

Emergências Médicas no Consultório Odontológico e a (In)Segurança dos Profissionais

Medical Emergencies in the Dentaloffice and Professional's (In)Security

PRISCILLA SUASSUNA CARNEIRO LÚCIO¹
ROSIMAR DE CASTRO BARRETO²

RESUMO

Objetivos: Revisar e discutir as principais ocorrências de emergências médicas em consultório odontológico, assim como o manejo indicado para tais situações. *Metodologia:* Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed, BBO, Google Scholar, utilizando as seguintes palavras-chave nos idiomas português e inglês: "tratamento de emergência", "identificação da emergência", "odontologia". Selecionaram-se referências mais atuais (2000-2011), além de trabalhos clássicos de importância histórica para discussão do assunto. *Resultados:* A maioria dos estudos aponta uma elevação no número de emergências médicas, sendo a síncope responsável pela maioria das ocorrências, associada a uma grande insegurança dos cirurgiões-dentistas no enfrentamento destas situações emergenciais. *Conclusão:* Conclui-se que a grande insegurança dos cirurgiões-dentistas no enfrentamento das situações emergenciais pode ser consequência de um inadequado preparo durante a graduação e falta de capacitação durante o exercício da profissão.

DESCRIPTORIOS

Tratamento de Emergência. Identificação da Emergência. Odontologia.

SUMMARY

Objectives: To review and discuss the main instances of medical emergencies in dental office, as well as the management suitable for such situations. *Methods:* A literature review was conducted in the databases PubMed, BBO, Google Scholar, using the following keywords in portuguese and english: "emergency treatment", "emergency identification", "dentistry". Were selected the most current references (2000-2011), and other classical works of great historical importance to discuss the subject. *Results:* Most studies indicate there is an increase in the number of medical emergencies, being the syncope responsible for most cases, associated with a great insecurity of dentists in facing these emergencies. *Conclusion:* It was concluded that the large uncertainty on the part of dentists in coping with emergency situations may result from inadequate preparation during undergraduate studies and lack of training for the profession.

DESCRIPTORS

Emergency treatment. Emergency identification. Dentistry.

1 Mestranda em Odontologia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande/PB, Brasil.

2 Doutor em Odontologia, área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor Associado da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Disciplina de Farmacologia Aplicada à Odontologia, João Pessoa/PB, Brasil.

Com o avanço da medicina e elevação da expectativa de vida, vem ocorrendo um aumento da diversidade de pacientes que procuram por tratamento odontológico. Tais indivíduos que antes não frequentavam o consultório odontológico por restrições médicas, estão cada dia mais preocupados com sua saúde bucal (MONNAZZI *et al.*, 2001, CAPUTO *et al.*, 2010).

Desta forma o cirurgião-dentista tem, em seu ambiente de trabalho, uma maior probabilidade de se deparar com intercorrências médicas, que não têm relação com o tratamento odontológico, como por exemplo, doenças sistêmicas pré-existentes (CAPUTO *et al.*, 2010).

O evento emergencial consiste em uma ocorrência de agravo à saúde, com risco iminente de vida ou que cause intenso sofrimento ao paciente. É um estado imprevisto e requer uma ação imediata para a preservação da vida. Pode acontecer com qualquer pessoa, a qualquer momento e em qualquer lugar. Portanto o cirurgião-dentista tem que estar apto e seguro para o manejo de uma emergência (MARZOLA, GRIZA, 2001, BARRETO, PEREIRA, 2011).

Sem dúvida a melhor maneira de se tratar uma emergência médica é prevenindo-a. Para tanto, uma boa anamnese fornece informações sobre o estado de saúde do paciente, tornando o procedimento mais seguro, diminuindo assim a possibilidade de ocorrência de situações emergenciais (SHAMPAINE, 1999, CAPUTO *et al.*, 2010).

Dados recentes mostram que a maioria dos profissionais de odontologia não se sente segura e capacitada para o correto atendimento de uma emergência, ficando assim dependente da presença médica para socorrer o paciente (SILVA, 2006).

