



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO DENTÁRIO -
ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS E ATUAÇÃO DO MÉDICO
DENTISTA E FUTURO MÉDICO DENTISTA**

Trabalho submetido por
Vânia Catarina Marques Oliveira
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2014



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EGAS MONIZ**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO CONSULTÓRIO DENTÁRIO-
ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS E ATUAÇÃO DO MÉDICO
DENTISTA E FUTURO MÉDICO DENTISTA**

Trabalho submetido por
Vânia Catarina Marques Oliveira
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Orientador - Prof^a Doutora Catarina Godinho
Co-orientador - Prof^o Doutor José João Mendes

Setembro de 2014

Agradecimentos

Quero agradecer a todos os que estiveram presentes e que me ajudaram a alcançar este objetivo.

Ao meu orientador Prof^a. Doutora Catarina Godinho pelo apoio e disponibilidade.

Ao meu Co- orientador Prof^o. Doutor José João Mendes pelo empenho e dedicação.

Aos meus pais, pelo incentivo e apoio que me têm dado em todas as fases da minha vida.

Aos meus irmãos, pela ajuda e carinho em todos os momentos.

Ao meu namorado, pelo apoio e compreensão nesta última etapa do meu percurso académico.

Aos meus amigos, em especial à Mara, que foi o meu braço direito para a concretização deste curso.

A todos os meus colegas de trabalho e de faculdade pelas palavras de apoio e incentivo ao longo destes cinco anos.

A todos um sincero *Obrigada*

Resumo

As emergências médicas em medicina dentária são acontecimentos raros, no entanto, podem ser suficientemente graves ao ponto de colocar em risco a vida do doente.

Este trabalho tem como objetivo destacar a importância do médico e futuro médico dentista face a uma situação de emergência, nomeadamente a identificação dos quadros de emergência médica mais comuns e respetivos tratamentos, averiguar a capacidade para agir perante situações de emergência, bem como em realizar determinados procedimentos.

Métodos. Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário a alunos do 4º e 5º ano do curso de medicina dentária do ISCSEM e a médicos dentistas a colaborarem no mesmo instituto, num total de 120 inquiridos, acompanhados pelo consentimento informado. O questionário é constituído por duas partes, uma primeira, que faz a caracterização do inquirido e analisa a capacidade de atuação face a situações de emergência e procedimentos médicos e outra que constituiu uma adaptação do questionário de Malamed (2008).

Resultados. Constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas na capacidade de atuação, entre os médicos dentistas e os alunos do 4º e 5º ano, para as seguintes situações: reação alérgica ligeira e anafilática, crise hipertensiva, arritmia e angina de peito. Relativamente à capacidade de realizar procedimentos apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da administração intramuscular e subcutânea. No que diz respeito à segunda parte do questionário, não existem diferenças significativamente estatísticas entre as variáveis em estudo, sendo que 46 % dos inquiridos respondeu em consonância com Malamed (2008).

Conclusão. Os futuros médicos e os médicos dentistas não se encontram perfeitamente preparados para lidar com possíveis situações emergentes, pelo que, é necessário incentivar a formação contínua, de modo a de termos profissionais competentes a gerir estas situações e a proporcionar segurança e qualidade nos tratamentos.

Palavras-chave: Emergências médicas, capacidade atuação, suporte básico de vida.

Abstract

Medical emergencies in dental practice are rare events, however, these can be severe enough to endanger the patient's life.

The purpose of this paper is to: highlight the importance of the dental practitioners and students performance and response in emergency events; identify the most common medical emergency scenarios and their respective treatments; assess the students and practitioners ability to respond in emergency situations, as well as, to perform according to specific procedures.

Methods: The available data was obtained by applying a questionnaire to the ISCSEM 4th and 5th year dentistry students and dental practitioners, whom work together at the same institute, in a total of 120 assisted surveys through informed consent. The survey structured in two parts: the first, characterizes the respondents profile and analyzes their ability to respond in different emergency events and perform medical procedures; the second part includes an adaptation of Malamed questionnaire (2008).

Results: It was observed that, there are significant statistic differences between dental practitioners and students response, when faced with the following medical situations: mild allergic reactions, anaphylactic, hypertensive crisis, arrhythmia and angina pectoris. As regards to the ability to perform medical procedures, significant statistic differences were merely observed in the intramuscular and subcutaneous administration. The second part of the questionnaire, indicated insignificant statistic differences between the study variables, where as an average of 46% correct answers was achieved.

Conclusions: Both current and future dental practitioners are not fully prepared to deal with possible emergent situations, and therefore, it is necessary to invest in continuous training to have competent professionals that are able to manage these situations and provide safety and quality treatments.

Key words: medical emergencies, response ability, basic life support.

Índice

I.	Introdução.....	19
1	Emergências médicas no consultório dentário	20
1.1	Importância da Anamnese	20
1.2	Exame físico - Avaliação dos sinais vitais	22
1.2.1	Pulso: qualidade, ritmo e frequência cardíaca	22
1.2.2	Frequência respiratória (FR).....	23
1.2.3	Pressão arterial sanguínea (PA).....	24
1.2.4	Glicémia capilar.....	25
1.2.5	Temperatura corporal	25
1.3	O “medo” do dentista	25
2	Emergências/ Urgências médicas mais comuns.....	27
2.1	Descrição e atuação do médico dentista face às Urgências/ Emergência mais comuns 29	
2.1.1	Lipotimia	29
2.1.2	Síncope	29
2.1.3	Hipotensão ortostática	30
2.1.4	Reação alérgica ligeira.....	31
2.1.5	Hipoglicémia	32
2.1.6	Crise de hiperventilação	32
2.1.7	Obstrução das vias aéreas	33
2.1.8	Convulsão	34
2.1.9	Acidente vascular cerebral (AVC)	35
2.1.10	Crise hipertensiva	36
2.1.11	Arritmia	36
2.1.12	Angina de peito.....	37
2.1.13	Enfarte agudo do miocárdio	38
2.1.14	Paragem cardíaca.....	39
2.1.15	Reação anafilática.....	40
3	Equipamento de emergência no consultório dentário	42
3.1.1	Epinefrina	45
3.1.2	Defenidramina	45

