

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**NATHALIA DA CRUZ FLORES**

**ESTRUTURA DOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS DE PATOS  
– PARAÍBA PARA EMERGÊNCIAS MÉDICAS**

**PATOS-PB**

**2019**

**NATHALIA DA CRUZ FLORES**

**ESTRUTURA DOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS DE PATOS  
– PARAÍBA PARA EMERGÊNCIAS MÉDICAS**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

**Orientador:** Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha.

**PATOS-PB**

**2019**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

F634e Flores, Nathalia da Cruz  
Estrutura dos consultórios odontológicos privados de Patos - Paraíba para  
emergências médicas / Nathalia da Cruz Flores. – Patos, 2019.  
47f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal  
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2019.

“Orientação: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha”.

Referências.

1. Consultórios odontológicos. 2. Emergências. 3. Saúde bucal.  
I. Título.

CDU 616.314-089

**NATHALIA DA CRUZ FLORES**

**ESTRUTURA DOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS DE PATOS  
- PARAÍBA PARA EMERGÊNCIAS MÉDICAS**

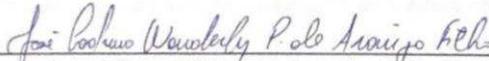
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 05 / 11 / 19

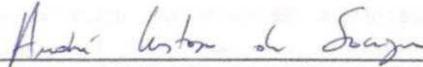
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha – Orientador  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Prof. José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho – 1º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Prof. André Lustosa de Souza – 2º Membro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, eu não posso deixar de agradecer a **Deus** porque tenho plena convicção que só cheguei até aqui porque Ele permitiu assim como tudo o que acontece em minha vida. Toda honra e glória deve ser dada a Ele, porque sem Ele pra me sustentar e guiar, nada disso seria possível.

Deus é prioridade em minha vida, mas depois Dele vem minha família. Ao meu pai, **Narcizo Flores**, eu não tenho palavras de gratidão que sejam suficientes para expressar o quanto sou agradecida por toda confiança que ele teve em mim. Desde sempre ele sempre foi minha torcida mais fervorosa, e por mais quieto/calado que seja, nos simples gestos sempre demonstrou acreditar muito no meu potencial, nunca poupou nenhum esforço seja na questão financeira ou em dedicar seu tempo para viajar comigo para fazer provas de vestibular. Por isso, eu agradeço e dedico a ele essa conquista. Obrigada, paiho!

À **Andréa Flores**, minha “boadrasta”, minha eterna gratidão. Você sempre me deu muito amor e me acolheu como filha, e nesses cinco anos em Patos você foi indispensável. Quando achei que íamos nos distanciar, na verdade nos unimos cada vez mais durante a minha graduação. Saber que eu tinha você para cuidar do meu pai e dos meus irmãos enquanto eu estava distante com certeza foram cruciais para que eu conseguisse chegar até aqui. Obrigada!

Agradeço aos meus irmãos, **Alice, Artur e Narcizo**, pelo abraço dado a cada vez que eu voltava pra casa, que era o que me energizava pra conseguir voltar pra Patos. Eu me preocupo sempre em ser um bom exemplo para que eles se orgulhem em dizer que são meus irmãos e peço muita saúde a Deus pra cuidar dos três pra sempre. E isso, algumas vezes, foi o que me fez levantar a cabeça e seguir em frente.

À **Elanne Silva** eu devo um agradecimento especial. Eu não teria conseguido entrar no curso sem ela. Quando eu passei no vestibular da UFCG foi ela a pessoa quem veio comigo a Patos, foi quem me ajudou a comprar meus móveis, a organizar o apartamento, e ainda, antes de ir embora, teve o cuidado de ensinar a fazer um arroz e um café (que por sinal, uso as medidas que ela me ensinou até hoje rs). Eu não tenho palavras pra agradecer toda a sua bondade e amizade. Obrigada, obrigada, obrigada!

À minha mãe, **Cícera Cruz**, a minha gratidão eterna por me amar desde que soube que eu estava sendo gerada em seu ventre, e por nenhum segundo, me deixar esquecer disso. Obrigada por mesmo distante interceder por mim!

Não menos importante que minha família, eu agradeço à minha melhor amiga **Isadora Alencar**. São quase 10 anos de amizade, e em nenhum desses anos ela me deu as costas. Nos momentos em que eu achei que não teria ninguém por mim, ela estava lá. Todas as minhas angustias, tristezas, decepções foi com ela que eu dividi. Assim como todas as minhas conquistas e realizações. Mesmo nos vendo pouco pessoalmente, foi com quem eu mais chorei e ri nesses cinco anos. Eu não posso ser menos que grata por sua amizade e, com certeza, essa vitória é nossa! Obrigada por não ter me deixado desistir. **Victoria Rocha** também faz parte desse “pacote” de amizade verdadeira que estive comigo desde o ensino fundamental até agora, a conclusão da graduação. Ter amigos verdadeiros que estavam disponíveis pra me ouvir e me dizer a palavra certa nos momentos que precisei, sem dúvidas foram enviados por Deus para que eu seguisse firme na caminhada até o diploma.

Falando de amizade verdadeira eu não posso deixar de mencionar **Ana Leticia, Raquel, Isabelle, Ruth e Maria Vitória**. São cinco pessoas iluminadas que Deus me presenteou para dividir os dias em Patos comigo. Agradeço por toda ajuda seja na área acadêmica quanto na vida pessoal. Agradeço por todas as festas, por todos os conselhos, por todos os lanches, almoços, jantares; Agradeço por na pior fase da minha vida vocês terem me acolhido, com todo carinho e paciência do mundo; Agradeço por terem sido tão leais à nossa amizade e espero que nunca percamos o contato.

À **Lukas Fragoso** eu não tenho palavras que consigam expressar toda a gratidão que tenho por ele, pela vida dele, pela amizade, carinho, cuidado, amor, e cumplicidade durante esses anos. Desde o primeiro semestre até aqui, muitas pessoas entraram e saíram da minha vida. Lukas é a única que está comigo os dez períodos. Lukas é meu melhor amigo, já foi o amor da minha vida, é minha dupla de LAC e da graduação. Ele estava comigo quando atendi meu primeiro paciente num estágio que fizemos lá no terceiro semestre... na verdade, ele estava comigo em praticamente todos os atendimentos que fiz. Eu nunca vou me esquecer de tudo o que passamos juntos pra chegar até aqui, minha gratidão e lealdade são eternos. Sem ele eu nunca teria conseguido.

*“Agora, glória seja dada a Deus, que pelo seu grandioso poder operando em nós é capaz de fazer muito mais do que jamais ousaríamos pedir ou mesmo imaginar, infinitamente além de nossas mais altas orações, anseios, pensamentos ou esperanças.”*

*Efésios 3:20*

FLORES, N. C. **Estrutura Dos Consultórios Odontológicos Privados De Patos – Paraíba Para Emergências Médicas.** Patos, Paraíba. Universidade Federal de Campina Grande, 2019. 48p.

## **RESUMO**

A emergência médica é um problema médico agudo que precisa ser lidado com rapidez para que não resulte em morte do indivíduo acometido. Nenhum procedimento dentário é mais importante do que a manutenção da vida do paciente, por isso o cirurgião-dentista e sua equipe devem estar preparados para reconhecer e agir diante de qualquer eventualidade que ocorrer no consultório dentário, enquanto uma equipe médica especializada não chegar ao local. Diante disso, esse trabalho objetivou avaliar o treinamento do corpo clínico e a estrutura das clínicas odontológicas privadas do município de Patos-Paraíba frente às emergências médicas. Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal e quantitativo realizado através de um questionário anônimo e aplicado a 26 (vinte e seis) cirurgiões-dentistas responsáveis por consultórios odontológicos na cidade de Patos – Paraíba. Como resultado, a preparação da equipe de Odontologia (cirurgiões-dentistas e auxiliares) dos consultórios não mostrou resultados satisfatórios. Apenas a resposta ao questionamento se todos os funcionários do consultório sabiam o número para discar em caso de emergência obteve resultado positivo próximo a 100%, tendo 96,2% (n=25) dos participantes respondido 'sim'. Quando questionados sobre os medicamentos de emergência que havia em seus consultórios, apenas 03 (11,5%) mencionaram ter algum tipo de equipamento de emergência, não possuindo nenhum um kit de emergência completo. A respeito das medicações, nenhum dos consultórios apresentava uma variedade satisfatória de medicamentos de emergência. Através da análise dos dados foi possível observar que nenhum dos consultórios odontológicos (corpo clínico e infraestrutura) possuía condições ideais para conduzir de forma segura e eficaz a abordagem às emergências médicas que podem ocorrer nesse local.

**DESCRITORES: CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS; EMERGÊNCIAS; SAÚDE BUCAL**

FLORES, N. C. **Structure Of Private Dental Offices Of Patos - Paraíba For Medical Emergencies.** Patos, Paraíba. Federal University of Campina Grande, 2019. 48p.

### **ABSTRACT**

A medical emergency is an acute medical problem that needs to be dealt with quickly to not result in death of the affected individual. No dental procedure is more important than maintaining the patient's life, so the dentist and his team must be prepared to recognize and act on any event that occurs in the dental office, while a specialized medical team to reach the place. Therefore, this study aimed to evaluate the clinical staff training and the structure of private dental clinics in the city of Patos-Paraíba facing medical emergencies. This research it is a cross-sectional quantitative study performed through an anonymous questionnaire and applied to 26 (twenty-six) dental surgeons responsible for dental offices in the city of Patos-Paraíba. As a result, the preparation of the dentistry team (dental surgeons and dental assistants) of the offices did not show satisfactory results. Only the answer to the question whether all office staff knew the number to call in an emergency was positive, around 100%, with 96.2% (n = 25) of the participants answering "yes". When asked about emergency drugs in their offices, only 03 (11.5%) mentioned having some kind of emergency equipment, not having any complete emergency kit. About the drugs, none of the offices had a satisfactory diversity of emergency drugs. Through data analysis it was observed that none of the dental offices (clinical staff and infrastructure) had ideal conditions to safely and effectively to faced eventual medical emergencies that may occur at this location.