Com isso, o presente estudo tem o objetivo de revisar e discutir as principais ocorrências de emergências médicas em consultório odontológico, assim como o manejo indicado para tais situações.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo de revisão de literatura, desenvolvida através de um levantamento bibliográfico nas bases de dados PubMed, BBO, Google Scholar. A estratégia de busca utilizou as seguintes palavras-chave no idioma português, obtidas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DesCs): “*tratamento de emergência*”, “*identificação da emergência*”, “*odontologia*”. Do mesmo modo, buscaram-se na base de dados internacionais, utilizando as mesmas palavras, porém em língua inglesa, de acordo com o Medical Subject Headings (Mesh): “*emergency treatment*”, “*emergency identification*”, “*dentistry*”.

Foram selecionadas 31 referências divulgadas

entre os anos de 2000 e 2011, além de cinco trabalhos publicados entre os anos de 1995-1999 e um livro, os quais são clássicos e de extrema importância histórica para discussão do assunto. Como critérios de inclusão adotaram-se: disponibilidade do texto integral, publicação nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola e referências que enfocassem urgências/emergências médicas no ambiente odontológico. Por não serem divulgados em periódicos científicos, os trabalhos de conclusão de curso, dissertação e tese entraram nos critérios de exclusão.

REVISÃO DA LITERATURA

A emergência consiste em agravo a saúde com iminente risco de vida. Este evento caracteriza-se por ser uma situação imprevista, na qual não pode haver demora no atendimento. Desta forma não cabe discutir de quem é o domínio da execução, mas sim avaliar a habilidade e competência dos agentes em ação, para solucionar de forma adequada o caso (MARZOLA, GRIZA, 2001, GONZAGA *et al.*, 2003, SANCHEZ, DRUMOND, 2011).

Para tanto, na tentativa de se prevenir situações emergenciais é imprescindível a realização de uma pré-avaliação da saúde geral do paciente e seu estado emocional antes do atendimento odontológico, conhecendo os riscos da utilização das drogas a serem empregadas e minimizando o trauma emocional. Uma boa anamnese fornecerá ao profissional condições adequadas para desempenhar os procedimentos de forma segura (CAPUTO *et al.*, 2010).

O atendimento odontológico está atrelado ao medo, é fonte de aumento da ansiedade, que leva ao estresse. Por sua vez o estresse pode elevar o número de ocorrências de emergências médicas (SANTOS, RUMEL, 2006).

As situações de emergências médicas podem acontecer a qualquer momento em um consultório odontológico, não apenas durante o tratamento, mas também na sala de espera, por exemplo. Acometem qualquer pessoa, independente do sexo e da idade. Em vista disso, para um correto atendimento, o profissional e sua equipe devem estar preparados, com conhecimento acerca de manobras básicas do Suporte Básico de Vida (SBV), além de um adequado preparo psicológico, posto que esses eventos representam uma fonte de tensão, devendo ser enfrentados com cautela para que não se aumente a morbidade e letalidade (JOLY, 1995, SANTOS, RUMEL, 2006, ANDRADE, RANALI, 2011).

As principais síndromes emergenciais que podem ocorrer no consultório odontológico, bem como os passos que devem ser seguidos pelo cirurgião-dentista frente às mesmas, estão descritas abaixo, sendo divididas de acordo com o sistema de acometimento.

Sistema Circulatório

Síncope

Trata-se de perda temporária e momentânea da consciência, devido a uma diminuição da oxigenação cerebral, consequência da redução do fluxo sanguíneo para o cérebro. Seus sinais e sintomas correspondem à palidez, hipotensão, taquicardia, escurecimento da visão, zumbido, sonolência e sensação de vazio gástrico. O quadro é causado por uma resposta autonômica exagerada ou anormal a vários estímulos emocionais, como ansiedade excessiva, ou não emocionais, como fome, exaustão, ambiente quente e outros (RESENDE *et al.*, 2009).

Diante deste quadro o cirurgião-dentista deve interromper o tratamento, avaliar o grau de consciência do paciente, colocá-lo em posição supina com os membros inferiores levemente elevados em relação à cabeça (10 a 15 graus). Deve-se estender a cabeça para trás, propiciando a passagem de ar, e aguardar de 2 a 3 minutos à recuperação do paciente. Caso isso não ocorra deve-se administrar oxigênio (3 a 4 litros/minuto) e monitorar a respiração, pulso e pressão arterial até a chegada do auxílio médico de urgência previamente solicitado (MARINGONI, 1998).

Crise Hipertensiva

Caracterizada pela elevação da pressão arterial sistólica e/ou diastólica, dependente de uma predisposição genética ou fatores de risco, tais como obesidade, sedentarismo, ingestão excessiva de sal, álcool, tabagismo, estresse, doença renal, entre outros (MONEGO, JARDIM, 2006).

