

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A IMPORTÂNCIA DO TREINO EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA PROFISSIONAIS DE MEDICINA DENTÁRIA

Trabalho submetido por
Alessandra Froes de Oliveira Corrêa
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

julho de 2025

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A IMPORTÂNCIA DO TREINO EM SUPORTE BÁSICO DE VIDA PARA PROFISSIONAIS DE MEDICINA DENTÁRIA

Trabalho submetido por
Alessandra Froes de Oliveira Corrêa
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor Jorge Manuel Trindade Rebola

julho de 2025

AGRADECIMENTOS

Ofereço esta conquista, em primeiro lugar, a Deus, pois esteve sempre ao meu lado desde o primeiro momento, traçando planos e ajudando-me em todos os instantes da minha vida. Continuo a confiar-Te todo o meu futuro e a minha profissão como médica-dentista.

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão à Universidade Egas Moniz por me ter acolhido e dado a oportunidade de fazer parte desta instituição. Foi aqui que encontrei o caminho para concretizar um grande sonho: poder exercer na área que sempre amei, desde os tempos em que residia no Brasil.

Ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Manuel Trindade Rebola, expresso o meu sincero agradecimento por toda a orientação, paciência e dedicação ao longo deste percurso. A sua confiança no meu trabalho e os seus conselhos foram fundamentais para o meu crescimento académico e pessoal. Aprendi imenso com cada conversa, cada correção e cada incentivo.

Ao meu marido, Rodrigo Merlini Corrêa, por todo o companheirismo, amor, cumplicidade e incentivo que sempre me ofereceu, nunca medindo esforços para que eu pudesse estar aqui hoje.

Ao meu pai, Valdemar de Oliveira, que foi e continua a ser a minha inspiração, pela sua força, carinho, atenção e proteção; à minha mãe, Maria Aparecida Froes de Oliveira, a minha estrelinha, que, mesmo já tendo partido, permanecerá para sempre no meu coração; e à minha irmã, Aline Froes de Oliveira, por toda a ajuda, amizade, cumplicidade e apoio que sempre me ofereceu.

Gostaria também de manifestar a minha mais sincera gratidão a todos os amigos que fiz ao longo da minha jornada universitária. Cada um de vós contribuiu de forma única para a minha experiência e crescimento, tanto pessoal como académico. A convivência, a partilha de ideias e o apoio mútuo foram essenciais para superar os desafios e celebrar as conquistas.

Dedico um agradecimento muito especial à minha querida amiga Natalia dos Santos Sanches. A tua amizade tem sido um verdadeiro presente na minha vida. Obrigada por estares sempre ao meu lado e por me inspirares com a tua força, generosidade e inteligência. Sou profundamente grata por ter-te ao meu lado.

A todos os que fizeram parte desta jornada, o meu sincero agradecimento por terem contribuído, directa ou indirectamente, para a realização deste sonho.

RESUMO

O Treino em Suporte Básico de Vida (SBV) constituiu um conjunto de manobras e ações de primeiros socorros que visam preservar as funções vitais de qualquer pessoa em situação de paragem cardiorrespiratória (FDI General Assembly). Embora as emergências em consultórios de medicina dentária sejam pouco frequentes, elas podem ser extremamente críticas. A formação contínua em SBV é essencial para que os médicos dentistas e as suas equipas estejam preparados para atuar de forma eficaz em emergência. Esta revisão de literatura objetivou evidenciar a importância do treino em SBV para os médicos dentistas, destacando os benefícios de uma resposta rápida e precisa frente a emergências. Estudos apontaram que treino em SBV deveria ser renovado periodicamente, uma vez que, após períodos prolongados, ocorria uma perda significativa das capacidades práticas e desatualização. Assim, era recomendado que os profissionais de medicina dentária atualizassem os seus conhecimentos e capacidades, pelo menos, a cada dois anos (American Heart Association, 2020). Além dos métodos tradicionais, novas tecnologias, como plataformas online e o uso de realidade virtual proporcionam maior flexibilidade e acessibilidade. A presente revisão narrativa foi realizada com base em artigos científicos publicados nos últimos 24 anos, selecionados em bases como Mendeley, PubMed, ScienceDirect, Scielo, LILACS, Google Scholar, BMC Digital Health e Scopus. Utilizaram-se os descritores "AND" e "OR" para combinar os termos "Treino em SBV" OR "SBV" AND "Médicos Dentistas" AND "Consultório Médico-Dentário". Incluídos estudos em português, inglês ou espanhol que avaliaram a eficácia da formação em SBV e ofereceram recomendações para profissionais de medicina dentária, médicos dentistas e suas equipas. Excluídos trabalhos em outros idiomas ou que não trataram diretamente da relação entre SBV e o ambiente da medicina dentária. À análise qualitativa dos artigos teve intuito de sintetizar os dados e propor sugestões sobre a formação em SBV para a prática na medicina dentária.

Palavras-chave: Suporte Básico de Vida; Treino Contínuo; Consultório Médico-Dentário.

ABSTRACT

Basic Life Support (BLS) training comprises a set of first aid actions and maneuvers aimed at preserving the vital functions of individuals experiencing cardiopulmonary arrest (FDI General Assembly). Although emergencies in dental clinics are relatively infrequent, they can be extremely critical. Continuous training in BLS is essential for dentists and their teams to be adequately prepared to act effectively in emergency situations. This literature review aimed to highlight the importance of BLS training for dental professionals, emphasizing the benefits of a rapid and accurate response in emergencies. Studies have shown that BLS training should be renewed periodically, as significant loss of practical skills and knowledge occurs after prolonged intervals without retraining. Therefore, it is recommended that dental professionals update their knowledge and skills at least every two years (American Heart Association, 2020). In addition to traditional teaching methods, new technologies, such as online learning platforms and virtual reality tools, provide greater flexibility and accessibility to continuous education in BLS. This narrative review was based on scientific articles published over the past 24 years, selected from databases such as Mendeley, PubMed, ScienceDirect, Scielo, LILACS, Google Scholar, BMC Digital Health, and Scopus. Boolean operators “AND” and “OR” were used to combine search terms such as “BLS Training” OR “BLS” AND “Dentists” AND “Dental Office”. Studies published in Portuguese, English, or Spanish that assessed the effectiveness of BLS training and offered recommendations for dental professionals, including dentists and their support teams, were included. Articles written in other languages or that did not directly address the relationship between BLS and the dental setting were excluded. The qualitative analysis of the selected studies aimed to synthesize available data and propose suggestions for implementing BLS training in dental practice.

Keywords: Basic Life Support; Continuous Training; Dental Office

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVO	17
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	19
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
4.1 EMERGÊNCIAS MÉDICAS EM CLÍNICAS DENTÁRIAS: IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	21
<i>4.1.1 Classificação da society of anesthesiologists</i>	<i>22</i>
<i>4.1.2 Importância da formação e treino contínuo em suporte básico de vida...</i>	<i>23</i>
<i>4.1.3 Normas de conduta para emergências médicas em clínicas dentárias.....</i>	<i>24</i>
4.2 PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS SISTÊMICAS NA CLÍNICA DENTÁRIA E TRATAMENTO	26
<i>4.2.1 Lipotímia: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária</i>	<i>29</i>
<i>4.2.2 Síncope Vasovagal: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária.....</i>	<i>31</i>
<i>4.2.3 Hipoglicemia e Hiperglicemia: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária.....</i>	<i>33</i>
<i>4.2.4 Convulsão: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária</i>	<i>35</i>
<i>4.2.5 Reações alérgicas e hipersensibilidade: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária.....</i>	<i>38</i>
<i>4.2.6 Acidente Vascular Cerebral (AVC): Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária.....</i>	<i>41</i>
<i>4.2.7 Hipertensão: sinais, sintomas e abordagem terapêutica na medicina dentária</i>	<i>44</i>
<i>4.2.8 Paragem cardiorrespiratória: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária.....</i>	<i>46</i>
4.3 ACTUAÇÃO DO MÉDICO DENTISTA EM EMERGÊNCIAS MÉDICAS NA CLÍNICA DENTÁRIA	49
4.4 SUPORTE BÁSICO DE VIDA: ENSINO, AVALIAÇÃO E APLICAÇÃO NA MEDICINA DENTARIA	49

4.4.1	<i>Ensino do suporte básico de vida</i>	50
4.4.2	<i>Avaliação do suporte básico de vida</i>	54
4.5	EQUIPAMENTO DE EMERGÊNCIA PARA CLÍNICAS E CONSULTÓRIOS DE	
	MEDICINA DENTÁRIA	59
5.	DISCUSSÃO	63
6.	CONCLUSÃO	67
	REFERÊNCIAS	69

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Kit de emergência para clínicas de medicina dentária com desfibrilhador automático externo (DAE).....	14
Figura 2 – Perceção dos médicos dentistas italianos sobre a sua formação em emergências médicas (Varoni et al., 2023)	28
Figura 3 – Nível médio de autoperceção de competência para lidar com emergências médicas entre estudantes e recém-licenciados em medicina dentária	28
Figura 4 – Fluxograma do algoritmo CAB no Suporte Básico de Vida (SBV).....	47
Figura 5 – Passo a passo de emergência afixado em ponto visível para a equipa clínica	59
Figura 6 – Desfibrilhador automático externo: um equipamento essencial no consultório dentário	64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Apresenta uma comparação entre os protocolos recomendados por HAAS (2006) e as diretrizes mais recentes descritas por MALAMED (2022).....	56
---	-----------

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS — Suporte Avançado de Vida Cardíaco (Advanced Cardiac Life Support)

AHA — American Heart Association

ASA — American Society of Anesthesiologists

AVC — Acidente Vascular Cerebral

CPSS — Cincinnati Prehospital Stroke Scale

DAE — Desfibriladores Automáticos Externos

DM — Diabetes Mellitus

DPOC — Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ERC — Conselho Europeu de Reanimação (European Resuscitation Council)

FDI — Federação Dentária Internacional

IECA — Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

IgE — Imunoglobulina E

ILCOR — International Liaison Committee on Resuscitation

INEM — Instituto Nacional de Emergência Médica (Ativação do Serviço de Emergência Médica)

ISCSEM — Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

OMD — Ordem dos Médicos DentistasI Federação Dentária Internacional

PCR — Paragem Cardiorrespiratória

RCP — Reanimação Cardiopulmonar

SAV — Suporte Avançado de Vida

SBV — Suporte Básico de Vida

1. INTRODUÇÃO

A Medicina Dentária tem evoluído consideravelmente, não apenas no que diz respeito aos procedimentos clínicos, mas também na forma como lida com situações emergenciais na clínica dentária (POLIZELI et al., 2020). Embora pouco frequentes, as emergências médicas são eventos imprevisíveis que podem colocar a vida do paciente em risco, exigindo uma resposta rápida e eficaz por parte do profissional de saúde (OLIVEIRA, 2024). Neste contexto, o conhecimento e a prática do Suporte Básico de Vida (SBV) tornam-se essenciais na formação e no exercício dos médicos dentistas, assegurando uma abordagem inicial a nível básico adequada e aumentando as hipóteses de sobrevivência dos pacientes em situações críticas, conforme destacado pela Federação Dentária Internacional (FDI, 2021, p. 14).

A formação académica dos médicos dentistas deve incluir, de forma estruturada, o ensino sobre emergências médicas, capacitando-os a reconhecer sinais de alerta, adotar medidas preventivas e intervir corretamente em casos de paragem cardiorrespiratória e outras complicações (PALMEIRA et al., 2020). Estudos indicam que a falta de treino adequado compromete a qualidade do atendimento e pode aumentar a morbilidade associada a emergências médicas em clínicas dentárias (BOTELHO et al., 2022). Assim, torna-se essencial que os cursos de medicina dentária contemplem tanto o conhecimento teórico quanto a prática das técnicas de reanimação e suporte à vida (PALMEIRA et al., 2020).

Além disso, o aumento da longevidade da população e a consequente elevação do número de pacientes polimedicados tornam as emergências médicas em ambiente dentário cada vez mais prováveis. Patologias como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardiovasculares podem predispor a complicações durante procedimentos dentários, exigindo que o médico dentista esteja preparado para identificar sinais de instabilidade clínica e agir prontamente (FDI, 2021, p. 14; BOTELHO et al., 2022). A realização de uma anamnese detalhada e a adoção de estratégias preventivas são fundamentais para reduzir riscos e garantir a segurança do paciente.

Outro aspeto essencial na resposta a emergências médicas em consultórios dentários é a disponibilidade de equipamentos adequados. A presença de kits de primeiros socorros, desfibriladores automáticos externos (DAE) e fármacos essenciais pode fazer a diferença no desfecho de uma situação crítica (American Heart Association, 2015; MONSIEURS et al., 2015). No entanto, alguns estudos indicam que muitas clínicas ainda não dispõem dos recursos

necessários para uma resposta eficaz, salientando a necessidade de maior investimento e regulamentação na área (FDI, 2021, p. 14). Nos últimos 10 anos em exceção os artigos de referência

Figura 1 – Kit de emergência para clínicas de medicina dentária com desfibrilhador automático externo (DAE), cilindro de oxigênio, máscara facial, fármacos essenciais (adrenalina, glicose, anti-histamínico, corticóide) e outros materiais recomendados para resposta a emergências médicas, conforme diretrizes de SBV (AHA, 2020).



Fonte: Imagem gerada por inteligência artificial (ChatGPT – OpenAI, 2025)

Além dos recursos materiais, a capacitação da equipa médico-dentária é fundamental para garantir um atendimento seguro e eficiente. Simulações regulares e cursos de atualização são estratégias essenciais para que todos os profissionais envolvidos estejam preparados para atuar de forma coordenada em situações de emergência (OLIVEIRA, 2024). A ausência de um protocolo estruturado pode comprometer a segurança do paciente e prolongar o tempo de resposta, aumentando o risco de complicações graves (CORRÊA; SOUSA; REIS, 2020 e OLIVEIRA, 2024).

Cursos de suporte à vida são projetados para treinar profissionais de saúde e o público nas melhores práticas de base e avançada abordagens para a ressuscitação de adultos, crianças e recém-nascidos (ELGOHARY et al., 2022). Tradicionalmente, esses cursos têm sido ministrados em formato presencial, com os primeiros cursos de blended learning conhecidos a serem desenvolvidos para SBV em 2006 e suporte de vida cardíaco avançado (ACLS) em 2010 (ELGOHARY et al., 2022).

Perante este cenário, a presente revisão de literatura tem como objetivo explorar a importância do treino em SBV para profissionais de medicina dentária, abordando aspectos como formação académica, disponibilidade de equipamentos de emergência, identificação e gestão de riscos clínicos e necessidade de treino e formação contínua das equipas. A implementação de medidas eficazes e a aquisição de capacidades práticas podem contribuir significativamente para a segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados em clínicas dentárias.

2. OBJETIVO

Esta revisão narrativa tem como objetivo descrever os conceitos fundamentais do SBV e destacar a sua importância para médicos dentistas, com ênfase na resposta eficaz a emergências médicas nas clínicas dentárias.

A análise abrangeu a obrigatoriedade da formação em SBV nos currículos dos cursos de medicina dentária universal pelo reconhecimento de diretrizes internacionais, além da necessidade de reciclagem periódica para a manutenção das competências essenciais.

Adicionalmente, avaliou-se o impacto das novas tecnologias, como simulações realísticas e plataformas de ensino online, na formação em SBV para profissionais da área de medicina dentária, identificando também as principais barreiras à implementação e atualização do treino na prática clínica.

3.MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão narrativa foi realizada com base em uma pesquisa nas seguintes bases de dados científicas: Mendeley, PubMed, ScienceDirect, Scientific Electronic Library Online (Scielo), LILACS, Google Scholar, BMC Digital Health e Scopus. O objetivo foi identificar artigos publicados nos últimos 24 anos (2001 – 2025) que abordassem a formação em SBV e sua relevância para a prática da medicina dentária, especialmente no contexto de emergências em consultórios de medicina dentária.

