACIENTE DEVE INSPIRAR PROFUNDAMENTE E PRESSIONAR A BASE DO FRASCO, AO MESMO TEMPO, LIBERANDO A DOSE.**
- 5** **O PACIENTE DEVE SEGURAR A RESPIRAÇÃO POR ALGUNS SEGUNDOS, REMOVER O BOCAL E EXPIRAR;**
- 6** **CASO SEJA NECESSÁRIO, REPITA OS PASSOS DE 2 A 4;**
- 7** **HIGIENIE E RECOLOQUE A TAMPA PROTETORA APÓS O USO.**

(FONTOURA, 2016).

Caso o paciente tenha broncoespasmo severo, a droga de escolha será 0,3 a 0,5ml de adrenalina 1:1.000 por via intramuscular (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015; PIMENTEAL et al., 2014).



CAPÍTULO 6

ALTERAÇÕES ADVERSAS



REAÇÕES ALÉRGICAS

Alergia é o estado de hipersensibilidade adquirida pela exposição prévia a determinadas substâncias com poder de aumentar a capacidade de reação do organismo pela reexposição, independente da substância e da droga utilizada em certas dosagens (ANDRADE, 2011; JUNIOR et al. 2020; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015).

Os processos alérgicos podem variar suas manifestações clínicas, sendo imediatas ou tardias, após a exposição do agente causador (ANDRADE, 2011; JUNIOR et al. 2020; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015). No consultório odontológico, é comum reações alérgicas a algumas medicações utilizadas durante o atendimento, como antibióticos, analgésicos, drogas para controle da ansiedade, anestésicos e resina acrílica, como, por exemplo:

- 1** ANTIBIÓTICOS: PENICILINA, CEFALOSPORINAS, TETRACICLINAS E SULFONAMIDAS
- 2** ANALGÉSICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS: DAPIRONA, ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO E OUTROS AINES
- 3** ANALGÉSICOS DE AÇÃO CENTRAL: MORFINA, CODEÍNA E MEPERIDINA
- 4** ANESTÉSICOS LOCAIS: DROGAS DO TIPO ÉSTER (PROCAÍNA, BENZCAÍNA, TETRACAÍNA); BISSULFATO DE SÓDIO E METILPARABENO
- 5** DROGAS PARA CONTROLE DE ANSIEDADE: BARBITÚRICOS
- 6** OUTRAS SUBSTÂNCIAS: METACRILATO DE METILA (RESINA ACRÍLICA)

(FONTOURA, 2016).



As reações alérgicas podem envolver apenas um sistema ou uma região do corpo, de forma localizada. (FONTOURA, 2016).

As manifestações clínicas podem variar de acordo com a área afetada e com os sistemas envolvidos (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al. , 2015; PIMENTEAL et al., 2014).

Nos casos de alergias localizadas, os sistemas envolvidos podem ocasionar reações cutâneas e reações respiratórias.

- Reações cutâneas: urticárias (placas elevadas na pele com prurido intenso) e angioedema (edema localizado envolvendo mãos, pés, face, lábios e língua).
- Reações respiratórias: broncoespasmo (dispneia, sibilos, rubor, cianose, sudorese, aumento da ansiedade) e edema de laringe (obstrução das vias aéreas superiores e rouquidão).



O QUE FAZER EM CASOS DE REAÇÕES CUTÂNEAS IMEDIATAS?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de casos de reações cutâneas imediatas.

INTERROMPER O ATENDIMENTO ASSIM QUE SURGIREM OS SINAIS E SINTOMAS



**PACIENTE CONSCIENTE
SINAIS VITAIS PRESENTES**



**COLOCAR PACIENTE EM POSIÇÃO CONFORTÁVEL SENTADO
AVALIAR PRESSÃO ARTERIAL E SINTOMATOLOGIA DO PACIENTE,
CASO NECESSÁRIO, REALIZAR SUPORTE BÁSICO DE VIDA**



- **ADMINISTRAR ANTI- HISTAMÍNICO PROMETAZINA - 50 mg /2 ml (IM);**
- **AGUARDAR A MELHORA;**
- **LIBERAR O PACIENTE ACOMPANHADO, AVALIANDO A POSSIBILIDADE DE ENCAMINHAR PARA O ALERGISTA E A MANUTENÇÃO DO ANTI- HISTAMÍNICO POR VIA ORAL.**

(FONTOURA, 2016).



O QUE FAZER EM CASOS DE REAÇÕES RESPIRATÓRIAS IMEDIATAS?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de casos de reações respiratórias imediatas.

INTERROMPER O ATENDIMENTO ASSIM QUE SURTIREM OS SINAIS E SINTOMAS



**PACIENTE CONSCIENTE
SINAIS VITAIS PRESENTES**



COLOCAR PACIENTE EM POSIÇÃO CONFORTÁVEL SENTADO



- **ADMINISTRAR BRONCODILATADOR POR INALAÇÃO: BROMIDRATO DE FENOTEROL 100 mcg /DOSE;**
- **INALAÇÃO DE UMA DOSE, SE NECESSÁRIO, REPETIR EM 5 MINUTOS;**
- **ADMINISTRAR O₂ E TRANQUILIZAR O PACIENTE**
- **AGUARDAR A MELHORA**

(FONTOURA, 2016).



ANAFILAXIA

Quando compromete diversos sistemas, a alergia evolui para um quadro de anafilaxia, tipo mais grave de reações alérgica, necessitando de intervenção imediata, pois pode levar a óbito do paciente (FONTOURA, 2016).

No caso das anafilaxias generalizadas, as manifestações clínicas podem acometer diversos sistemas importantes, necessitando de uma atenção mais precisa e eficiente no tratamento (JUNIOR et al. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015; MILORO, M., et al., 2015; PIMENTEAL et al., 2014).

- Reações cutâneas diversas: urticária na face no tórax; prurido intenso; eritema; rinite.
- Reações gastrointestinais e/ou geniturinárias: espasmos da musculatura lisa dos principais órgão, como cólicas, náuseas, vômitos, diarreia, incontinências urinária e fecal.
- Reações dos sistema respiratório: angústia respiratória, com dispneia, tosse, cianose e broncoespasmo.
- Colapso cardiovascular: palidez, tonteira, hipotensão, taquicardia e até parada cardíaca.

Para o tratamento dessas reações alérgicas, é necessário identificar o sistema envolvido, as manifestações clínicas e o estado de consciência do paciente para tomar as devidas atitudes para reverter o caso e, em casos graves, o profissional deve agir o mais rápido possível e de forma cautelosa para melhor conduzir a situação emergencial.

Nesses casos, é importante manter a via aérea do paciente para uma boa oxigenação, necessitando fazer a hiperextensão da cabeça do paciente, pois na maioria das vezes, o sistema respiratório é afetado, podendo gerar hipersecreção de muco, edema celular e broncoespasmo, o que podem levar a uma obstrução das vias aéreas.

Outro fator importante é o colapso cardiovascular, o qual leva o paciente a um quadro de palidez, tontura, taquicardia e uma possível parada cardiorrespiratória, que colocam a vida do paciente em risco.