Como medida profilática, a anamnese é a melhor delas, no entanto, mesmo em pacientes compensados, o profissional deve tomar medidas para minimizar o estresse, como controlar a dor, fazer atendimentos em sessões curtas, conversar com o paciente durante o atendimento, se necessário, indicar uso de ansiolíticos. Além disso, quando necessário uso de anestesia, dar preferência às soluções que contenham felipressina como vasoconstrictor (RESENDE *et al.*, 2009).

Uma vez diagnosticado eventos que caracterizem uma crise hipertensiva como elevação da pressão arterial, cefaleia, epistaxe, hemorragia gengival após manipulação, tontura, mal-estar, confusão mental e distúrbios visuais, deve-se interromper o atendimento imediatamente, colocar o paciente em posição confortável, monitorar seus sinais vitais e tranquilizá-lo, além de administrar captopril (25 a 50mg), por via sublingual. Cessada a crise o paciente deve ser encaminhado o mais rápido possível para avaliação médica (GOMEZ *et al.*, 1999, CHAPMAN, 2003, MONTAN *et al.*, 2007).

Angina Pectoris

É definida como uma dor torácica retroesternal transitória, ocasionada pela diminuição regional do fluxo sanguíneo coronário quando o trabalho cardíaco e demanda de oxigênio excedem a capacidade do sistema arterial coronariano de fornecer sangue oxigenado. Dentre os principais sintomas, a dor ou desconforto no peito é o principal, sendo descrito como um “esmagamento ou queimadura”, acompanhado de sudorese aumentada, palidez e agitação (MONNAZZI *et al.*, 2001).

Desencadeada por exercícios físicos, ansiedade ou estresse, a crise dolorosa pode se irradiar para outras áreas adjacentes como ombro esquerdo, mão (atingindo principalmente os dedos mínimos e anular), costas, pescoço e mandíbula e dentes. No entanto, a anamnese permite a identificação do paciente com risco aumentado, com histórico de doença cardíaca, além de verificar a necessidade de indicação de medicamentos profiláticos como o dinitrato de isossorbida (Isordil®) (GROGAN, 2004).

Diante de uma crise de angina deve-se interromper imediatamente o atendimento, colocar o paciente em posição confortável e administrar oxigênio. Em seguida administra-se cinco miligramas (5 mg) de dinitrato de isossorbida via sublingual, o qual inicia seu efeito dentro de um minuto, gerando uma vasodilatação que leva ao aumento do fluxo sanguíneo. Caso os sintomas não cedam, administra-se uma segunda dose (RESENDE *et al.*, 2009).

Controlada a crise, cerca de 2 a 3 minutos, o paciente deve ser encaminhado para avaliação médica. Porém havendo persistência dos sintomas, pode tratar-se de um quadro mais grave, o infarto do miocárdio, devendo ser solicitado serviço médico de urgência (ANDRADE, RENALI, 2011).

Infarto do miocárdio

O infarto é a degeneração do músculo cardíaco devido a uma diminuição acentuada e repentina do fluxo sanguíneo coronariano para um segmento do miocárdio. Este se torna isquêmico devido a uma insuficiência de sangue e conseqüentemente de oxigênio, resultando em morte celular e necrose do músculo cardíaco. A principal causa, na maioria dos casos, deve-se a placas ateromatosas que obstruem parcial ou totalmente um dos ramos da artéria coronária (MUNOZ *et al.*, 2008).

Clinicamente, apresenta-se como uma dor severa retroesternal semelhante à *angina pectoris*, porém de maior intensidade, podendo se refletir para outras áreas (nuca, braço esquerdo e mandíbula), seguida de náuseas, palidez, perda de consciência, palpitação, sudorese e cianose das mucosas (decorrente da redução do fluxo sanguíneo) (BARROS *et al.*, 2011).

A primeira conduta é interromper o tratamento e

colocar o paciente em posição confortável (cadeira odontológica semi-reclinada), afrouxar suas roupas e mantê-lo calmo. Enquanto aguarda o serviço médico de urgência, o cirurgião-dentista deve monitorar os sinais vitais do paciente (respiração, pulso, pressão arterial); administrar 5 mg de dinitrato de isossorbida (isordil®) sublingual para que haja uma vasodilatação. A fim de diminuir a ansiedade do paciente, tendo em vista que esta aumenta a atividade do sistema autônomo, e consequentemente a demanda de oxigênio, pode-se administrar midazolam (5 mg) (RESENDE *et al.*, 2009).