Para a busca dos artigos, foram utilizados operadores booleanos "AND" e "OR" para combinar os seguintes termos de pesquisa: "Treino em Suporte Básico de Vida" OR "Suporte Básico de Vida/SBV" AND "Médicos Dentistas" AND "Consultório Médico-Dentário" AND "Emergência em Medicina Dentária". Foram considerados apenas estudos que tratassem da formação em SBV, com foco na preparação para situações de emergência no ambiente de medicina dentária.

A seleção dos artigos seguiu critérios específicos de inclusão: estudos publicados nos últimos 24 anos, em português, inglês ou espanhol, que abordaram a eficácia do treino em SBV e forneceram recomendações para médicos dentistas e suas equipas. Foram excluídos artigos em idiomas diferentes do português, inglês ou espanhol, bem como estudos que não abordassem diretamente a relação entre SBV e prática de medicina dentária.

Após a busca e aplicação dos critérios de inclusão, um total de 66 artigos foram selecionados para análise, tabulados e armazenados no Zotero (Corporation for Digital Scholarship, 2005). A seleção dos estudos seguiu um processo criterioso, com a leitura dos resumos e, quando necessário, a leitura completa dos artigos, garantindo que cada estudo atendesse aos requisitos definidos. A análise realizada foi qualitativa, com foco na avaliação dos objetivos, métodos, resultados e recomendações de cada estudo. O intuito foi sintetizar as informações disponíveis, identificar lacunas no conhecimento e propor sugestões para aprimorar a formação em SBV na prática clínica da medicina dentária e na preparação dos profissionais para situações de urgência e emergência.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Emergências médicas em clínicas dentárias: importância da formação profissional

A ocorrência de emergências médicas em clínicas dentárias tem vindo a tornar-se cada vez mais frequente, especialmente devido ao envelhecimento da população e ao aumento do número de pacientes com comorbidades, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares (BRITO et al., 2021). Uma estimativa realizada na Austrália indica que cerca de 40% das pessoas com fobia ou ansiedade face ao tratamento dentário se enquadram no chamado "ciclo vicioso da ansiedade dentária", o que pode predispor a reações como síncope, hiperventilação ou crises de pânico durante o atendimento (ARMFIELD; HEATON, 2013). Entre as emergências mais comuns relatadas em clínicas dentárias, destacam-se lipotímia, síncope, hipoglicemia, convulsões, reações alérgicas, obstrução das vias aéreas, crises asmáticas e emergências cardiovasculares (POLIZELI et al., 2020).

Acidentes podem acontecer em qualquer momento e, por isso, durante o exercício profissional, o médico dentista está sujeito a deparar-se com situações de emergência não diretamente ligadas a problemas de saúde oral, mas sim a alterações sistémicas provocadas por patologias pré-existentes em cada paciente, para as quais deve estar preparado. Estes episódios podem estar relacionados com patologias de base, bem como com o nível de ansiedade experimentado pelo paciente durante o atendimento, sendo o stress e o medo as principais causas (OLIVEIRA, 2024).

Uma emergência médica caracteriza-se por um acontecimento imprevisto que requer ação imediata para a preservação da vida e da saúde do paciente. Desta forma, a resposta a essas situações exige um julgamento sólido, baseado no conhecimento do quadro clínico da emergência e da sua repercussão no organismo. Assim, é dever do médico dentista reconhecer rapidamente uma emergência e saber realizar a abordagem inicial adequada, uma vez que isso é fundamental para reduzir a morbilidade e a mortalidade associadas (PAIES et al., 2009).

Embora a ocorrência de emergências médicas seja relevante, muitos médicos dentistas não se sentem preparados para lidar com essas situações. Estudos demonstram que uma parcela

significativa dos profissionais não possui um kit de emergência adequado ou desconhece a sua correta utilização. Além disso, a falta de confiança na aplicação de manobras de suporte básico de vida compromete a resposta eficaz em situações críticas (SANTOS; RUMEL, 2006). A falta de preparação pode resultar em atrasos no atendimento e aumentar a gravidade das intercorrências, colocando em risco a vida do paciente (VAUGHAN et al., 2018).

4.1.1 Classificação da society of anesthesiologists

A Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) é amplamente utilizada na avaliação do risco sistêmico dos pacientes antes de procedimentos de medicina dentária e medicina geral. Essa classificação permite ao médico dentista determinar o nível de risco associado a cada paciente e adotar medidas preventivas apropriadas.

- **ASA I:** Paciente saudável, sem doenças sistêmicas.
- **ASA II:** Paciente com doença sistêmica leve, sem limitação funcional significativa (exemplo: hipertensão controlada, diabetes mellitus sem complicações).
- **ASA III:** Paciente com doença sistêmica grave, mas não incapacitante (exemplo: insuficiência cardíaca controlada, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) moderado)).
- **ASA IV:** Paciente com doença sistêmica grave que representa risco constante à vida (exemplo: insuficiência cardíaca descompensada, insuficiência renal em diálise).
- **ASA V:** Paciente moribundo, com expectativa de vida muito reduzida, independente da realização do procedimento dentário.
- **ASA VI:** Paciente com morte cerebral, mantido vivo para doação de órgãos.

A correta classificação dos pacientes permite que o médico dentista avalie os riscos do procedimento e tome as precauções necessárias para minimizar complicações. Pacientes classificados como ASA III ou superior devem ser atendidos em ambiente hospitalar ou sob supervisão médica rigorosa.

4.1.2 Importância da formação e treino contínuo em suporte básico de vida

A formação em SBV é essencial para garantir que os médicos dentistas estejam preparados para lidar de forma eficaz com emergências médicas no ambiente dentário. O SBV inclui a realização de manobras como a reanimação cardiopulmonar (RCP), desobstrução das vias aéreas e a aplicação de compressões torácicas, sendo um conjunto de capacidades críticas em situações de risco à vida do paciente. A literatura demonstra que a formação em SBV é um componente fundamental para a segurança do paciente e pode fazer a diferença entre a vida e a morte, especialmente em emergências cardiovasculares ou respiratórias (VAUGHAN et al., 2018).

Estudos indicam que muitos médicos dentistas, apesar de possuírem conhecimentos teóricos sobre emergências médicas, não se sentem seguros ou capacitados para aplicar manobras de SBV de forma eficaz, devido à falta de prática e treino regulares (SANTOS; RUMEL, 2006). A falta de confiança e capacidades práticas pode prejudicar a resposta a emergências, aumentando o risco de complicações graves e até mesmo de óbitos.

A formação contínua em SBV deve ser realizada de forma periódica, para garantir que as capacidades dos médicos dentistas sejam constantemente atualizadas e refinadas. A reciclagem constante, por meio de simulações práticas e treinos em situações reais, tem mostrado ser a abordagem mais eficaz para garantir que os profissionais de saúde dentária respondam com segurança e precisão em momentos críticos (LANGHAN et al., 2009). Além disso, a introdução de metodologias ativas, como simulações de emergências médicas e a sala de aula invertida, tem se mostrado eficaz para melhorar o desempenho dos médicos dentistas em situações de risco, pois favorece a aprendizagem prática e a tomada de decisões rápidas e assertivas (VAUGHAN et al., 2018).

A implementação de protocolos de SBV no currículo de cursos de medicina dentária tem sido uma tendência crescente, especialmente em países desenvolvidos, com o objetivo de preparar melhor os profissionais para lidar com essas emergências (VAUGHAN et al., 2018). Contudo, em muitos países em desenvolvimento, ainda há uma lacuna significativa na formação de médicos dentistas em SBV, o que pode colocar em risco a vida dos seus pacientes. Portanto, é fundamental que a educação continuada em SBV seja integrada de forma mais eficaz nos programas de formação de médicos dentistas, garantindo que os profissionais estejam devidamente preparados para agir com confiança e competência em emergências.

4.1.3 Normas de conduta para emergências médicas em clínicas dentárias

Para garantir uma atuação eficaz diante de uma emergência médica, é essencial que todas as clínicas médicas sigam diretrizes bem estabelecidas:

- **Avaliação de risco médico:** Todas as clínicas dentárias devem implementar um processo sistemático de avaliação do risco médico de seus pacientes, identificando condições pré-existentes que possam impactar o atendimento (RAFAEL JUNIOR; SIQUEIRA; MELO, 2020).
- **Abordagem "ABCDE":** Todos os médicos dentistas e demais membros da equipa de saúde devem adotar a abordagem "ABCDE" (A - vias aéreas; B - respiração; C - circulação; D - déficit neurológico; E - exposição) para a avaliação inicial do paciente em situações críticas (VAUGHAN et al., 2018).
- **Disponibilidade de medicamentos e equipamentos:** Drogas específicas para emergências e equipamentos médicos essenciais devem estar prontamente disponíveis em todas as clínicas dentárias, garantindo uma resposta rápida e eficaz (SANTOS; RUMEL, 2006).
- **Desfibrilhador Automático Externo (DAE):** Todas as clínicas devem ter acesso imediato a um DAE, dispositivo crucial para o manejo de arritmias cardíacas (HAAS, 2006).

- **Treino em SBV e uso do DAE:** Todos os profissionais da equipa de medicina dentária devem ser devidamente treinados em SBV e no uso correto do DAE, capacitando-os a intervir rapidamente em situações de emergência (HAAS, 2006; VAUGHAN et al., 2018).
- **Simulações e treinos regulares:** A realização periódica de simulações e exercícios práticos de emergência no ambiente clínico é fundamental para preparar a equipa para lidar com situações reais.
- **Protocolo de solicitação de assistência médica:** As clínicas devem dispor de um protocolo claro e eficiente para solicitar assistência médica externa em casos de emergência, garantindo um atendimento contínuo e coordenado (MALAMED, 2022).
- **Atualização anual das competências:** As capacidades dos profissionais de saúde devem ser atualizadas anualmente, por meio de treinos contínuos e reciclagens, para garantir que todos estejam preparados para lidar com emergências de forma eficaz.
- **Auditorias e melhorias contínuas:** Auditorias regulares devem ser realizadas para avaliar as ocorrências de emergências médicas e aprimorar continuamente os protocolos de atendimento, promovendo a segurança do paciente (HASS, 2016).

Em resumo, uma resposta eficiente em emergências médicas depende de formação contínua, treino prático e atualização constante das competências dos profissionais. O médico dentista deve estar preparado para agir de forma rápida, precisa e assertiva, minimizando complicações e preservando a vida do paciente.

4.2 Principais intercorrências sistêmicas na clínica dentária e tratamento

As intercorrências médicas são situações inesperadas que exigem ação rápida e eficaz por parte do profissional de saúde. Estas situações subdividem-se em urgências e emergências, sendo que a emergência requer atendimento imediato devido ao risco iminente de vida, enquanto a urgência permite um tempo de resposta ligeiramente superior, geralmente até duas horas (RAFAEL JUNIOR; SIQUEIRA; MELO, 2020).

A melhor forma de minimizar o risco de intercorrências médicas na clínica dentária é a prevenção (GOMES et al., 2021). Para isso, uma anamnese detalhada e um exame clínico rigoroso são fundamentais, permitindo um diagnóstico preciso e a elaboração de um plano de tratamento adequado, considerando os riscos individuais de cada paciente (MALAMED, 2022).

A realização de uma anamnese criteriosa não só auxilia na identificação de potenciais riscos, como também permite ao médico dentista preparar-se para situações adversas. Além disso, é essencial que o profissional esteja capacitado para prestar primeiros socorros, incluindo SBV, um procedimento essencial que garante a ventilação pulmonar e a circulação sanguínea até que o paciente possa receber assistência médica especializada (HASS, 2016, VAUGHAN et al., 2018 e MALAMED, 2022).

A saúde geral do paciente deve ser cuidadosamente avaliada, visto que problemas sistêmicos podem manifestar-se durante o atendimento. Fatores como ansiedade, medo e o uso de anestésicos locais podem desencadear reações adversas, aumentando a probabilidade de uma intercorrência médica (PIMENTEL et al., 2014). Estudos demonstram que as intercorrências mais comuns em consultórios dentários incluem lipotimia, síncope, crise hipoglicêmica, reações alérgicas, crises convulsivas e paragem cardiorrespiratória (PIMENTEL et al., 2014). Outras complicações, como crise asmática, crise hipertensiva, angina de peito, enfarte agudo do miocárdio e obstrução das vias aéreas, também podem ocorrer (RAFAEL JUNIOR; SIQUEIRA; MELO, 2020).

No entanto, a literatura indica que muitos profissionais não se consideram preparados para lidar com tais situações. Um estudo realizado por Haese e Cançado (2016) revelou que

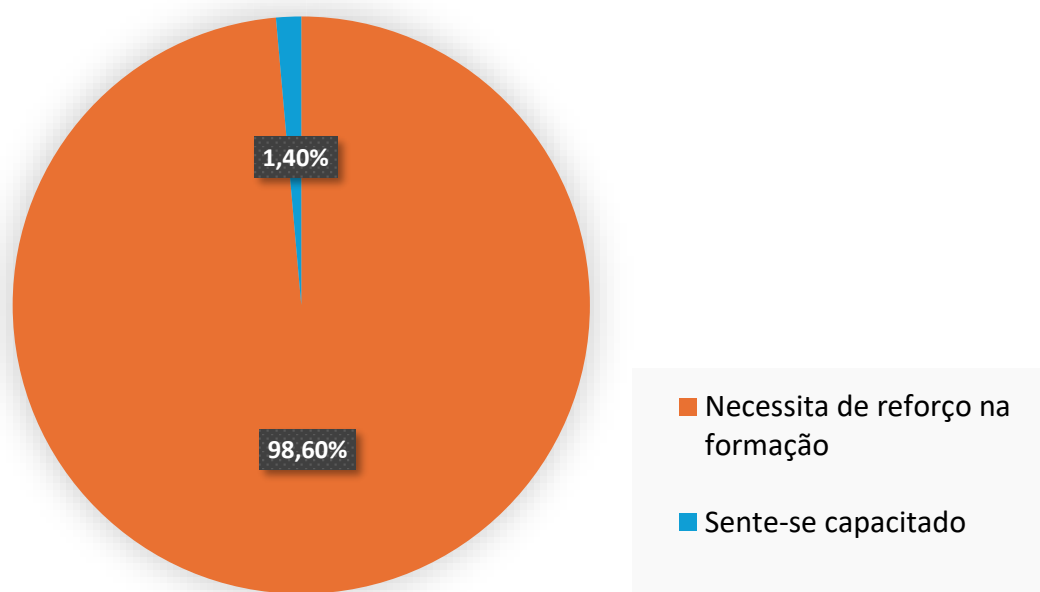
52,6% dos médicos dentistas entrevistados não se sentiam capacitados para diagnosticar uma intercorrência médica e que 84,2% não possuíam equipamentos e medicamentos adequados para a sua gestão. De forma semelhante, observaram que apenas 27,3% dos estudantes de medicina dentária se sentiam preparados para diagnosticar uma intercorrência médica, e a maioria desconhecia os medicamentos e equipamentos necessários para o seu manejo.

Corroborando estes estudos, investigações mais recentes têm vindo a evidenciar lacunas significativas no domínio da formação e da autoperceção de competência por parte dos médicos dentistas.

Um estudo nacional realizado em Itália, com recurso a um inquérito online dirigido a médicos dentistas, demonstrou que, embora a maioria dos participantes tenha vivenciado pelo menos uma situação de emergência médica ao longo da sua carreira, apenas uma fração se considerava suficientemente confiante para reconhecer e lidar com episódios clínicos mais graves, como enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral. De forma expressiva, 98,6% dos inquiridos referiram sentir necessidade de reforçar a sua formação teórica e prática em emergências médicas, o que evidencia a persistência de uma perceção generalizada de impreparação (VARONI et al., 2023).