3.1.3	Oxigênio	46
3.1.4	Vasodilatador	46
3.1.5	Broncodilatador	46
3.1.6	Glicose	47
3.1.7	Ácido acetil salicílico	47
4	Importância da formação contínua	49
4.1	Atuação do médico dentista face a situações de urgência/emergência.....	49
5	Objetivos:	54
6	Hipóteses	55
II.	Materiais e métodos	56
1.2	Amostra	56
1.3	Caracterização da amostra	58
1.4	Considerações Éticas	58
III.	Resultados	59
1.1	Parte I do questionário	59
1.2	Parte II do questionário.....	63
1.3	Hipóteses	68
1.4	Análise estatística	78
IV.	Discussão	79
V.	Conclusão	93
VI.	Bibliografia	96
VII.	Anexos	

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Género.....	58
Gráfico 2 - Nível de conhecimentos.....	68
Gráfico 3 - Reação alérgica ligeira.....	70
Gráfico 4 - Crise hipertensiva.....	71
Gráfico 5 - Arritmia.....	72
Gráfico 6 - Angina de peito.....	73
Gráfico 7 - Reação anafilática.....	74
Gráfico 8- Administrar injeção intramuscular.....	76
Gráfico 9- Administrar injeção subcutânea.....	77

Índice de Quadros

Quadro 1: Valores tensionais de referência.....	24
Quadro 2: Situações de emergência mais comuns.....	28
Quadro 3: Equipamento de emergência em clínicas dentárias	43
Quadro 4: Fármacos de Emergência essenciais	44
Quadro 5: Fármacos de Emergência adicionais	45
Quadro 6: Equipamentos Básicos.....	47

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Formação em suporte básico de vida	59
Tabela 2 - Onde a realizou?	59
Tabela 3 - Reciclagem em suporte básico de vida.....	60
Tabela 4 - Capacitado para realizar suporte básico de vida	60
Tabela 5 - Situações de emergência	61
Tabela 6 - Procedimentos	62
Tabela 7 - Sente necessidade de ter formação adicional em emergências?.....	62
Tabela 8 - Emergência médica mais comum num consultório dentário.....	63
Tabela 9 - Gestão de situação de emergência médica	63
Tabela 10 - Concentração de oxigénio mais elevada	64
Tabela 11 - Primeiro passo perante um doente consciente com dificuldade respiratória.....	64
Tabela 12 - Emergência médica deve ser chamada.....	65
Tabela 13 - Qual dos seguintes fármacos é administrado através de uma injeção endovenosa, intramuscular ou subcutânea.....	65
Tabela 14 - Passo mais importante, sem exceção, em qualquer situação de emergência	66
Tabela 15 – Realizar compressões cardíacas na cadeira dentária	66
Tabela 16 - fármaco mais importante no <i>kit</i> de emergência médica?	67
Tabela 17 - Atitude a tomar perante um doente que colapsa.....	67
Tabela 18 - Significância das diferenças	68
Tabela 19 - Testes do Qui-quadrado.....	69
Tabela 20 - Reação alérgica ligeira e situação académica.....	70
Tabela 21 - Crise hipertensiva e situação académica	71
Tabela 22 - Arritmia e situação académica	72
Tabela 23 - Angina de peito e situação académica.....	73
Tabela 24 - Reação anafilática e situação académica.....	74
Tabela 25 - Testes do Qui-quadrado.....	75
Tabela 26 - Administrar injeção intramuscular e situação académica	76
Tabela 27 - Administrar injeção subcutânea e situação académica.....	77

Lista de Abreviaturas

bpm – Batimentos por minuto

DAE – Desfibrilhador automático externo

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EV – Endovenoso

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

IM – Intramuscular

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

PA – Pressão Arterial

SC – Subcutâneo

SBV – Suporte Básico de Vida

I. Introdução

Embora não seja comum o médico dentista deparar-se no seu quotidiano com situações de emergência médica, estas podem ser potenciais situações de risco para o doente. A ocorrência de situações de emergência médica, na prática clínica da medicina dentária é percecionada como rara, contudo, a sua ocorrência pode ser fatal (Franco Arsati *et al*, 2010).

Atualmente assiste-se a um crescente aumento do número de doentes polimedicados e com diversas patologias sistémicas a frequentarem o consultório dentário, o que aumenta a possibilidade e diversidade de situações de emergência passíveis de ocorrer, não necessariamente resultantes do tratamento dentário em si, mas de todo um conjunto de alterações sistémicas preexistentes no doente (Caputo, Bazzo, Silva, & Júnior, 2010).

Tal facto exige que o profissional não só adote precauções antes de iniciar o tratamento dentário, nomeadamente uma correta e exaustiva anamnese e exame clínico, bem como que o profissional esteja perfeitamente habilitado para lidar com possíveis situações de emergência, ou seja, o médico dentista deve estar preparado para reconhecer atempadamente uma situação de emergência e solucioná-la (Franco Arsati *et al*, 2010).

Assim, os médicos dentistas devem estar habilitados para executar manobras de suporte básico de vida (SBV), bem como administrar certos fármacos acessórios e utilizar equipamentos necessários nas emergências médicas (Andrade & Ranali, 2011).

Este trabalho tem como objetivo destacar a importância da atuação do médico dentista e futuro médico dentista face a uma situação de emergência no consultório, nomeadamente quais os quadros de emergência médica mais comuns e os respetivos tratamentos, pretende ainda averiguar a capacidade para agir perante situações de emergência bem como em realizar determinados procedimentos. A pertinência e atualidade deste tema prende-se com o facto de que a atuação do médico dentista, face a uma situação de emergência, poder ditar a vida de um doente. Desta forma, é crucial que os alunos e os médicos dentistas estejam sensibilizados para a necessidade de formação contínua e atualizada sobre emergências médicas de modo a poderem fornecer o melhor e mais seguro tratamento ao doente.

1 Emergências médicas no consultório dentário

“Emergências são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.” (Pignateli, 2001, p. 7).

As emergências médicas em medicina dentária são acontecimentos raros, no entanto, podem ser suficientemente graves ao ponto de colocar em risco a vida do doente. O acontecimento de uma situação de emergência num consultório dentário representa um grande impacto social, quer pelo risco de vida do doente, quer pelo *stress* emocional que gera no profissional de saúde. (Veiga *et al*, 2012).