Sistema Endócrino

Hipoglicemia

É caracterizada por níveis plasmáticos de glicose iguais ou inferiores a 40 miligramas por decilitro de sangue. Representa uma ameaça à vida, podendo ocorrer em indivíduos diabéticos e não-diabéticos (RESENDE *et al.*, 2009).

Esse evento pode estar associado a um aumento na metabolização de glicose de forma espontânea. Contudo as causas mais frequentes são: superdose de insulina ou hipoglicemiante oral, ingestão excessiva de álcool ou interações medicamentosas que potencializam o efeito dos agentes hipoglicemiantes (RESENDE *et al.*, 2009).

Antes de qualquer procedimento, o nível de glicose do sangue deve ser monitorado. Se este apresentar-se abaixo dos níveis normais (70-120 mg/dl em jejum) o paciente deve ingerir um carboidrato de absorção rápida, como substâncias açucaradas (mel). Porém se o nível estiver acima do normal, o paciente deve receber insulina (COURSIN, UNGER, 2002, SANTOS, RUMEL, 2006).

Os sinais e sintomas da hipoglicemia se desenvolvem rápida e progressivamente, porém caracteriza-se inicialmente por náuseas, sensação de fome e alteração no humor e espontaneidade. Em seguida ocorre sudorese, taquicardia, aumento da ansiedade, não cooperação e agressividade. Posteriormente, em fase tardia, são comuns convulsões, perda de consciência, diminuição da pressão arterial e temperatura corporal (MONNAZZI *et al.*, 2001).

Diante desse quadro deve-se interromper o atendimento odontológico e fazer com que o paciente ingira carboidratos simples de rápida absorção (doce, refrigerante, mel), caso ele esteja consciente. Porém se houver inconsciência, administra-se 50 mililitros de solução aquosa de glicose a 50% por via endovenosa durante 2 a 3 minutos (MONNAZZI *et al.*, 2001).

Sistema Nervoso

Convulsão e Epilepsia

Desordem na função cerebral normal na qual há

um desligamento momentâneo das sinapses, caracterizada por períodos de atividade motora, fenômenos sensoriais e mudanças de comportamento e consciência. Normalmente se apresentam com contrações musculares sustentadas, intermitentes, com períodos curtos de relaxamento e perda de consciência. Embora possa ser de natureza idiopática também é decorrente de traumas físicos, estresse emocional, febre alta, abstinência de drogas psicotrópicas e álcool e overdose de anestésicos (RESENDE *et al.*, 2009).

Caso aconteça um episódio de convulsão no consultório odontológico, deve-se interromper imediatamente o atendimento, remover objetos da boca do paciente, evitando assim sua deglutição acidental, colocá-lo em posição supina, deixando as vias aéreas superiores desobstruídas e inclinar sua cabeça para o lado a fim de que o vômito ou saliva não sejam broncoaspirados. Além disso, monitoram-se seus sinais vitais e aguarda o fim da crise (3 a 5 minutos) (MONNAZZI *et al.*, 2001, ANDRADE, RANALI, 2011).

Caso haja necessidade, algumas drogas anticonvulsivantes podem ser administradas como os benzodiazepínicos midazolam e diazepam, numa posologia de 0,2 a 0,3 miligramas por quilograma por via intramuscular e 5 a 10 miligramas por via intravenosa (RESENDE *et al.*, 2009).

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O acidente vascular cerebral (AVC) é caracterizado por uma desordem neurológica focal resultante de hemorragia intracerebral, devido a uma trombose, embolia, ou insuficiência vascular (MUGAYAR, 2000, BRAGA, ALVARENGA, MORES NETO, 2003).

Há dois tipos de AVCs: o isquêmico, que é mais prevalente e o hemorrágico. No AVC isquêmico ocorre uma obstrução de um vaso sanguíneo que interrompe o fluxo de sangue a uma determinada área do cérebro, interferindo assim nas funções neurológicas dependentes da região afetada. Por sua vez, o AVC hemorrágico ocorre devido a um aumento súbito da pressão arterial dos vasos ou ruptura destes (ANDRADE, RANALI, 2011).