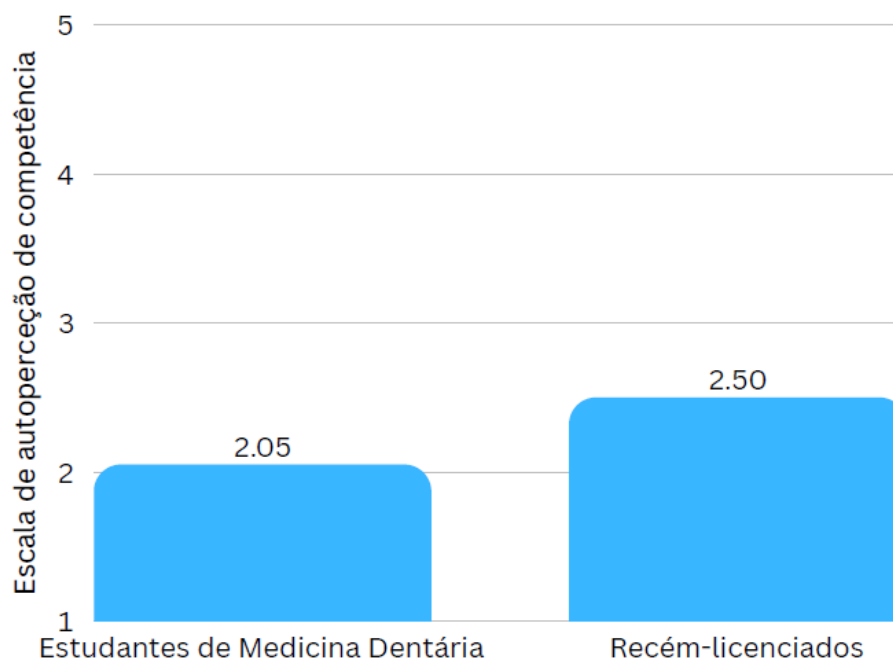
Resultados comparáveis foram registados noutras realidades internacionais. Num estudo transversal envolvendo médicos dentistas de várias regiões da Índia, a maioria dos profissionais reportou sentir-se pouco confiante perante a gestão de situações de emergência médica, com esta insegurança a revelar-se particularmente acentuada entre clínicos com menos experiência ou que não haviam recebido formação específica na área (GUPTA et al., 2023). Entre estudantes de medicina dentária e recém-licenciados, o nível de confiança na abordagem de emergências agudas manteve-se igualmente reduzido, com médias de autoavaliação de competência situadas entre 2,05 e 2,50 numa escala de 1 a 5, mesmo após a conclusão da licenciatura (SNG, YONG & WONG, 2023).

Figura 2 - Percepção dos médicos dentistas italianos sobre a sua formação em emergências médicas (Varoni et al., 2023).



Fonte: Elaboração própria com base em Varoni et al. (2023).

Figura 3 - Nível médio de autopercepção de competência para lidar com emergências médicas entre estudantes e recém-licenciados em medicina dentária.



Fonte: Elaboração própria do autor com base em Sng, Yong e Wong (2023).

Dado este cenário, torna-se essencial reforçar a formação dos médicos dentistas na gestão de emergências médicas, garantindo que todos os profissionais possuam o conhecimento necessário para agir com rapidez e eficácia. A legislação estabelece que qualquer cidadão treinado pode prestar suporte básico de vida ou primeiros socorros em situações de emergência, reforçando a importância da formação contínua dos profissionais de saúde. A implementação de programas educativos e a realização de treino regulares são fundamentais para reduzir os riscos e melhorar a segurança dos pacientes no ambiente dentário (PSOTER et al., 2008)

Nos próximos tópicos, serão abordadas as principais intercorrências médicas que podem ocorrer na prática dentária, bem como as suas causas, formas de prevenção e estratégias de atendimento eficazes (GOMES et al., 2021).

4.2.1 Lipotimia: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária

A lipotimia, também designada pré-síncope, corresponde à sensação iminente de desmaio, sem que este, de facto, ocorra. Trata-se do primeiro grau de síncope, sendo frequentemente acompanhada por sintomas como palidez, suores frios, vertigens e zumbidos nos ouvidos. Caracteriza-se por uma perda incompleta da consciência, associada à abolição temporária das funções motoras e/ou motrizes (JUNIOR; SIQUEIRA; MELO, 2020).

Estudos indicam que a lipotimia representa entre 60% a 70% dos episódios de emergência ocorridos em consultório de medicina dentária (ARSATT et al., 2010). Esta condição pode ser desencadeada por uma diversidade de fatores, incluindo estados emocionais intensos, alterações bruscas de posição corporal, visão de sangue ou instrumentais dentários, dor inesperada, ansiedade, stress, calor excessivo, fadiga ou alimentação inadequada (JUNIOR; SIQUEIRA; MELO, 2020). Na maioria dos casos, a lipotimia não configura uma intercorrência sistémica grave, contudo, se não for identificada e tratada atempadamente, pode evoluir para uma síncope completa.

No contexto da medicina dentária, a lipotimia é uma das intercorrências mais comuns, exigindo do médico dentista uma intervenção rápida e adequada. Perante um episódio de lipotimia, a primeira medida a ser tomada consiste na interrupção imediata do procedimento dentário, seguida da remoção de todos os objetos da boca do paciente. É essencial avaliar o grau

de consciência e o pulso arterial, colocando o paciente em decúbito dorsal e elevando os membros inferiores, adotando a posição de Trendelenburg, para favorecer o retorno venoso e aumentar o fluxo sanguíneo cerebral (BOTELHO et al., 2022).

Para a prevenção da lipotimia, recomenda-se que o médico dentista avalie o nível de ansiedade do paciente antes do início do tratamento. Nos casos em que seja identificada ansiedade aguda, deverão ser priorizados métodos de condicionamento não farmacológicos. Se estas abordagens se revelarem ineficazes, poderá ser considerada a sedação mínima com benzodiazepínicos por via oral ou através da inalação de óxido nitroso e oxigênio, desde que o profissional esteja devidamente capacitado para tal (BOTELHO et al., 2022).

Durante um episódio de lipotimia em ambiente dentário, é de extrema importância que o profissional de saúde se mantenha atento e vigilante quanto à função respiratória e ao pulso carotídeo do paciente. Esta monitorização contínua é essencial para garantir uma resposta clínica eficaz e imediata, prevenindo o agravamento do quadro. Além disso, é recomendado que se mantenha uma comunicação verbal constante com o paciente, com o intuito de o manter consciente e responsivo ao ambiente. O paciente apenas deverá ser dispensado do consultório após demonstrar sinais claros de plena recuperação clínica. Mesmo nestas circunstâncias, deve sempre estar acompanhado por um responsável. Caso não se verifique uma melhoria significativa do estado do paciente no período de três minutos após o início da lipotimia, torna-se imperativo acionar prontamente o serviço de emergência médica (FERREIRA et al., 2021).

O tratamento imediato da lipotimia exige uma abordagem rápida e eficaz. Conforme FERREIRA et al. (2021), o primeiro passo é interromper o procedimento dentário, garantindo a segurança do paciente. Em seguida, deve-se posicioná-lo em decúbito dorsal, com as pernas elevadas entre 10 a 15 graus, para favorecer o retorno venoso e melhorar a irrigação cerebral. A cabeça deve ser levemente inclinada para trás, facilitando a via aérea e a ventilação.

Após essas medidas, aguarda-se de dois a três minutos para reavaliar o estado do paciente. A liberação só deve ocorrer após a normalização dos sinais vitais e da consciência (FERREIRA et al., 2021).

Em conclusão, a lipotimia, apesar de ser uma intercorrência comum na prática clínica em medicina dentária, requer um correto reconhecimento e intervenção atempada. O médico dentista deve estar devidamente capacitado para atuar nestas situações, assegurando o bem-estar e a segurança do paciente. A prevenção, através da avaliação da ansiedade e da aplicação de estratégias de condicionamento, bem como a formação contínua dos profissionais, são fatores determinantes para uma gestão eficaz desta condição.

4.2.2 Síncope Vasovagal: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária

A síncope é definida como uma perda transitória da consciência, resultante da diminuição temporária do fluxo sanguíneo cerebral, levando à hipóxia cerebral. Esta condição pode ocorrer devido a fatores sistêmicos, como hipotensão arterial, ou regionais, relacionados com vasoconstrição localizada (SARDU et al., 2018). Para ser classificada como síncope verdadeira, é necessário que não haja outros eventos associados, como convulsões ou traumatismos cranioencefálicos.

A sua prevalência está associada à idade do paciente, sendo os idosos um grupo de maior risco devido à presença de doenças crónicas e ao comprometimento da resposta fisiológica ao stress (NUNES et al., 2020). No entanto, a síncope pode ocorrer em qualquer faixa etária e é frequentemente precipitada por estímulos neurocardiológicos, resultando na síncope vasovagal, vulgarmente conhecida como "desmaio". Esta forma manifesta-se por perda súbita da consciência, recuperação espontânea e ausência de patologia cardíaca estrutural, podendo ser desencadeada por fatores emocionais, como ansiedade e medo, ou por estímulos fisiológicos, como espirros, tosse, micção ou dor intensa (BRIGNOLE et al., 2020; PIMENTEL et al., 2014).

Os sintomas premonitórios mais comuns incluem tonturas, palidez, suores frios, náuseas, respiração rápida, bradicardia, astenia, alterações visuais e auditivas (como zumbidos) e, finalmente, perda de consciência. Este tipo de síncope é mais provável de ocorrer em ambientes quentes, devido à vasodilatação periférica, que reduz a pressão venosa central.

Na prática médica dentária, a síncope vasovagal é uma das emergências mais frequentemente observadas em ambiente clínico (PIMENTEL et al., 2014). Trata-se de uma

resposta reflexa exacerbada do sistema nervoso autónomo, geralmente desencadeada por estímulos emocionais ou físicos intensos. Situações como o receio de procedimentos invasivos, a exposição ao sangue, ou à presença de agulhas e instrumentais clínicos podem precipitar o episódio. Para além dos fatores emocionais, outras condições clínicas, como hipoglicemia, desidratação, alterações térmicas, uso de anti-hipertensivos e patologias cardíacas ou neurológicas também devem ser consideradas como causas diferenciais.

Diferenciam-se ainda outras formas de síncope, como a síncope postural (associada à mudança súbita de posição), síncope cardíaca (relacionada a alterações do ritmo cardíaco ou estenose valvular), e síncope neurológica (decorrente de causas como crises convulsivas ou acidentes vasculares cerebrais).

No contexto ambulatorial em medicina dentária, o reconhecimento precoce da síncope é essencial. O atendimento deve começar com a interrupção imediata do procedimento e a remoção de materiais da cavidade oral. O paciente deve ser colocado em decúbito dorsal com elevação dos membros inferiores, a fim de facilitar o retorno venoso cerebral (posição de Trendelenburg). Em gestantes no terceiro trimestre, a posição lateral esquerda é indicada para evitar compressão da veia cava inferior (SARDU et al., 2018).

Outras medidas importantes incluem: afrouxar roupas apertadas ao nível do pescoço, verificar pulso e respiração, garantir a permeabilidade das vias aéreas, e, se necessário, administrar oxigénio a 15 L/min. Em casos de suspeita de hipoglicemia em pacientes conscientes e capazes de engolir, é apropriado oferecer sumo de fruta ou outro hidrato de carbono de absorção rápida como tratamento inicial. A American Diabetes Association e a European Association for the Study of Diabetes recomendam a administração oral de aproximadamente 15 a 20 g de glicose ou de um hidrato de carbono simples, como sumo de fruta, refrigerante com açúcar ou comprimidos de glicose, repetindo a dose a cada 15 minutos se a hipoglicemia persistir, até à normalização da glicemia (Holt et al., 2021; American Diabetes Association, 2025; Blonde et al., 2022). A American Heart Association também reconhece que alimentos ou bebidas contendo glicose, como o sumo de fruta, são eficazes, embora os comprimidos de glicose apresentem uma resolução mais rápida dos sintomas. A água com açúcar pode ser utilizada na ausência de outras opções, mas não constitui a abordagem preferencial, dado que a

absorção e a resposta glicêmica são mais lentas em comparação com a glicose pura ou o sumo (Hewett Brumberg et al., 2024; Carlson et al., 2017). Estímulos físicos leves, como agitação dos membros, podem ajudar em casos de bradicardia. No entanto, métodos como o uso de amoníaco inalatório não são recomendados atualmente, devido aos riscos de irritação das vias respiratórias e queimaduras químicas (SÁ DEL FIOL, 2004).

A recuperação geralmente é rápida. Após recobrar a consciência, o paciente deve ser sentado lentamente para evitar uma nova queda da pressão arterial. Se o episódio estiver relacionado a crise de ansiedade, é essencial manter a calma, tranquilizar o paciente e considerar o reagendamento da consulta.

Por fim, é fundamental realizar uma anamnese cuidadosa para identificar pacientes de risco e prevenir episódios futuros. Estratégias como a comunicação eficaz, técnicas de relaxamento e controle da dor contribuem significativamente para evitar a ocorrência de síncope em ambiente dentários.

4.2.3 Hipoglicemia e Hiperglicemia: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária

A hipoglicemia manifesta sinais e sintomas de natureza neurogênica e autonômica, que podem incluir tremores, sudorese, parestesia, fome, palpitações, alterações sensoriais, anormalidades psicomotoras, distúrbios do comportamento, convulsões e, em casos extremos, estado de coma. Em pacientes sem problemas de saúde, os sintomas geralmente surgem com níveis de glicemia em torno de 55 mg/dL, enquanto, em pacientes portadores de diabetes mellitus (DM) mal compensada, os sintomas podem ocorrer com níveis de glicemia mais elevados. Adicionalmente, em indivíduos sem DM que apresentem hipoglicemia, pode estar associada a tríade de Whipple – isto é, a presença de sintomas compatíveis com hipoglicemia, uma diminuição precisa da concentração de glicose plasmática (abaixo de 45 mg/dL) e o alívio dos sintomas após a administração de glicose (CUNHA; LUCAS; ZANELLA, 2016).

Em pacientes portadores de DM, a hipoglicemia é caracterizada por uma concentração de glicose plasmática inferior a 70 mg/dL, valor considerado abaixo do limite de referência para

a normoglicemia. Os sintomas podem variar em intensidade, dependendo da resposta individual e do grau de queda glicêmica. Assim, recomenda-se que os pacientes diabéticos estejam atentos à possibilidade de hipoglicemia, sobretudo quando o hemoglicoteste capilar indicar valores inferiores a 70 mg/dL.

Quando o paciente se encontra inconsciente ou incapaz de ingerir hidratos de carbono, a primeira opção terapêutica consiste na administração inicial de glucagon na dose de 0,5 mg (crianças <20 kg) a 1 mg (adultos e crianças $\geq$ 20 kg) por via subcutânea ou intramuscular, o que geralmente resulta na recuperação da consciência em cerca de 15 minutos (CUNHA; LUCAS; ZANELLA, 2016).

Indo de encontro a hiperglicemia é caracterizada pela elevação dos níveis de glicose no sangue, com valores geralmente acima de 200 mg/dL. Frequentemente é silenciosa, mas pode manifestar-se por sintomas como xerostomia, polidipsia, poliúria, polifagia, astenia, náuseas, vômitos, cefaleia, hálito cetônico (odor de maçã verde), confusão mental e sonolência. Em níveis muito elevados e prolongados, pode evoluir para cetoacidose diabética.