**KEYWORDS: DENTAL OFFICES; EMERGENCIES; ORAL HEALTH**

## LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

**ADA** American Dental Association

**AHA** American Heart Association

**CD** Cirurgião-dentista

**DEA** Desfibrilador Externo Automático

**EM** Emergência médica

**ERC** European Resuscitation Council

**RCP** Ressuscitação cardiopulmonar

**SBV** Suporte Básico de Vida

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Caracterização do perfil acadêmico dos cirurgiões-dentistas dos consultórios odontológicos privados de Patos – Paraíba (set/out 2019).	30
<b>Tabela 2</b>	Percentuais por especialidades encontradas entre os cirurgiões-dentistas entrevistados.	31
<b>Tabela 3</b>	Percentual por resposta sim e não no questionário objetivo sobre a preparação da equipe de Odontologia dos consultórios odontológicos privados de Patos – Paraíba.	31
<b>Tabela 4</b>	Lista de medicamentos essenciais para emergências médicas disponíveis em consultórios odontológicos privados de Patos – Paraíba (n=26).	32

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REFERÊNCIAL TEÓRICO</b> .....	15
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	23
<b>3 ARTIGO</b> .....	26
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>APÊNDICES</b> .....	41
APÊNDICE A.....	41
APÊNDICE B.....	42
<b>ANEXOS</b> .....	43
ANEXO A .....	43

## 1 INTRODUÇÃO

A emergência médica (EM) é um problema médico agudo que precisa ser lidado com rapidez para que não resulte em morte do indivíduo acometido (SMEREKA et al., 2019). O tratamento odontológico em geral, principalmente os que envolvem anestesia local, desencadeiam estresse ao paciente que pode resultar desde alterações dos sinais vitais até emergências médicas fatais (AZAD et al., 2018). Nenhum procedimento dentário é mais importante do que a manutenção da vida do paciente, por isso o cirurgião-dentista (CD) deve estar preparado para reconhecer e agir diante de qualquer eventualidade que ocorrer no consultório dentário, enquanto uma equipe médica especializada não chegar ao local (GIRDLER; SMITH, 1999).

Na maioria das vezes as EMs não são fatais, mas independente de qual seja, fornecer suporte básico de vida (SBV) é de responsabilidade do CD e também de todos os outros profissionais de saúde (CARVALHO; COSTA; MARCELO, 2008). O Conselho Geral de Odontologia Britânico determina que todos os CDs devem fazer cursos de aprimoramento para serem efetivamente treinados para agir de forma eficaz frente às eventuais situações de EMs no consultório odontológico porque, quanto maior a rapidez do profissional de saúde em identificar e tratar a EM, menor será a morbidade e a mortalidade desencadeadas pelo episódio (GIRDLER; SMITH, 1999).

Na literatura há diversos estudos que se dedicaram a determinar a frequência de eventos de EM que ocorrem nos consultórios odontológicos em várias regiões no mundo (ATHERTON; MCCAUL; WILLIAMS, 1999; CARVALHO; COSTA; MARCELO, 2008; MULLER et al., 2008). Carvalho, Costa e Marcelo (2008) e Kumarswami et al. (2015) mencionaram em seus manuscritos que a frequência de episódios de EM nos consultórios está aumentando devido à melhoras na qualidade e expectativa de vida da população, que faz com que cresça o número de atendimento à pacientes sistemicamente comprometidos e na terceira idade. As EMs prevalentes no consultório odontológico são: síncope e pré-síncope, convulsões, anafilaxia, hipoglicemia, queda da pressão arterial, e crise hipertensiva.

Apesar de paradas cardiorrespiratórias serem raras, o CD deve estar preparado para lidar com elas (SMEREKA et al., 2008).

A lei 5081, que regulamenta a prática da Odontologia no Brasil, de 24 de Agosto de 1966, diz que o CD tem a permissão e obrigação para prestar os atendimentos iniciais necessários durante uma EM que seja decorrente do tratamento odontológico ou coincidente com ele, e também tem permissão para aplicar medicação de urgência por via endovenosa ou intramuscular (ARSATI et al., 2010).

Segundo Dym (2008), os consultórios odontológicos devem ser preparados para fornecer manutenção inicial das vias aéreas, incluindo a administração de 100% de oxigênio por meio de uma fonte portátil de  $O_2$ . Dentre os equipamentos considerados indispensáveis estão: reanimador manual, torniquetes, via aérea faríngea e nasofaríngea, soro fisiológico 0,9%, angiocateteres, estetoscópio, sistema de oxigênio portátil, esfigmomanômetro, diversas agulhas, seringas e desfibrilador. Além disso, é necessário ter presente no consultório um kit com medicações de administração emergencial, desde amônia que auxilia em casos de síncope, até adrenalina para agir diante de reações alérgicas graves (DYM, 2008).

Quanto ao preparo do CD e de sua equipe, estes devem desenvolver um protocolo para que todos sigam e atuem de maneira ágil e eficaz numa possível situação emergencial no consultório odontológico. O CD e seus auxiliares devem: ser certificados por cursos de suporte básico a vida; ter disponível o telefone de um serviço médico de emergência e de um cirurgião buco-maxilo-facial que esteja o mais próximo possível de seu consultório; e, os kits de emergências devem estar de fácil acesso e completos (DYM, 2008; CAPUTO et al., 2010; AL-SEBAEI et al., 2015).

Diversos autores, principalmente na literatura internacional, já realizaram estudos dedicados a avaliar o preparo dos CDs quanto às EMs. De modo geral, é constatado que os CDs não têm preparo suficiente para lidar com todas as EMs que estão sujeitas a ocorrer no consultório odontológico (GIRDLER, SMITH, 1999; ARSATI et al., 2010; KUMARSWAMI et al., 2015; AZAD et al., 2018) e, associado a isso, a maioria das pesquisas consideraram os consultórios odontológicos

deficientes quanto ao suporte às EMs, fomentando que se deve ter maior rigidez na fiscalização e no esclarecimento sobre a disponibilidade de equipamentos de emergência (AL-SEBAEI et al., 2015; SMEREKA et al., 2019).

O objetivo deste trabalho foi avaliar a preparação e o treinamento dos CDs e sua equipe das clínicas odontológicas privadas do município de Patos-Paraíba para emergências médicas.

## 2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

Al-Hassan e Alqahtani (2018) definiram emergência médica (EM) como uma situação grave e repentina que exige uma intervenção. Todo cirurgião-dentista (CD) precisa estar preparado para diagnosticar e tratar EMs na sua prática clínica. Essas EMs podem ser decorrentes do tratamento dentário ou apenas ocorrerem por acaso no ambiente do consultório odontológico, por isso CDs devem estar preparados para situações de EMs comuns, como síncope e hiperventilação, e para situações não tão frequentes, mas que têm potencial para acontecerem e envolvem risco de vida, como as paradas cardiorrespiratórias (ROSENBERG, 2010).

Em 1993, Malamed realizou um estudo no qual identificou que emergências ocorrem durante ou imediatamente após a anestesia dentária ou durante algum procedimento odontológico, sendo que nestes casos cerca de 38% das emergências ocorrem durante exodontias e 26% durante tratamento endodôntico, dois procedimentos que necessitam de um adequado controle da dor e, associado a isso, agrega uma maior ansiedade e estresse ao paciente (ATHERTON; MACCAUL; WILLIAMS, 1999).

A prevenção é a principal medida a ser tomada em relação às EMs. É importante salientar que o CD não deve focar somente na saúde oral, ele deve, de maneira complementar, realizar uma avaliação da condição sistêmica do paciente em suas consultas (SANTOS; RUMEL, 2006). Obter o histórico médico detalhado e atualizá-lo antes de cada tratamento através da anamnese; realizar exame físico, incluindo palpação e inspeção visual e aferir e registrar seus sinais vitais (no mínimo, durante a primeira consulta), pode ajudar a mensurar o risco que aquele paciente tem de requerer um atendimento médico de emergência (MALAMED, 2010). De acordo com o risco, serão feitas modificações na abordagem e no plano de tratamento, adaptando-o de acordo com a necessidade do indivíduo que, nos piores casos, pode necessitar ser encaminhado a uma clínica ou hospital que ofereçam um tratamento mais especializado. Seguindo essas medidas, 90% das EMs podem ser evitadas (MALAMED, 2010; SMEREKA et al., 2019).

O objetivo do atendimento à EM no consultório odontológico é prestar assistência suficiente até a chegada do serviço médico de emergência, por isso, todos os CDs atuantes numa clínica odontológica e sua equipe, devem estar preparados para agir em toda e qualquer emergência que ocorrer (HAESE; CANÇADO, 2016). Assim que identificada uma situação de EM, deve-se suspender imediatamente o procedimento que estiver sendo realizado e iniciar as medidas específicas para controlar os sinais vitais do paciente e preservar sua vida e, para que esse atendimento inicial seja eficiente, é necessário que haja um protocolo e um treinamento para as situações de EMs entre a equipe que atue diariamente no consultório odontológico. Agir de modo sincronizado nessas situações é crucial (PAIVA; ESPINDOLA; KLUG, 2009; MALAMED, 2016). O empowerment é uma ferramenta útil neste tipo de situações, permitindo uma prévia delegação de competências a cada membro da equipe, dando a cada um, o poder de decisão e fazendo com que estes, perante uma EM, tenham autonomia para iniciar os procedimentos necessários, sem precisar da orientação do CD (PEREIRA, 2013). Um bom plano de atuação faz com que a equipe esteja preparada para agir e assim conseguir bons resultados (MALAMED, 2016).

A prevalência de EMs em consultórios odontológicos varia bastante entre os países, entretanto, há coincidências quando analisada as que ocorrem com maior frequência. No Reino Unido e nos Estados Unidos, síncope é a situação emergencial mais comum nos consultórios odontológicos, enquanto que em território alemão, foi relatado que síncope vasovagal, hipertensão, epilepsia e hipoglicemia tiveram alta prevalência. Na França, apesar de EMs serem consideradas raras na prática clínica, um em cada 20 CDs gerais relatam que precisaram realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) pelo menos uma vez durante a sua carreira. Na Bélgica, as emergências mais frequentes foram síncope vasovagal (34,3%), epilepsia e problemas relacionados à glicemia (8,4%), choque anafilático (3,8%) e parada cardíaca (0,4%) (SMEREKA, 2019). Já no Brasil, as EMs mais prevalentes são pré-síncope e hipotensão ortostática, seguido de reações alérgicas, crise de hipertensão, asma e síncope. Emergências médicas potencialmente fatais, como anafilaxia, infarto do miocárdio, parada cardíaca e acidente vascular cerebral, raramente ocorrem (ARSATI, 2010).