Vários são os fatores de risco para a origem do AVC, podendo ser elucidados no momento da anamnese. Entre eles estão: hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, níveis elevados de colesterol no sangue, hiperglicemia, obesidade, tabagismo, etilismo e uso de contraceptivos orais (CAPUTO *et al.*, 2010).

Seus sinais e sintomas são bastante variados, dependendo da área cerebral afetada, no entanto a fraqueza é o sintoma mais comum, podendo estar associada à dormência em um dos membros ou face. A fala pode também apresentar-se alterada, acompanhada de cefaleia, diminuição e/ou perda de consciência e vômitos. Em casos de AVC hemorrágico de rápida evolução pode acontecer diminuição da força ou

imobilização do lado oposto ao sangramento, além de desvio no olhar (RESENDE *et al.*, 2009).

Em casos de indícios que caracterizem um AVC durante o atendimento odontológico, o profissional deve interromper o tratamento e ligar imediatamente para o serviço médico de urgência enquanto mantém respiração e circulação do paciente, colocando-o em posição confortável, além de monitorar seus sinais vitais. Não é aconselhável dar ao paciente nada para comer ou beber (RESENDE *et al.*, 2009).

Sistema Imunológico

Reações de hipersensibilidade

Também conhecidas como manifestações alérgicas, são mediadas pelo sistema imunológico, através de uma reação antígeno-anticorpo, podendo envolver diferentes órgãos. Entre as reações alérgicas mais comuns na odontologia estão as relacionadas aos anestésicos locais, principalmente a lidocaína, analgésicos, anti-inflamatórios e antimicrobianos, em especial a penicilina. Além destas o profissional tem que estar atento a outras substâncias capazes de desencadear crises alérgicas, como o monômero das resinas acrílicas e o látex das luvas cirúrgicas e de procedimento (MONTAN *et al.*, 2007, GAUJAC *et al.*, 2009).

Fenômenos mais simples como urticária (eritema, prurido de graus variáveis de lesões cutâneas) são mais comuns e tratados por meio da administração por via oral de anti-histamínicos, como loratadina, 10 miligramas de 8 em 8 horas. Porém casos mais dramáticos de progressiva sintomatologia, como a anafilaxia (ou choque anafilático) necessitam de maiores atenções (RESENDE *et al.*, 2009). Esta consiste em uma reação mediada pela Imunoglobulina E (IgE), simultaneamente em vários órgãos. O alérgeno habitualmente envolvido consiste em droga, veneno de insetos ou alimentos. A reação é potencialmente fatal e pode ser provocada na presença de pequenas quantidades de antígeno. É caracterizada por um mal-estar, reações cutâneas (rubor, urticária, prurido), dificuldade respiratória (broncoconstrição), edema de laringe, arritmia, taquicardia, parada respiratória, podendo levar o paciente a óbito (ARAÚJO *et al.*, 2005, BECKER, REED, 2006).

Seu tratamento deve ser iniciado de imediato, sendo feita inicialmente a ventilação do paciente com oxigênio (6 litros por minuto) e monitoramento de seus sinais vitais. Associado a isto, administra-se adrenalina (0,3 mililitros) de forma subcutânea ou intramuscular, sendo repetida a cada cinco minutos, não excedendo três doses; e antihistamínico (cloridrato de prometazina), 50 mg por via intramuscular. Além destas manobras solicita-se serviço médico de urgência (GROGAN, 2004, CHAPMAN, 2003).

DISCUSSÃO

O medo de dentista existe e estando presente é considerado fonte de aumento da ansiedade, o que leva ao aumento do número de ocorrências de emergências médicas (MALAMED, 1997). A grande maioria dessas situações emergenciais pode ser evitada, porém, quando elas ocorrem, alguns conhecimentos simples podem diminuir o sofrimento, evitar complicações futuras e salvar vidas. No entanto um atendimento de emergência mal feito pode comprometer ainda mais a saúde da vítima. Por isso o cirurgião-dentista deve estar preparado para o diagnóstico da emergência, definindo sua prioridade e a necessidade do atendimento médico especializado (GUIMARÃES, 2001, SILVA, 2006).