Para Rosenberg, (2010), o médico dentista deve estar preparado para diagnosticar, correta e atempadamente, uma situação de emergência e agir de forma eficaz à saúde e bem-estar do doente, sejam elas situações como uma síncope ou, casos mais graves e menos comuns, tais como reações anafiláticas, que podem colocar em risco a vida do doente.

1.1 Importância da Anamnese

“A obtenção correta duma anamnese requer tanta ou mais habilidade que o exame físico subsequente, mas a precisão e a paciência utilizadas serão sempre compensadas pelo valor diagnóstico dos dados obtidos.” (Caetano, 1978, p. 12).

De acordo com Malamed, (2008), os consultórios dentários têm de estar preparados para reconhecer e atuar eficazmente perante uma situação de emergência. Também de acordo com este autor, a prevenção é muito mais desejável que gerir uma situação já instalada. Malamed (2008) salienta ainda que a maioria das situações de emergência podem ser prevenidas. Para tal, a realização de uma correta e profunda anamnese é essencial, a avaliação de parâmetros vitais e a classificação do grau de risco do doente (classificação de

ASA), bem como a adoção de estratégias, para tentar reduzir os níveis de *stress* e ansiedade do doente.

É frequente encontrar no consultório dentário, doentes portadores de doenças sistémicas, tais como diabéticos, hipertensos, cardíacos, asmáticos, doentes renais e doentes hepáticos, entre outros, obrigando, desta forma, que o médico dentista adote uma série de cuidados e precauções antes de iniciar o tratamento clínico (Andrade & Ranali, 2011).

Também Veiga, *et al* (2012) salientam que o aumento da esperança média de vida, tem como consequência a presença de pacientes com múltiplas doenças e polimedicados, exigindo que o profissional adote certas precauções antes de iniciar os tratamentos dentários.

A capacidade da medicina em manter doentes com doenças sistémicas significativas de forma controlada, além da crescente variedade de fármacos administradas nos consultórios dentários, influenciam o aumento dos episódios de emergência médica nestes ambientes (Caputo *et al.*, 2010).

Caputo *et al.* (2010) salientam que, para a prática da medicina dentária segura e consciente, é de vital importância a realização de uma correta anamnese e exame clínico, passos fundamentais para a elaboração de um diagnóstico preciso e de um plano de tratamento adequado, que vá de encontro às necessidades da cada doente. Estes autores referem ainda que os médicos dentistas devem atuar de forma preventiva, através de uma adequada avaliação pré-operatória dos doentes, conhecendo os riscos da utilização dos fármacos utilizadas durante os tratamentos.

Malamed (1993) refere que uma anamnese, avaliação física e exames complementares bem realizados, permite identificar alergias, patologias e a terapêutica do doente, permitindo um bom planeamento dentário de forma a evitar a ocorrência de emergências médicas.

A American Society Anesthesiologists (2014) atualizou um estudo para classificar o estado de saúde dos doentes em classe I a VI.

Asa I – Doente saudável;

Asa II – Doente com doença sistémica leve ou moderada, sem limitação funcional;

Asa III – Doente com doença sistêmica severa, com limitação funcional;

Asa IV- Doente com doença sistêmica severa, representa risco de vida constante;

ASA V – Doente moribundo com perspectiva de óbito em 24 horas, com ou sem cirurgia;

ASA VI – Doente com morte cerebral, mantido em ventilação controlada e perfusão, para doação de órgãos (transplante);

Geralmente, os dentistas no consultório dentário classificam a maioria dos doentes (85%) em ASA I ou ASA II, cerca de 14% em ASAIII e o restante em ASA IV (Reed, 2010).

Antes do tratamento do doente, o médico dentista deve avaliar e registrar os sinais vitais (pressão arterial, frequência e ritmo cardíaco e frequência respiratória). Estes parâmetros permitirão inferir sobre o seu estado físico e emocional. Só após o médico dentista determinar a classificação do estado físico da ASA, é que este terá os requisitos necessários para decidir se o tratamento proposto pode ser realizado de forma segura em ambulatório. (Malamed, 2010).

1.2 Exame físico - Avaliação dos sinais vitais

A avaliação dos sinais vitais faz parte do exame físico ao doente. De acordo com Andrade & Ranali (2011), a avaliação da frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória e a temperatura corporal, com o doente em repouso, devem fazer parte da avaliação inicial do médico dentista. Tais parâmetros vitais, obtidos na avaliação inicial, poderão servir como base para o diagnóstico diferencial em situações de emergência.

1.2.1 Pulso: qualidade, ritmo e frequência cardíaca

O pulso é a onda de distensão de uma artéria transmitida pela pressão que o coração exerce sobre o sangue, podendo ser avaliado por meio de qualquer artéria acessível, sendo preferencialmente palpadas a artéria carótida e radial (Andrade & Ranali, 2011).

A frequência cardíaca (FC) normal, de um adulto em repouso, deve ser rítmica e situar-se entre os 60-100 batimentos por minuto (bpm), sendo geralmente mais baixa nos atletas e mais alta em indivíduos ansiosos. Perante situações abaixo dos 60 bpm (bradicardia) ou acima dos 100 bpm (taquicardia), com o doente em repouso, esta deve ser melhor investigada. Caso não haja uma razão justificável, o encaminhamento ao médico assistente deve ser considerado (Andrade & Ranali, 2011).

Para avaliar a FC o médico dentista deve colocar as extremidades de dois dedos (médio e indicador) sobre o local, pressionando apenas o suficiente afim de sentir o pulso. De seguida, o médico dentista deve avaliar o volume do pulso como forte (cheio) ou fraco (filiforme); avaliar o ritmo cardíaco, regular ou irregular. Por fim, deve avaliar a frequência cardíaca por minuto (Andrade & Ranali, 2011).

1.2.2 Frequência respiratória (FR)

A determinação da FR pode ser errónea, caso o doente saiba que o médico dentista a irá avaliar. Desta forma, recomenda-se que esta seja monitorizada imediatamente após avaliação da frequência cardíaca, em que o médico dentista deverá manter os dedos sobre o pulso carotídeo ou radial. Mas, em vez de avaliar o número de batimentos cardíacos deverá contar o número de incursões respiratórias por minuto. A FR anormalmente baixa é denominada bradipneia, por sua vez, a FR anormalmente elevada denomina-se taquipneia. O termo dispneia é empregue quando existe dificuldade respiratória, podendo culminar em apneia. A FR para os adultos situa-se entre os 12-20 ciclos respiratórios por minuto e entre os 16-25 ciclos respiratórios no caso das crianças (Andrade & Ranali, 2011).