Nos diabéticos, a hiperglicemia decorre de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, levando à resistência insulínica e consequente acúmulo de glicose no sangue. Se não tratada adequadamente, pode causar complicações crônicas, como nefropatia, retinopatia, neuropatia e doenças cardiovasculares (FERREIRA, 2011). Em pacientes com diabetes tipo 1, a causa está na destruição autoimune das células β pancreáticas. Já na diabetes tipo 2, ocorre resistência periférica à insulina, seguida de falência progressiva das células β .

Em contexto clínico, especialmente em medicina dentária, se houver suspeita de hiperglicemia, deve-se medir a glicemia capilar, confirmar se o paciente tomou sua medicação habitual e avaliar o tempo decorrido desde a última dose. Se a glicemia estiver ligeiramente acima de 200 mg/dL e o paciente estiver estável, recomenda-se aguardar e repetir a medição após 30 minutos. Se ele não tiver tomado a medicação, esta pode ser administrada conforme prescrição habitual, e a glicemia deve ser monitorizada. Persistindo valores elevados, o paciente deve ser encaminhado ao hospital (FERREIRA, 2011).

Assim como na hipoglicemia, a hiperglicemia pode ocorrer em pacientes não diabéticos, embora de forma menos grave e menos frequente. Fatores como dieta inadequada, stress, sedentarismo, predisposição genética e doenças concomitantes podem influenciar os níveis de glicose no sangue.

4.2.4 Convulsão: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária

A convulsão é um evento caracterizado por sinais e sintomas resultantes de uma atividade neuronal excessiva e desorganizada. Quando estas crises ocorrem de forma recorrente, a condição passa a ser denominada epilepsia. As crises podem manifestar-se desde episódios de ausência, com fixação do olhar num ponto específico, até alterações motoras, sensitivas ou psíquicas. Fatores como perturbações emocionais, medo, e alterações sensoriais (visão, audição e olfato) podem precipitar uma crise (BAUMGARTEN e CANCINO, 2016).

Durante uma crise convulsiva, o paciente pode sofrer queda súbita com perda de consciência, acompanhada por movimentos involuntários bruscos, tensão dos músculos masseter e temporal, incontinência urinária ou fecal, e risco de trauma associado à queda (BAUMGARTEN e CANCINO, 2016). Após o episódio, o paciente entra num estado pós-ictal, que pode durar entre 5 a 30 minutos, caracterizado por sonolência, confusão mental, cefaleia, hipertensão, náuseas e, em alguns casos, amnésia temporária (BAUMGARTEN e CANCINO, 2016).

No contexto dentário, pacientes com histórico de crises convulsivas devem ser avaliados cuidadosamente antes de qualquer procedimento. O uso de próteses removíveis, sejam totais ou parciais, não é recomendado devido ao risco de aspiração ou deglutição acidental durante uma crise (BARBÉRIO, SANTOS e MACHADO, 2013).

Para o manejo e tratamento da crise convulsiva, segundo Rodrigues, Oliveira e Rocha (2022), a abordagem de uma crise convulsiva no consultório dentário deve seguir os seguintes passos:

- Interromper imediatamente o tratamento dentário, removendo qualquer objeto da boca do paciente, incluindo próteses removíveis.

- Colocar o paciente em posição supina e próximo ao chão, para evitar quedas ou outros traumas.
- Proteger o paciente, afastando objetos que possam causar ferimentos e lateralizando a cabeça para prevenir aspiração de saliva.
- Evitar contenção forçada, apenas realizando contenção passiva, se necessário, para evitar autolesões.
- Após a crise, posicionar o paciente em decúbito lateral e permitir que recupere completamente antes de retomar qualquer atividade.
- Monitorizar os sinais vitais e não deixar o paciente desacompanhado até à recuperação total.

Uma convulsão pode ser manifestada por movimentos musculares repetitivos (espasmos clónicos), mas também pode envolver sintomas sensitivos e sensoriais, dependendo da área cerebral afetada. Estima-se que 2 a 3% da população mundial sofra de epilepsia e que até 10% das pessoas terão uma crise convulsiva ao longo da vida (SÁ DEL FIOL, 2004).

A exposição à luz do refletor dentário pode, em casos raros, atuar como fator precipitante de crises epiléticas, especialmente em pacientes com epilepsia fotossensível ou com historial de sensibilidade a estímulos luminosos. Embora a incidência seja baixa, a literatura em medicina dentária recomenda que, em pacientes com epilepsia conhecida, sejam evitados estímulos luminosos intensos ou intermitentes, incluindo luzes brilhantes e flashes, pois estes fatores podem despoletar crises em indivíduos suscetíveis (MISTRY et al., 2023).

A recomendação prática é minimizar a exposição direta e intensa à luz do refletor, utilizar filtros difusores e, sempre que possível, ajustar o ângulo da luz para evitar a sua incidência direta nos olhos do paciente. Além disso, é fundamental remover rapidamente qualquer fator potencialmente desencadeante, como luzes intensas, caso ocorra uma crise durante o atendimento (MISTRY et al., 2023).

Assim, a exposição à luz do refletor dentário pode efetivamente despoletar crises epiléticas em pacientes predispostos, sendo está uma consideração relevante na anamnese e no planeamento do atendimento em medicina dentária de pacientes com epilepsia ou fatores de risco identificados (MISTRY et al., 2023; HASE et al., 2023).

Em contexto dentário, uma dos potenciais causas de crises convulsivas é a administração accidental de anestésico local por via intravascular. Esta situação, embora rara, pode desencadear uma convulsão em poucos minutos, devido à toxicidade sistémica do fármaco. Por este motivo, é essencial que o médico dentista realize uma anamnese minuciosa, de forma a identificar antecedentes de crises epiléticas, o uso de medicação anticonvulsivante e a presença de eventuais fatores precipitantes (BAUMGARTEN & CANCINO, 2016).

Caso ocorra uma crise convulsiva durante um procedimento dentário, Malamed (2022) recomenda:

- Interromper imediatamente o procedimento e remover qualquer instrumento cortante ou perfurante.
- Proteger a cabeça do paciente contra possíveis impactos.
- Após a crise, manter o paciente em repouso por cerca de 5 a 10 minutos, administrar oxigénio e monitorizar os sinais vitais.

Em situações de crise epilética prolongada, poderá ser necessária a administração de benzodiazepinas como forma de interromper a atividade convulsiva. O diazepam apresenta eficácia comprovada nestes casos; no entanto, a sua administração por via intravenosa pode revelar-se difícil durante a crise, especialmente em contextos extra-hospitalares. O midazolam, por sua vez, constitui uma alternativa segura e prática, podendo ser administrado por via intramuscular, o que permite uma resposta terapêutica rápida e eficaz (JAIN et al., 2020).

A identificação precoce de pacientes com risco de crises convulsivas, aliada a um correto protocolo de emergência no consultório dentário, permite minimizar complicações e garantir um atendimento seguro para estes pacientes.

4.2.5 Reações alérgicas e hipersensibilidade: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária

As reacções alérgicas correspondem a um estado de hipersensibilidade do organismo, desenvolvido após exposição prévia a um alérgénio. O contacto subsequente com essa substância pode desencadear uma resposta imunológica exacerbada. A anafilaxia é uma reacção alérgica grave, do tipo I de hipersensibilidade imediata, mediada por anticorpos imunoglobulina E (IgE). Ocorre quando um indivíduo previamente sensibilizado entra novamente em contacto com o antígeno, levando à desgranulação de mastócitos e basófilos. Esta resposta resulta na libertação de diversos mediadores inflamatórios, como histamina e bradicinina, que provocam vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar, contracção da musculatura lisa e hiperactividade glandular (ARAUJO; AMARAL, 2004; MANUAL DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA, INEM, 2006).

As manifestações clínicas da anafilaxia podem surgir de forma abrupta e afectar múltiplos sistemas, incluindo a via aérea, o sistema cardiovascular, o tracto gastrointestinal e a pele. Os sintomas mais comuns incluem eritema, urticária, prurido, edema orofacial, broncoespasmo, estridor laríngeo, hipotensão arterial, taquicardia e, em casos mais graves, colapso hemodinâmico. Durante procedimentos médicos e em medicina dentária, estas reacções podem ocorrer minutos após a administração de fármacos, sendo essencial uma vigilância rigorosa, dado que a gravidade e a rapidez de progressão do quadro são altamente variáveis e dependem da sensibilidade individual, da concentração, da via e da velocidade de administração do alérgénio (CASEIRO, 2013).

É fundamental distinguir a anafilaxia das reacções anafilactoides, que, apesar de apresentarem manifestações clínicas semelhantes, diferem nos mecanismos imunológicos subjacentes. A anafilaxia é uma reacção de hipersensibilidade mediada por imunoglobulina E (IgE), enquanto as reacções anafilactoides não envolvem IgE, sendo desencadeadas por

ativação direta de mastócitos, basófilos ou do sistema complemento (Ebo et al., 2023; CIANFERONI, 2021). Apesar destas diferenças, ambas requerem uma intervenção clínica imediata idêntica, com administração urgente de adrenalina.

De acordo com o Manual MSD (2024), as reacções alérgicas podem ser localizadas ou generalizadas. As localizadas manifestam-se frequentemente através de pápulas, exantema ou edema cutâneo, enquanto as generalizadas envolvem os sistemas respiratório e cardiovascular, podendo colocar a vida do doente em risco. Epidemiologicamente, a anafilaxia tem uma incidência subestimada, com um aumento observado na última década, afetando principalmente indivíduos mais jovens. No âmbito da anestesia, a frequência estimada situa-se entre 1 em 10 000 a 1 em 20 000 procedimentos, sendo os bloqueadores neuromusculares um dos principais agentes implicados (TALLO et al., 2012).

Na Medicina Dentária, diversos fármacos habitualmente utilizados — como antibióticos, analgésicos, ansiolíticos, anestésicos locais e conservantes — apresentam um potencial alergénico considerável (PEDRO, 2011). Por isso, a possibilidade de reacções de hipersensibilidade constitui um risco clínico importante em qualquer especialidade da medicina dentária (CASEIRO, 2013).

O diagnóstico da anafilaxia é essencialmente clínico e presuntivo, baseado na relação temporal entre a exposição ao possível alergénio e o aparecimento dos sintomas. Deve ser complementado, sempre que possível, com exames laboratoriais e posterior avaliação imunoalergológica para identificação do agente causal e eventual investigação de reacções cruzadas (CASEIRO, 2013).

O tratamento deve ser imediato e adaptado à gravidade do quadro clínico, incluindo as seguintes medidas essenciais:

- Suspensão imediata do contacto com o alergénio, se conhecido (nomeadamente fármacos anestésicos, antibióticos ou hemoderivados);
- Oxigenoterapia a 100%;

- Posicionamento do doente em decúbito dorsal, com elevação das pernas;
- Administração de adrenalina, que é o medicamento de eleição: via intramuscular (0,5 ml de solução 1:1000 em adultos) ou, em casos de paragem cardíaca ou refractariedade, via intravenosa (10 µg/kg em crianças; 0,5–2 mg em adultos), podendo recorrer-se a perfusão contínua em situações graves (0,05–0,1 µg/kg/minuto);

Como tratamento adjuvante, podem ser usados anti-histamínicos (clemastina 2 mg IV, hidroxizina 100 mg IV), corticoesteroides (hidrocortisona 1–5 mg/kg

ou metilprednisolona 0,5–2 mg/kg) e broncodilatadores (salbutamol em aerossol ou IV, 100–200 µg/kg em bólus). Outras catecolaminas, como noradrenalina ou isoprenalina, são indicadas consoante o estado hemodinâmico (LOVERDE et al., 2018; WATTS & MARIE DITTO, 2019).

Durante todo o episódio, é crucial manter um suporte cardiovascular rigoroso, monitorizar continuamente os sinais vitais e estar preparado para gerir arritmias, choque ou insuficiência respiratória. Em casos de hipotensão severa, pode ser adoptada a posição de Trendelenburg para facilitar o retorno venoso (MALAMED, 2022).

A distinção entre anafilaxia mediada por IgE e reacções anafilactoides não mediadas por IgE é importante para o diagnóstico etiológico e prevenção de recorrências. Na anafilaxia IgE-mediada, a exposição repetida ao alérgeno pode desencadear reacções graves, pelo que é essencial identificar o agente causal através de testes cutâneos ou medição da IgE específica (CASTELLS & PHILLIPS, 2021). Nas reacções não mediadas por IgE, a resposta pode ocorrer já na primeira exposição, sem necessidade de sensibilização prévia, exemplos frequentes são as reacções a contraste iodado, opioides e certos anestésicos locais em medicina dentária (EBO et al., 2019; LISIECKA, 2025).

No contexto em medicina dentária, ambos os tipos de reacção podem surgir após exposição a anestésicos locais, antibióticos ou látex. O tratamento inicial é idêntico: administração imediata de adrenalina intramuscular, suporte das vias aéreas, oxigénio, fluidos intravenosos e monitorização rigorosa. A distinção posterior orienta a investigação, o

aconselhamento ao doente e as estratégias de prevenção, como evitar a reexposição ao agente responsável ou utilizar alternativas seguras (EBO et al., 2023; LOVERDE et al., 2018; LISIECKA, 2025).

4.2.6 Acidente Vascular Cerebral (AVC): Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) configura-se como uma das mais relevantes emergências médicas, sendo comparado, em termos de gravidade e impacto, ao enfarte agudo do miocárdio, com a diferença de que o órgão afetado é o cérebro. Trata-se de uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral, que pode ter natureza isquêmica ou hemorrágica. Segundo Joaquim et al. (2008), o AVC é definido como “uma perda rápida e não convulsiva da função neurológica devido a um evento vascular, cuja sintomatologia dura mais de 24 horas, ou menos, quando há evidência radiológica de lesão tecidual”.

A sua relevância epidemiológica é inquestionável: o AVC constitui uma das principais causas de mortalidade e incapacidade no mundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012), estima-se que 15 milhões de pessoas sofram um AVC anualmente, das quais cerca de 5 milhões falecem e outras 5 milhões ficam com sequelas permanentes, representando um impacto significativo não apenas para o paciente, mas também para as suas famílias e para o sistema de saúde.

Do ponto de vista fisiopatológico, o AVC divide-se em dois grandes tipos: o isquêmico, que representa cerca de 87% dos casos, caracterizado pela obstrução de um vaso sanguíneo; e o hemorrágico, que representa os restantes 13%, decorrente da rutura de um vaso cerebral (CALLAWAY, 2012). A correta identificação do tipo de AVC é essencial, uma vez que, por exemplo, o uso de anticoagulantes é contraindicado nos quadros hemorrágicos.

Os fatores de risco associados ao AVC são múltiplos e podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Entre os primeiros, destacam-se a hipertensão arterial, dislipidemias, tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada, obesidade, stress e uso de

medicamentos como contraceptivos. Já os fatores não modificáveis incluem idade, sexo, etnia e histórico familiar (WHO, 2012).

Os sinais e sintomas clínicos do AVC variam consoante a região cerebral afetada e a artéria comprometida. Entre os principais sinais, encontram-se:

- Fraqueza súbita de um lado do corpo;
- Entorpecimento da face, braço ou perna;
- Dificuldade em falar ou compreender (afasia);
- Dificuldade visual súbita;
- Tonturas, perda de equilíbrio ou coordenação;
- Cefaleia intensa e súbita sem causa aparente;
- Confusão mental;
- Alterações no estado de consciência;
- Convulsões ou paralisia súbita.

No contexto da Medicina Dentária, é fundamental que o clínico esteja atento a esses sinais, uma vez que episódios agudos podem surgir no próprio consultório. Uma ferramenta prática para triagem de AVC em ambiente não hospitalar é a Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS), que avalia rapidamente três parâmetros: paralisia facial (sorriso assimétrico), queda do braço e fala anormal. A presença de um desses sinais já justifica a suspeita de AVC.