Com o aumento da expectativa de vida dos pacientes, o uso de drogas potentes sugere maiores possibilidades de o dentista enfrentar uma emergência médica (SANCHEZ, DRUMOND, 2011). Em seu estudo com cirurgiões-dentistas, SANTOS, RUMEL, (2006) mostrou que 76,9% dos profissionais entrevistados sentem-se despreparados diante de uma emergência médica em seus consultórios, independentemente de trabalhar no serviço público ou clínica privada. Assim também ocorreu em pesquisa feita com profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família de Pelotas-RS: 46,9% desses profissionais não se consideram preparados para o enfrentamento das urgências, embora o atendimento emergencial seja o fator crucial entre a vida e a morte, e a assistência adequada e precoce na maioria das vezes, determinante no salvamento de vidas em situações críticas (TORRES, SANTANA, 2011).

Para ATHERTON, PEMBERTON, THORNHILL, (2000), os procedimentos cirúrgicos parecem estar mais associados a episódios de emergências médicas do que outros tipos de tratamento odontológico. O que para SHAMPAIGNE, (1999) pode ser reflexo da administração de anestésicos locais. Eles são as causas mais comuns de emergências médicas, sendo a síncope correspondente a 50,37% destas, nos consultórios odontológicos. Porém, em estudo realizado por MALAMED, (1997), afirmou-se que a hiperventilação, as crises convulsivas, a hipoglicemia e a síncope foram as situações mais comuns de emergências médicas ocorridas com pacientes antes, durante ou logo após um tratamento de rotina.

Para CAPUTO *et al.*, (2010) o treinamento em suporte básico de vida é imprescindível ao profissional, mas a maior preocupação dos profissionais ainda é com a atualização e capacitação técnica odontológica, apenas. Geralmente, a atenção do profissional está dirigida apenas às novas técnicas, materiais e equipamentos para o consultório, deixando de lado a sua maior missão, que é a de cuidar da saúde e vida de seu paciente.

Estes dados mostram que o profissional é pouco preparado na graduação e na pós-graduação, tendo ele mesmo que buscar a educação continuada após ter se formado. Como não há uma obrigatoriedade de cursos regulares de capacitação, o assunto torna-se esquecido

por não ser colocado em prática periodicamente. Com isso o cirurgião-dentista esquece que está lidando com vidas humanas, e, assim, exime-se de assumir os riscos e as responsabilidades inerentes à profissão (CAPUTO *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Face ao exposto, pode-se concluir que há um

número elevado de emergências médicas no consultório odontológico, sendo este decorrente do aumento da expectativa de vida e maior procura por tratamentos em odontologia.