Na prática da medicina dentária, o aumento da FR pode ser observada em crises de hiperventilação provocadas por quadros de ansiedade. A respiração rápida e profunda (respiração de Kussmal) associada a hálito cetónico, náuseas, vómitos e dor abdominal, pode ser um sinal importante de cetoacidose diabética (Andrade & Ranali, 2011).

1.2.3 Pressão arterial sanguínea (PA)

A pressão arterial é a medição da força exercida pelo sangue contra as paredes do vaso e, tem como referência padrão, o manómetro de mercúrio (Hg) (Quadro 1) (Seeley, Stephens, & Tate, 2011).

“O volume sistólico de expulsão determina a pressão arterial máxima ou sistólica, enquanto as resistências periféricas determinam a pressão arterial mínima ou diastólica,” (Caetano, 1978, p. 133).

A avaliação da PA é feita por meio de uma técnica auscultatória, através do esfigmomanómetro. Atualmente, é crescente o uso de aparelhos semi automáticos, pois têm a vantagem de não sofrer influência do observador, do seu baixo custo e do seu fácil manuseio. O médico dentista deve avaliar a PA com o doente na posição sentada, deixando-o descansar cerca de cinco minutos, num ambiente calmo e com temperatura agradável. O médico dentista deve certificar-se previamente que o doente não tem a bexiga cheia; não tenha praticado exercício físico, ingerido café, bebidas alcoólicas ou fumado nos trinta minutos prévios à avaliação (Andrade & Ranali, 2011).

Assim, para avaliar a pressão arterial, o médico dentista deverá insuflar a braçadeira “(...)sobre a artéria e explorar até que o pulso distal desapareça. Executa-se uma descompressão gradual e regista-se a pressão sistólica quando se começam a ouvir as pulsações arteriais. Depois, as pulsações aumentam de intensidade até que, bruscamente diminuem, altura em que se regista a pressão diastólica.” (Caetano, 1978, pp. 133-134).

Categoria	Tensão arterial Sistólica TAS mmHg	Tensão arterial Diastólica TAD mmHg
Normal	120-129	80-84
Normal alto	130-139	85-89
Hipertensão Estádio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estádio 2	160	100

Quadro 1: Valores tensionais de referência Adaptado de Polónia, Ramalhinho, Martins, & Saavedra (2006)

1.2.4 Glicémia capilar

Antes de qualquer procedimento a um doente diabético, o nível de glicose no sangue deve ser monitorizado. Caso o doente se encontre em hipoglicémia, este deve ingerir um hidrato de carbono de absorção rápida. Por outro lado, se o doente estiver em hiperglicémia deverá ser administrada insulina (Santos & Rumel, 2006).

De acordo com a associação protetora dos diabéticos de Portugal, os valores de referência para a glicémia capilar em jejum são de 70-100mg/dl e de 70-140mg/dl duas horas após a refeição. A avaliação da glicémia capilar pode ser efetuada através da punção com um dispositivo de lanceta, na ponta de um dedo, recolhendo-se uma gota de sangue para um medidor de glicose que irá determinar um valor. (Santos & Rumel, 2006)

1.2.5 Temperatura corporal

A temperatura normal do corpo tem um intervalo que é controlado homeostaticamente no organismo, como nenhuma outra função. A temperatura média do corpo é normalmente considerada de 37°C, quando avaliada na cavidade oral de 37, 6°C, na axila 35,5 a 37°C e de 36-37,5°C no reto (Seeley *et al.*, 2011).

1.3 O “medo” do dentista

Situações de emergência podem ocorrer a qualquer momento e em qualquer lugar, no entanto, algumas situações podem ser mais propícias de ocorrer no consultório dentário, motivado pelos altos níveis de *stress* que estão frequentemente presentes. O medo e a ansiedade de alguns doentes podem desencadear situações de emergência, como a síncope ou a crise de hiperventilação (Malamed, 2006).

Malamed (2003) afirma que o medo do dentista é fonte de aumento de ansiedade, que leva ao *stress* e, conseqüentemente, pode levar a um aumento do número de ocorrências de emergências médicas.

A necessidade de tratamento dentário é ansiogénica para todos os envolvidos. Do ponto de vista do doente, aspetos clínicos, em especial os invasivos, tais como a injeção da anestesia e aspetos relacionados com os instrumentos e comportamento do profissional, podem gerar ansiedade (Possobon, Carrascoza, Moraes, & JR, 2007).

O organismo responde ao *stress* com o aumento da libertação de catecolaminas (epinefrina e norepinefrina), pelas supra-renais, resultando num aumento da frequência cardíaca e da força de contração do miocárdio, com o conseqüente aumento da necessidade de oxigénio (Malamed, 2010).

O doente com sinais de ansiedade pode ser identificado pelo seu comportamento e pela avaliação e reconhecimento de alguns sinais físicos, como a dilatação das pupilas (midríase), palidez cutânea, sudorese intensa, hiperventilação, tremores, tonturas, xerostomia, dificuldade respiratória, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca (Kanegane, Penha, Borsati, & Rocha, 2003).

Franco Arsati *et al.* (2010) salientam que as situações de emergência e urgência caracterizam-se pela necessidade de cuidados num curto espaço de tempo. Estas podem ocorrer antes, durante ou após qualquer tratamento dentário e em qualquer paciente, de forma que o médico dentista deve estar sempre preparado para as identificar e atuar.

Por sua vez, Caputo *et al.* (2010) fazem referência a um maior número de casos relatados durante as intervenções cirúrgicas, logo após o procedimento anestésico ou até mesmo durante este.

Atherton, Pemberton & Thornhil (2000) concluem que a cirurgia oral aparece associada a um maior número de casos de emergência médica do que outros procedimentos dentários. Malamed (1997) atribui esta evidência ao facto da cirurgia oral ser um procedimento dentário que gera altos níveis de *stress* no doente, ao maior número de terapêutica administrada a estes doentes e à própria realização do procedimento cirúrgico, bem como ao maior tempo de consulta.

2 Emergências/ Urgências médicas mais comuns

Andrade & Ranali (2011) afirmam que as urgências/emergências médicas mais comuns, que podem ocorrer no consultório dentário são: síncope, convulsão, reação alérgica, obstrução das vias aéreas, hipoglicemia, emergências cardiovasculares e crises de asma.