Na presença de suspeita de AVC durante uma consulta dentária, o médico dentista deve agir com rapidez e precisão. O reconhecimento imediato dos sinais, o registo do tempo de início dos sintomas (tempo zero) e a ativação do serviço de emergência médica (INEM) são medidas

prioritárias. Enquanto se aguarda a chegada da equipa médica, algumas condutas devem ser seguidas:

1. **Posicionamento do paciente:** Manter o doente em posição semissentada (cabeceira a 30°), favorecendo a drenagem venosa cerebral;
2. **Monitorização:** Controlar sinais vitais como pulso, pressão arterial e respiração;
3. **Administração de oxigénio:** Especialmente se a saturação for inferior a 94% ou desconhecida;
4. **Ambiente tranquilo:** Reduzir estímulos, proporcionar conforto e evitar manipulações desnecessárias;
5. **Evitar ingestão oral:** Pela possibilidade de disfagia e aspiração;
6. **Preparação para suporte básico de vida:** Caso o paciente entre em colapso cardiorrespiratório.

Silva, Gomes e Massaro (2005) recomendam que o médico dentista e sua equipa estejam preparados para prestar os primeiros cuidados até à chegada do INEM, minimizando riscos de complicações adicionais. Uma das principais complicações em doentes com AVC agudo é a insuficiência respiratória, seja por aspiração, hipoventilação ou obstrução das vias aéreas. A combinação de hipóxia e hipoperfusão pode agravar a lesão cerebral e piorar o prognóstico.

O tratamento do AVC, especialmente na fase aguda, visa preservar o maior volume possível de tecido cerebral viável. O conceito de penumbra isquémica, zona de isquemia ainda reversível ao redor do núcleo infartado, é central. A intervenção precoce pode evitar a progressão da lesão e melhorar significativamente a recuperação funcional do paciente.

Por esta razão, o tempo de resposta é crítico: quanto mais rápido o encaminhamento e diagnóstico hospitalar, maiores as possibilidades de sucesso terapêutico, sobretudo em casos de AVC isquémico, onde pode estar indicada a trombólise intravenosa.

O AVC é uma condição médica de elevada gravidade e complexidade, exigindo atenção e conhecimento por parte dos profissionais de saúde, incluindo os médicos dentistas. A sua atuação no reconhecimento precoce dos sinais e sintomas e na prestação dos primeiros socorros pode ser determinante para o prognóstico do paciente. A preparação da equipa clínica, o conhecimento dos procedimentos de emergência e a articulação eficiente com os serviços médicos de urgência são essenciais para garantir uma resposta eficaz e segura.

4.2.7 Hipertensão: sinais, sintomas e abordagem terapêutica na medicina dentária

A hipertensão arterial é uma doença crónica caracterizada pela elevação persistente da pressão do sangue nas artérias, obrigando o coração a exercer um esforço acrescido para garantir a circulação sanguínea adequada através dos vasos. Esta condição, também conhecida como hipertensão arterial sistémica, apresenta elevada prevalência na população adulta e está directamente associada a um risco acrescido de morbilidade e mortalidade cardiovascular, nomeadamente enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral (NOBRE, 2013; MOLINA, 2003).

Do ponto de vista etiológico, a hipertensão pode ser classificada como primária, quando não se identifica uma causa directa, ou secundária, quando resulta de uma condição subjacente, como alterações renais, endócrinas ou uso de determinados medicamentos. Trata-se de uma patologia multifactorial, envolvendo factores genéticos, ambientais, hormonais, vasculares e neurológicos. Entre os principais factores de risco destacam-se o sedentarismo, o stress, o consumo de tabaco, o envelhecimento, antecedentes familiares, a etnia, o sexo, o excesso de peso e os hábitos alimentares inadequados (MOLINA, 2003).

A medição da pressão arterial baseia-se em dois valores: a pressão sistólica, correspondente à contração do miocárdio, e a pressão diastólica, que ocorre durante o

relaxamento cardíaco. Segundo Oliveira (2000), considera-se que um indivíduo é hipertenso quando apresenta, em pelo menos três medições distintas, valores de pressão arterial sistólica superiores a 140 mmHg e/ou pressão diastólica superiores a 90 mmHg.

A hipertensão arterial, em muitos casos, desenvolve-se de forma silenciosa, sem sinais clínicos evidentes nas fases iniciais. Contudo, à medida que a pressão arterial se mantém persistentemente elevada, o organismo pode manifestar sintomas inespecíficos como cefaleias, tonturas, zumbidos, palpitações, visão turva e sensação de pressão na nuca. Em situações de crise hipertensiva, uma elevação abrupta e sintomática da pressão arterial, os sintomas tornam-se mais evidentes e incluem dor torácica, dispneia, sudorese excessiva, ansiedade intensa e, por vezes, alterações neurológicas como confusão ou perda de consciência (MARTIM et al., 2004).

Na prática da medicina dentária, estas manifestações podem ser agravadas pelo ambiente clínico. A ansiedade associada à consulta, nomeadamente em procedimentos invasivos ou na administração de anestesia local com ou sem vasoconstritor, pode desencadear elevações súbitas da pressão arterial, especialmente em pacientes já hipertensos ou com controlo insuficiente da doença (ALMEIDA, 2014).

A gestão do paciente hipertenso no consultório dentário exige uma abordagem cautelosa e individualizada. A anamnese é fundamental, permitindo identificar se o paciente tem diagnóstico prévio de hipertensão, se realiza tratamento farmacológico e se fez a toma habitual da medicação no dia da consulta. É igualmente importante avaliar factores emocionais, como medo ou dor, que possam contribuir para a elevação transitória da pressão arterial.

Quando se verifica um aumento da pressão arterial no consultório, importa distinguir entre uma crise hipertensiva verdadeira e uma pseudocrise provocada por ansiedade ou dor. Neste último caso, recomenda-se que o paciente seja colocado em repouso, num ambiente tranquilo, podendo ser administrado um analgésico ou ansiolítico leve, medida que, em muitos casos, é suficiente para normalizar os valores tensionais (ALMEIDA, 2014).

Nos casos em que se confirme uma crise hipertensiva, com valores diastólicos superiores a 120 mmHg acompanhados de sintomas, poderá ser necessário o uso de fármacos

anti-hipertensores de acção rápida. O Captopril, um inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA), é frequentemente utilizado devido à sua rápida absorção oral e boa tolerabilidade. O propranolol pode ser considerado em situações específicas de taquicardia associada, porém não é o agente de primeira linha para o controlo agudo da pressão arterial em crises hipertensivas. Nestes casos, são preferidos beta-bloqueadores com perfil combinado, como o labetalol, ou outros de acção mais previsível e controlada (PEIXOTO, 2019; WHELTON et al., 2018). A Nifedipina, um bloqueador dos canais de cálcio, embora eficaz, apresenta o risco de provocar uma queda abrupta da pressão arterial com efeitos adversos, pelo que a sua utilização tem vindo a ser desaconselhada (CHERNEY & STRAUSS, 2002; QUEIROZ, 2012).

A avaliação integrada do estado sistémico do paciente é indispensável na medicina dentária moderna, particularmente quando se tratam indivíduos com doenças crónicas como a hipertensão. O conhecimento dos sinais e sintomas desta patologia, bem como das suas possíveis repercussões durante a prática clínica, permite ao profissional de saúde adoptar medidas preventivas, garantir a segurança do paciente e evitar complicações graves. O controlo adequado da pressão arterial antes, durante e após os procedimentos dentários é, assim, uma responsabilidade partilhada entre o médico dentista, o paciente e, sempre que necessário, a equipa médica multidisciplinar.

4.2.8 Paragem cardiorrespiratória: Sinais, Sintomas e Abordagem Terapêutica na Medicina Dentária

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é caracterizada pela interrupção súbita e inesperada da circulação sistémica e/ou da respiração, tornando essencial o início imediato das manobras de reanimação. A rápida intervenção, antes mesmo da chegada da equipa de suporte avançado, aumenta significativamente as taxas de sobrevivência e reduz a ocorrência de sequelas. Os principais sinais clínicos da PCR incluem ausência de pulso, apneia e inconsciência. Estima-se que, no ambiente extra-hospitalar, a maioria das PCRs ocorra devido a ritmos como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, enquanto, em ambiente hospitalar, a atividade eléctrica sem pulso e a assistolia são os ritmos predominantes (GUIMARÃES et al., 2015).

A classificação atual da American Heart Association reconhece quatro ritmos de paragem cardíaca: FV, TVSP (chocáveis), AESP e assistolia (não chocáveis).

AESP apresenta atividade elétrica sem pulso; assistolia é ausência total de atividade (Panchal et al., 2020; Al-Khatib et al., 2018).

Esta distinção orienta intervenções específicas e melhora o prognóstico. Caracteriza-se por um ritmo cardíaco rápido, irregular e ineficaz, impedindo a circulação sanguínea adequada. A assistolia, por sua vez, corresponde à ausência de ritmo cardíaco, resultando na interrupção da atividade elétrica do miocárdio. Já a atividade elétrica sem pulso apresenta sinais elétricos no músculo cardíaco, mas sem contrações eficazes, o que impede a perfusão sanguínea.

O SBV é o principal pilar do atendimento à PCR, sendo composto por uma abordagem sistematizada, anteriormente conhecida como ABCDE (A - vias aéreas; B - respiração; C - circulação; D – disfunção neurológica; E - exposição). No entanto, as diretrizes do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) (2010) modificaram essa abordagem para CAB em casos de paragem cardiorrespiratória, enfatizando a importância das compressões torácicas como primeira medida de reanimação.

Figura 4 – Fluxograma do algoritmo CAB no Suporte Básico de Vida (SBV), conforme as diretrizes da American Heart Association (AHA 2020), ilustrando a sequência: compressões torácicas, abertura das vias aéreas e ventilação.



Fonte: Imagem gerada por inteligência artificial (ChatGPT – OpenAI, 2025).

Na avaliação inicial da vítima, deve-se verificar simultaneamente o nível de consciência e a presença de respiração espontânea. O nível de consciência é testado chamando a vítima em voz alta e estimulando-a fisicamente pelos ombros, enquanto a respiração é avaliada pela elevação torácica. Caso a vítima não responda e não apresente respiração adequada, deve-se acionar imediatamente o serviço de emergência médica e obter um DEA o mais rapidamente possível (GUIMARÃES et al., 2015).

Segundo Victoreli et al. (2013), o SBV engloba medidas destinadas a garantir a ventilação pulmonar e a circulação sanguínea até que a vítima se recupere ou receba suporte avançado. Recomenda-se que tanto socorristas treinados como leigos realizem compressões torácicas de alta qualidade, com uma frequência mínima de 100 compressões por minuto, minimizando interrupções.

Para socorristas leigos, a recomendação atual é que realizem apenas compressões torácicas caso não se sintam preparados ou confortáveis para efectuar a ventilação boca a boca, sobretudo devido ao receio de transmissão de doenças infecciosas. Por outro lado, os socorristas com formação específica devem associar ventilação eficaz às compressões torácicas, assegurando a proporção adequada entre ambas as manobras.

Neste contexto, destaca-se que é preferível realizar apenas compressões torácicas a não prestar qualquer tipo de assistência à vítima. Estudos demonstram que, nos primeiros minutos após uma PCR provocada por fibrilação ventricular, a ventilação tem um impacto reduzido na taxa de sobrevivência quando comparada com a manutenção de compressões torácicas eficazes.

4.3 Actuação do médico dentista em emergências médicas na clínica dentária

O conhecimento das condições sistêmicas do paciente é fundamental na prática dentária. Para assegurar um atendimento seguro, o médico dentista deve realizar uma anamnese detalhada, incluindo histórico médico, uso de medicações e possíveis alergias. Além disso, a avaliação dos sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio e glicemia, quando necessário) deve ser rotina.

A ocorrência de emergências médicas em consultórios dentários, embora geralmente não represente risco de vida, não é rara. Estudos realizados em Portugal indicam que a síncope vasovagal é a emergência mais prevalente, seguida por episódios de hipoglicemia, crises asmáticas e crises hipertensivas (VEIGA, OLIVEIRA, CARVALHO, & MOURÃO, 2012).

Perante este cenário, é imperativo que o médico dentista esteja preparado para reconhecer e intervir em situações emergenciais. A formação contínua em SBV é essencial. No entanto, pesquisas apontam que, apesar de muitos profissionais terem recebido formação em emergências médicas, uma parcela significativa sente-se incapaz de lidar com situações como paragem cardiorrespiratória (VEIGA, OLIVEIRA, CARVALHO, & MOURÃO, 2012 e VAUGHAN et al., 2018).

4.4 Suporte básico de vida: ensino, avaliação e aplicação na medicina dentaria

4.4.1 Ensino do suporte básico de vida

As emergências médicas em clínicas dentárias têm se tornado cada vez mais frequentes, especialmente devido ao aumento das comorbidades associadas à população envelhecida. Contudo, embora esses episódios sejam mais comuns, ainda são eventos relativamente raros. Estudos indicam que a maioria dessas emergências não representa um risco iminente à vida dos pacientes, mas a formação adequada dos profissionais de saúde é crucial para reduzir a morbidade e mortalidade associada a essas situações (VEIGA, OLIVEIRA, CARVALHO, & MOURÃO, 2012). A falta do treino em suporte básico de vida pode ter consequências devastadoras, como apontado por Tan (2010), que alerta que uma equipa de saúde mal treinada pode agravar significativamente o quadro clínico do paciente.

Além disso, é importante ressaltar que essas situações também têm implicações ético-legais para os médicos dentistas. Embora grande parte da formação dos profissionais de saúde oral se concentre nas técnicas e materiais dentários, a saúde geral do paciente é muitas vezes negligenciada, conforme referido por Pereira (2013). Esse contexto reforça a necessidade de um treino adequado em emergências médicas, especialmente em SBV, para garantir que os profissionais de medicina dentária estejam preparados para lidar com qualquer complicação que possa surgir.

Estudos realizados em diversos países sobre o conhecimento dos alunos de Medicina Dentária em relação às emergências médicas têm mostrado resultados semelhantes. Por exemplo, uma pesquisa realizada em escolas de Medicina Dentária na Índia revelou que os alunos finalistas tinham um conhecimento superficial sobre emergências médicas e sobre o uso de medicamentos de emergência, bem como da utilização de equipamentos médicos essenciais (JODALLI, 2012). No Brasil, Caputo et al. (2010) também relataram que a maioria dos profissionais de medicina dentária se sente despreparada para lidar com essas emergências e depende do apoio de médicos para o atendimento adequado aos pacientes.

Ainda em relação à temática, Jodalli (2012) apontou que as emergências médicas mais comuns nas clínicas dentárias são a síncope, crises asmáticas e episódios de hipoglicemia, destacando a necessidade de focar o ensino de emergências médicas nas áreas mais frequentes. A pesquisa de Haas (2006) amplia esse espectro, incluindo outras emergências como reações

alérgicas, angina pectoris, PCR, entre outras. Em Portugal, o estudo conduzido por Veiga, Oliveira, Carvalho e Mourão (2012) demonstrou que as situações de emergência mais frequentemente identificadas por médicos dentistas incluem, por ordem de prevalência, a síncope vasovagal (59%), episódios de hipoglicemia (53%), crises asmáticas (34%), crises hipertensivas (34%), convulsões (30%) e reacções anafiláticas (21%).

A literatura internacional contemporânea confirma a continuidade deste padrão epidemiológico. As emergências clínicas mais prevalentes no contexto da prática médico-dentária permanecem, de forma consistente, a síncope vasovagal, a hipoglicemia, a asma, as crises hipertensivas, os episódios convulsivos e as reacções anafiláticas, conforme verificado inicialmente pelo estudo português supracitado (Veiga et al., 2012). De facto, investigações recentes realizadas em diversos países sustentam esta distribuição, evidenciando que a síncope vasovagal continua a ser a ocorrência mais reportada entre médicos dentistas, seguida de episódios hipoglicémicos e de crises convulsivas (SIN, EDWARDS, CURRIE & CORBETT, 2023; ZACHAR & REHER, 2022; D'INNOCENZO et al., 2024; VARONI et al., 2023; SORENSON, MARUSKO & KENNEDY, 2021; SMEREKA, ALUCHNA, ALUCHNA & SZARPAK, 2019).