Pré-síncope e síncope têm como sinais e sintomas a palidez, a hipotensão, a taquicardia, o escurecimento da visão, o zumbido e sensação de vazio gástrico (LÚCIO; BARRETO, 2012). Ambas são desencadeadas por fatores emocionais, dor, estresse ou ansiedade; e por fatores não emocionais como: hipoglicemia, cansaço e debilidade física (TRENTO et al., 2010). Diante de um quadro de síncope, o CD deve interromper imediatamente o tratamento dentário, remover qualquer objeto que estiver dentro da cavidade oral, avaliar a resposta neural do paciente e colocá-lo em posição supina com as pernas levemente elevadas em relação à cabeça/coração. Deve-se estender a cabeça para trás para facilitar a respiração e, em seguida, realizar-se o teste ABC (avaliar a permeabilidade da via aérea, a respiração e a circulação sanguínea) e espera de 2 a 3 minutos para a recuperação efetiva do paciente. Caso isso não ocorra, deve-se solicitar suporte médico emergencial, administrar oxigênio e monitorar os sinais vitais (LÚCIO; BARRETO, 2012).

A hipotensão ortostática é definida como uma queda de no mínimo, 20 mmHg da pressão arterial sistólica e/ou queda de no mínimo, 10 mmHg da pressão arterial diastólica num intervalo de três minutos em que a pessoa se colocar em posição ortostática (DEEGAN et al., 2007). É comum ocorrer após sessões de tratamento odontológico em que o paciente passa mais de 2 horas em posição supina e é levantado repentinamente, desencadeando queda repentina da pressão arterial (RESENDE et al., 2009). O tratamento consiste em avaliar a resposta neural do paciente e colocá-lo em posição supina com as pernas levemente elevadas em relação à cabeça/coração. Deve-se estender a cabeça para trás para facilitar a respiração, monitorar os sinais vitais e a administração de oxigênio pode ser realizada em qualquer momento (RESENDE et al., 2009).

As reações alérgicas são situações de hipersensibilidade mediadas pelo sistema imunológico e é uma das diversas reações que o uso de drogas pode desencadear no paciente (CAPUTO, 2009; LÚCIO; BARRETO, 2012). No consultório odontológico, as que ocorrem são as situações simples de urticária e as situações mais complexas de choque anafilático (LÚCIO; BARRETO, 2012). Deve-se atentar para o diagnóstico diferencial, no intuito de não confundi-la com outras ocasiões, como crise asmática, engasgo, embolismo pulmonar, enfarte agudo do miocárdio, arritmias, síncope, convulsões, dentre outros (ELLIS; DAY, 2003).

Segundo Lúcio e Barreto (2012), o tratamento da reação alérgica se inicia interrompendo imediatamente o tratamento dentário e removendo todo o material que houver na cavidade oral. Em seguida, posiciona-se o paciente de forma que as pernas fiquem ligeiramente elevadas, para facilitar a circulação sanguínea ao cérebro, administra-se o oxigênio 100% e ao mesmo tempo avalia-se e monitora os sinais vitais, até que um atendimento médico de emergência esteja presente. É indicada a administração de adrenalina 0,3 ml por via subcutânea, juntamente com anti-histaminico 50 mg (via intramuscular) (LÚCIO; BARRETO, 2012).

A crise hipertensiva de emergência é caracterizada por elevação da pressão arterial a valores acima de 180x100 mmHg (SMITHBURGER et al., 2010). Esta pode ocorrer não somente em pacientes que têm o diagnóstico de hipertensão, como pode ser desencadeada por sintomatologia dolorosa, ansiedade e pela injeção de soluções anestésicas com vasoconstritores (RESENDE et al., 2009). Diante de um quadro destes, o CD deve interromper imediatamente o procedimento que estiver realizando e pôr o paciente em posição confortável, na qual ele diminua a tensão e viabilize a avaliação dos sinais vitais. Como tratamento, sugere-se administrar um anti-hipertensivo e se houver necessidade, repetir a dose após 30 minutos (RESENDE et al., 2009). Caso após a administração da medicação, não haja redução da pressão arterial e comecem a serem identificados sinais de agravo do quadro, deve-se acionar o sistema médico de urgência mais próximo (PAIVA; ESPINDOLA; KLUG, 2009).

Por fim, a asma é uma doença inflamatória crônica definida como uma obstrução brônquica generalizada, que tanto pode ser solucionada espontaneamente ou por meio de tratamento farmacológico (TODO-BOM; MOTA-PINTO, 2006). Os momentos em que há maior chance de ocorrer uma crise asmática são logo após uma anestesia dentária, ou ocasionada pelo estresse causado por procedimentos mais temerosos pelos pacientes, como cirurgia e tratamento endodôntico (LOZANO; PEREZ; ESTEVE, 2011). Diante de uma crise asmática o CD deve suspender imediatamente o tratamento odontológico, removendo todos os materiais presentes na cavidade oral do paciente, e pô-lo numa posição favorável para acalmá-lo. Deve promover uma estabilização e abertura das vias aéreas superiores e administrar por inalação, medicação  $\beta$ 2- agonista

(broncodilatador). Em seguida, deve-se administrar oxigênio e ao mesmo tempo, monitorar o paciente. Caso esse tratamento não seja o suficiente, recomenda-se administrar adrenalina, por via subcutânea, e acionamento imediato de serviços médicos emergenciais (LOZANO; PEREZ; ESTEVE, 2011).

Mesmo que raras, há registros na literatura de óbitos decorrentes de EMs no consultório odontológico. Nos Estados Unidos, foram relatadas 17 de 25 mortes na clínica odontológica entre 1980 e 2011 relacionadas ao anestésico dentário e, na Arábia Saudita, foi relatada a ocorrência de três mortes no consultório odontológico relacionadas a falhas no atendimento inicial das EMs (AL-HASSAN; ALQUAHTANI, 2019). No Brasil, um estudo registrou que dentro de uma amostra de 65 CDs houve 01 relato de óbito associada ao tratamento dentário (SANTOS; RUMEL, 2006).

Segundo a legislação vigente no Brasil, qualquer cidadão pode prestar assistência de SBV se tiver habilidade para tal e de acordo com o Código Penal é crime alguém que tem conhecimento para ajudar numa situação de EM negar socorro. Fiuza et al. (2013) dizem que, se mesmo com um consultório equipado e com equipe preparada para as EMs, um paciente vier a óbito, toda a equipe dental tem a proteção legal de ter feito todo o possível e ter realizado os procedimentos apropriadamente.

A lista dos equipamentos de emergências que precisam existir no consultório para que ele funcione é variável entre os países. Nos Estados Unidos, o estado de Massachusetts foi o primeiro a obrigar todos os seus CDs a terem em seus consultórios um kit de equipamentos e medicamentos de emergência com os seguintes itens: fonte alternativa de luz; Desfibrilador Externo Automático (DEA); máscara para ressuscitação cardiopulmonar; variedade de seringas descartáveis; máscaras faciais; cilindro de oxigênio portátil (tamanho E) e máscaras para administra-lo por pressão positiva; esfigmomanômetro e estetoscópio, para aferir pressão arterial e batimentos cardíacos e aparelho de sucção. De medicação eram exigidas: ácido acetilsalicílico; sachês de amônia; anti-histaminicos; anti-hipoglicemiantes; broncodilatadores; duas ampolas de adrenalina e uma seringa pré-dosada, própria para administra-la e vasodilatador (MALAMED, 2016). Desde 01 de Janeiro de 2012, no estado de Nova York é necessário que em cada consultório odontológico esteja presente pelo menos um tipo de desfibrilador. No Reino Unido, o

Resuscitation Council aconselha que todas as clínicas odontológicas tenham acesso imediato a um DEA e a equipamentos de oxigênio e ventilação para as vias aéreas; Já na Europa, não é obrigatória a presença do DEA nos consultórios (SMEREKA et al., 2019).

A American Dental Association (ADA) orienta que todos os consultórios odontológicos devem ter, no mínimo, um kit de emergência básico e medicações para serem utilizadas nessas situações. Os seguintes itens devem necessariamente estar presentes em qualquer kit emergencial: epinefrina injetável (1:1000); anti-histaminico injetável; oxigênio com administração por meio de pressão positiva; nitroglicerina (sublingual ou spray aerossol); medicação broncodilatadora; glicose e ácido acetilsalicílico. É extremamente importante que o cirurgião-dentista tenha total domínio da indicação e da maneira que se administra cada medicação. Para os casos das clínicas odontológicas que não têm fácil acesso a um suporte médico de emergência, é indispensável haver um DEA no kit de emergência (ADA, 2002).

Al-sebaei et al. (2015) realizou um estudo cujo objetivo era avaliar o preparo de consultórios e policlínicas dentárias para EMs. Neste, foi realizada uma pesquisa em que se distribuíram questionários a 70 clínicas e policlínicas da cidade de Jeddah, Arábia Saudita, que continham perguntas sobre a prevenção de EMs, a preparação da equipe do consultório e a disponibilidade de medicamentos e equipamentos de emergência. A coleta de dados foi realizada num período de 4 meses. A pontuação acerca da disponibilidade de drogas de emergência foi de  $35 \pm 35$ , e a de equipamentos de emergência foi de  $19 \pm 22$  concluindo que a maioria dos consultórios e policlinicas apresentavam preparo deficiente para eventuais EMs. Corroborando com esse estudo, no realizado por Kumarswami et al. (2015) apenas 24% dos CDs entrevistados apresentavam kit de emergência no seu consultório, enquanto no de Al-hassan e Alqahtani (2019) apesar de 64% afirmarem possuir cilindro de oxigênio, apenas 41% mantinham os cilindros cheios.