Segundo Veiga *et al.* (2012) não existem, em Portugal, dados suficientes sobre as emergências que mais ocorrem nos consultórios dentários, o que dificulta a elaboração de recomendações e protocolos sobre equipamentos e fármacos de emergência essenciais nos consultórios dentários. De acordo com este estudo, as situações de emergência no consultório não são raras, sendo a síncope a mais frequente. Estes autores referem ainda que, a maioria das emergências relatadas não constituem uma situação de risco de vida, tendo apenas sido referido neste estudo uma situação de paragem cardíaca respiratória.

Também Muller, Hansel, Stehr, Weber, & Koch (2008) referem que a síncope é a emergência médica mais frequente nos consultórios dentários e a paragem cardíaca a menos comum.

Apesar das situações de emergência mais críticas como o enfarte agudo do miocárdio e a crise anafilática serem pouco comuns, a mortalidade e a morbidade associada a estas, em comparação com as outras, é significativamente mais grave, de modo que os dentistas devem estar perfeitamente preparados para atuar face às mesmas (Franco Arsati *et al.*, 2010).

Assim, qualquer que seja a emergência, esta não deve ser nunca negligenciada, dado que implica risco de vida para o doente e problemas ético-legais para os profissionais (Haas, 2006) e (Franco Arsati *et al.*, 2010).

De acordo com dados levantados nos EUA durante um período de 10 anos, estes identificam 30.602 situações de emergência. Tais dados demonstram que, em média, é provável a ocorrência de uma emergência por ano em cada consultório dentário, podendo variar de uma simples síncope, até um enfarte fulminante (Sá Del Fiol & Fernandes, 2004).

Também Franco Arsati *et al.* (2010) referem no seu estudo que, 75% dos dentistas inquiridos faz referência a, pelo menos, uma situação de emergência, num espaço de doze meses no consultório dentário.

Muller *et al.* (2008), no estudo que realizaram através da aplicação de 620 questionários a médicos dentistas concluem, que as situações de emergência nos consultórios dentários não são acontecimentos raros, cerca de dois terços dos inquiridos refere a ocorrência de, pelo menos, uma situação de emergência no espaço de 1 ano. Contudo, as situações que implicam risco de vida para o doente são muito menos frequentes.

O quadro 2 descreve as situações de emergência mais comuns no consultório dentário, após uma pesquisa de 4.309 médicos dentistas na América do Norte.

Situação de Emergência	Casos Reportados
Síncope	15,407
Reação alérgica ligeira	2,538
Angina de peito	2,552
Hipotensão ortostática	2,475
Convulsões	1,595
Crise asmática (broncoespasmo)	1,392
Hiperventilação	1,326
Reação alérgica severa	913
Hipoglicémia	890
Paragem cardíaca	331
Reação anafilática	304
Enfarte agudo do miocárdio	289
Sobredosagem de anestesia local	204

Quadro 2: Situações de emergência mais comuns. Fonte: (Malamed S. , Medical Emergencies: Preparation & Management, 2008)

Também segundo Franco Arsati *et al.* (2010), num estudo realizado no Brasil a 498 dentistas brasileiros, a emergência médica mais comum é a pré-síncope (54.20%), seguida da hipotensão ortostática (44.37%), reação alérgica moderada (16,86%), crise hipertensiva (15.06%), asma (15.06%), síncope (12.65%), angina de peito (6,82%), crise convulsiva (6.22%), hipoglicémia (5,62%), hiperventilação (5.22%), obstrução das vias aéreas (2.20%), acidente vascular cerebral (0.8%). A crise anafilática, paragem cardíaca e o enfarte agudo do miocárdio são as emergências médicas mais raras, referidas em apenas 0.2%.

De acordo com Caputo *et al.* (2010), as emergências médicas mais comuns nos consultórios dentários são a lipotímia/síncope e a reação de medo exacerbada à anestesia.

Para Sá Del Fiol e Fernandes (2004), o reconhecimento, diagnóstico e tratamento de uma situação de emergência deve fazer parte do conhecimento técnico do médico dentista, pois perante uma situação de emergência no consultório é ele que tomará as decisões e fará o tratamento necessário, podendo determinar a vida de um doente.

2.1 Descrição e atuação do médico dentista face às Urgências/ Emergência mais comuns

2.1.1 Lipotímia

A lipotímia constitui o primeiro grau de síncope, ocorre uma diminuição da oxigenação cerebral e o doente tem sensação de pré desmaio, existindo raramente perda de consciência. Doentes hipotensos, bradicárdicos e portadores de arritmias cardíacas são mais propensos a ocorrência de lipotímias (Martins & Hubner, 2001).

2.1.2 Síncope

A síncope caracteriza-se pela perda súbita e transitória de consciência, associada à perda de tônus postural, seguida de recuperação espontânea, completa e geralmente rápida. A

síncope é na maioria das vezes benigna e auto limitada, embora possa ser um sinal de uma infinidade de doenças, nomeadamente um sinal premonitório de paragem cardíaca (Brian Olshansky, 2012).

De acordo com Sá Del Fiol & Fernandes (2004), a síncope e a lipotimia estão entre as situações de emergência que mais comumente ocorrem no consultório, desencadeadas normalmente por estímulos visuais (seringas, agulhas, sangue, etc) em doentes ansiosos e inseguros.

Malamed (1993) afirma que a ansiedade e o *stress* do doente faz com que o sangue seja direcionado para os braços e pernas, preparando o corpo para a “luta”, em resposta a um sinal que organismo interpreta como perigo. A ineficiente irrigação cerebral provoca no doente o desmaio.

Os principais sinais e sintomas de síncope são: palidez, hipotensão, taquicardia, visão turva, zumbido, sonolência, pulso lento e fraco e finalmente a inconsciência (Sá Del Fiol & Fernandes, 2004).

Face a situações de lipotimia ou síncope, o médico dentista deverá interromper imediatamente o tratamento, conversar ativamente com o doente, coloca-lo em posição supina com os pés levemente elevados em relação à cabeça, elevando-a para trás, de forma a facilitar a passagem de ar (Andrade & Ranali, 2011).