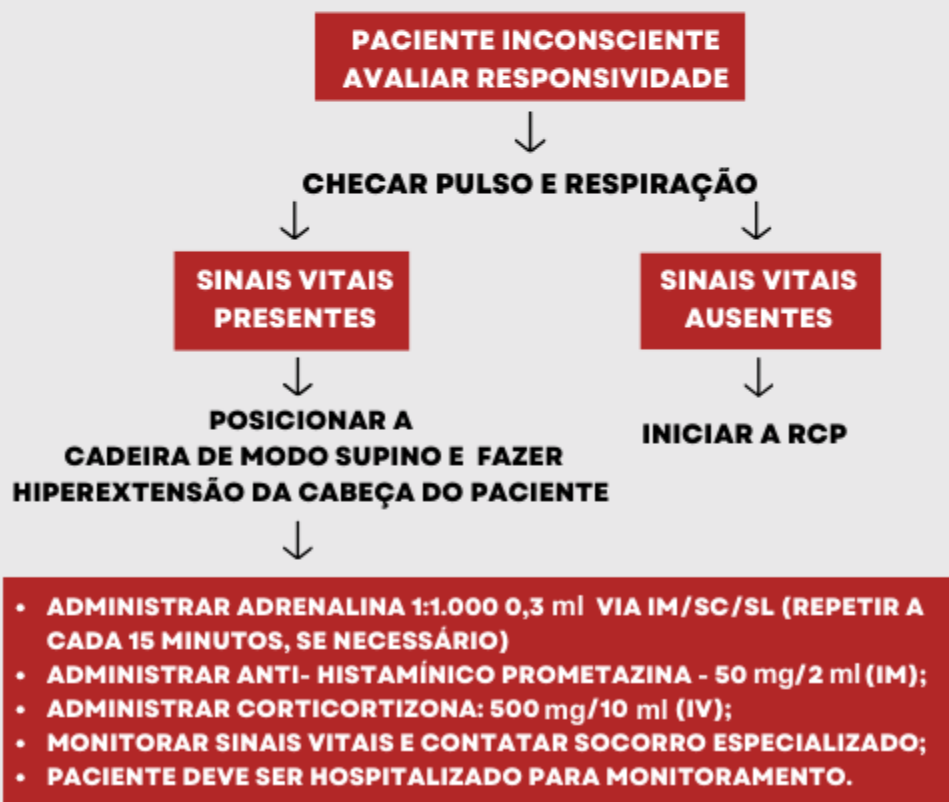
Diante de tudo isso, a adrenalina em concentração de 1:1.000 é a droga mais importante no kit de emergência, pela rápida ação, onde o cirurgião-dentista deve deixar a seringa preparada em ampolas de 1ml com 0,3ml de dose pronta para sua aplicação. E, em conjunto, utiliza-se um anti-histamínico e um corticoide para evitar a progressão do quadro para complicações mais graves, como edema de glote.

(JUNIOR ET AL. 2020; FONTOURA, 2016; HUPP ET AL., 2015; MILORO, M., ET AL., 2015; PIMENTAL ET AL., 2014)



O QUE FAZER EM CASOS DE ANAFILAXIA GENERALIZADA?

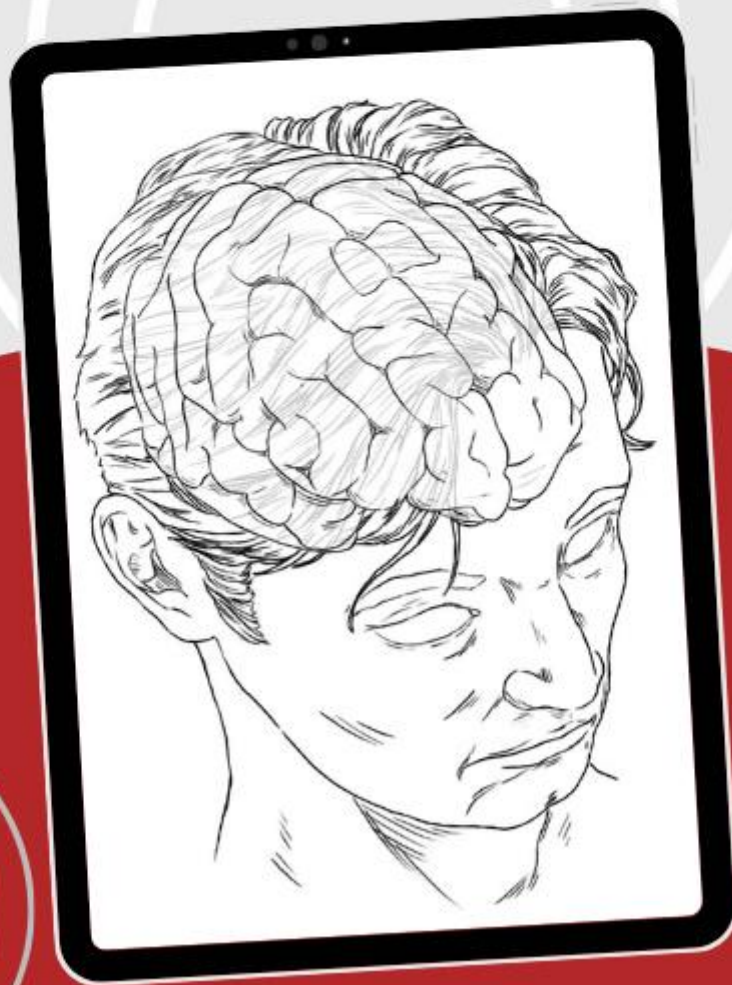
O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de casos de anafilaxia generalizada. Nesses casos, o cirurgião-dentista precisa estar preparado e agir rapidamente, administrando adrenalina, um anti-histamínico, via intramuscular, e um corticoide para contornar a situação.



(FONTOURA, 2016).

CAPÍTULO 7

ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA





CONVULSÕES

As convulsões são definidas como um estado comportamental, temporárias e reversíveis, após uma atividade elétrica anormal do cérebro (ANDRADE, 2011).

O estado convulsivo pode ser iniciado por sensações incomuns nos sentidos, chamada de aura, e pode ser classificada de duas maneiras: parciais, quando uma pequena região do cérebro é envolvida, ou generalizadas, quando envolve o córtex cerebral como um todo.

As crises convulsivas podem ser primárias/genéticas, de causas não identificáveis ou secundárias/adquiridas, quando são provocadas por alterações congênitas, tumores cerebrais, doenças vasculares e desordens metabólicas, injúrias no parto, doenças infecciosas, traumatismo craniano e reações tóxicas.

No consultório odontológico, é possível identificar fatores causais predisponentes para crises convulsivas, como:

- 1** CRISES CONVULSIVAS EM PACIENTES EPILÉPTICOS
- 2** CRISES CONVULSIVAS POR HIPOGLICEMIA
- 3** CRISES CONVULSIVAS POR HIPÓXIA SECUNDÁRIA À SÍNCOPE
- 4** CRISES CONVULSIVAS POR REAÇÕES TÓXICAS AO ANESTÉSICO LOCAL

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016; MILORO, M., et al., 2015).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas das crises convulsivas dependem do estado clínico do paciente e da crise instaurada.

Em casos de convulsões parciais, o paciente não perde a consciência e ela surge e desaparece sem deixar sequelas em poucos segundos.

As crises generalizadas são recorrentes em pacientes epiléticos, sendo dividida em três fases:

1 FASE PRODÔMICA (FASE PRÉ-ICTAL)

O paciente passa por mudanças comportamentais, geralmente ansiedade ou depressão, por um tempo de minutos até horas antes da crise, imperceptíveis pelo cirurgião-dentista. Após isso, o paciente apresenta sensação de aura, caracterizando alterações olfativas, visuais e gustativas, e perda de consciência (fase pré-ictal), levando ao aumento dos batimentos cardíacos, da pressão arterial e espasmos musculares.

2 FASE CONVULSIVA (ICTAL)

Nesta fase, ocorre contrações musculares esqueléticas e uma flexão do corpo com enrijecimento de tórax e dos membros superiores e inferiores, podendo ocasionar dispneia e cianose.

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).



► **ILUSTRAÇÃO 23:** Fases convulsivas: (A) Fase tônica e (B) fase clônica

Em seguida, o paciente começa a alternar entre contrações e flexões da musculatura, tornando a respiração pesada, aumento da salivação, mordedura de lábios e língua, durando de 3 a 5 minutos.

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).

3**FASE PÓS-CONVULSIVA (PÓS-ICTAL)**

Nessa fase, ocorre a normalização da respiração e a recuperação da consciência de forma gradativa. Em seguida, podem surgir um quadro de incontinência urinária e fecal no paciente, adormecendo profundamente.

Após duas horas do ocorrido, o paciente se recupera da crise, não recordando o que aconteceu (amnésia transitória).

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).