Diversos estudos se dedicaram a avaliar o preparo dos CDs diante de EMs no consultório odontológico, e identificaram uma grande despreparo dos mesmos quanto a essas situações (PEREIRA, 2013; BROADBENT; THOMSON, 2001; SILVA, 2006). No estudo realizado por Santos e Rumell (2006) 76,9% dos CDs entrevistados afirmaram não se sentirem seguros para agir diante de uma EMs,

mesmo 83,3% já terem recebido algum treinamento e informações acerca do assunto. Já na pesquisa de Kumarswami et al. (2015), apesar de 94% dos CDs entrevistados se considerarem preparados para lidar com situações de emergência, apenas 24% tinham kit de emergência em seus consultórios e 34% estavam confiantes para administrar uma medicação intramuscular. Em Chapecó-Santa Catarina, dos 63 profissionais participantes de uma pesquisa, quase metade afirmou nunca ter realizado cursos de SBV (FIUZA et al., 2013).

O European Resuscitation Council (ERC) e a American Heart Association (AHA) recomendam que os CDs participem de cursos anuais de treinamento de SBV, principalmente os que incluem práticas de RCP e para o uso de DEA (SMEREKA et al., 2015). Um estudo realizado por Nogami, Taniguchi e Ichiyama (2016) afirmou que os CDs devem atualizar suas habilidades em SBV, no máximo, de dois em dois anos, porque como não são conhecimentos que são usados com muita frequência na prática clínica, eles naturalmente são esquecidos, por isso a necessidade de reciclagem periódica do treinamento.

O Conselho Científico da ADA, orienta que é necessário que os CDs sejam treinados regularmente quanto ao SBV, pois acredita que essas habilidades só são aprendidas por meio da repetição. Também aconselha o treinamento didático e prático em prevenção, reconhecimento e gestão das emergências médicas mais comuns. Por fim, recomenda que esses cursos de treinamento em SBV sejam ofertados continuamente nas instituições de ensino de Odontologia (ADA, 2002).

No Brasil, recentemente, o Conselho Federal de Odontologia determinou como obrigatória a disciplina de emergências médicas aplicadas à Odontologia em todos os cursos de pós-graduação. Entretanto, é considerada insuficiente para preparar os profissionais para as situações de emergência. Além dessa medida, seria necessário que já na graduação houvesse uma disciplina obrigatória na grade curricular inteiramente dedicada às EMs, pois, no cenário atual, os estudantes de Odontologia recebem o conhecimento desse assunto somente devido a seus esforços individuais ou por meio de algum professor que por conta própria tenha decidido dedicar uma parte de sua aula para introduzir esse assunto. O conhecimento acerca das EMs adquirido dessa forma é insuficiente. É necessária uma carga

horaria maior dedicada aos conhecimentos teóricos, treinamento prático e uma periodicidade para renovar essas habilidades (ARSATI, 2010; GEHLEN; CÉ, 2015).

Diante dos riscos de EMs ocorrerem no consultório odontológico e as graves consequências que um atendimento insatisfatório pode desencadear, se torna indispensável que os CDs, sua equipe e seu consultório estejam aptos para o atendimento seguro e correto dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ADA COUNCIL OF SCIENTIFIC AFFAIRS. Office emergencies and emergency kits. **Journal of the American Dental Association**, v. 133, n. 3, p. 364-5, 2002.

AL-HASSAN, Mona; ALQAHTANI, Sakher. Preparedness of dental clinics for medical emergencies in Riyadh, Saudi Arabia. **The Saudi dental journal**, v. 31, n. 1, p. 115-121, 2019.

AL-SEBAEI, Maisa O. et al. The preparedness of private dental offices and polyclinics for medical emergencies: a survey in Western Saudi Arabia. **Saudi medical journal**, v. 36, n. 3, p. 335, 2015.

AMIRCHAGHMAGHI, M.; SARABADANI, J.; DELAVARIAN, Z. Preparedness of Specialist Dentists about Medical Emergencies in Dental offices in Birjand. **Journal of Basic and Applied Sciences**, v. 2, n. 4, p. 285-9, 2015.

ARSATI, Franco et al. Brazilian dentists' attitudes about medical emergencies during dental treatment. **Journal of dental education**, v. 74, n. 6, p. 661-666, 2010.

ATHERTON, G. J.; MCCAUL, J. A.; WILLIAMS, S. A. medical emergencies: Medical emergencies in general dental practice in Great Britain Part 3: perceptions of training and competence of GDPs in their management. **British dental journal**, v. 186, n. 5, p. 234, 1999.

AZAD, Azita et al. Knowledge and attitude of general dentists regarding common emergencies in dental offices: A cross-sectional study in Shiraz, Iran. **Indian Journal of Dental Research**, v. 29, n. 5, p. 551, 2018.

BROADBENT, J. M.; THOMSON, W Murray. The readiness of New Zealand general dental practitioners for medical emergencies. **New Zealand Dental Journal**, v. 97, p. 82-86, 2001.

CAPUTO, Isamara Geandra Cavalcanti et al. Vidas em risco: emergências médicas em consultório odontológico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 10, n. 3, p. 051-058, 2010.

CARVALHO, Regina M.; COSTA, Luciane R.; MARCELO, Vânia C. Brazilian dental students' perceptions about medical emergencies: a qualitative exploratory study. **Journal of dental education**, v. 72, n. 11, p. 1343-1349, 2008.

DEEGAN, B. M. T. et al. Orthostatic hypotension: a new classification system. **Europace**, v. 9, n. 10, p. 937-941, 2007.

DYM, Harry. Preparing the dental office for medical emergencies. **Dental Clinics of North America**, v. 52, n. 3, p. 605-608, 2008.

ELLIS, Anne K.; DAY, James H. Diagnosis and management of anaphylaxis. **Cmaj**, v. 169, n. 4, p. 307-312, 2003.

FIUZA, Maria Kateryne et al. Avaliação da prevalência e do grau de conhecimento do cirurgião-dentista em relação às emergências médicas. **RFO UPF**, v. 18, n. 3, p. 295-301, 2013.

GEHLEN, Eduarda Potrich; CÉ, Larissa Cunha. Emergências médicas na prática odontológica. **Journal of Oral Investigations**, v. 3, n. 1, p. 28-32, 2015.

GIRDLER, N. M.; SMITH, D. G. Prevalence of emergency events in British dental practice and emergency management skills of British dentists. **Resuscitation**, v. 41, n. 2, p. 159-167, 1999.

HAESE, Rayane Del Puppo; CANÇADO, Martina Renata Pittella. Urgências e emergências médicas em odontologia: avaliação da capacitação e estrutura dos consultórios de cirurgiões-dentistas. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 16, n. 3, p. 31-39, 2016.

KUMARSWAMI, Shweta et al. Evaluation of preparedness for medical emergencies at dental offices: A survey. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**, v. 5, n. 1, p. 47, 2015.

LOZANO, Ariadna Clamunt; PÉREZ, María Gracia Sarrión; ESTEVE, Carmen Gavaldá. Dental considerations in patients with respiratory problems. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**. v. 3, n. 3, p. 222-7, 2011.

LÚCIO, Priscilla Suassuna Carneiro; BARRETO, Rosimar de Castro. Emergências médicas no consultório odontológico e a (in) segurança dos profissionais. **Rev. bras. ciênc. saúde**, v. 16, n. 2, 2012.

MALAMED, Stanley F. Knowing your patients. **The Journal of the American Dental Association**, v. 141, p. S3-S7, 2010.

MALAMED, Stanley F. **Emergências médicas em odontologia**. Elsevier Brasil, 2016.

MÜLLER, M. P. et al. A state-wide survey of medical emergency management in dental practices: incidence of emergencies and training experience. **Emergency Medicine Journal**, v. 25, n. 5, p. 296-300, 2008.

NOGAMI, Kentaro; TANIGUCHI, Shogo; ICHIYAMA, Tomoko. Rapid deterioration of basic life support skills in dentists with basic life support healthcare provider. **Anesthesia progress**, v. 63, n. 2, p. 62-66, 2016.

PAIVA, Marcelo H. Ferreira; ESPÍNDOLA, Vagner Silva; KLUG, Rufino José. emergências médicas no consultório odontológico. **Revista Científica do ITPAC**, v. 2, n. 1, p. 13-16, 2009.

PEREIRA, António Pedro Neves da Costa. **Emergência em ambiente odontológico**. 2013. Tese de Doutorado. [sn].

RESENDE, Renata Gonçalves de et al. Complicações sistêmicas no consultório odontológico: parte II. **Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais**, v. 45, n. 02, p. 93-98, 2009.

ROSENBERG, Morton. Preparing for medical emergencies: the essential drugs and equipment for the dental office. **The Journal of the American Dental Association**, v. 141, p. S14-S19, 2010.

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

SILVA, Eliana Lago. Alunos formandos e profissionais de Odontologia estão capacitados para reconhecerem situações em emergência médica e utilizarem protocolos de atendimento?. **Arquivos em Odontologia**, v. 42, n. 4, 2006.

SMEREKA, Jacek et al. Preparedness and attitudes towards medical emergencies in the dental office among Polish dentists. **International dental journal**, 2019.

SMITHBURGER, Pamela L. et al. Recent advances in the treatment of hypertensive emergencies. **Critical care nurse**, v. 30, n. 5, p. 24-30, 2010.

TODO-BOM, Ana; MOTA-PINTO, Anabela. Fisiopatologia da asma grave. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**, v. 14, n. Suplemento 2, p. 43-48, 2006.

TRENTO, Cleverson Luciano et al. Complicações no uso de anestésicos locais—uma revisão. **POS—Perspect Oral Science**, v. 2, n. 2, p. 43-50, 2010.