Embora a frequência exacta de cada uma destas ocorrências possa variar consoante o país, o perfil demográfico da população atendida e o tipo de instituição (por exemplo, consultório privado versus clínica universitária), a hierarquia relativa das emergências tende a manter-se inalterada. A síncope vasovagal é, invariavelmente, a mais comum, sendo a hipoglicemia e as convulsões também recorrentes. As reacções alérgicas graves ou anafiláticas, embora menos frequentes, revestem-se de elevada gravidade clínica e exigem capacidade de resposta imediata (VARONI et al., 2023; GUPTA et al., 2023; SNG, YONG & WONG, 2023).

Deste modo, os dados obtidos por Veiga et al. (2012) continuam a ser pertinentes e actuais, reflectindo o perfil das intercorrências médicas mais comuns na prática dentária. Apesar da possível existência de ligeiras flutuações percentuais em função do contexto clínico e geográfico, a consistência dos achados internacionais valida a sua relevância nos dias de hoje.

Contudo, importa salientar que a frequência com que estas situações ocorrem não se traduz, necessariamente, numa adequada preparação por parte dos profissionais para as enfrentar. De acordo com Vaughan et al. (2018), quando questionados sobre a sua capacidade de actuação perante estas emergências, apenas 58% dos médicos dentistas afirmaram sentir-se preparados para lidar com episódios de síncope, e apenas 46% se consideravam aptos a intervir em casos de hipoglicemia. A percentagem de profissionais que se sentiram competentes para gerir situações de maior complexidade clínica, como paragem cardiorrespiratória, crise hipertensiva ou crise asmática, revelou-se ainda mais reduzida. Estes resultados evidenciam a existência de lacunas significativas na autopercepção de competência, reforçando a necessidade de uma formação contínua, sistematizada e actualizada, que assegure a prontidão e a confiança necessárias à actuação eficaz em contexto de emergência médica no consultório dentário.

A RCP é uma capacidade essencial, e o conhecimento das manobras de SBV é fundamental para garantir a recuperação das funções cardíaca e respiratória. Como a ciência da reanimação continua a evoluir, as diretrizes clínicas também são constantemente atualizadas. A cada cinco anos, o Conselho Europeu de Reanimação (ERC) revê as suas recomendações, e as mais recentes diretrizes de 2015 refletem essas mudanças, incluindo a adaptação das técnicas de RCP (ERC, 2015).

Infelizmente, embora o ensino de SBV seja uma realidade no ensino escolar obrigatório em muitos países desenvolvidos, em Portugal ainda não é uma prática consolidada no currículo das universidades de Medicina Dentária. Na maior parte das instituições de ensino superior, os alunos só têm contato com essas técnicas no último ano do curso, durante o estágio na Clínica Integrada, quando já lidam diretamente com pacientes. No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), destaca-se uma iniciativa pedagógica particularmente relevante: a introdução, no primeiro semestre do 4.º ano curricular, da unidade *Anestesia, Dor e Suporte Básico de Vida*. Esta componente formativa contempla temas centrais relacionados com o reconhecimento e a actuação em situações de emergência médica, oferecendo aos estudantes uma base teórica e prática sólida, imprescindível para a sua futura prática clínica. O facto de esta unidade coincidir temporalmente com o início da actividade clínica em estágio constitui uma mais-valia pedagógica, na medida em que permite articular os conhecimentos adquiridos com a sua

aplicação imediata em ambiente real, facilitando uma aprendizagem integrada e contextualizada.

Para além desta vertente técnico-clínica, o plano de estudos do ISCSEM contempla igualmente a unidade curricular *Psicologia e Comunicação em Saúde*, que se revela de grande importância na preparação dos futuros profissionais. Esta formação oferece aos estudantes ferramentas para reconhecer alterações comportamentais relevantes em contexto clínico, como manifestações intensas de ansiedade ou stress por parte dos pacientes, factores que, se não forem devidamente identificados e geridos, podem desencadear episódios de urgência. Como salienta Oliveira (2024), o medo e o stress destacam-se como as principais causas precipitantes de intercorrências médicas em consultórios de medicina dentária, sublinhando a relevância de abordagens preventivas assentes na comunicação eficaz e na gestão emocional.

Ao desenvolver uma comunicação mais empática e centrada no doente, esta vertente formativa promove um ambiente clínico mais seguro e propício à prevenção de situações críticas, possibilitando uma actuação mais consciente e eficaz por parte do médico dentista. Neste contexto, evidencia-se a necessidade de adoptar estratégias pedagógicas sustentadas e evolutivas, distribuídas ao longo de todo o percurso académico, que integrem competências técnicas, inteligência emocional e capacidade comunicacional, dimensões essenciais para garantir uma prática clínica segura, confiante e verdadeiramente humanizada.

Em comparação, estudos realizados em outros países, como na Índia, indicam que o ensino de SBV no curso de Medicina Dentária precisa ser mais rigoroso, com treinos mais frequentes e aplicados (ELANCHEZHIAN et al., 2013). Em Portugal, apesar da importância de dominar essas manobras, é igualmente essencial que os profissionais adquiram conhecimentos sobre procedimentos mais avançados, como a administração de medicamentos de emergência, o uso de dispositivos supraglóticos para garantir a permeabilidade das vias aéreas e a realização de monitoramento de sinais vitais.

Dessa forma, é imperativo que as instituições de ensino superior em Portugal revisem seus currículos para incluir um treino mais amplo e contínuo em emergências médicas,

permitindo que os futuros médicos dentistas estejam verdadeiramente preparados para atender adequadamente a situações críticas e garantir a segurança de seus pacientes.

4.4.2 Avaliação do suporte básico de vida

O SBV é um conjunto de intervenções de emergência que visa manter as funções vitais, como a ventilação e a circulação, em situações de PCR, até a chegada do DAE ou da equipa de Suporte Avançado de Vida (SAV). Sua aplicação oportuna pode aumentar significativamente as chances de sobrevivência e reduzir as sequelas da PCR (BERG et al., 2020). Com o tempo, o SBV incorporou dispositivos que aumentam a segurança do procedimento, como a pocket mask, que permite ventilação de forma mais segura e com menor risco de contaminação cruzada, aspecto relevante em ambientes clínicos, como consultórios de medicina dentária (PEREIRA et al., 2013).

4.4.2.1 A Cadeia de Sobrevivência

A "Cadeia de sobrevivência" é um conceito essencial nas emergências cardiorrespiratórias e consiste num conjunto de ações encadeadas que, quando realizadas de forma eficiente, aumentam a chance de sucesso da reanimação. Estabelecida pela American Heart Association (AHA) nos anos 90, a cadeia de sobrevivência é composta por quatro elos fundamentais:

- **Acesso precoce aos serviços de emergência:** O início da cadeia de sobrevivência começa com o acionamento imediato dos serviços de emergência. A ativação rápida do sistema de socorro, como o número 112 em muitos países europeus, é vital para garantir que a vítima receba atendimento o mais rápido possível. Estudos recentes reforçam que cada minuto sem acionar os serviços de emergência reduz as chances de sobrevivência em 7-10% (DEAKIN et al., 2010).
- **Suporte Básico de Vida Precoce:** A execução imediata de manobras de SBV é um dos fatores mais críticos para a sobrevivência da vítima. A aplicação precoce de compressões torácicas e ventilação pode duplicar ou até triplicar as chances

de sobrevivência em caso de PCR por fibrilação ventricular (DEAKIN et al., 2010). A realização dessas manobras por profissionais de saúde, como médicos dentistas, pode ser determinante enquanto aguardam a chegada da equipe da SAV (BERG et al., 2020).

- **Desfibrilação precoce:** A desfibrilação realizada com um DAE é um componente vital para restaurar o ritmo cardíaco normal. O uso precoce do DAE pode aumentar significativamente as taxas de sobrevivência em pacientes com fibrilação ventricular (CAFFREY, 2002). Estudos mais recentes, como os de CALLAWAY et al. (2012), enfatizam que a rapidez na aplicação do DAE é fundamental para o sucesso da reanimação.
- **Suporte Avançado de Vida Precoce e Cuidados pós-reanimação:** Uma vez que a vítima tenha sido reanimada, é essencial garantir cuidados pós-reanimação para preservar as funções cerebrais e cardíacas. A aplicação de medidas terapêuticas adicionais no hospital pode determinar o prognóstico do paciente.

4.4.2.2 Procedimentos do Suporte Básico de Vida

A abordagem inicial diante de uma vítima em PCR deve seguir um conjunto de etapas sistematizadas, conforme descrito nas diretrizes do SBV. A eficácia dessas etapas está diretamente relacionada à chamada cadeia de sobrevivência, composta por quatro elos fundamentais: (1) acesso precoce aos serviços de emergência, (2) início imediato do SBV, (3) desfibrilação precoce e (4) suporte avançado e cuidados pós-ressuscitação. A interrupção ou falha em qualquer elo pode comprometer todo o processo de reanimação.

Verificação da segurança da cena: O primeiro passo consiste em assegurar que o local seja seguro para a abordagem, evitando que o socorrista se torne mais uma vítima.

Verificação da resposta e respiração: Em seguida, o reanimador deve verificar se a vítima responde a estímulos verbais e táteis, agitando levemente os ombros e perguntando em voz alta se está bem. Deve-se observar atentamente se há respiração normal ou gasping (respiração anormal, irregular e ineficaz), durante 5 a 10 segundos. A respiração gasping é caracterizada por respirações rápidas e ineficazes e deve ser tratada como um sinal de paragem cardiorrespiratória (CALLAWAY et al., 2012).

Acionamento dos serviços de emergência (112): Caso a vítima não responda e não respire normalmente, é essencial acionar os serviços de emergência imediatamente, ligando para o número 112. O Desfibrilhador Automático Externo (DAE) deve ser solicitado e trazido o mais rapidamente possível, pois a desfibrilação precoce pode ser a chave para a sobrevivência (BERG et al., 2020).

Avaliação do pulso: A verificação do pulso carotídeo deve ser breve (≤ 10 segundos) e, na ausência de confirmação inequívoca, as compressões torácicas devem iniciar-se de imediato, priorizando a sobrevida. Para leigos, recomenda-se omitir esta verificação, devido à sua baixa fiabilidade e potencial para atrasos (Panchal et al., 2020; Dezfulian et al., 2024).

Compressões torácicas e ventilações: As compressões torácicas devem ser feitas com uma profundidade de 5 a 6 cm e uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto, com os braços estendidos e as mãos sobrepostas no centro do tórax da vítima, sobre a metade inferior do esterno. É fundamental permitir o retorno completo do tórax entre as compressões. As compressões devem ser intercaladas com 2 ventilações, que podem ser realizadas por boca-a-boca, boca-nariz ou com o uso de dispositivos como bolsa-válvula-máscara.

Uso do DAE: Após a chegada do DAE, este deve ser ligado imediatamente e os elétrodos devem ser fixados conforme as instruções do dispositivo, que fará a leitura do ritmo cardíaco e indicará, se necessário, a aplicação do choque. O uso do DAE é intuitivo e pode ser feito por qualquer pessoa treinada, o que representa uma vantagem significativa em ambientes extra-hospitalares, como clínicas e consultórios dentários (CAFFREY, 2002).

Importância do treino: A familiarização com o uso do DAE pela equipa de saúde é essencial. Isso inclui verificações regulares do equipamento, conhecimento das instruções do fabricante e a prática periódica dos protocolos de emergência. Essa preparação aumenta significativamente a prontidão da equipa e a eficácia na resposta à PCR.

A RCP deve ser mantida sem interrupções até que a vítima demonstre sinais de recuperação, o reanimador esteja exausto ou ocorra a chegada da equipa de emergência.

4.4.2.3 Obstrução das vias aéreas

A obstrução da via aérea ocorre quando há dificuldade ou impedimento da passagem de ar para os pulmões, podendo acontecer em qualquer local, inclusive no consultório dentários. Situações como a aspiração acidental de pequenos objetos, fragmentos dentários ou próteses são riscos presentes durante procedimentos clínicos.

Para evitar esse tipo de emergência, o médico dentista deve adotar medidas preventivas, como o uso de isolamento absoluto e proteções físicas que impeçam a entrada de corpos estranhos nas vias respiratórias. A prevenção é sempre a forma mais segura de atuação.

Quando a obstrução acontece, é fundamental reconhecer os sinais rapidamente. A falta de oxigenação no cérebro por mais de quatro minutos pode causar danos irreversíveis ou levar à morte (VALENTE & CATARINO, 2012). Por isso, a equipa deve estar treinada para agir de forma imediata.

Em pacientes inconscientes, a principal causa de obstrução é o relaxamento da musculatura da língua, que bloqueia a faringe. Nesses casos, deve-se alinhar a cabeça e o pescoço e, se necessário, utilizar dispositivos como cânulas orofaríngeas.

Também é comum a obstrução por corpo estranho em pacientes conscientes, conhecida como engasgamento. Isso pode ocorrer com alimentos mal mastigados, próteses soltas, instrumentos de medicina dentária ou até sangue e vômito aspirados. Dependendo da gravidade, a situação pode causar asfixia imediata ou obstruções parciais que afetam a troca de ar (CASSOL, 2001).

Principais sinais de obstrução das vias aéreas:

- Respiração difícil ou com ruído;
- Dificuldade ou incapacidade de falar;
- Cianose (coloração azulada da pele);
- Agitação ou perda de consciência;
- Em bebês e crianças: choro ou tosse fracos ou ausentes;
- Mãos no pescoço (sinal clássico de engasgamento).

Classificação da obstrução:

- **Parcial (ligeira):** a vítima ainda consegue tossir e respirar, devendo ser encorajada a continuar tossindo.
- **Total (grave):** há impossibilidade de respirar, falar ou tossir, além de sinais visíveis de sufocamento. Nesse caso, é necessário intervir imediatamente.

Condutas de emergência:

- Iniciar com cinco pancadas fortes entre as escápulas;
- Caso não funcione, realizar compressões abdominais (manobra de Heimlich);
- Em bebês, alternar entre pancadas nas costas e compressões no tórax;
- Se a pessoa perder a consciência, iniciar RCP e procurar visualizar o corpo estranho para retirá-lo, se possível.

A manobra de Heimlich consiste em aplicar compressões abdominais rápidas e firmes na região acima do umbigo e abaixo do esterno, com o objetivo de aumentar abruptamente a pressão intratorácica e forçar a saída de ar dos pulmões, promovendo a expulsão do corpo estranho que está obstruindo as vias aéreas. Apesar de simples e eficaz, essa técnica deve ser usada apenas em casos reais de asfixia, pois pode causar lesões se mal aplicada.

4.5 Equipamento de emergência para clínicas e consultórios de medicina dentária

Como supracitado, as emergências médicas, embora pouco frequentes, podem ocorrer de forma inesperada em qualquer consultório de medicina dentária. Para garantir uma resposta eficaz, é essencial que toda a equipa esteja devidamente preparada. O médico dentista deve ser capaz de actuar com rapidez e segurança, seguindo um protocolo claro, objectivo e de fácil compreensão por todos os membros da equipa (HAAS, 2010; MALAMED, 2022). Estes protocolos devem ser revistos periodicamente e treinados através de simulações realistas, assegurando uma actuação pronta e eficaz perante situações críticas (AMIRCHAGHMAGHI et al., 2010; AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2021).

O kit de emergência, constituído por medicamentos e equipamentos específicos, deve ser armazenado num local de fácil acesso, claramente identificado e devidamente organizado. A sua verificação periódica é essencial para garantir que todos os itens se mantêm dentro do prazo de validade. Sempre que algum material for utilizado ou se encontrar expirado, deverá ser prontamente substituído (MALAMED, 2022).