IDENTIFICANDO A CRISE CONVULSIVA

O cirurgião-dentista deve obter informações do estado geral do paciente a respeito de medicações, dosagem, posologia, aderência ao tratamento e controle das crises convulsivas. Além disso, é necessário fazer perguntas específicas quanto ao tipo e a frequência das convulsão, o que predispõe as crises e se o paciente percebe algum tipo de aura ou sinal de alerta (ANDRADE, 2011).

Caso o paciente não esteja com controle da medicação ou tenha tido crises recentemente, é necessário o encaminhamento do paciente para avaliação médica antes do início do tratamento odontológico (ANDRADE, 2011).

PREVENÇÃO DAS CRISES CONVULSIVAS

O cirurgião-dentista deve:

- orientar o paciente a se alimentar antes dos atendimentos normalmente, prevenindo casos de hipoglicemia;
- verificar uso da medicação anticonvulsivante de forma correta e efetiva;
- analisar o uso da sedação mínima com a equipe médica do paciente e, caso seja possível, utilizar diazepam ou midazolam, que possuem efeito anticonvulsivante;
- analisar também uso da sedação com óxido nitroso e oxigênio, caso o cirurgião-dentista seja habilitado;
- obter atenção ao prescrever antimicrobianos para não interagir com a medicação anticonvulsivante do paciente.

Em alguns casos, mesmo com todo esse cuidado, as crises podem ocorrer antes, durante e depois do atendimento odontológico. Para isso, é necessário que o cirurgião-dentista esteja preparado ao menor sinal de mudança comportamental dos pacientes, interrompendo o atendimento e removendo todo e qualquer objeto presente na cavidade oral do paciente.

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).



COMO FAZER?

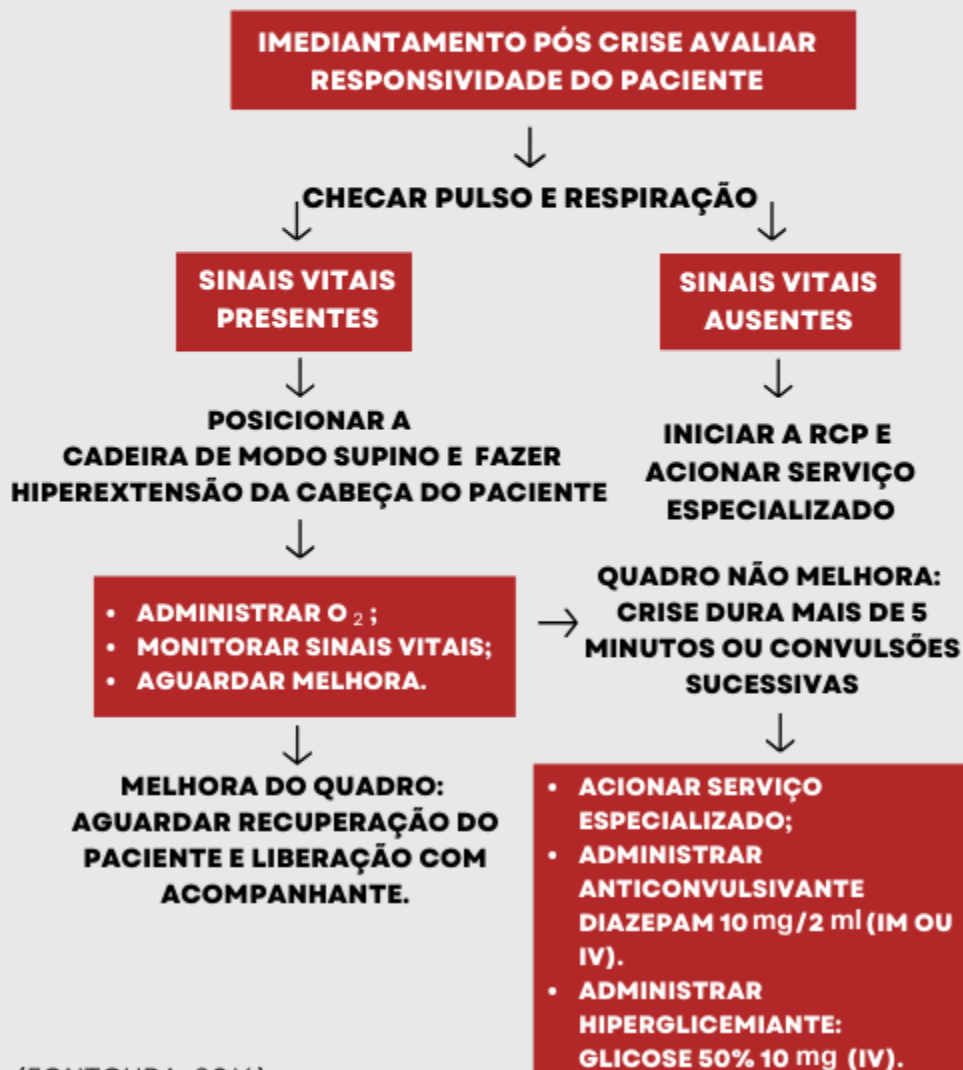
1. Coloque o paciente em posição confortável, mas próximo do chão, possível;
2. Remova os objetos pontiagudos e cortantes que estejam ao redor;
3. Solte gravatas, lenços e colarinhos para facilitar a respiração;
4. Gire o paciente, preferivelmente, para o lado esquerdo ou o lado que você se encontra, cuidadosamente, colocando-o deitado de lado, aumentando a passagem de ar e liberando as vias aéreas;
5. Durante a crise, não limite os movimentos do paciente, apenas proteja a cabeça contra lesões físicas;
6. Anote o tempo da crise para repassar para o médico do paciente;
7. Caso a crise demore mais de 3 minutos ou que a vítima esteja em cianose o tempo inteiro, solicite o serviço médico de atendimento;
8. Caso a crise for demorada ou repetitiva, administre midazolam 15mg por via oral ou diazepam 10mg por via intramuscular;
9. Ao finalizar a crise, mantenha o paciente em observação de 10 a 15 minutos, verificando grau de consciência, administrando oxigênio e monitorando seus sinais vitais.

(ANDRADE, 2011).



O QUE FAZER EM CASOS DE CRISE CONVULSIVA?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de casos de crise convulsiva.



(FONTOURA, 2016).

CAPÍTULO 8

HEMORRAGIAS





HEMORRAGIAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

O processo de hemorragia é a saída exacerbada e descontrolada de sangue do sistema circulatório advinda de diferentes causas aparentes. Para isso, é necessário realizar o processo de hemostasia, cujo objetivo fisiológico principal é a manutenção da integridade dos vasos e a fluidez do sangue, após uma lesão vascular, o que gera o reequilíbrio do sistema circulatório (MALAMED, 2016).

Para conter a hemorragia, o organismo estimula a criação de um coágulo para reparar a lesão.

As hemorragias são classificadas de acordo com a quantidade de perda sanguínea durante os procedimentos. No corpo do humano adulto, circulam 5 litros de sangue, correspondendo de 7 a 8% do peso corporal. Por isso, a classe I das emergências hemorrágicas ocorrem quando a perda de sangue é de até 15%. A classe II corresponde a uma perda de volume de sangue de 15 a 30%, enquanto a classe III, um volume de 30 a 40%. Já a classe IV, mais exacerbada e preocupante, corresponde a uma perda sanguínea maior que 40% (ANDRADE, 2011).



HEMORRAGIAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

As situações hemorrágicas no consultório odontológico dependem das características de saúde geral do paciente, podendo ser ocasionada em procedimentos específicos, por traumas severos e até em fenômenos iatrogênicos ocasionadas durante o atendimento (ANDRADE, 2011).

Diante dessas situações, os sinais e sintomas observados no paciente, geralmente, são palidez, pele fria ao toque, pulso acelerado, fraqueza e perda de consciência, em casos mais graves.

Para evitar esses casos mais severos, o cirurgião-dentista deve realizar uma anamnese efetiva, principalmente, em pacientes com deficiência de algum fator de coagulação ou com coagulopatias, como hemofilia e doença de Von Willebrand, pois podem causar sangramentos espontâneos durante o procedimento.