## 3 ARTIGO

<p>Faculdades Integradas de Patos</p> <p>Curso de Medicina</p> <p>v. 1, n. 1, mês./mar 2016, p. XX-XX.</p> <p>ISSN: XXXXXXXXXXXXXXXX</p> <p>DOI: 10.3895/S2175-085820130001000XX</p>	 <p>Journal of Medicine and Health Promotion</p>
--	---

**ESTRUTURA DOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS DE PATOS –  
PARAÍBA PARA EMERGÊNCIAS MÉDICAS**

*STRUCTURE OF PRIVATE DENTAL OFFICES OF PATOS - PARAÍBA FOR MEDICAL  
EMERGENCIES*

Nathalia da Cruz Flores  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba - Brasil  
[nathalia.cruz.flores@hotmail.com](mailto:nathalia.cruz.flores@hotmail.com)

Arthur Willian de Lima Brasil  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba - Brasil  
[arthurwillian7@yahoo.com](mailto:arthurwillian7@yahoo.com)

André Lustosa de Souza  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba – Brasil  
[andrelustosa19@hotmail.com](mailto:andrelustosa19@hotmail.com)

José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba – Brasil  
[cadmoaraujo@hotmail.com](mailto:cadmoaraujo@hotmail.com)

Julierme Ferreira Rocha  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Patos – Paraíba – Brasil  
[juliermerocha@hotmail.com](mailto:juliermerocha@hotmail.com)

**RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar o treinamento do corpo clínico e a estrutura das clínicas odontológicas privadas do município de Patos-Paraíba frente às emergências médicas. **Métodos:** Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal e quantitativo realizado através de um questionário anônimo e aplicado a 26 (vinte e seis) cirurgiões-dentistas responsáveis por consultórios odontológicos na cidade de Patos – Paraíba. **Resultados:** A preparação da equipe de Odontologia (cirurgiões-dentistas e auxiliares) dos consultórios não mostrou resultados satisfatórios. Apenas a resposta ao questionamento se todos os funcionários do consultório sabiam o número para discar em caso de emergência obteve resultado positivo próximo a 100%, tendo 96,2% (n=25) dos participantes respondido 'sim'. Quando questionados sobre os medicamentos de emergência que havia em seus

consultórios, apenas 03 (11,5%) mencionaram ter algum tipo de equipamento de emergência, não possuindo nenhum um kit de emergência completo. A respeito das medicações, nenhum dos consultórios apresentava uma variedade satisfatória de medicamentos de emergência. **Conclusões:** Através da análise dos dados foi possível observar que nenhum dos consultórios odontológicos (corpo clínico e infraestrutura) possuía condições ideais para conduzir de forma segura e eficaz a abordagem às emergências médicas que podem ocorrer nesse local.

**Palavras-Chave:** Consultórios odontológicos; emergências; saúde bucal.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the clinical staff training and the structure of private dental clinics in the city of Patos-Paraíba facing medical emergencies. **Methods:** This research it is a cross-sectional quantitative study performed through an anonymous questionnaire and applied to 26 (twenty-six) dental surgeons responsible for dental offices in the city of Patos-Paraíba. **Results:** The preparation of the dentistry team (dental surgeons and dental assistants) of the offices did not show satisfactory results. Only the answer to the question whether all office staff knew the number to call in an emergency was positive, around 100%, with 96.2% (n = 25) of the participants answering "yes". When asked about emergency drugs in their offices, only 03 (11.5%) mentioned having some kind of emergency equipment, not having any complete emergency kit. About the drugs, none of the offices had a satisfactory diversity of emergency drugs. **Conclusions:** Through data analysis it was observed that none of the dental offices (clinical staff and infrastructure) had ideal conditions to safely and effectively to faced eventual medical emergencies that may occur at this location.

**Keywords:** Dental offices; emergencies; oral health.

## 1. Introdução

A emergência médica (EM) é um problema médico agudo que precisa ser lidado com rapidez para que não resulte em morte do indivíduo acometido<sup>1</sup>. O tratamento odontológico em geral, principalmente os que envolvem anestesia local, desencadeiam estresse ao paciente que pode resultar desde alterações dos sinais vitais até emergências médicas fatais<sup>2</sup>. Nenhum procedimento dentário é mais importante do que a manutenção da vida do paciente, por isso o cirurgião-dentista (CD) deve estar preparado para reconhecer e agir diante de qualquer eventualidade que ocorrer no consultório dentário, enquanto uma equipe médica especializada não chegar ao local<sup>3</sup>.

Na maioria das vezes as EMs não são fatais, mas independente de qual seja, fornecer suporte básico de vida (SBV) é de responsabilidade do CD e dessa forma também é para todos os outros profissionais de saúde<sup>4</sup>. O Conselho Geral de Odontologia Britânico determina que todos os CDs devem fazer cursos de aprimoramento para serem efetivamente treinados para agir de forma eficaz frente às eventuais situações de EMs no consultório odontológico pois, quanto maior a rapidez do profissional de saúde em

identificar e tratar a EM, menor será a morbidade e a mortalidade desencadeadas pelo episódio<sup>3</sup>.

Na literatura há diversos estudos que se dedicaram a determinar a frequência de eventos de EM que ocorrem nos consultórios odontológicos em várias regiões no mundo<sup>4-6</sup>. Carvalho, Costa e Marcelo (2008)<sup>4</sup> e Kumarswami et al. (2015)<sup>7</sup> mencionaram em seus manuscritos que a frequência de episódios de EM nos consultórios está aumentando e isso pode ser explicado pelo número de atendimento à pacientes sistemicamente comprometidos e na terceira idade ter tido crescimento substancial. As EMs mais prevalentes no consultório odontológico são: síncope e pré-síncope, convulsões, anafilaxia, hipoglicemia, queda da pressão arterial e crise hipertensiva. Apesar de paradas cardiorrespiratórias serem raras, o CD deve estar preparado para lidar com elas<sup>1</sup>.

A lei 5081, que regulamenta a prática da Odontologia no Brasil, de 24 de Agosto de 1966, diz que o CD tem a permissão e obrigação para prestar os atendimentos iniciais necessários durante uma EM que seja decorrente do tratamento odontológico ou coincidente com ele, e também tem permissão para aplicar medicação de urgência por via endovenosa ou intramuscular<sup>8</sup>.

Segundo Dym (2008)<sup>9</sup>, os consultórios odontológicos devem ser preparados para fornecer manutenção inicial das vias aéreas, incluindo a administração de 100% de oxigênio por meio de uma fonte portátil de O<sub>2</sub>. Dentre os equipamentos considerados indispensáveis estão: reanimador manual, torniquetes, via aérea faríngea e nasofaríngea, soro fisiológico 0,9%, angiocateres, estetoscópio, sistema de oxigênio portátil, esfigmomanômetro, diversas agulhas, seringas e desfibrilador. Além disso, é necessário ter presente no consultório um kit com medicações de administração emergencial, desde amônia que auxilia em casos de síncope, até adrenalina para agir diante de reações alérgicas graves<sup>9</sup>.

Quanto ao preparo do CD e de sua equipe, estes devem desenvolver um protocolo para que todos sigam e atuem de maneira ágil e eficaz numa possível situação emergencial no consultório odontológico. O CD e seus auxiliares devem: serem certificados por cursos de suporte básico a vida; terem disponível o telefone de um serviço médico de emergência e de um cirurgião buco-maxilo-facial que esteja o mais próximo possível de seu consultório e os kits de emergências devem estar de fácil acesso e completos<sup>9-11</sup>.

Diversos autores, principalmente na literatura internacional, já realizaram estudos dedicados a avaliar o preparo dos CDs quanto às EMs<sup>2,3, 6-8</sup>. De modo geral, é constatado

que os CDs não têm preparo suficiente para lidar com todas as EMs que estão sujeitas a ocorrer no consultório odontológico e, associado a isso, a maioria das pesquisas consideraram os consultórios odontológicos deficientes quanto ao suporte às EMs, fomentando que se deve ter maior rigidez na fiscalização e no esclarecimento sobre a disponibilidade de equipamentos de emergência<sup>1, 11</sup>.

O objetivo deste trabalho foi avaliar o treinamento do corpo clínico e a estrutura das clínicas odontológicas privadas do município de Patos-Paraíba frente às EMs.

## **2. Métodos**

Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal e quantitativo realizado com os CDs responsáveis pelos consultórios odontológicos privados na cidade de Patos-Paraíba que atuam há mais de 01 ano como CD, escolhidos de forma aleatória. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que se negaram a participar ou não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e os que se encontravam afastados de suas atividades durante o período de realização da pesquisa. Os consultórios participaram de forma voluntária e foram assegurados da confidencialidade de suas respostas.

A coleta de dados foi obtida por meio de um questionário anônimo e auto administrado. O questionário foi dividido em seis seções: (1) Dados demográficos. (2) Medidas de prevenção de emergências médicas. (3) Preparação da equipe odontológica e do consultório odontológico. (4) Disponibilidade de medicações para situações emergências. (5) Disponibilidade de equipamentos para situações emergências. (6) Emergências médicas que já presenciou. Esse questionário foi uma adaptação ao questionário utilizado no estudo de Al-Sebaei et al. (2015)<sup>11</sup>. Os dados obtidos foram tabulados e processados pelo Microsoft Excel<sup>®</sup>2013, sendo submetidos à luz da estatística descritiva.

Pesquisa submetida para apreciação ética pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), CAAE 24766119.2.0000.5182.

## **3. Resultados**

A amostra foi constituída por 26 (vinte e seis) cirurgiões-dentistas responsáveis por consultórios odontológicos na cidade de Patos - Paraíba. Destes, 26,9% apresentavam mais de dez anos de formação e 84,6% possuíam pós-graduação, sendo que 61,5% tinham mais de uma especialidade (Tabelas 01 e 02).

**Tabela 01 - Caracterização do perfil acadêmico dos cirurgiões-dentistas dos consultórios odontológicos privados de Patos – Paraíba (set/out 2019).**

<b>Variáveis</b>	<b>1 a 3 anos</b>	<b>4 a 6 anos</b>	<b>7 a 9 anos</b>	<b>Mais de 10 anos</b>
Há quantos anos é formado?	19,2%	34,7%	19,2%	26,9%
	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
Possui pós-graduação?	84,6%		15,4%	

Fonte: Autoria Própria.

**Tabela 02 - Percentuais por especialidades encontradas entre os cirurgiões-dentistas entrevistados.**

<b>Pós-graduação</b>	<b>%</b>
Ortodontia	15,3
Implantodontia	11,5
Saúde Coletiva	7,8
Endodontia	3,9
Mais de uma especialidade	61,5

Fonte: Autoria Própria.