2.1.3 Hipotensão ortostática

A hipotensão ortostática caracteriza-se por uma associação de sintomas como tontura, vertigem, lipotimia ou síncope que ocorre na transição da posição de deitada para uma postura ereta. (Horacio Kaufmann & Norman M Kaplan, 2013).

É considerada como a segunda maior perda transitória de consciência na prática da medicina dentária. Não é uma doença, mas sim uma manifestação da regulação inadequada da pressão arterial pelo sistema nervoso autónomo, secundária a várias causas. Na maioria das vezes, não está relacionado com o *stress* e não é considerada uma situação grave. A

principal medida preventiva consiste na mudança da posição do doente na cadeira dentária, que deverá ser efetuada de forma lenta e gradual (Andrade & Ranali, 2011).

Desta forma, o médico dentista, diante um doente com hipotensão ortostática, devera tranquilizar o doente, manter as vias aéreas permeáveis, administrar oxigénio, monitorizar os parâmetros vitais e coloca-lo em posição de supina, com as pernas acima do nível do coração. Após a melhoria do quadro hipotensivo, o doente deve ser gradualmente colocado na posição de sentado, esperando alguns minutos antes de se colocar de pé (Monnazzi, Prata, Vieira, Gabrielli, & Carlos, 2001).

2.1.4 Reação alérgica ligeira

Uma reação alérgica é um estado de hipersensibilidade do organismo, provocado por uma exposição primária a um determinado alérgeno (antigénio), cujo contacto posterior pode produzir uma reação exacerbada (Gaujac, et al., 2009). A histamina libertada pelos mastócitos provoca sinais e sintomas clínicos, tais como o prurido, broncospasmo e vasodilatação. As alergias mais comuns e de resposta lenta, como as da pele, não colocam a vida do doente em risco (Malamed, 2008).

As reações alérgicas mais comuns em medicina dentária estão relacionadas com os anestésicos locais, principalmente a lidocaína, analgésicos, anti-inflamatórios e antimicrobianos, em especial a penicilina. Para além destas, o médico dentista deve estar ainda atento a outras substâncias capazes de desencadear reações alérgicas, tais como o monómero das resinas acrílicas ou o latex das luvas. Face a um doente com uma reação alérgica ligeira, a administração de um corticoide ou anti-histamínico pode ser suficiente, sendo que, perante uma situação mais grave podem ser ambos administrados. Caso a situação evolua para um quadro de dificuldade respiratória deverá ser administrada adrenalina (0,3ml) (Gaujac, et al., 2009).

2.1.5 Hipoglicémia

A hipoglicémia é uma emergência médica muito comum no consultório dentário e que se atenua facilmente com a ingestão de açúcar (Malamed, 2008). F John Service (2014) define hipoglicémia como uma concentração anormalmente baixa de glicose no plasma.

A hipoglicémia pode ser resultado da utilização de terapêutica anestésica ou manifestação de doença sistémica. Cabe ao médico dentista o perfeito domínio desta intercorrência, pois a mesma pode levar a um episódio de maior gravidade, como em casos extremos o coma hipoglicémico (Silva, 2006).

Frequentemente o doente com crise hipoglicémica no consultório dentário tem antecedentes de diabetes (tipo I, ou II). Estes devem ingerir alimentos imediatamente após a toma de insulina para evitar a hipoglicemia (Reed, 2010).

Dos sinais e sintomas clássicos, destacam-se a hipotermia, sudorese e a desorientação espaço-temporal (Malamed, 2008).

O tratamento destas situações passa pela suspensão imediata do tratamento, na colocação do doente em posição confortável e pela ingestão de hidratos de carbono de absorção rápida, como açúcar, chocolates ou bebidas açucaradas, isto em doentes conscientes. Perante um doente inconsciente, o tratamento será a administração de glucose a 50% de forma EV, IM ou SC. (Andrade & Ranali, 2011).

2.1.6 Crise de hiperventilação

A crise de hiperventilação caracteriza-se por um aumento do número de ciclos ventilatórios por minuto, resultando em alcalose respiratória. A crise de hiperventilação aparece normalmente associada a crises de pânico (Richard M Schwartzstein & Jeremy Richards, 2012). A asma ou broncoespasmo ocorre quando os músculos que rodeiam os brônquios entram em espasmo. A via aérea torna-se estreita e a respiração torna-se difícil. Um ataque de asma agudo, caso não se consiga reverter, pode ser fatal. Os asmáticos podem ter asma alérgica ou não alérgica e, neste caso, esta pode ser desencadeada por fatores como o *stress* ou a ansiedade. O médico dentista deve questionar o doente sobre alergias e qual o tipo de

broncodilatador que o doente utiliza assim como incentiva-lo a traze-lo sempre (Malamed, 2008).

No caso de um ataque asmático o doente deve ser colocado em posição confortável. O médico dentista deverá providenciar o inalador do doente para que o mesmo administre a sua dose habitual. Dentro de 15 a 30 segundos, os sintomas começarão a desaparecer mas, se necessário, pode repetir-se uma segunda dose ao fim de cinco minutos. Posto isto, se o doente se sentir confortável, para continuar o tratamento, poderá fazê-lo, desde que em mútuo acordo com o médico dentista (Malamed, 2008).

2.1.7 Obstrução das vias aéreas

A passagem de corpos estranhos pela orofaringe, durante o tratamento dentário, constitui um acidente que pode colocar em risco a vida do doente. Dependendo da via seguida, o objeto pode ser deglutido ou aspirado. Na primeira situação, a maioria dos casos passa, sem problemas de maior, pelo trato gastro intestinal. Já os objetos aspirados resultam normalmente em quadros agudos, tais como obstrução das vias aéreas, que podem necessitar de intervenção invasiva para a sua remoção (Silva, Ferreira, Leles, Filho, & Júnior, 2009).