Para além da disponibilidade e manutenção do material de emergência, diversos autores sublinham a importância de disponibilizar, em local visível e acessível, um protocolo claro que oriente a equipa clínica sobre os procedimentos a adoptar em caso de emergência médica. Publicações no *British Dental Journal*, com o apoio da *British Dental Association*, recomendam a utilização de cartazes ou instruções impressas afixadas em locais estratégicos do consultório, como a sala de tratamento ou áreas comuns utilizadas pela equipa, com o objectivo de assegurar uma resposta rápida e uniformizada perante situações de urgência (JEVON, 2015; JEVON, 2020).

Este tipo de suporte visual revela-se particularmente útil na coordenação da resposta, promovendo uma actuação estruturada e reduzindo o risco de erros. A literatura destaca que todos os elementos da equipa devem estar familiarizados com o plano de actuação definido, sendo que a comunicação eficaz e o acesso imediato ao protocolo são factores determinantes para o sucesso do atendimento (HAAS, 2010; REED, 2010; DYM, 2008). A presença de instruções visuais, como os cartazes mencionados, facilita a execução correcta das etapas do atendimento de emergência, contribuindo para minimizar falhas e atrasos. Assim, recomenda-se fortemente que o passo a passo esteja afixado num ponto de fácil visualização por todos os profissionais da equipa clínica.

Figura 5 – Passo a passo de emergência afixado em ponto visível para a equipa clínica



Fonte: Imagem gerada por inteligência artificial (ChatGPT – OpenAI, 2025).

Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de Agosto, regulamentava inicialmente o funcionamento de clínicas e consultórios de medicina dentária, estabelecendo uma lista detalhada de equipamentos e medicamentos obrigatórios para a constituição do kit de emergência. Contudo, a Portaria n.º 268/2010 revogou este decreto, exigindo apenas a presença do ressuscitador manual tipo "ambu". Mais recentemente, a Portaria n.º 136-B/2014 veio estabelecer que apenas clínicas médico-dentárias que realizem procedimentos com anestesia geral devem possuir o carro de emergência e o DAE, eliminando também a obrigatoriedade do uso da garrafa de oxigénio.

Apesar desta flexibilização legislativa, vários autores e especialistas na área demonstram preocupação com a segurança do paciente. Estudos indicam que o risco de emergências médicas não está restrito a intervenções com anestesia geral, visto que anestésicos locais e outras substâncias administradas em consultório podem desencadear reacções adversas imprevisíveis (ROSENBERG, 2010). Assim, a literatura científica recomenda a manutenção de um kit de emergência completo, adequado às necessidades clínicas actuais, e a formação contínua da equipa para responder de forma eficiente a tais situações (MALAMED, 2022).

Segundo as recomendações mais recentes (MALAMED, 2022; AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2021), os fármacos essenciais com respectivas dosagens que devem integrar o kit de emergência incluem:

Tabela 1 - Fármacos Essenciais e Dosagens Recomendadas para o Kit de Emergência (Malamed, 2022; American Dental Association, 2021)

Fármaco	Indicação	Posologia / Administração
Oxigénio	Paragem cardiorrespiratória; Crise asmática ou broncoespasmo; Reações alérgicas graves / Anafilaxia; Crise convulsiva (pós-ictal); Síncope vasovagal; Acidente Vascular Cerebral (AVC) suspeito; Situações de hipoglicemia grave	100%, por via inalatória
Epinefrina (Adrenalina)	Anafilaxia	0,3 a 0,5 mg IM; repetir a cada 5–15 min se necessário
Nitroglicerina	Dor anginosa (suspeita de angina ou enfarte)	0,3 a 0,6 mg SL ou spray 0,4 mg/dose; 1 dose/5 min, máx. 3 doses em 15 min

Fármaco	Indicação	Posologia / Administração
Anti-histamínico (ex. Difenidramina)	Reacções alérgicas leves a moderadas	25–50 mg VO, IM ou IV
Salbutamol	Broncoespasmo, crise asmática	2 inalações (100 µg cada); repetir após 10–20 min se necessário
Ácido acetilsalicílico	Suspeita de enfarte agudo do miocárdio	160–325 mg mastigável
Glucose oral	Hipoglicemia em paciente consciente	15 a 20 g (gel ou pastilha)
Glucagon	Hipoglicemia em paciente inconsciente	1 mg IM, SC ou IV
Midazolam / Lorazepam	Crises convulsivas	4 a 5 mg IV ou IM
Hidrocortisona	Reacções alérgicas graves ou insuficiência adrenal	1–5 mg/kg
Flumazenil	Reversão dos efeitos de benzodiazepinas	0,2 mg IV em 15 seg; repetir até 1 mg
Atropina	Bradicardia sintomática	0,5 mg IV; repetir a cada 3–5 min; máx. 3 mg
Efedrina	Hipotensão significativa	5–25 mg IM ou 5–10 mg IV
Óxido nítrico	Ansiolítico e controlo da dor	Inalatório a 30–50%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025).

É igualmente importante manter uma rede de contacto eficaz com os serviços de emergência locais, unidades hospitalares e profissionais de saúde da comunidade. A

comunicação com o serviço de emergência 112 deve ser clara e concisa, fornecendo informações como o diagnóstico provável, intervenções já iniciadas, dados relevantes do paciente e a localização exacta do consultório (PAIVA et al., 2009; JEVON, SHAMSI & CORNFORTH, 2020).

Apesar dos avanços legislativos e tecnológicos, estudos actuais apontam para uma realidade preocupante, muitos profissionais da área dentária reportam sentir-se pouco preparados para lidar com emergências clínicas, o que coloca em risco a segurança dos pacientes (VEIGA et al., 2012). Esta constatação reforça a necessidade de investir continuamente na qualificação da equipa, na actualização dos protocolos e na disponibilidade de equipamentos de emergência compatíveis com as orientações mais actuais, como as propostas por Malamed (2022), promovendo assim um ambiente clínico mais seguro e eficiente.

5. DISCUSSÃO

O ambiente do consultório dentário, apesar de controlado, pode tornar-se cenário para emergências médicas inesperadas. Procedimentos rotineiros podem desencadear alterações fisiológicas abruptas no paciente, exigindo do médico dentista uma resposta imediata e eficaz para evitar desfechos graves, como a morte ou sequelas irreversíveis, incluindo danos neurológicos. Nesse contexto, o conhecimento e a prática constante do SBV são indispensáveis para que o profissional possa atuar rapidamente e com segurança, aplicando manobras protocoladas sem hesitações (CAPUTO et al., 2010; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2020).

A formação contínua da equipa clínica, médico dentista, higienista oral, assistente e rececionista, é essencial para garantir uma resposta coordenada e eficiente em situações de emergência. Treinos regulares aumentam a capacidade e confiança, fundamentais não só para salvar vidas, mas também para evitar responsabilidades legais decorrentes de negligência (VEIGA, OLIVEIRA, CARVALHO, & MOURÃO, 2012 e MALAMED, 2022). Além disso, recomenda-se que o conhecimento em SBV seja renovado periodicamente, idealmente a cada dois anos, devido à perda natural da retenção das capacidades, conforme indicado por entidades internacionais (EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL, 2021).

Segundo o Regulamento n.º 515/2019, publicado no Diário da República, é responsabilidade do médico dentista assegurar a atualização contínua dos seus conhecimentos científicos e preparação técnica, incluindo a formação em SBV. Contudo, essa atualização, embora fortemente recomendada pelas entidades reguladoras, como a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), não é atualmente obrigatória (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2019; OMD, 2023). Cursos de SBV com DAE têm validade de cinco anos, conforme orientações do Sindicato dos Médicos Dentistas e outras instituições reconhecidas, como a Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD) (SINDICATO DOS MÉDICOS DENTISTAS, 2023; SPEMD, 2024).

Apesar de não haver obrigatoriedade legal para a formação e atualização em SBV, torna-se evidente a necessidade de tornar essa prática mandatória, dada a natureza imprevisível das emergências no consultório dentário e o impacto direto que a atuação rápida e qualificada pode ter na sobrevivência e recuperação dos pacientes. A institucionalização dessa obrigatoriedade reforçaria o compromisso dos profissionais com a segurança do paciente e a qualidade do atendimento.

As diretrizes recentes da American Heart Association (AHA, 2020) alteraram a sequência do SBV para a sigla CAB (compressões torácicas, vias aéreas e respiração) em adultos, crianças e lactentes (excluindo recém-nascidos). Essa mudança visa acelerar o início das compressões, essenciais em paragens cardíacas com fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, aumentando significativamente as chances de sobrevivência (AHA, 2020; PERKINS et al., 2021).

Outro ponto essencial é a presença do DAE no consultório dentário. O uso precoce do DAE, em conjunto com SBV, aumenta consideravelmente as probabilidades de sucesso na reanimação cardiopulmonar, dada a simplicidade e segurança do equipamento, o que o torna indispensável para locais onde há atendimento a pacientes com variados perfis de risco (BENGER et al., 2022; MALAMED, 2022).

Figura 6 – Desfibrilhador automático externo: um equipamento essencial no consultório dentário.



Fonte: Imagem gerada por inteligência artificial (ChatGPT – OpenAI, 2025).

Portanto, a medicina dentária atual exige compromisso contínuo com a formação em emergências médicas, incorporando recomendações atualizadas e tecnologia adequada, para garantir respostas rápidas, seguras e eficazes. Investir em formação periódica e equipamento moderno é fundamental para melhorar a qualidade e a segurança no atendimento em medicina dentária, e a atualização em SBV deveria deixar de ser apenas recomendada para se tornar obrigatória, fortalecendo a proteção dos pacientes e a confiança na prática clínica.

6.CONCLUSÃO

A formação contínua em Suporte Básico de Vida assume um papel determinante na capacitação dos médicos dentistas e das respectivas equipas, permitindo-lhes actuar com prontidão e eficácia perante situações de emergência em contexto clínico. Embora a sua actualização periódica seja, até ao momento, apenas recomendada, os dados disponíveis sustentam de forma inequívoca a necessidade de tornar esta formação obrigatória, enquanto medida fundamental de segurança e protecção do doente.

Estudos nacionais e internacionais têm vindo a evidenciar não apenas a elevada prevalência de emergências médicas nos consultórios dentários, como também a percepção limitada, por parte de muitos profissionais, quanto à sua própria competência para lidar com estas situações — especialmente quando se trata de quadros de maior gravidade, como paragens cardiorrespiratórias, reacções anafiláticas ou crises hipertensivas. Neste contexto, a adopção das directrizes mais recentes, aliada à garantia de que os consultórios estão equipados com dispositivos e fármacos essenciais, como o desfibrilhador automático externo (DAE), oxigénio e medicação de emergência, revela-se indispensável para assegurar uma resposta clínica eficaz.

Importa sublinhar que este compromisso com a formação não deve iniciar-se apenas após a entrada na prática profissional, mas sim ser cultivado desde o percurso académico. A inclusão, no plano curricular de instituições como o IUEM - Instituto Universitário Egas Moniz e Egas Moniz School of Health & Science, de unidades como Anestesia, Dor e Suporte Básico de Vida e Psicologia e Comunicação em Saúde constitui um exemplo paradigmático da importância de integrar a componente técnica e a vertente comunicacional na formação dos estudantes. Estas iniciativas não só promovem uma preparação sólida para a intervenção em cenários de urgência, como também potenciam a capacidade de antecipação e prevenção de situações críticas, através do reconhecimento precoce de sinais clínicos e comportamentais.

Investir na qualificação técnica das equipas, na inteligência emocional dos profissionais e na estruturação adequada do ambiente clínico representa não apenas uma boa prática, mas um imperativo ético, com impacto directo na redução de riscos, na melhoria da qualidade assistencial e, em última instância, na preservação da vida humana.

REFERÊNCIAS

- Almeida, T. T. (2014). Pacientes hipertensos no consultório odontológico: uma revisão de literatura. Florianópolis.
- Al-Khatib, S. M., Stevenson, W. G., Ackerman, M. J., *et al.* (2018). 2017 AHA/ACC/HRS guideline for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(14), e91–e220. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.10.054>
- American Dental Association. (2021). Guidelines for the management of medical emergencies in the dental office. Chicago: ADA.
- American Diabetes Association. (2025). Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of care in diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S128–S145.
- American Heart Association. (2020). 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(16_suppl_2), S337–S357.
- Amirchaghmaghi, M., Sarabadani, J., & Delavarian, Z. (2010). Preparedness of specialist dentists about medical emergencies in dental office – Iran. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 4(11), 5483–5486.
- Araújo, L. M. T., & Amaral, J. L. G. (2004). Alergia à lidocaína: Relato de caso. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(5), 672–676.
- Armfield, J. M., & Heaton, L. J. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: A review. *Australian Dental Journal*, 58(4), 390–407.
- Arsati, F., Montalli, V. A., Flório, F. M., Ramacciato, J. C., Lopes da Cunha, F., Cecanho, R., Andrade, E. D., & Motta, R. H. L. (2010). Brazilian dentists' attitudes about medical emergencies during dental treatment. *Journal of Dental Education*, 74(6), 661–666.
- Barbério, G., Santos, P., & Machado, M. (2013). Epilepsia: Conduas na prática odontológica. *Revista de Odontologia*, 25, São Paulo.

Baumgarten, A., & Cancino, C. (2016). Epilepsia e odontologia: Uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, 73, Rio de Janeiro.

Baumgarten, M., & Cancino, L. (2016). *Emergências médicas em odontologia* (1ª ed.). São Paulo: Editora Santos.

Benger, J., et al. (2022). The impact of early defibrillation with automated external defibrillators on cardiac arrest outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*, 170, 159–167.

Berg, R. A., et al. (2020). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(16_suppl_2), S366–S468.

Blonde, L., et al. (2022). American Association of Clinical Endocrinology clinical practice guideline: Developing a diabetes mellitus comprehensive care plan—2022 update. *Endocrine Practice*, 28(10), 923–1049.

Botelho, C. S., Rodrigues, T. P., Rodrigues, A., & Garcia, N. G. (2022). Medical emergencies in dental practice. *Research, Society and Development*, 11(16), e111637921.

Brignole, M., et al. (2018). 2018 ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*, 39(21), 1883–1948.

Brito, A. C. C. C., et al. (2021). Organização dos sistemas e serviços de saúde do sudoeste baiano: Um olhar sobre gestão em saúde no contexto da pandemia COVID-19. In J. N. Andrade (Org.), *Saúde pública no século XXI: Uma abordagem multidisciplinar* (2ª ed., pp. 15–32). Triunfo: Editora Omnis Scientia.

Caffrey, S. L. (2002). Public use of automated external defibrillators. *The New England Journal of Medicine*, 347, 1242–1247.

Callaway, C. W. (2012). *Suporte avançado de vida cardiovascular: Manual do profissional da American Heart Association*. Brasil: Artes Gráficas e Editora Sesil, LTDA.