Quando questionados acerca da prevenção das emergências médicas, 53,8% (n=14) relataram que pedem o histórico médico completo de seus pacientes antes de

iniciar o tratamento odontológico. Entretanto, apenas 23,1% (n=6) afirmaram que obtêm os sinais vitais em cada visita, 57,7% (n=15) obtêm os sinais vitais apenas na primeira consulta e 19,2% (n=5) nunca verificam os sinais vitais. Dentre os 21 dentistas que verificam os sinais vitais, 61,9% (n=13) verificam apenas a pressão arterial, 28,5% (n=6) verificam pressão arterial e frequência cardíaca, 9,6% (n=2) verificam pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória, enquanto nenhum (n=0) verifica a temperatura de seus pacientes.

A Tabela 03 sumariza as respostas aos questionamentos sobre o preparo dos cirurgiões-dentistas e dos assistentes que atuam no consultório odontológico pelo qual o dentista entrevistado é responsável.

**Tabela 03 - Percentual por resposta sim e não no questionário objetivo sobre a preparação da equipe de Odontologia dos consultórios odontológicos privados de Patos – Paraíba.**

Variáveis	Objetivo	
	SIM (%)	NÃO (%)
Todos os cirurgiões-dentistas possuem certificação válida para atendimento emergencial?	57,7	42,3
Todos os auxiliares possuem certificação válida para atendimento emergencial?	30,8	69,2
Todos os funcionários sabem o número para discar em caso de emergência?	96,2	3,8
No seu consultório há algum protocolo de emergência escrito disponível e claramente publicado?	7,7	92,3
No seu consultório é feito periodicamente		

exercício simulado de uma situação de emergência?	15,4	84,6
Há alguma enfermeira registrada na sua equipe do consultório?	11,5	88,5
Há algum profissional de saúde capaz de realizar técnicas de punção avançada, como injeção endovenosa e/ou intramuscular?	61,5	38,5

Fonte: Autoria Própria.

Dentre os 26 consultórios odontológicos participantes na pesquisa, apenas 11,5% (n=3) afirmaram possuir equipamentos para suporte em eventuais emergências, que correspondiam à: reanimador manual (ambu) (3,8%, n=1), oxímetro de pulso (3,8%, n=1) e cilindro de oxigênio (3,8%, n=1). A respeito da disponibilidade de medicamentos essenciais para emergências médicas, 42,3% (n=11) responderam positivamente à pergunta e adrenalina e anti-histamínico foram as medicações mais frequentemente encontradas nos consultórios, presentes em 19,2% (n=5) desses (tabela 04).

**Tabela 04 – Lista de medicamentos essenciais para emergências médicas disponíveis em consultórios odontológicos privados de Patos – Paraíba (n=26).**

Medicamentos	N	%
Adrenalina	5	19,2
Anti-histamínico	5	19,2
Corticoide	4	15,4
Antifibrinolítico	1	3,8
Anti-hipertensivo	1	3,8

Aspirina	1	3,8
----------	---	-----

Fonte: Autoria Própria.

Quanto à ocorrência de emergências médicas, 42,3% (n=11) afirmaram já terem presenciado alguma emergência médica em seu consultório durante sua carreira profissional, sendo a pré-síncope a emergência mais incidente, sendo presenciada pelo menos uma vez por 15,4% (n=4) dos 26 cirurgiões-dentistas entrevistados, seguida por síncope vasovagal (7,7%, n=2), crise hipertensiva (7,7%, n=2), hipotensão ortostática (7,7%, n=2) e anafilaxia (3,8%, n=1).

#### 4. DISCUSSÃO

No Brasil, há alguns estudos que se dedicaram a avaliar o preparo do CD para EMs, mas poucos são os que avaliaram o preparo do consultório odontológico para essas situações<sup>8, 12-15</sup>. Nesse contexto, buscou-se analisar, dentro de uma amostra de 26 consultórios odontológicos privados, o preparo dos profissionais e a infraestrutura para situações emergenciais no município de Patos - Paraíba.

Todo CD deve ter a ciência de que todos os pacientes têm potencial para desenvolver alguma EM e, tão importante quanto saber agir diante de uma, é saber preveni-la<sup>7, 16</sup>. Em decorrência do avanço da Medicina, aumentou-se a expectativa de vida da população, e pessoas que antes tinham uma qualidade de vida ruim, devido suas condições sistêmicas, passaram a ser pacientes frequentemente encontrados nos consultórios odontológicos. Doenças sistêmicas associadas à dor e estresse que certos procedimentos dentários envolvem, junto a certos tipos de fármacos e anestésicos usados na Odontologia, podem desencadear EMs graves (CAPUTO et al., 2010<sup>10</sup>; COLET et al., 2011<sup>15</sup>; VEIGA et al., 2012<sup>16</sup>).

Inicialmente, os entrevistados foram questionados sobre a prevenção de emergências médicas. Pouco mais da metade responderam que obtinham o histórico médico completo de seus pacientes antes de iniciar o tratamento odontológico. Contrariamente a esse resultado, no estudo realizado por Al-hassan e Alqahtani (2019)<sup>17</sup> 87% dos CDs incluíam na primeira consulta o histórico completo de seus pacientes. Obter o histórico médico detalhado e atualizá-lo antes de cada tratamento através da anamnese; realizar exame físico, incluindo palpação e inspeção visual e aferir e registrar seus sinais vitais pode ajudar a mensurar o risco que aquele paciente tem de requerer um atendimento médico de emergência e, seguindo essas medidas, 90% das EMs nos consultórios odontológicos podem ser evitadas<sup>1, 18</sup>.

A American Dental Association (ADA) recomenda que os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura) sejam verificados na primeira consulta em todos os pacientes e revisados a cada consulta nos pacientes que têm algum comprometimento sistêmico<sup>17</sup>. Em contrapartida, 19,2% dos participantes dessa pesquisa responderam que nunca verificam os sinais vitais. Dentre os outros 80,8% que afirmaram aferir os sinais vitais, nenhum afirmou verificar a temperatura e 61,9% verificam somente a pressão arterial. A temperatura cutânea axilar normal tem em média entre 36 e 37 graus Celsius, e a oral normalmente é um grau acima da mesma. Malamed (2016)<sup>19</sup> recomenda avaliar a temperatura apenas nos casos que o paciente encontra-se em algum quadro infeccioso ou apresenta-se febril.

Em relação à preparação da equipe de Odontologia (cirurgiões-dentistas e auxiliares) dos consultórios os resultados foram preocupantes (tabela 03). Apenas a resposta ao questionamento se todos os funcionários do consultório sabiam o número para discar em caso de emergência obteve resultado positivo próximo a 100%, tendo 96,2% (n=25) dos participantes respondido 'sim'. No Brasil, o número do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é 192.

O objetivo do atendimento à EM no consultório odontológico é prestar assistência suficiente até a chegada do serviço médico de emergência, por isso, todos os CDs atuantes numa clínica odontológica e sua equipe, devem estar preparados para agir em toda e qualquer emergência que ocorrer<sup>20</sup>. Assim que identificada uma situação de EM, deve-se suspender imediatamente o procedimento que estiver sendo realizado e iniciar as medidas específicas para controlar os sinais vitais do paciente e preservar sua vida e, para que esse atendimento inicial seja eficiente, é necessário que haja um protocolo e um treinamento para as situações de EMs entre a equipe que atue diariamente no consultório odontológico. Agir de modo sincronizado nessas situações é crucial<sup>19, 21</sup>.

No nosso estudo, 42,3% (n=11) (tabela 03) dos entrevistados afirmaram que nem todos os CDs atuantes no seu consultório tinham certificação válida para atendimento emergencial, corroborando com a pesquisa de Fiuza et al. (2013)<sup>22</sup> realizada em Chapecó-Santa Catarina, onde 63 profissionais participantes de uma pesquisa, quase metade afirmou nunca ter realizado cursos de SBV. Já no estudo realizado por Santos e Rumell (2006)<sup>13</sup> 76,9% dos CDs entrevistados afirmaram não se sentirem seguros para agir diante de uma EMs, mesmo 83,3% já terem recebido algum treinamento e informações acerca do assunto.

No Brasil, recentemente, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) determinou como obrigatória a disciplina de Emergências Médicas Aplicadas à Odontologia em todos os cursos de pós-graduação através da Resolução CFO 22/2002<sup>20</sup>. Entretanto, é considerada insuficiente para preparar os profissionais para as situações de emergência, pois é necessária uma carga horaria maior dedicada aos conhecimentos teóricos, treinamento prático e uma periodicidade para renovar essas habilidades<sup>8,23</sup>. O Conselho Científico da American Dental Association (ADA), orienta que é necessário que os CDs sejam treinados regularmente quanto ao SBV, pois acredita que essas habilidades só são aprendidas por meio da repetição. Também aconselha o treinamento didático e prático em prevenção, reconhecimento e gestão das EMs mais comuns<sup>24</sup>. Em estudo realizado por Nogami, Taniguchi e Ichiyama (2016)<sup>25</sup> afirmaram que os CDs devem atualizar suas habilidades em SBV, no máximo, de dois em dois anos, porque como não são conhecimentos que são usados com muita frequência na prática clínica, eles naturalmente são esquecidos, por isso a necessidade de reciclagem periódica do treinamento.

Quando questionados sobre os equipamentos de emergência que havia em seus consultórios, apenas 03 (11,5%) mencionaram ter algum tipo de equipamento, não possuindo nenhum kit de emergência completo, que seria o ideal apesar de que no Brasil não há regulamento que determine a obrigatoriedade dos consultórios odontológicos possuírem tais kits (ANVISA, 2006)<sup>27</sup>. A respeito das medicações (tabela 04), nenhum dos consultórios apresentava variedade satisfatória das mesmas. O que relatou ter uma maior quantidade dessas possuía adrenalina, corticóide, anti-histaminico e anti-hipertensivo.

A American Dental Association (ADA) orienta que todos os consultórios odontológicos devem ter, no mínimo, um kit de emergência básico e medicações para serem utilizadas nessas situações. Os seguintes itens devem necessariamente estar presentes em qualquer kit emergencial: epinefrina injetável (1:1000); anti-histaminico injetável; oxigênio com administração por meio de pressão positiva; nitroglicerina (sublingual ou spray aerossol); medicação broncodilatadora; glicose e ácido acetilsalicílico. É extremamente importante que o cirurgião-dentista tenha total domínio da indicação e da maneira que se administra cada medicação. Para os casos das clínicas odontológicas que não têm fácil acesso a um suporte médico de emergência, é indispensável haver um DEA no kit de emergência<sup>24</sup>.