Porém também é visível uma grande insegurança por parte dos cirurgiões-dentistas no enfrentamento de tais situações, podendo ser consequência de um inadequado preparo durante a graduação e falta de capacitação durante o exercício da profissão.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE ED, RANALI J. *Emergências médicas em odontologia*, 3. ed, São Paulo: Artes Médicas, 2011,172p.
- ARAUJO MR, AZEVEDO LR, CASTRO LFA, GRÉCIO AMT, MACHADO MAN, MATTIOLI T. Reações adversas medicamentosas de interesse odontológico. *Rev Odontol Araçatuba*, 26(2):28-33, 2005.
- ATHERTON GJ, PEMBERTON MN, THORNHILL MH. Medical emergencies: the experience of staff of a UK dental teaching hospital. *Br Dent*, 188(6):320-324, 2000.
- BARRETO RC, PEREIRA GAS. *Emergência na clínica médica-odontológica*, 1. ed, João Pessoa: Universitária - UFPB, 2011, 312 p.
- BARROS MNF, GAUJAC C, TRENTO C, ANDRADE MCV. Tratamento de pacientes cardiopatas na clínica Odontológica. *Revista Saúde e Pesquisa*, 4(1):109-114, 2011.
- BRAGA JL, ALVARENGA RMP, MORES NETOS JBM. Acidente vascular cerebral. *RBM*, 60(3):88-94, 2003.
- BECKER DE, REED KL. Essentials of local anesthetic pharmacology. *Anesth Prog*, 53(3):98-108, 2006.
- CAPUTO IGC, BAZZO GJ, SILVA RHA, DARUGE JÚNIOR E. Vidas em risco: Emergências Médicas em Consultório Odontológico. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*, 10 (3):51-58, 2010.
- COURSIN DB, UNGER B. Endocrine complications in intensive care unit patients. *Seminar in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain*, 21(1):59-74, 2002.
- CHAPMAN NPJ. An overview of drugs and ancillary equipment for the dentists emergency kits. *Aust Dent J*, 48(2):130-132, 2003.
- GAUJAC C, OLIVEIRA AN, BARRETO FAM, SALGADO LM, OLIVEIRA MS, GIRÃO RS. Reações alérgicas medicamentosas no consultório odontológico. *Revista de Odontol da Univer Cidade de São Paulo*, 21(3):268-276, 2009.
- GOMEZ RS, MAIA DMF, LEHMAN LFC, SANTORO DR, AZEREDO P, CASTRO WH. Emergências médicas no consultório odontológico. *Rev CROMG*, 5(1):4-10, 1999.
- GONZAGA HFS, BUSO L, JORGE MA, GONZAGA LHS, CHAVES MD, ALMEIDA OP. Evaluation of knowledge and experience of dentists of São Paulo satate, Brazil about cardiopulmonary resuscitation. *Braz Dent J*, 14(3):220-222, 2003.
- GROGAN DV. The pharmacology of recommended medical emergency drugs. *Tex Dent J*, 121(12):1140-1148, 2004.
- GUIMARÃES PSP. Emergências médicas em odontologia. *Rev Bras Odontol*, 58(5):294-295, 2001.
- JOLY DE. Evaluation of the medical history. *Anesth Prog*, 42(3-4):84-9, 1995.
- MALAMED SF. Emergency medicine: Beyond the basics. *J. Amer. Dent. Assoc*, 128(7):843-54, 1997.
- MARINGONI RL. Principais emergências médicas no consultório odontológico. *Rev APCD*, 52 (5):388-396, 1998.
- MARZOLA C, GRIZA GL. Profissionais e Acadêmicos de odontologia estão aptos para salvar vidas? *Jornal de Assessoria ao Odontologista*, 27(4):19-27, 2001.
- MONNAZZI MS, PRATA DM, VIEIRA EH, GABRIELLI MAC, CARLOS E. Emergencias e urgências Médicas. Como proceder? *RGO*, 49(1):7-11, 2001
- MONEGO ET, JARDIM PC. Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares. *Arq Bras Cardiol*, 87(1):37-45, 2006.
- MONTAN MF, COGO K, BERGAMASCHI CC, VOLPATO MC, ANDRADE ED. Mortalidade relacionada ao uso de anestésicos locais em odontologia. *RGO*, 55(2): 197-202, 2007
- MUGAYAR FRL. *Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral*, 1.ed., São Paulo:Pancast, 2000, 261p.
- MUNOZ MM, SORIANO YJ, RODA RP, SARRIÓN G. Cardiovascular diseases in dental practice. Practical considerations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 13(5):296-302, 2008.
- RESENDE RG, LEHMAN LFC, MIRANDA BB, CUNHA JF, COSTA MLT, GOMEZ RS, *et al*. Complicações sistêmicas no consultório odontológico: partel. *Arq em Odontol*, 45(1):44-50, 2009.
- RESENDE RG, LEHMAN LFC, VIANA ACD, ALVES FF, JORGE KO, FRAGA MG, *et al*. Complicações sistêmicas no consultório odontológico: partell. *Arq em Odontol*, 45(2):44-50, 2009.
- SANCHEZ HF, DRUMOND MM. Atendimento de urgências em uma faculdade de odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. *RGO*, 59(1):79-86, 2011.
- SANTOS JC, RUMEL D. Emergência médica na prática odontológica no Estado de Santa Catarina: ocorrência, equipamentos e drogas, conhecimento e treinamento dos cirurgiões-dentistas. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1):183-190, 2006.
- SHAMPAINE GS. Patient assessment and preventive measures for medical emergencies in the dental office. *Dent Clin North Amer*, 43(3):383-400, 1999.
- SILVA EL. Alunos formandos e profissionais de odontologia estão capacitados para reconhecerem situações em emergência médica e utilizarem protocolos de atendimento? *Arq em Odontol*, 42(4): 257-336, 2006.
- TORRES AAP, SANTANA BP. Enfrentamento das emergências pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Enferm. Saúde*, 1(1):107-112, 2011.

Correspondência

Priscilla Suassuna Carneiro Lúcio
Rua Desportista Aurélio Rocha, 422, Bairro dos Estados
João Pessoa – Paraíba – Brasil
CEP: 58.031-000
E-mail: prisuassuna@hotmail.com