Deste modo, o paciente com reflexo de vômito intacto e via aérea parcialmente obstruída, deverá tentar expelir o objeto através da tosse. Caso não consiga, o médico dentista deverá administrar oxigénio e levar o doente para o hospital mais próximo, a fim de realizar laringoscopia ou broncoscopia. Perante um doente com a via aérea completamente obstruída, deverá ser efetuada a manobra de Heimlich (Anexo 2), que consiste em abordar o doente pelas costas, com uma mão fechada por cima da outra, exercendo pressão abdominal subdiafragmática para cima e para trás. Esta manobra deverá ser realizada até que se obtenha sucesso ou até que o doente perca a consciência. Caso tal aconteça, as pressões abdominais devem ser realizadas como o doente em posição supina. Após cada compressão, o doente deve ser rapidamente virado de lado e o médico dentista deve inspecionar, com o dedo, a cavidade oral, na tentativa de remover qualquer objeto. Caso a obstrução da via aérea seja total, e com o doente inconsciente, deverá iniciar se SBV. Por

último, a traqueotomia de emergência, também chamada de cricotireoidotomia, onde o ligamento cricotróideo, localizado entre as cartilagens cricoide e tiroide, é perfurado e introduzido uma cânula, de forma a permeabilizar as vias áreas superiores (Andrade & Ranali, 2011).

Estes autores salientam que a melhor forma de evitar obstruções da via aérea é a prevenção, que envolvem não só um correto planejamento do procedimento como a adoção de medidas de segurança tais como, o posicionamento do doente na cadeira, o uso de dique e a utilização de fio dentário para segurar objetos e instrumentos.

2.1.8 Convulsão

Uma convulsão é uma contração muscular entrecortada e repetida (espasmo clônico) que se traduz em abalos musculares, acompanhados ou não da perda de conhecimento. Constitui apenas um sintoma de que houve uma descarga neuronal súbita e anômala, que atingiu todo o cérebro ou parte dele (...) pode traduzir-se não só por alterações motoras (convulsões) mas também por alterações sensitivas, sensoriais e psíquicas, o que depende fundamentalmente da área cerebral envolvida. (Caetano, 1978, p. 623).

A convulsão caracteriza-se por uma mudança abrupta no comportamento como consequência de disfunção cerebral (Steven C Schachter, 2013).

Existem vários tipos de convulsão, a febril, a encefalopática, a hipoglicêmica, a intoxicação medicamentosa e a convulsão provocada por tumores. A incorreta administração intravascular de anestésico local poderá provocar um quadro de convulsão poucos minutos após a injeção (Sá Del Fiol & Fernandes, 2004).

Estima-se que cerca de 2 a 3% da população mundial apresente algum tipo de epilepsia, e que cerca de 10 % da população mundial já tenha experimentado alguma crise convulsiva (Sá Del Fiol & Fernandes, 2004).

Face a um doente que convulsiva durante o tratamento dentário, o médico dentista deverá interromper imediatamente o tratamento e afastar qualquer instrumento cortante ou perfurante do raio de ação do doente. Perante esta situação, não deve tentar colocar nenhum

instrumento ou mordedor entre as arcadas, pois o risco de aspiração de fragmentos é grande. Assim, o médico dentista deverá tentar controlar delicadamente os movimentos do doente (principalmente da cabeça). Cessada a convulsão, deve manter o doente em repouso por 5 a 10 minutos, administrar oxigênio e monitorizar os sinais vitais (Andrade & Ranali, 2011)& (Malamed, 2008).

O protocolo para o atendimento num quadro de epilepsia inclui as medidas descritas anteriormente, bem como a administração de benzodiazepinas. O midazolam é preferível ao diazepam, dado que pode ser diluído em água e administrado IM com uma resposta rápida, por sua vez, o diazepam deverá ser administrado de forma EV, o que será certamente difícil num doente em convulsão que não disponha previamente de um acesso venoso (Andrade & Ranali, 2011).

Estes autores salientam ainda que o médico dentista deve previamente saber, através da anamnese, se existe um controle adequado das convulsões, a fim de decidir se o procedimento dentário pode ser realizado com segurança. É de fulcral importância que o médico dentista tenha conhecimento de quais os fatores que podem precipitar uma crise, qual a terapêutica que o doente faz e se existiram recentemente episódios de convulsão.

2.1.9 Acidente vascular cerebral (AVC)

Os acidentes vasculares cerebrais caracterizam-se em dois tipos: lesões obstrutivas (isquémicas), que provocam a lesão do parênquima cerebral por isquemia que conduz à necrose, e os acidentes vasculares cerebrais, por rutura na rede vascular (hemorrágicos), podendo coexistir lesões por laceração do parênquima e lesões devidas ao desvio do eixo anatómico do encéfalo. A hemorragia pode ser devido à rutura de vasos (hipertensão arterial), aneurismas e angiomas. (Caetano, 1978).

Existem vários fatores de risco para a origem do AVC, que podem ser elucidados aquando a realização da anamnese, nomeadamente, hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, hipercolesterolémia, hiperglicémia, obesidade, hábitos tabágicos ou alcoólicos e o uso de contraceptivos orais (Caputo *et al.*, 2010).

Nestas situações, o tratamento dentário é imediatamente interrompido e chamada a assistência médica diferenciada - Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), para, desta forma, ser ativado o sistema *Via Verde AVC* no hospital de referência. Os parâmetros vitais do doente devem ser monitorizados e administrado oxigênio.

2.1.10 Crise hipertensiva

A crise hipertensiva pode manifestar-se através da hemorragia gengival ou nasal, cefaleias, tontura e mal-estar, e até, em casos mais graves, através de encefalopatia hipertensiva, caracterizada por confusão mental, agitação ou estado comatoso superficial, podendo no seu limite originar um acidente vascular cerebral e convulsões. Para além da ansiedade e da dor, a injeção intravenosa acidental de anestésicos locais que contenham vasoconstritores adrenérgicos, podem desencadear crises hipertensivas (Andrade & Ranali, 2011).

O objetivo do tratamento das crises hipertensivas é cessar o dano vascular, a fim de manter a viabilidade dos tecidos. A abordagem inicial passa pela interrupção imediata do tratamento, a colocação do doente em posição confortável, monitorizar sinais vitais e administração oral de anti-hipertensores de ação rápida para reduzir a tensão arterial para níveis aceitáveis. Atualmente preconiza-se o uso de captopril 25mg administrado oralmente, aumentando a dose passados 30 minutos caso não haja resposta favorável, posto isto o doente deve ser encaminhado para o Hospital (Montan, Cogo, Bergamaschi, Volpato, & Andrade, 2007).

2.1.11 Arritmia

“O pulso diz-se arritmico quando os intervalos de tempo entre as várias ondas pulsáteis não são todos iguais “ (Caetano,1978, p. 118).