Além disso, o cirurgião-dentista precisa levar em consideração problemas sistêmicos de saúde geral do paciente, como hipertensão arterial, trombocitopenia, e diabetes mellitus, e, ainda, pacientes que utilizam heparina e que fazem uso de drogas antiagregante plaquetário, pois são propensas a evoluir, durante procedimentos dentários, com hemorragias.

(ANDRADE, 2011; MILORO, M., et al., 2015).

MANIFESTAÇÕES CAUSAIS DE HEMORRAGIAS

As manifestações causais das situações hemorrágicas dependem do estado clínico do paciente e de doenças associadas ou de falta de minerais importantes para o funcionamento da coagulação.

Além das manifestações ressaltadas anteriormente, pode-se destacar outras manifestações sistêmicas que também podem ocasionar hemorragias, como doenças hepáticas (hepatite e cirrose hepática), anemias, câncer no fígado, deficiência de vitamina K e doenças autoimunes, como lúpus e púrpura.

Com isso, o cirurgião-dentista deve realizar uma anamnese criteriosa, associada a exames de imagem e a exames laboratoriais, caso o paciente revele algum desses comprometimentos ou quando há suspeita de alguma adversidade presente no histórico de saúde geral e familiar do paciente.

Nesses casos, é necessário realizar os seguintes exames laboratoriais:

- 1** TEMPO DE PROTROMBINA (PT)
- 2** TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (PPTA)
- 3** CONTAGEM PLAQUETÁRIA
- 4** AGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA

O exame tempo de protrombina (PT) mede o tempo que um coágulo de fibrina leva para se formar em uma amostra de plasma depois da adição de um reagente tromboplastina, sendo usado para identificar anormalidades nas vias extrínseca e comum da coagulação. Para seus valores normais, tem-se:

- em segundos: 12 a 18 segundos
- em atividade de protrombina: maior que 70%
- INR (International Normalized Ratio): menor que 1,2

Já o tempo de tromboplastina parcial ativado (PTPa), mede o quão bem estão funcionando as cascatas de coagulação nas vias intrínsecas e comum, tendo resultado normal:

- em segundos: 25 a 34 segundos.

TP	TPPa	INTERPRETAÇÕES CLÍNICAS
PROLONGADO	NORMAL	DEFICIÊNCIA DO FATOR VII
NORMAL	PROLONGADO	DEFICIÊNCIA DE UM DOS FATORES: X, IX, VIII, XI OU XII
PROLONGADO	PROLONGADO	PROBLEMAS HEPÁTICOS NA FORMAÇÃO DE VÁRIOS FATORES OU DEFICIÊNCIA DE UM DOS FATORES: V, X, II OU I
NORMAL	NORMAL	INDIVÍDUO NORMAL OU DEFICIÊNCIA DE COAGULAÇÃO PLAQUETÁRIA

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).

Além desses exames, o coagulograma também é utilizado para avaliar fatores de coagulação e a hemostasia primária em determinados casos, como:

- avaliação preventiva para procedimentos cirúrgicos;
- investigação clínica de distúrbios hemorrágicos;
- avaliação de estados pré-trombóticos e trombofílicos;
- acompanhamento do uso das medicações.

Para isso, é necessário identificar os valores normais do coagulograma (mm³):

VALORES	INTERPRETAÇÕES CLÍNICAS
150.000 - 400.000	VALOR NORMAL
40.000 - 50.000	PODE OCORRER HEMORRAGIA PROLONGADA POR CIRURGIA OU TRAUMA
<20.000	SANGRAMENTO ESPONTÂNEO DA TROMPOCITOPENIA ISOLADO
5.000-10.000	HEMORRAGIA GRAVE
>400.000	PRODUÇÃO DE PLAQUETAS AUMENTADAS

Com todas essas informações, o esquema abaixo resume todos os exames laboratoriais necessários em cada situação:

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA	TP, TTPa E CONTAGEM DE PLAQUETAS
INVESTIGAÇÃO CLÍNICA	COAGULOGRAMA COMPLETO
ACOMPANHAMENTO DE MEDICAÇÕES	VARFARINA - TP HEPARINA - TTPa

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).

HEMOSTÁTICOS

Hemostáticos são substâncias que promovem o controle da hemostasia, com o intuito de estancar o sangramento excessivo.

Esses agentes anti-hemorrágicos possuem vários mecanismos de ação e diferentes formas de apresentação. Os hemostáticos podem ser agentes de ação local, propiciando a vasoconstrição e promovendo a agregação plaquetária ou de ação sistêmicas, com drogas que funcionam inibindo a fibrinólise ou promovendo a coagulação.

O uso desses mecanismos podem ser efetivos quando:

- 1** HÁ RISCO DE SANGRAMENTO EM DETERMINADOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS
- 2** QUANDO ACONTECE ALGUMA INTERCORRÊNCIA NO TRANS-OPERATÓRIO
- 3** CONTROLE DE HEMORRAGIAS
- 4** URGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

O tratamento deve ser feito pelo tamponamento e pela compressão das lesões, após hemorragias externas e internas não controladas, sendo utilizados tanto hemostáticos locais, quanto hemostáticos sistêmicos durante os procedimentos operatórios.

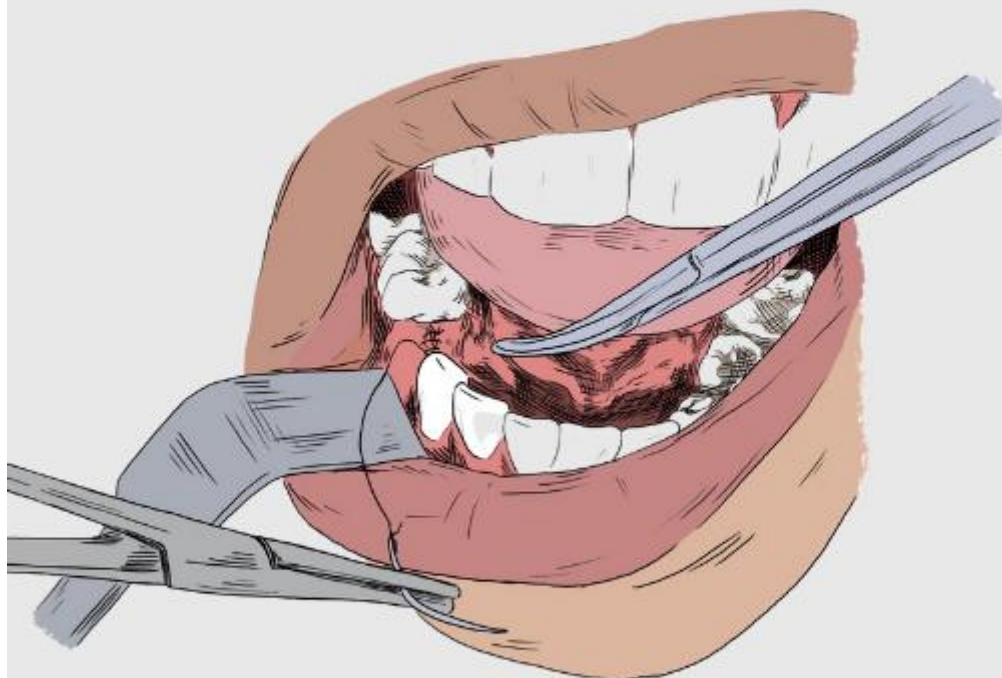
(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).

HEMOSTÁTICOS LOCAIS

1 SUTURAS E LIGADURAS

As suturas e ligaduras são utilizadas, geralmente, em procedimentos cirúrgicos para aproximar o tecido, permitindo a formação de coágulos e, conseqüentemente, da hemostasia.

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).