Caputo, I. G., Bazzo, G. J., Silva, R. H., & Junior, E. D. (2010). Vidas em risco: Emergências médicas em consultório odontológico. *Revista Cirurgia Traumatológica Buco-Maxilo-Facial*,

- 10(3), 51–58. CARLSON, J. N. et al. Dietary sugars versus glucose tablets for first-aid treatment of symptomatic hypoglycaemia in awake patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Emergency Medicine Journal*, v. 34, n. 2, p. 100–106, 2017.
- Caseiro, A. (2013). *Emergências médicas na medicina dentária*. Lisboa: Editora Médica.
- Caseiro, J. M. (2013). *Oncoanestesia: Procedimentos 2013*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa.
- Cassol, V. E. (2001). Diagnóstico endoscópico de estridor na infância. *Jornal de Pneumologia*, 27(3), 143–147.
- Castells, M. C., & Phillips, E. J. (2021). Maintaining safety with SARS-CoV-2 vaccines. *The New England Journal of Medicine*, 384(7), 643–649.
- Cherney, D., & Strauss, S. (2002). Management of patients with hypertensive urgencies and emergencies: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 17(12), 937–945.
- Cianferoni, A. (2021). Non-IgE-mediated anaphylaxis. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 147(4), 1123–1131.
- Conselho Europeu de Reanimação (ERC). (2015). *Guidelines for resuscitation 2015*. Disponível em <https://cprguidelines.eu/2015-guidelines/> (Acesso em 3 de junho de 2025).
- Corrêa, C. D. T. S. de O., Sousa, P., & Reis, C. T. (2020). Segurança do paciente no cuidado odontológico: Revisão integrativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(10), e00197819.
- Cunha, B., Lucas, L., & Zanella, M. (2016). *Emergências glicêmicas*. Biblioteca Virtual em Saúde, 37, Porto Alegre.
- Deakin, C., Nolan, J., Sunde, K., & Koster, R. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 3. Electrical therapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. *Resuscitation*, 81(10), 1293–1304.
- Dezfulian, C., McCallin, T. E., Bierens, J., et al. (2024). 2024 American Heart Association and American Academy of Pediatrics focused update on special circumstances: Resuscitation following drowning: An update to the American Heart Association guidelines for

cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 150(23), e501–e516. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001274>

D’Innocenzo, R., et al. (2024). Medical emergencies in a dental school clinic – A 12-year review and lessons learned. *Journal of Dental Education*, 88(3), 289–294. <https://doi.org/10.1002/jdd.13433>

Dym, H. (2008). Preparing the dental office for medical emergencies. *Dental Clinics of North America*, 52(3), 605–x. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2008.02.010>

Ebo, D. G., et al. (2019). Molecular mechanisms and pathophysiology of perioperative hypersensitivity and anaphylaxis: A narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 123(1), e38–e49.

Ebo, D. G., et al. (2023). Recent knowledge and insights on the mechanisms of immediate hypersensitivity and anaphylaxis: IgE/FcεRI- and non-IgE/FcεRI-dependent anaphylaxis. *Current Pharmaceutical Design*, 29(3), 178–184.

Elanchezhian, S., et al. (2013). Awareness of dental office medical emergencies among dental interns in Southern India: An analytical study. *Journal of Dental Education*, 77(3), 364–369.

Elgohary, A., et al. (2022). Blended learning in basic and advanced life support courses: Effectiveness and challenges. *Resuscitation Education Journal*, 5(2), 101–110.

European Resuscitation Council. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic life support. *Resuscitation*, 161, 98–114.

FDI – World Dental Federation. (2021). FDI Dental Practice Checklist for Medical Emergencies. Geneva: FDI. Disponível em <https://www.fdiworldddental.org>

Ferreira, S. H., et al. (2021). Avaliação do conhecimento dos acadêmicos de odontologia do Centro Universitário do Norte (UNINORTE-AM) sobre emergências médicas no consultório odontológico = To assess the degree of knowledge of the North University Center dental students (UNINORTE-AM) on medical emergencies in the dental. *Brazilian Journal of Development*, 7(11).

- Gomes, A. M. da S., et al. (2021). Emergências médicas em consultórios odontológicos: Conhecimento dos cirurgiões-dentistas da região Nordeste. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, 8(3), 69–80.
- Guimarães, H. P., et al. (2015). Parada cardiorrespiratória: atualização da abordagem. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1), 17–25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/zDLKSCcq5PsRYD58YWcPpq>. Acesso em: 3 jun. 2025.
- Gupta, S., et al. (2023). Knowledge of handling medical emergencies among general dental practitioners pan India: A cross-sectional survey. *BMC Research Notes*, 16(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s13104-023-06477-x>
- Haas, D. A. (2010). Preparing dental office staff members for emergencies: Developing a basic action plan. *Journal of the American Dental Association* (1939), 141(Suppl. 1), 8S–13S. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0352>
- Haas, D. A. (2006). Management of medical emergencies in the dental office: Conditions in each country, the extent of the treatment by the dentist. *Anesthesia Progress*, 53(1), 20–24.
- Haese, A. D. P., & Cançado, R. P. (2016). Urgências e emergências médicas em odontologia: Avaliação da capacitação e estrutura dos consultórios de cirurgiões-dentistas = Urgency and medical emergencies in dentistry: Evaluation of training and structure of dentists offices. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 16(3), 31–39.
- Hase, Y., et al. (2023). Anesthetic management of a pediatric patient with Dravet syndrome: A case report. *Medicine*, 102(4), e32709.
- Hewett Brumberg, E. K., et al. (2024). 2024 American Heart Association and American Red Cross guidelines for first aid. *Circulation*, 150(24), e519–e579.
- Holt, R. I. G., et al. (2021). The management of type 1 diabetes in adults: A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 44(11), 2589–2625.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). (2006). Manual de Suporte Avançado de Vida – SAV. Lisboa: INEM. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/slideshow/manual-de-suporte-avanado-de-vida-sav-inem/69035630>

- Jain, S. A., Rathi, N., Thosar, N., & Baliga, S. (2020). Midazolam use in pediatric dentistry: A review. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 20(1), 1–8. Retrato em: *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 20(2), 105.
- Jevon, P. (2020). Medical emergencies in the dental practice poster: Revised and updated. *British Dental Journal*, 229(2), 97–104. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1789-y>
- Jevon, P. (2015). Updated posters to help manage medical emergencies in the dental practice. *British Dental Journal*, 219(5), 227–229. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2015.688>
- Jevon, P., Shamsi, S., & Cornforth, S. (2020). Devising a protocol for calling 999 from a dental practice and using SBAR to ensure effective communication and handover. *British Dental Journal*, 229(10), 661–666. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-2385-x>
- Joaquim, A. F., Avelar, W. M., Pieiri, A., & Cendes, F. (2008). Como diagnosticar e tratar acidente vascular cerebral isquêmico. *Revista Brasileira de Medicina*, 6–13.
- Jodalli, P. (2012). Evaluation of knowledge, experience and perceptions about medical emergencies amongst dental graduates (interns) of Belgaum city, India. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 4(1), 14–18.
- Langhan, T. S., Shaban, R., Welsford, M., & Bowes, D. (2009). Simulation-based training in critical resuscitation procedures improves residents' competence. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(6), 535–539.
- Lisiecka, M. Z. (2025). Allergic reactions in dental practice: Classification of medicines, mechanisms of action, and clinical manifestations. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, 68(1), 17.
- Loverde, D., McKinney, M., & Simons, F. E. R. (2018). Anaphylaxis. *Chest*, 153(2), 528–543.
- Malamed, S. F. (2022). *Medical emergencies in the dental office* (7th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Malamed, S. F. (2022). *Medical emergencies in the dental office* (8th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Manual MSD. (2024). Considerações gerais sobre reações alérgicas. Retrieved from <https://www.msdmanuals.com/>

- Mistry, N., Shah, K., & Patel, M. (2023). A patient with epilepsy presenting for a dental hygiene visit. *Dental Clinics of North America*, 67(3), 507–510.
- Molina, M. D. (2003). Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 743–750.
- Monsieurs, K. G., Nolan, J. P., Bossaert, L. L., et al. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 95, 1–80. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.038>
- Nobre, F., & C. E. (2013). Hipertensão arterial sistêmica primária. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 46(3), 256–272.
- Nunes, N. S. V., Mota, D. C. G., Sousa, R. C. M., et al. (2020). Síncope como expressão fenotípica da amiloidose hereditária por transtirretina Val142Ile (Val122Ile). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 114(4, Suppl. 1), 1–3.
- Oliveira, A. E. (2000). Anestésicos locais associados a vasoconstritores adrenérgicos em pacientes hipertensos (contribuição ao estudo) [Dissertação de mestrado]. São Paulo.
- Oliveira, M. A. D. S. (2024). Emergências médicas em odontologia: Revisão de literatura. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas*, 6(11), 2760–2767.
- Paies, M. B., Conte-Neto, N., Silva, L. A. C. B., Oliveira, H. C., & Carvalho, W. R. S. (2009). Emergências médicas no consultório odontológico. *Revista de Odontologia da UNESP*, 38(Especial), 96.
- Paiva, M., Espíndola, V., & Klug, R. (2009). Emergências médicas no consultório odontológico. *Revista Científica do ITPAC*, 2(1), 13–16.
- Palmeira, J. T., Almeida, G. F., Lima, B. R., et al. (2020). Avaliação do conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre emergências médicas: Uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8555–8567.
- Panchal, A. R., Bartos, J. A., Cabañas, J. G., et al. (2020). Part 3: Adult basic and advanced life support: 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 142(16_suppl_2), S366–S468. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000916>

Pedro, A. J. (2011). Emergências médicas na clínica dentária [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz – ISCSEM].

Pedro, M. (2011). Reações alérgicas e anafilaxia em medicina dentária. *Revista Portuguesa de Medicina Dentária*, 52(3), 24–30.

Peixoto, A. J. (2019). Acute severe hypertension. *The New England Journal of Medicine*, 381(19), 1843–1852.

Pereira, A. P. (2013). Emergência em ambiente odontológico: Perspectiva médica [Monografia de mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. PERKINS, G. D. et al. *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. Resuscitation*, v. 161, p. 1–60, 2021.

Pimentel, A. C. S. B., Rodrigues, M. S., Almeida, L. B., & Costa, C. A. (2014). Emergências em odontologia: Revisão de literatura. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 18 jul.

Polizeli, A. F., Rolim, V. C. L. de B., Fernandes, S. L., & Boer, N. P. (2020). Emergências médicas em consultório odontológico: Implicações éticas e legais para o cirurgião-dentista. *Jornal de Odontologia Multidisciplinar*, 10(1), 59–64.

Portugal. (2001). Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de agosto. Regula a instalação e funcionamento das clínicas e consultórios de medicina dentária. *Diário da República: I Série A*, 25 ago.

Portugal. (2010). Portaria n.º 268/2010, de 12 de maio. Revoga o Decreto-Lei n.º 233/2001. *Diário da República: I Série B*, 12 maio.

Portugal. (2014). Portaria n.º 136-B/2014, de 10 de julho. Estabelece os requisitos técnicos das unidades privadas de saúde com anestesia geral. *Diário da República: I Série B*, 10 jul.

Portugal. (2019). Regulamento n.º 515/2019, de 26 de junho. Estabelece a atualização contínua dos conhecimentos científicos e preparação técnica dos médicos dentistas. *Diário da República*, 26 jun.

Psoter, W. J., Park, P. J., Boylan, R. J., Morse, D. E., & Glotzer, D. L. (2008). National emergency response programs for dental health care professionals. *Journal of the American Dental Association*, 139(8), 1067–1073.

- Queiroz, D. S. (2012). Abordagem do paciente em crise hipertensiva. Corinto, MG: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Rafael Júnior, J. C., Siqueira, N. C., & Melo, P. G. B. de. (2020). Urgências e emergências médicas no consultório odontológico: Conhecimento e condutas necessárias para o correto manejo do paciente. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 32(2), 150–156.
- Reed, K. L. (2010). Basic management of medical emergencies: Recognizing a patient's distress. *Journal of the American Dental Association* (1939), 141(Suppl. 1), 20S–24S. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2010.0349>
- Ribeiro, M. M. (2014). Emergências em consultório médico dentário: Proposta de protocolos [Artigo de revisão bibliográfica, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto].
- Rodrigues, A., Oliveira, R., & Rocha, A. (2022). Manejo odontológico de pacientes portadores de epilepsia: Uma revisão de literatura. *Society and Development*, 11, Tocantins.
- Rosenberg, M. (2010). Preparing for medical emergencies: The essential drugs and equipment for the dental office. *Journal of the American Dental Association*, 141, 14–19.
- Sá Del Fiol, F. (2004). Emergências médicas em consultório odontológico. *Revista Brasileira de Odontologia*, 12(5), 314–318.
- Santos, J. C. dos, & Rumel, D. (2006). Emergência médica na prática odontológica no Estado de Santa Catarina: Ocorrência, equipamentos e drogas, conhecimento e treino dos cirurgiões-dentistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 183–190.
- Sardu, C., Santamaria, M., Rizzo, M. R., Barbieri, M., & Marfella, R. (2018). Mechanisms underlying the inhibitory cardiac syncope without significant asystolic pause: Therapeutic and prognostic implications. *Medicine (Baltimore)*, 97(31), e11757.
- Silva, G. S., Gomes, D. L., & Massaro, A. R. (2005). Tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral isquêmico. *Neurociências*, 13(1), 39–49.
- SIN, M. *et al.* Prevalence of medical emergency events in primary dental care within the UK. *British Dental Journal*, [S. l.], v. 235, n. 9, p. 721–726, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41415-023-6444-y>.
- Sindicato dos Médicos Dentistas. (2023). Validade e recomendação dos cursos de suporte básico de vida e desfibrilhação. Lisboa: SMD.

Smereka, J., et al. (2019). Medical emergencies in dental hygienists' practice. *Medicine*, 98(30), e16613. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016613>

Smereka, J., et al. (2019). Preparedness and attitudes towards medical emergencies in the dental office among Polish dentists. *International Dental Journal*, 69(4), 321–328. <https://doi.org/10.1111/idj.12473>

Sng, T. J. H., Yong, C. W., & Wong, R. C. W. (2023). Cross sectional study on the competence and confidence of dental students and graduates in the management of medically compromised patients and acute medical emergencies. *PLoS One*, 18(2), e0281801. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281801>

Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. (2024). *Recomendações para formação em SBV*. Lisboa: SPEMD.

Sorenson, A. D., Marusko, R. M., & Kennedy, K. S. (2021). Medical emergencies in the dental school setting. *Journal of Dental Education*, 85(7), 1223–1227. <https://doi.org/10.1002/jdd.12590>

Tallo, F., Moraes, J., Guimarães, H., Lopes, R., & Lopes, A. (2012). Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 10(3), 194–200.

Tallo, V. M., et al. (2012). Anaesthesia and anaphylaxis: Epidemiology and pathophysiology. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 25(4), 458–464.

Tan, G. M. (2010). A medical crisis management simulation activity for pediatric dental residents and assistants. *Journal of Dental Education*, 75(6), 782–790.

Valente, M., & Catarino, R. (2012). *Suporte Básico de Vida* (1. ed.). Lisboa: INEM.

Varoni, E. M., et al. (2023). Medical emergencies in dental practice: A nationwide web-based survey of Italian dentists. *Heliyon*, 9(3), e13910. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13910>

Vaughan, M., Park, A., Sholapurkar, A., & Esterman, A. (2018). Medical emergencies in dental practice – management requirements and international practitioner proficiency: a scoping review. *Australian Dental Journal*, 63(4), 455–466.

Veiga, D., Oliveira, R., Carvalho, J., & Mourão, J. (2012). Emergências médicas em medicina dentária, prevalência e experiência dos médicos dentistas. *Revista Portuguesa Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, (53), 77–82.

Victorelli, G., et al. (2013). Suporte básico de vida e ressuscitação cardiopulmonar em adultos: conceitos atuais e novas recomendações. *Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas*, 67(2), 124–128.

Watts, M. M., & Marie Ditto, A. (2019). Anaphylaxis. *Allergy and Asthma Proceedings*, 40(6), 453–456.

Whelton, P. K., et al. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248.

World Health Organization (WHO). (2019). Epilepsy: key facts. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

World Health Organization (WHO). (2012). Global burden of stroke report. Geneva: WHO.

Zachar, J. J., & Reher, P. (2022). Frequency and characteristics of medical emergencies in an Australian dental school: A retrospective study. *Journal of Dental Education*, 86(5), 574–580. <https://doi.org/10.1002/jdd.12859>