A respeito das EMs que os participantes da pesquisa já presenciaram em seus consultórios, a mais frequente relatada foi a pré-síncope, sendo presenciada por 15,4% (n=4) dos entrevistados e concordando com o resultado do estudo de Arsati et al.

(2010)<sup>8</sup> realizado no Brasil. No Reino Unido e nos Estados Unidos, síncope é a situação emergencial mais comum nos consultórios odontológicos, enquanto que em território alemão, foi relatado que síncope vasovagal, hipertensão, epilepsia e hipoglicemia tiveram alta prevalência. Na França, apesar de EMs serem consideradas raras na prática clínica, um em cada 20 CDs gerais relatam que precisaram realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) pelo menos uma vez durante a sua carreira. Na Bélgica, as emergências mais frequentes foram síncope vasovagal (34,3%), epilepsia e problemas relacionados à glicemia (8,4%), choque anafilático (3,8%) e parada cardíaca (0,4%)<sup>1</sup>.

Essas EMs podem ser causadas pelo tratamento dentário ou somente ocorrerem coincidentemente dentro do consultório, e tanto podem ocorrer tanto com o paciente quanto com o acompanhante, como há casos registrados na literatura<sup>18</sup>. Porém, independente da causa, o CD tem a obrigação de estar capacitado para intervir até que um serviço médico especializado esteja presente<sup>20, 26</sup>. Procedimentos que agregam maior ansiedade e estresse ao paciente, como exodontias e tratamento endodôntico, são os que têm um maior número de EMs associadas<sup>5</sup>.

Al-sebaei et al. (2015)<sup>11</sup> realizou uma pesquisa similar à essa. Distribuíram-se questionários a 70 clínicas e policlínicas da cidade de Jeddah, Arábia Saudita, que continham perguntas sobre a prevenção de EMs, a preparação da equipe do consultório e a disponibilidade de medicamentos e equipamentos de emergência. A coleta de dados foi realizada num período de 04 meses. A pontuação acerca da disponibilidade de drogas de emergência foi de  $35 \pm 35$ , e a de equipamentos de emergência foi de  $19 \pm 22$  concluindo que a maioria dos consultórios e policlinicas apresentavam preparo deficiente para eventuais EMs. Corroborando com tal estudo, no realizado por Kumarswami et al. (2015)<sup>7</sup> apenas 24% dos CDs entrevistados apresentavam kit de emergência no seu consultório, enquanto no de Al-hassan e Alqahtani (2019)<sup>17</sup> apesar de 64% afirmarem possuir cilindro de oxigênio, apenas 41% mantinham os cilindros cheios.

É de extrema importância que o CD tenha ciência da sua responsabilidade no suporte emergencial do seu paciente, e que caso ocorra qualquer EM, ele, sua equipe e seu consultório devem estar extremamente preparados para conduzir a situação com competência. Fiuza et al. (2013)<sup>22</sup> dizem que, se mesmo com um consultório equipado e com equipe preparada para as EMs, um paciente vier a óbito, toda a equipe dental tem a proteção legal de ter feito todo o possível e ter realizado os procedimentos apropriadamente.

A limitação deste estudo é o número de consultórios odontológicos participantes, pois foi obtida uma amostra consideravelmente pequena e aleatória de diferentes

localizações geográficas da cidade de Patos - Paraíba. Estudos futuros devem procurar incluir outros consultórios e outras cidades do sertão do estado, e também comparar a preparação entre os que se encontram em áreas urbanas e rurais.

## 5. Conclusão

Foi possível observar que nenhum dos consultórios odontológicos que participaram da pesquisa possuía a estrutura completa necessária para conduzir de forma segura as diversas EMs que podem ocorrer nesse local e isso se deve, principalmente, à falta de formação da equipe de Odontologia (CDs e auxiliares) e a falta de medicamentos e equipamentos indispensáveis para realizar o suporte ao paciente enquanto uma equipe médica especializada não está presente.

## Referências

1. Smereka J, Aluchna M, Aluchna A, Szarpak L. Preparedness and attitudes towards medical emergencies in the dental office among Polish dentists. *Int Dent J*. 2019;69(4):321-328.
2. Azad A, Talattof Z, Deilami Z, Zahed M, & Karimi A. Knowledge and attitude of general dentists regarding common emergencies in dental offices: A cross-sectional study in Shiraz, Iran. *Indian J Dent Res*. 2018;29(5):551.
3. Girdler NM, Smith DG. Prevalence of emergency events in British dental practice and emergency management skills of British dentists. *Resuscitation*. 1999;41(2):159-67.
4. Carvalho RM, Costa LR, Marcelo VC. Brazilian dental students' perceptions about medical emergencies: A qualitative exploratory study. *J Dent Educ*. 2008;72:1343-9.
5. Atherton GJ, McCaul JA, Williams SA. Medical emergencies in general dental practice in Great Britain Part 3: perceptions of training and competence of GDPs in their management. *Br Dent J*. 1999;186:234-37.
6. Müller MP, Hänsel M, Stehr SN, Weber S, Koch T. A state-wide survey of medical emergency management in dental practices: incidence of emergencies and training experience. *J Emerg Med*. 2008;25(5):296-300.
7. Kumarswami S, Tiwari A, Parmar M, Shukla M, Bhatt A, Patel M. Evaluation of preparedness for medical emergencies at dental offices: A survey. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015;5(1):47-51.
8. Arsati F, Montalli VÂ, Flório FM, Ramacciato JC, da Cunha FL, Cecanho R, Motta RHL. Brazilian dentists attitudes about medical emergencies during dental treatment. *J Dent Educ*. 2010;74(6):661-66.

9. Dym H. Preparing the dental office for medical emergencies. *Dent Clin N Am.* 2008;52(3):605-08.
10. Caputo IGC, Bazzo GJ, Silva RHAD, Daruge Júnior E. Vidas em risco: emergências médicas em consultório odontológico. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo.* 2010;10(3):051-58.
11. Al-Sebaei MO, Alkayyal MA, Alsulimani AH, Alsulaimani OS, Habib WT. The preparedness of private dental offices and polyclinics for medical emergencies: a survey in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J.* 2015;36(3):335.
12. Gonzaga HFDS, Buso L, Jorge MA, Gonzaga LHDS, Chaves MD, Almeida OPD. Evaluation of knowledge and experience of dentists of São Paulo State, Brazil about cardiopulmonary resuscitation. *Braz Dent J.* 2003;14(3):220-22.
13. Santos JCD, Rumel D. Emergência médica na prática odontológica no Estado de Santa Catarina: ocorrência, equipamentos e drogas, conhecimento e treinamento dos cirurgiões-dentistas. *Cien Saude Colet.* 2006;11:183-90.
14. Silva EL. Alunos formandos e profissionais de Odontologia estão capacitados para reconhecerem situações em emergência médica e utilizarem protocolos de atendimento?. *Arq Odontol.* 2006;42(4):277-287.
15. Colet D, Griza GL, Fleig CN, Cenci RA, Sinegalia AC. Acadêmicos e profissionais da odontologia estão preparados para salvar vidas? *Rev Fac Odontol Unuv Passo Fundo* 2011;16(1):25-9.
16. Veiga D, Oliveira R, Carvalho J, Mourão J. Emergências médicas em medicina dentária: prevalência e experiência dos médicos dentistas, *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.* 2012;53(2):77-82
17. Al-Hassan M, AlQahtani S. Preparedness of dental clinics for medical emergencies in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Dent J.* 2019;31(1):115-21.
18. Malamed SF. Knowing your patients. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(1):3-7.
19. Malamed SF. *Emergências Médicas Em Odontologia.* 7ª ed. Brasil: Elsevier; 2016.
20. Haese RDP, Cançado MRP. Urgências e emergências médicas em odontologia: avaliação da capacitação e estrutura dos consultórios de cirurgiões-dentistas. *Rev Cir Traumatol Buco-maxilo.* 2016;16(3):31-39.
21. Paiva MHF, Espíndola VS, Klug RJ. Emergências Médicas no Consultório Odontológico. *Revista Científica do ITPAC.* Jan. 2009;2(1).
22. Fiuza MK, Balsan ST, Pretto JLB, Cenci RA, Conto F. Avaliação da prevalência e do grau de conhecimento do cirurgião-dentista em relação às emergências médicas. *RFO.* 2013;18(3):295-301.
23. Gehlen EP, Cunha L. Emergências médicas na prática odontológica. *J Oral Invest.* 2014;3(1):28-32.

24. ADA Council of Scientific Affairs. Office emergencies and emergency kits. JADA. 2002;133(3):364-5.
25. Nogami K, Taniguchi S, Ichiyama T. Rapid deterioration of basic life support skills in dentists with basic life support healthcare provider. Anesth Prog. 2016;63:62-6
26. Rosenberg M. Preparing for medical emergencies: The essential drugs and equipment for the dental office. J Am Dent Assoc. 2010;141(Suppl 1):14S-9S.
27. ANVISA. Manual de Serviços Odontológicos. Prevenção e Controle de Riscos. Brasil. 2006; Acessado em: Outubro de 2019. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual\\_odonto.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_odonto.pdf)

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É de extrema importância que o CD tenha ciência da sua responsabilidade no suporte emergencial do seu paciente, e que uma anamnese e exame físico bem realizados podem reduzir a probabilidade de esses episódios ocorrerem, entretanto, caso ocorram, ele, sua equipe e seu consultório devem estar extremamente preparados para conduzir a situação com competência.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do projeto: ESTUDO OBSERVACIONAL DA ESTRUTURA DOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS DE PATOS – PARAÍBA PARA SITUAÇÕES EMERGENCIAIS

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha

Prezado (a) senhor (a):

Somos pesquisadores do Curso de Graduação em Odontologia/UFCG e estamos realizando um estudo com o objetivo de avaliar o preparo dos consultórios odontológicos privados da cidade de Patos-PB frente a situações de emergências médicas que podem ocorrer, visando o atendimento seguro aos pacientes e, para tanto, gostaríamos de contar com a sua participação. Garantimos considerar os princípios da ética em pesquisa com seres humanos (autonomia, beneficência, não maleficência, respeito e justiça) conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde na sua Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Informamos que esta pesquisa não oferecerá riscos previsíveis à saúde física, mental e espiritual do Sr.(a), que a participação é voluntária, que não haverá pagamento para isto, e que o(a) Sr.(a) não será prejudicado de nenhuma forma caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o(a) prejudique. Durante a aplicação do questionário qualquer conduta ou medida que venha a provocar constrangimento, instabilidade emocional, e/ou psicológica durante a sua participação na pesquisa será evitada. A pesquisa será fundamental para estabelecer o atual preparo dos profissionais e das clínicas odontológicas entrevistadas, buscando conhecer qual o nível de suporte que estes podem oferecer diante de emergências médicas. Além disso, o estabelecimento de medidas visando à sedimentação das medidas preventivas e dos materiais básicos que deve haver no consultório, ou a reciclagem (palestras, cursos) poderá ser direcionado a partir deste levantamento. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo (duas vias) como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo uma via entregue ao senhor(a). Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros) que os pesquisadores acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio e desde já agradecemos sua colaboração.