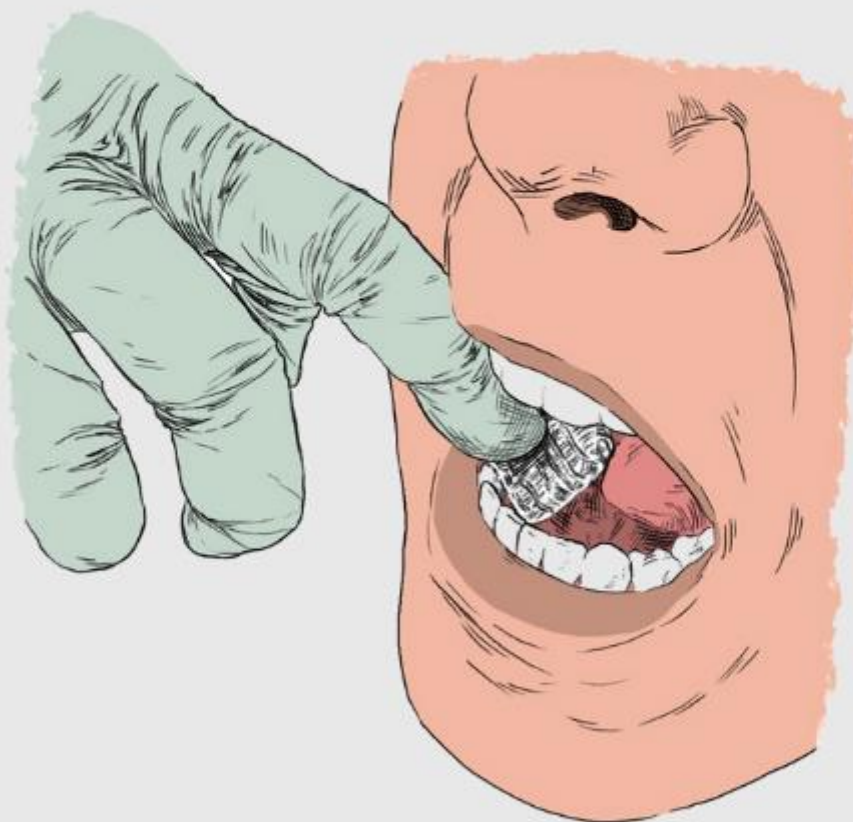


► ILUSTRAÇÃO 24: Hemostáticos locais: Suturas e ligaduras

HEMOSTÁTICOS LOCAIS

2 COMPRESSÃO

A compressão é feita por meio da utilização de gazes, esponjas absorvíveis e membranas absorvíveis para comprimir o tecido e diminuir o sangramento no trans e no pós-operatório.



■ ILUSTRAÇÃO 25: Hemostáticos locais: Compressões

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).

HEMOSTÁTICOS LOCAIS

3 ELETROCAUTERIZAÇÃO

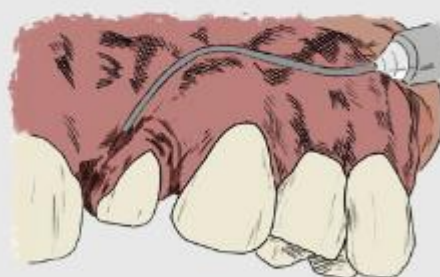


A eletrocauterização é realizada por meio do eletrocautério, permitindo pequenas destruições de tecidos indesejados, o que auxilia no controle do sangramento.

► ILUSTRAÇÃO 26: Hemostáticos locais: Eletrocauterização

4 VASOCONSTRITORES

Os vasoconstritores são fármacos que contraem os vasos sanguíneos, o que permite controlar o sangramento e a perfusão tecidual.



► ILUSTRAÇÃO 27: Hemostáticos locais: Vasoconstritores

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016). 94

HEMOSTÁTICOS SISTÊMICOS

1 TRANSAMIN

O transamin é um fármaco antifibrinolítico usado para o controle ou prevenção de sangramentos decorrentes de cirurgias, doenças ou traumatismos. A sua atuação é capaz de preservar a estabilidade dos coágulos sanguíneos para que se dissolvam, reduzindo os sangramentos, sendo utilizados na forma tópica, forma oral e injetável, e, de forma mais corriqueira, por via oral e aplicação injetável.

Por isso, segue abaixo a prescrição do transamin para qualquer ocorrência no consultório odontológico que seja indicada a utilização deste medicamento.

INJETÁVEL

Transamin (5ml/250mg)----- 4 ampolas

Fazer 1g, por via endovenosa, diluído em 100ml de Soro fisiológico a 0,9% lentamente.
(cerca de 1ml por minuto)

ORAL

Transamin (250mg)----- 12 comprimidos

Fazer 2 comprimidos, por via oral, a cada 8 horas, durante 3 a 4 dias.

HEMOSTÁTICOS SISTÊMICOS

2 VITAMINA K

A Vitamina K é uma parte essencial do ácido glutâmico, um aminoácido responsável pelo evento químico chamado carboxilação. Este evento químico permite que o sangue de uma ferida aberta pare, e coagule, com isso evitando um excesso de sangramento.

INJETÁVEL

Vitamina K (10mg/ml)----- 1 ampola

Fazer 1 ampola (1ml), por **via endovenosa (EV)**, diluída em 100ml de Soro fisiológico a 0,9%, a cada 24 horas.

Vitamina K (10mg/ml)----- 1 ampola

Fazer 1 ampola (1ml), por **via intramuscular (IM)**, a cada 24 horas, por 3 dias.

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016).



O QUE FAZER EM CASOS DE HEMORRAGIA?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de casos de hemorragia.



HEMOSTÁTICOS LOCAIS	HEMOSTÁTICOS SISTÊMICOS
COMPRESSÃO	ANTIFIBRINOLÍTICOS
SUTURAS E LIGADURAS	ÁCIDO TRANEXÂMICO EV: 5ml/250mg (4 ampolas) ---FAZER 1g DILUÍDO EM 100ml DE SORO FISIOLÓGICO A 0,9% LENTAMENTE
ESPONJAS REABSORVÍVEIS	ÁCIDO TRANEXÂMICO VO: 250mg ----FAZER 2 COMPRIMIDOS, A CADA 8 HORAS, DURANTE 3 A 4 DIAS
ELETROCAUTERIZAÇÃO	VITAMINA K IM: 10mg/ml --- FAZER AMPOLA (1ml), DILUÍDO EM 100ml DE SORO FISIOLÓGICO A 0,9%, POR 3 DIAS

(FONTOURA, 2016).

CAPÍTULO 9

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO



ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma alteração neurológica, causada, geralmente, pela degradação da substância encefálica pela interrupção do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, pelo fluxo de glicose e de oxigênio suprimindo o cérebro (ANDRADE, 2011).

O AVE pode ser classificado como:

- isquêmico, geralmente de 80 a 85% dos casos, quando ocorre insuficiência vascular cerebral, ou seja, bloqueio do fluxo sanguíneo por um coágulo, ocasionando trombose e embolia no tecido cerebral;
- hemorrágico, de 15 a 20% dos casos, advindos de má formações dos vasos sanguíneos, ou seja, da ruptura de vasos causando hemorragias, podendo ser recorrente em pacientes com aterosclerose e hipertensão arterial.

A gravidade do AVE e as possíveis sequelas instauradas são decorrentes da extensão, do tempo e da região atingida, levando até, em casos graves, ao óbito do paciente (ANDRADE, 2011). Com isso, podemos classificar:

- 1 AVE TRANSITÓRIO (AVE ISQUÊMICO REVERSÍVEL);
- 2 AVE EM EVOLUÇÃO;
- 3 AVE COMPLETO OU CONSUMADO.



O acidente vascular encefálico possui condições que predisõem significativamente o risco, como diabetes; uso de contraceptivos orais; tabagismo; hipercolesterolemia; doenças que afetam o sistema, circulatório, com aumento do estado de coagulação do sangue; e, principalmente, a hipertensão arterial desregulada (ANDRADE, 2011).

Dentre todos esses fatores predisponentes, a hipertensão arterial desregulada é a mais alarmante, pois com o espessamento e a degradação do fibrinogênio, a aterosclerose pode se desenvolver mais rapidamente, o que permite a degradação das pequenas artérias cerebrais, causando isquemia de áreas no cérebro e provocando o acidente vascular encefálico (ANDRADE, 2011).

Com isso, ambiente do consultório odontológico, por si só, já é um local de ansiedade, apreensão e estresse, ao mexer com tratamentos invasivos, com sensação dolorosa e estímulos peculiares pra alguns pacientes, podendo ocasionar picos de pressão e, aumentando o risco nos pacientes que já apresentam sinais hipertensivos evidentes (ANDRADE, 2011).

(ANDRADE, 2011; MILORO, M., et al. , 2015).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Os sinais e sintomas podem variar de acordo com o tipo de acidente vascular encefálico (isquêmico ou hemorrágico) e da área cerebral afetada (ANDRADE, 2011).

Se a causa do acidente vascular encefálico for decorrente do infarto agudo do miocárdio, os sinais clínico podem levar minutos, horas ou dias pra se instaurar. Caso o acidente vascular encefálico se origine de um embolia ou de um AVC hemorrágico, os sinais se manifestam de forma rápida e abrupta, necessitando de um reconhecimento efetivo, rápido e eficaz (ANDRADE, 2011).

Os principais sinais e sintomas são:

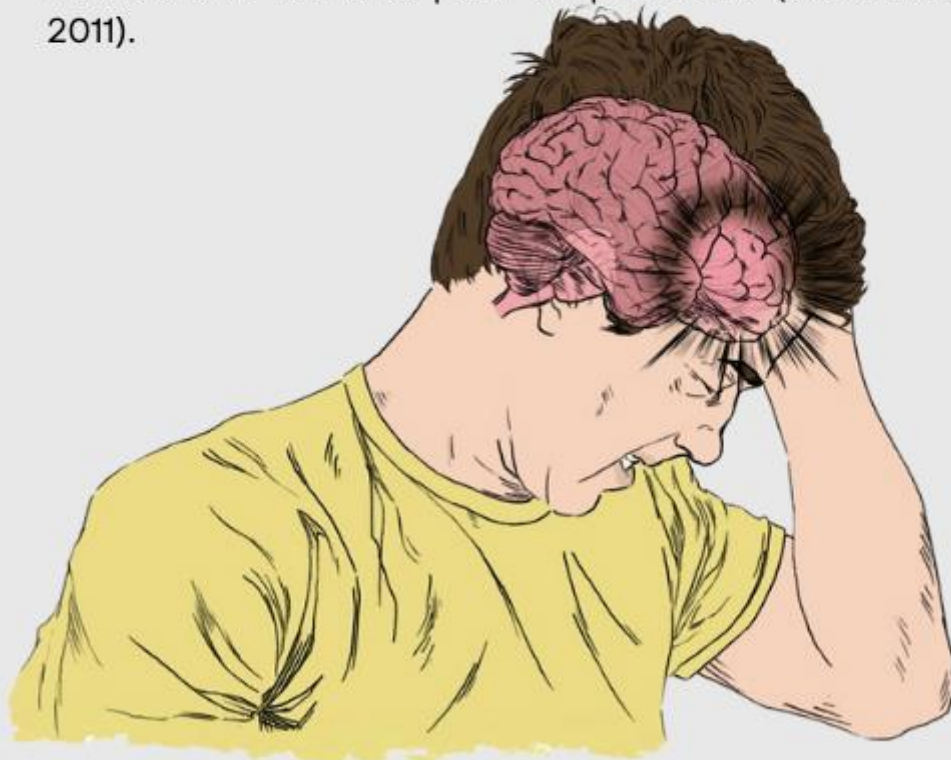
- 1** CEFALÉIA SÚBITA
- 2** NÁUSEAS E VÔMITOS
- 3** DISPNEIA E DIFICULDADE DE DEGLUTIR
- 4** CALAFRIO E FRAQUEZA
- 5** PERDA DA CONSCIÊNCIA
- 6** HEMIPARESIA
- 7** ASSIMETRIA DE PUPILAS



(ANDRADE, 2011).

A prevenção deve ser feita por uma boa anamnese, reconhecendo os fatores de risco; avaliação dos sinais vitais antes de todas as consultas em pacientes com predisposição aos fatores de risco; planejar para esses pacientes, que já tiveram algum AVC ou que possuem fatores de risco, consultas de 40 minutos pelo período da manhã (ANDRADE, 2011).

Além disso, deve ser consultado e avaliado pela equipe médica do paciente o uso de sedação mínima durante as consultas odontológicas, com uso de benzodiazepínicos por via oral ou por sedação com óxido nitroso e oxigênio, caso o profissional seja habilitado e treinado para tal protocolo (ANDRADE, 2011).

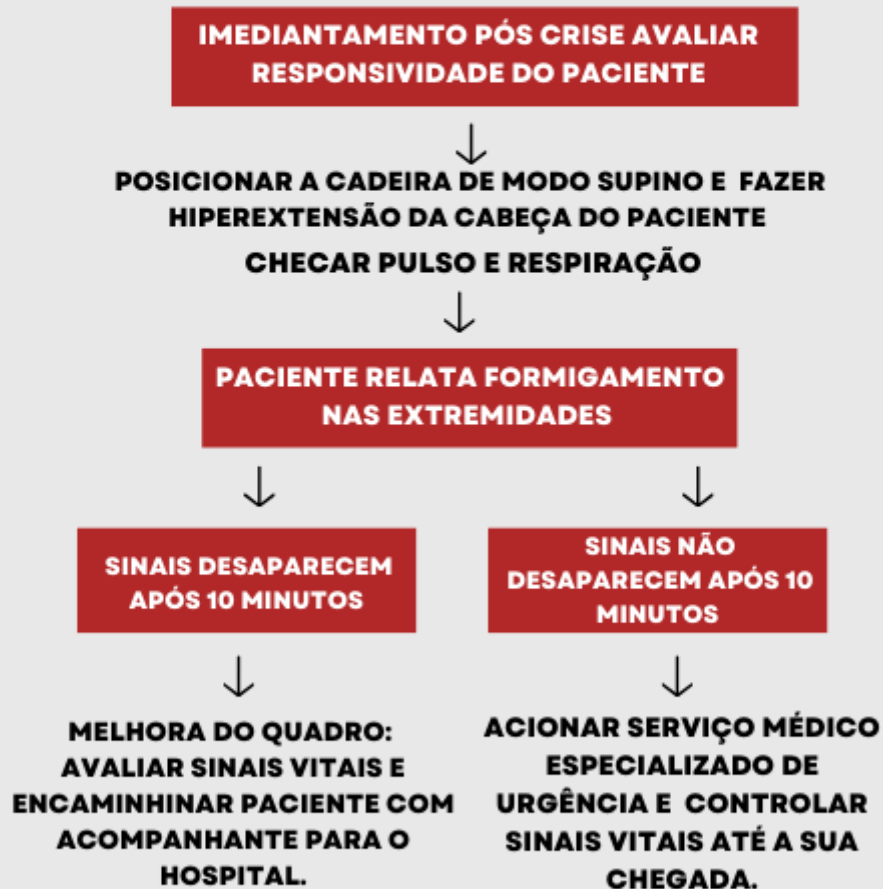


■ ILUSTRAÇÃO 28: Acidente Vascular Encefálico



O QUE FAZER EM CASOS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO?

O esquema a seguir demonstra a simplificação do atendimento odontológico diante de casos de acidente vascular encefálico.



(ANDRADE, 2011).

CAPÍTULO 10

KIT DE EMERGÊNCIA





KIT DE EMERGÊNCIA MÉDICA NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Esse e-book apresentou as mais diversas situações emergenciais que podem acometer pacientes durante o tratamento odontológico. Porém, muitos cirurgiões-dentistas não estão preparados para prestar os devidos atendimentos durante essas ocorrências por falta de conhecimento, de materiais e de medicamentos necessários, com base, muitas vezes, no “isso não vai acontecer comigo” (ANDRADE, 2011).

Apesar de muitas situações de emergências não necessitarem de suportes específicos, muitos cirurgiões-dentistas não se preparam para essas ocorrências, deixando de lado o kit de primeiros socorros, o qual é essencial a todo consultório odontológico, pois é previsto no código civil brasileiro e no código de ética, penalidades de negligência, imprudência e imperícia para o profissional que não estiver apto a realizar manobras de suporte básico de vida e não prestar os devidos cuidados necessário ao paciente em situações de risco iminente à vida (ANDRADE, 2011).