#### Contato com os pesquisadores:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador: Julierme Ferreira Rocha; Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Brasil. Tel: 3511-3045/9975-7868. E-mail: juliemerocha@hotmail.com

Atenciosamente, Julierme Ferreira Rocha \_\_\_\_\_.

#### Autorização

Após ter sido informado dos meus direitos como participante e sobre a finalidade da pesquisa "ESTUDO OBSERVACIONAL DA ESTRUTURA DOS CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS PRIVADOS DE PATOS – PARAÍBA PARA SITUAÇÕES EMERGENCIAIS" DOU O MEU CONSENTIMENTO.

Assinatura do participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Em, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos: CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545

Prof. Julierme Ferreira Rocha  
 CIRURDIA BUCAL (M.A. ODONTOLÓGICA)  
 AMATUARIA (ODONTOLÓGICA)  
 (Lactação e Pós-graduação)  
 CRO-PB 3994 / MAT. 30472 1839338

## APÊNDICE B

### QUESTIONÁRIO

Há quanto tempo é formado (a)? \_\_\_\_\_ Possui pós-graduação? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

- 1) Você pede o histórico médico completo do paciente antes de iniciar o tratamento?  
( ) Sim ( ) Não
- 2) Com que frequência você afere os sinais vitais dos seus pacientes?  
( ) Nunca ( ) Uma vez durante a primeira consulta ( ) A cada visita
- 3) Quais sinais vitais você verifica?  
( ) Pressão arterial ( ) Temperatura ( ) Frequência respiratória ( ) Frequência cardíaca
- 4) Todos os cirurgiões-dentistas que trabalham no seu consultório possuem certificação válida para atendimento de emergência no consultório odontológico?  
( ) Sim ( ) Não
- 5) Todos os auxiliares que compõem a equipe do seu consultório possuem certificação válida para atendimento de emergência no consultório odontológico?  
( ) Sim ( ) Não
- 6) Todos os funcionários do seu consultório têm conhecimento do número para discar em caso de emergência?  
( ) Sim ( ) Não
- 7) No seu consultório há algum protocolo de emergência escrito disponível e claramente publicado?  
( ) Sim ( ) Não
- 8) No seu consultório é feito periodicamente exercício simulado de uma situação de emergência?  
( ) Sim ( ) Não
- 9) Há alguma enfermeira registrada na sua equipe do consultório?  
( ) Sim ( ) Não
- 10) Há algum profissional de saúde no consultório capaz de realizar técnicas de punção avançada, como injeção endovenosa ou intramuscular?  
( ) Sim ( ) Não
- 11) Há disponíveis no seu consultório medicamentos essenciais de emergência médica?  
( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_
- 12) Há disponíveis no seu consultório equipamentos essenciais para suporte em caso de emergência médica?  
( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_
- 13) Você já presenciou alguma emergência médica em seu consultório odontológico?  
( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

### **ANEXO A**

#### **NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA JOURNAL OF MEDICINE AND HEALTH PROMOTION**

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4. As margens superior e esquerda 3cm, inferior e direita devem ter 2cm. Os trabalhos deverão conter até 5.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências. O artigo deve ser escrito no programa Word for Windows, em versão 6.0 ou superior. Se você está lendo este documento, significa que você possui a versão correta do programa. Os artigos devem ser enviados **SOMENTE** no formato .doc ou .docx. **UTILIZE** este arquivo para digitar/diagramar o trabalho.

O cabeçalho deve figurar exatamente como consta no presente documento, bem como a paginação, que não deve diferir da paginação utilizada no modelo.

Título e subtítulo (se houver): deve estar na segunda linha da primeira página, em posição centralizada, com tipo de fonte verdana, tamanho 10, em negrito, com todas as letras em maiúsculo e em espaçamento entre linhas 1,5 e possuir no máximo 12 palavras. Artigos devem ter título e subtítulo (se houver) em português e inglês. Os títulos em inglês aparecem separados por duas linhas, todo em maiúsculo e em itálico.

Dados dos autores: o nome do primeiro autor deve vir duas linhas abaixo do último título, alinhado à direita, com fonte verdana, tamanho 10, espaçamento simples, com primeira letra de cada nome em maiúscula e o restante em minúsculo. Uma linha abaixo do nome do primeiro autor deve constar o vínculo institucional, contendo nome da instituição, sigla, cidade e país, separados pelo caractere “-”, sem aspas. Na linha seguinte ao vínculo institucional deve constar o e-mail do autor. O nome dos demais autores (caso houver) deve constar duas linhas abaixo no nome do primeiro autor, seguido de seu vínculo institucional na linha subsequente ao nome e e-mail na linha seguinte ao vínculo institucional. Não devem ser utilizadas abreviaturas nos nomes dos autores.

**RESUMO:** duas linhas abaixo do nome dos autores, o resumo deve ser na própria língua do trabalho, com no máximo 250 palavras. Deve-se utilizar texto com fonte verdana, justificado, tamanho 10. O resumo deve ser apresentado no formato estruturado, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões.

Palavras-chave: uma linha abaixo do resumo. Deve conter entre três e cinco palavras-chave, no mesmo idioma do trabalho, separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto, fonte verdana, justificado, tamanho 10, com espaçamento entre linhas simples. As palavras devem ser extraídas dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) disponível no endereço: <http://decs.bvs.br/>.

Abstract: o mesmo padrão do resumo, só que em inglês (traduções do google implicarão na não aceitação do trabalho).

Keywords: o mesmo padrão do resumo, só que em inglês.

Títulos das sessões: os títulos das sessões devem ser posicionados à esquerda, em negrito, numerados com algarismos arábicos. Deve-se utilizar texto com fonte verdana, tamanho 10, em negrito. Não coloque ponto final nos títulos. O título da primeira seção deve ser posicionado uma linha abaixo das palavras chaves. Entre uma seção e outra, considerar uma linha de intervalo.

Corpo do texto: o texto deve iniciar uma linha abaixo do título das seções. Utilize fonte tipo verdana, tamanho 10, justificado, com espaçamento entre linhas 1,5. Deve ser utilizada fonte tipo verdana, tamanho 10 e espaçamento entre linhas simples em notas de rodapé, entrelinhas de quadros e tabelas e legendas de figuras, quadros, tabelas e equações.

Negrito deve ser utilizado para dar ênfase a termos, frases ou símbolos. Itálico deverá ser utilizado apenas para palavras em língua estrangeira (for exemple).

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências embora outros formatos possam ser aceitos. Em pesquisas relacionadas a seres humanos deverá constar, no último parágrafo da seção Métodos, o número do protocolo e data de aprovação do Comitê de Ética.

Notas: As notas devem ser reduzidas ao mínimo e digitadas em pé de página, numeradas a partir de 1. Usar fonte 10, verdana, justificado. Se houver nota no título, ela receberá asterisco e não numeração. As notas não devem ser utilizadas para referenciar documentos. (SUGERE-SE SEMPRE EVITÁ-LAS).

Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

### **Normas para ilustrações**

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão (se houver).

A ilustração deve ser citada no texto e inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere. Tabelas e quadros devem estar centralizados e conter apenas dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito extensos. Os itens das ilustrações e das tabelas devem ser escritos utilizando fonte verdana, tamanho 10. O espaçamento entre os itens deve ser simples.

Todas as figuras, quadros, tabelas e equações devem obrigatoriamente conter legenda e fonte. Devem ser limitadas a cinco no conjunto, incluindo apenas dados imprescindíveis, evitando-se que os mesmos sejam muitos extensos. Outro item importante, é que não devem repetir dados já inseridos no texto, ou vice-versa.

Caso os dados sejam inéditos e provenientes de uma pesquisa de campo realizada pelos próprios autores do artigo, essa especificação deve constar na fonte, juntamente com o ano da pesquisa de campo. Nesse caso a fonte deve ser: Autoria própria (2016).

### **Citações e Referências**

Para a composição do texto do Journal of Medicine and Health Promotion deve-se adotar as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português.

**Citações:** para citações "ipsis literis" de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

**Referências:** serão permitidas até 30 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem ser atualizadas (últimos 5 anos, preferencialmente) e procedentes de periódicos qualificados. Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.

No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos

sobrescritos sem parênteses, sem espaços da última palavra para o número, sem menção aos autores.

Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. 1-3; quando intercalados utilize vírgula ex. 2,6,11.

### **Exemplos de como elaborar as referências a partir do tipo de documento**

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na PubMed Journals database ou o título abreviado usado na Scielo. Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

#### Artigo publicado em periódico científico

Coleta ASM, Coleta MFD. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. Psico-USF. 2008;13(1):59-68. Verardi CEL, Miyazaki MCOS, Nagamine KK, Lobo APS, Domingos, NPM. Esporte, stress e burnout. Estud. psicol. 2012; 29(3):305-13.

#### Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2016];15(4):862-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905>.

#### Livro, com único autor:

Demo P. Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

#### Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

Brigth MA, editor. Holistic nursing and healing. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

#### Capítulo de livro:

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Monografia:

Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

Dissertação:

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

Tese:

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

Legislação:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.