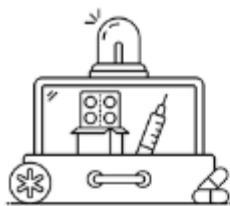


KIT DE EMERGÊNCIA MÉDICA NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Para isso, vamos abordar neste capítulo os equipamentos, os materiais e os fármacos necessários durante situações de emergências, devidamente aplicados no consultório odontológico de acordo com as habilitações e manejos dos cirurgiões-dentistas.

Dentre eles, vamos dividir quanto aos equipamentos utilizados e de suporte para o consultórios odontológico, materiais acessórios usados nas aplicações de algumas medicações e os fármacos mais utilizados no consultório odontológico em casos de urgência e emergência médica.

Além disso, é interessante que, dependendo da localização do seu consultório, o cirurgião-dentista possa entrelaçar o contato com consultórios médicos nas redondezas, para, em caso de urgências e emergências, pedir auxílio à equipe médica desse local, prestando alguma ajuda imediata.



KIT DE EMERGÊNCIA

Durante as emergências médicas, é necessário garantir que o cirurgião-dentista e sua equipe estejam treinados para reconhecer a situação emergencial e auxiliar no tratamento das emergências. Isso deve ser realizado pelos treinamentos de exercícios regulares, simulando situações de emergências, e a revisão anual das habilidades de Suporte Básico de Vida (SBV) de todos os membros da equipe (HUPP et al., 2015).

A preparação para lidar com emergências inclui quatro ações específicas:

- 1 ASSEGURAR QUE O PRÓPRIO CONHECIMENTO DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE GESTÃO DE EMERGÊNCIA É ADEQUADO E ATUALIZADO;**
- 2 TER A EQUIPE DE APOIO DO CONSULTÓRIO TREINADA PARA AUXILIAR NAS EMERGÊNCIAS MÉDICAS;**
- 3 OBTER UM ACESSO IMEDIATO À PRESTADORES DE CUIDADOS MÉDICOS CAPAZES DE AUXILIAR EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA;**
- 4 EQUIPAR O CONSULTÓRIO COM EQUIPAMENTOS E SUPRIMENTOS NECESSÁRIOS PARA TRATAR OS PACIENTES GRAVES.**

A cadeira odontológica é um equipamento básico e fundamental, que deve facilitar o manejo do paciente na posição em que cabeça esteja baixa, com os pés elevados. Além disso, é necessário o uso de equipamentos para assistência respiratória e para a administração de medicamentos injetáveis durante as emergências no consultório.

(ANDRADE, 2011; FONTOURA, 2016; HUPP et al., 2015 ; MILORO, M., et al. , 2015).

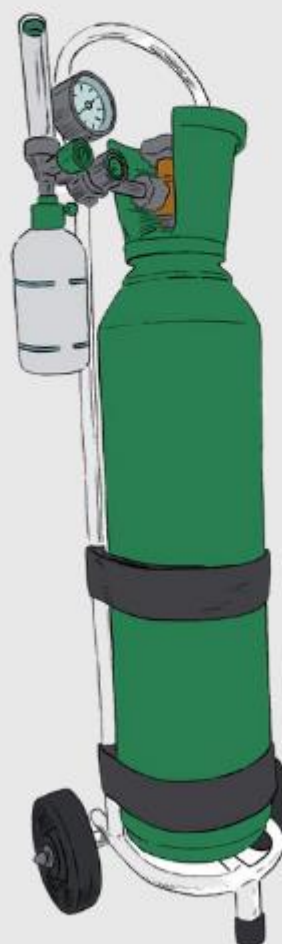
EQUIPAMENTOS NO CONSULTÓRIO

1 SISTEMA PORTÁTIL DE LIBERAÇÃO DE OXIGÊNIO

O equipamentos para assistência respiratória deve ser de fácil acesso, móvel e incluir as vias aéreas (passagens de ar) orais e nasais, com uma cânula ou cateter nasal para auxiliar na respiração complementar de pacientes, e uma máscara facial, para uso em pacientes com perda de consciência e dificuldade respiratória (ANDRADE, 2011).

Em casos de cirurgiões-dentistas treinados, nas situações graves de obstrução de vias aéreas orais e nasais, podem ser obtidos tubos laringeos e endotraqueais para intubação traqueal (HUPP et al., 2015).

■ **ILUSTRAÇÃO 29:** Sistema portátil de liberação de oxigênio



2 MONITORAMENTO DOS SINAIS VITAIS

O uso do estetoscópio e do esfigmomanômetro é essencial no consultório odontológico, desde a anamnese do paciente até seu uso em qualquer situação de emergência. Para isso, pode-se ser usado tanto convencional quanto os monitores automáticos portáteis para essa aferição da pressão arterial.



► **ILUSTRAÇÃO 30:**
Esfigmomanômetro e
estetoscópio

3 GLICOSSÍMETRO



Este equipamento é um dispositivo portátil de fácil assistência para verificar a quantidade de glicose no sangue, utilizado, principalmente, no atendimento a pacientes diabéticos (ANDRADE, 2011).

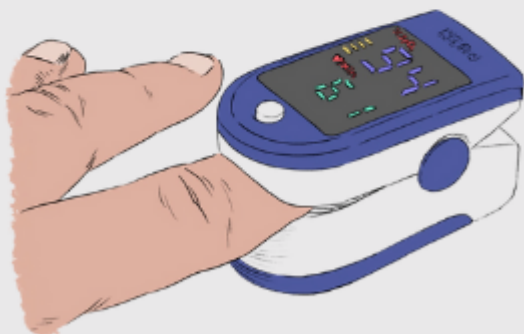
► **ILUSTRAÇÃO 31:** Glicossímetro

Valores normais de glicemia para simples referência:

MONITORAMENTO	VALORES DA GLICEMIA DE BOM CONTROLE	VALORES DA GLICEMIA DE CONTROLE REGULAR	VALORES DA GLICEMIA DE MAU CONTROLE
EM JEJUM	até 110 mg/ dL	até 130 mg/ dL	mais de 130 mg/ dL
1 HORA APÓS ALIMENTAÇÃO	até 160 mg/ dL	até 180 mg/ dL	mais 180 mg/ dL
2 HORAS APÓS ALIMENTAÇÃO	até 140 mg/ dL	até 150 mg/ dL	mais de 150 mg/ dL
3 HORAS APÓS ALIMENTAÇÃO	até 110 mg/ dL	até 130 mg/ dL	mais de 130 mg/ dL

(ANDRADE, 2011; PETERSON, 2015).

4 OXÍMETRO DE PULSO



Equipamento portátil que avalia a saturação de hemoglobina do sangue arterial (SpO₂). É usado em casos que o paciente deve ser sedado por óxido nitroso e oxigênio e em casos de emergência em pacientes com dificuldade respiratória (ANDRADE, 2011).

► ILUSTRAÇÃO 32: Oxímetro de pulso

5 ACESSÓRIOS PARA INJETÁVEIS

Esses acessórios são utilizados no auxílio de aplicação de medicações injetáveis no atendimento emergencial do paciente (ANDRADE, 2011).

ACESSÓRIOS
Seringas 1ml com agulhas 13 x 4,5
Seringas 5ml com agulhas 25 x 7
Seringas 10ml com agulhas 30 x 7
Garrotes para injeções intravenosas
Gases e algodão hidrófilo estéril
Antisséptico (Álcool 70%)

(ANDRADE, 2011; PETERSON, 2015).



ILUSTRAÇÃO 33: Materiais acessórios para produtos injetáveis presente no kit de emergência

FÁRMACOS

NOME GENÉRICO	FÁRMACO ORIGINAL	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	APRESENTAÇÃO	EM QUE CASO USAR?
DIAZEPAM	VALIUM	IM OU IV	Ampolas de 2ml 5mg/ 2ml	CRISE CONVULSIVA
SALBUTAMOL	AEROLIN	INALATÓRIA	Spray aerossol 100mcg/ dose	BRONCOESPASMO CRISE AGUDA DE ASMA
AÇÚCAR LÍQUIDO	GLINSTAN	ORAL OU SUBLINGUAL	Sachê de 15g	HIPOGLICEMIA
SOLUÇÃO DE GLICOSE	SOLUÇÃO INJETÁVEL DE GLICOSE 25%	IV	Ampolas de 10ml	HIPOGLICEMIA
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	ASPIRINA	ORAL	Comprimidos de 100mg	PREVENÇÃO DE COÁGULOS NO IAM
DINITRATO DE ISOSSORBIDA	ISORDIL	SUBLINGUAL	Comprimidos de 5mg	CRISE DE ANGINA DE PEITO
PROPATILNITRATO	SUSTRATE	SUBLINGUAL	Comprimidos de 10mg	CRISE DE ANGINA DE PEITO
BETAMETASONA	CELESTONE INJETÁVEL	IM	Ampolas de 1mL 4mg/mL	REAÇÃO ALÉRGICA MODERADA A GRAVE
PROMETAZINA	FENERGAN	IM	Ampolas de mL 25mg/mL	REAÇÃO ALÉRGICA MODERADA A GRAVE
EPINEFRINA ADRENALINA	SOLUÇÃO INJETÁVEL DE EPINEFRINA 1:1.000	IM OU SUBCUTÂNEA	Ampolas de 1mL 1mg/mL	REAÇÕES ANAFILÁTICAS CRISE AGUDA DE ASMA

(ANDRADE, 2011; HUPP et al., 2015).



■ ILUSTRAÇÃO 34: Maleta com todo o material necessário
constituente no kit de emergência

Não basta dispor de todo o equipamento necessário e não saber conduzir as situações de emergência. Este tipo de manejo deve ser realizado sem hesitação, de maneira eficaz e rápida, em que, muitas vezes está limitado ao Suporte Básico de Vida (SBV) e o monitoramento dos sinais vitais do paciente, até a chegada do serviço médico especializado de urgência e emergência, pois o cirurgião-dentista não deve realizar manobras e aplicar medicações sem o mínimo de conhecimento e treinamento devido e habilitado (ANDRADE, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFERÊNCIAS





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, podemos concluir que os tópicos abordados anteriormente são de fundamental importância para a compreensão e o manejo das urgências e emergências no consultório odontológico. Desde a identificação inicial dessas situações até a aplicação de protocolos adequados de tratamento, cada etapa desempenha um papel crucial para garantir uma resposta rápida, eficaz e segura.

A integração desse conhecimento permite ao profissional atuar com maior confiança e preparo, reduzindo riscos e promovendo um atendimento de excelência aos pacientes em momentos críticos. Por isso, investir no estudo contínuo dessas práticas é essencial para a qualidade e a segurança no ambiente odontológico.

REFERÊNCIAS

AESCHLIMAN, S. D. et al. A preliminary study on oxygen saturation levels of patients during periodontal surgery with and without oral conscious sedation using diazepam. *Journal of Periodontology*, Chicago, v. 74, n. 7, p. 1056-1059, julho, 2003.

ANDRADE ED, RANALI J. Emergências médicas em odontologia. Artes Médicas, São Paulo, 3ª edição, p.172, 2011.

BRANDÃO, B. A.; CORTEZ, A. L.; LOUREIRO, A. S.; MORAES, G. R.; BRÊDA, M. A.; FERANDES, D. C. Importância de um Exame Clínico adequado para o atendimento odontológico. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Alagoas*, v. 5, n. 1, p. 77-88, novembro, 2018.

BRAVIN, R.B.C.; SOBRINHO, A.L.P.C.; SEIXAS, M.M.S. A importância do Suporte Básico de Vida na odontologia. *Revista da Faculdade de Odontologia UPF, Passo Fundo*, v. 23, n.3, p.371-377, set./dez, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Suporte básico de Vida. Fevereiro/2016.

CAMINHA, R.D.G.; MACIEL, A.P.; MEDEIROS, F.P.; SANTOS, P.S.S. Emergências Cardiovasculares Agudas: Prevenção, diagnóstico e manejo odontológico. *Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo*, v. 28, n.3, p. 372-7, 2018.

CAPUTO, I. G. Emergências médicas em consultório odontológico: implicações éticas e legais para o cirurgião-dentista. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, São Paulo, 2009.

CELESTINO, S. et al. Mecanismos eletrofisiológicos subjacentes à síncope cardíaca inibitória sem pausa assistólica significativa: implicações terapêuticas e prognósticas. *LARHS, Baltimore*, v. 93, 2018.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, Susy et al. Avaliação do conhecimento dos acadêmicos de odontologia do centro universitário do Norte (UNINORTE-AM) sobre emergências médicas no consultório odontológico. *Brazilian journal of development*, vol. 7. Curitiba. 2021.

FONTOURA, Renato. SOS odonto – emergências médicas. Editora Napoleão, 1ª edição, p. 162-67. 2016.

GOMES, N., et al. Prevenção, diagnóstico e tratamento das emergências médicas no consultório odontológico: uma revisão de literatura. *Archives of health investigation*, vol. 10. Campina Grande. 2021.

HAESE, R. D. P.; CANÇADO, M. R. P. Urgências e emergências médicas em odontologia: avaliação da capacitação e estrutura dos consultórios de cirurgiões-dentistas. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. Camaragibe, vol.16, no.3, jul./set. 2016.

HANNA L. M. O.; ALCÂNTARA H. S. C.; DAMASCENO J. M.; SANTOS M. T. B. R. Conhecimento dos Cirurgiões Dentistas diante Urgência/ Emergência Médica. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. Camaragibe Vol.14 no.2, abr./jun. 2014.

HUPP, J.R.; ELLIS, E.; TUCKER, M.R. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2015.

JUNIOR, J. C. R.; SIQUEIRA, N. C.; DE MELO, P. G. B. Urgências e Emergências médicas no consultório odontológico: conhecimento e condutas necessárias para o correto manejo do paciente. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, vol.32, n.2, p.150-156, set – nov, 2020.

MALAMED, Stanley F. *Emergências médicas em odontologia*. Editora Elsevier, 7ª ed. P. 244-45. Rio de Janeiro, 2016.

REFERÊNCIAS

MANFRINATO, C. et al. Síncope e lipotímia em odontologia. Archives of health investigation, vol. 6. São Paulo. 2017.

MILORO, M., et al. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. Editora: Guanabara Kooga, 3ª Ed., 2016.

PIMENTAL A. C. S. B.; CAPPAL A.; JUNIOR J. R. F. et al. Emergências em odontologia: revisão de literatura. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 4, n. 1, p. 105-113, 2014

POSSOBON, R. S. et al. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 12, n. 3, p. 609-616, set./dez., 2007.

REIS, R. C. P.; DUNCAN, B. B.; MALTA, D. C.; ISER, B. P. M.; SCHMIDT, M. I. Evolução do diabetes mellitus no Brasil: dados de prevalência da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 a 2019. Caderno de Saúde Pública, vol. 38, 2022.

RIBEIRO, F.B. Emergências médicas e suporte básico de vida em Odontologia (além do básico). 1 Ed. São Paulo, Santos, 2014.

SANTOS, A.; FERRIELLO, V.; TERRA, G. A situação de emergência e o conhecimento dos profissionais da odontologia no consultório odontológico. Journal of biodentistry and biomaterials, vol. 5, São Paulo. 2015.

SILVA, E. L. Alunos formados e profissionais de Odontologia estão capacitados para reconhecerem situações em emergência médica e utilizarem protocolos de atendimento? Arquivos em Odontologia, Belo Horizonte, v. 42, n. 4, p. 257-336, out./dez. 2006.

SPEZZIA, S.; JUNIOR, R. C. Atendimento Odontológico em Hipertensos. The Journal of Health Sciences, v.19, n.1, p.43-46, 2017.

VILAÇA et al. The behavior of migraine in patients with Parkinson's disease. Neurol. Int. vol 4., n 1., p. 66-69, 2015.

E-BOOK ILUSTRADO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO



**Maria Luiza de Moraes Rego Moreira
Elza Bernardes Ferreira
Paulo Maria Santos Rabelo Junior**