Uma arritmia é qualquer ritmo que não é o normal na condução do seio auriculoventricular. Um ritmo sinusal normal origina-se a partir do nó sinusal, na porção superior da aurícula

direita, em que o ritmo está regular e as ondas P aparecem normalmente no eletrocardiograma. (Samuel Lévy & Brian Olshansky, 2013).

De um modo geral, as arritmias são acompanhadas por sintomas muitas vezes detetadas no exame físico e pela presença de alterações características na frequência e/ou ritmo cardíaco, no entanto, o diagnóstico só poder ser efetuado através de meios complementares de diagnóstico, nomeadamente o eletrocardiograma. Todavia, a injeção intravenosa acidental pode provocar uma bradicardia reflexa, em resposta ao aumento da pressão arterial provocada pelo vasoconstritor (Andrade & Ranali, 2011).

Perante um doente taquicárdico, o médico dentista deverá interromper o tratamento, verificar o pulso e, caso este seja irregular, encaminhar o doente imediatamente para avaliação médica. Por sua vez, caso o pulso seja regular, deverão ser instituídas manobras de estimulação do tónus vagal, nomeadamente o doente deve expirar o ar de forma forçada, com o nariz e a boca tapadas e a ingestão de um copo de água gelada, provocando um arrefecimento brusco no esófago e estomago. Caso estas manobras sejam eficientes, o médico dentista poderá agora encaminhar o doente para avaliação médica, caso contrário, deverá ser chamado o INEM (Andrade & Ranali, 2011).

2.1.12 Angina de peito

“O termo “angina de peito” designa uma dor torácica de localização retroesternal, de carácter geralmente constritivo, de duração breve mas recidivante e que surge com esforços”. (Caetano, 1978, p. 174).

Angina de peito, é um termo usado quando a dor no peito é atribuível a isquemia do miocárdio, sendo esta, uma das causas mais comuns de dor no peito nos adultos. Estes doentes, para além da dor no peito, experienciam muitas vezes sintomas como falta de ar, sudorese profusa, náuseas e fadiga (Philip J Podrid, 2013).

Num consultório dentário, episódios de angina podem ser provocados por ansiedade ou dor súbita inesperada, provocando ambos aumento do débito cardíaco. Estes acontecimentos

podem ser prevenidos através de uma anestesia local adequada e um correto reconhecimento e gestão da ansiedade e medo do doente (Malamed, 1997).

De acordo com Andrade e Ranali (2011), face a uma crise de angina, o doente deve ser posicionado em posição confortável, com a cadeira de dentista semi inclinada, e administrado oxigênio. Malamed (2008) defende a administração de nitroglicerina sub lingual. O *spray* de nitroglicerina, do kit de urgência, deverá ser utilizada caso o doente tenha deixado a sua medicação em casa ou caso o comprimido esteja fora de validade. Este autor, refere ainda que o tratamento dentário poderá continuar caso o médico dentista e o doente assim o entendam. Todavia, existem situações em que o tratamento dentário tem de ser interrompido e a ajuda especializada (INEM) chamada, nomeadamente em situações em que a dor no peito piora, casos em que o dor não alivia após a toma de duas ou o ou três doses de nitroglicerina em intervalos de 5 minutos, em situações em que a dor alivia, mas volta e, em casos de doentes sem antecedentes cardiovasculares e que experienciam esta dor no peito pela primeira vez (Malamed, 2008).

2.1.13 Enfarte agudo do miocárdio

O enfarte do miocárdio caracteriza-se por uma necrose maciça, sistematizada e, mais ou menos extensa do músculo cardíaco. As suas causas são (...) aterosclerose coronária isquemiante, termina na oclusão dos troncos arteriais que irrigam a zona necrosada. (...) o enfarte do miocárdio é, de um modo geral, a consequência da oclusão súbita de um tronco coronário na maioria das vezes por um processo de trombose aguda (Caetano, 1978, p. 177).

O médico dentista, perante doentes que já tenham sido vítimas de Enfarte agudo do miocárdio (EAM), deverá adotar medidas preventivas: nomeadamente o controle da dor, protocolo de redução de ansiedade, atendimento em ambulatório apenas 6 meses após o episódio de EAM, avaliação de parâmetros vitais antes e durante o procedimento e interrupção do procedimento caso o doente demostre sinais de fadiga (Andrade & Ranali, 2011).

Um doente em (EAM) refere dor forte no peito, com irradiação para o braço esquerdo e mandíbula, palidez, perda de consciência, agitação, sudorese intensa (Monnazzi, *et al.*, 2001).Face a isto, o doente deverá ser posicionado o mais confortável possível, tentar acalmá-lo chamar o INEM, administrar dois a três comprimidos de ácido acetilsalicílico 100 mg, a fim de diminuir a agregação plaquetária e a formação de novos coágulos nas artérias coronárias, administrar oxigênio e monitorizar os sinais vitais. Em caso de paragem cardio respiratória, deve iniciar-se de imediato suporte básico de vida (SBV) (Andrade & Ranali, 2011).

2.1.14 Paragem cardíaca

O ataque cardíaco ou paragem cardíaca, caracteriza-se pela cessação súbita de atividade cardíaca, com colapso hemodinâmico, geralmente devido a taquicardia ventricular ou fibrilhação ventricular. Estes eventos ocorrem principalmente em doentes com doença cardíaca, nomeadamente doença coronária (Gus S Reeder & Harold L Kennedy, 2013).

Inúmeros fatores podem desencadear uma paragem cardíaca, podendo-se destacar os acidentes e complicações das anestésias locais, a obstrução das vias aéreas por corpos estranhos, o atendimento a doentes hipertensos, diabéticos, com cardiopatias ou extremamente ansiosos, para além de reações alérgicas. Contudo, todos estes problemas podem ser minimizados através da realização de uma criteriosa anamnese (Colet, Griza, Fleig, Conci, & Sinégalia, 2011).

Nestas situações, o médico dentista tem de interromper imediatamente o tratamento dentário, avaliar o estado de consciência do doente, pedir ajuda, manter o doente numa superfície dura (no chão ou na cadeira dentária), monitorizar via aérea, chamar o 112 e iniciar SBV com 30 compressões torácicas, alternadas com 2 insuflações até à chegada da ajuda especializada, ou até à recuperação do doente (Valente & Catarino, 2012).

De salientar que é possível realizar massagem cardíaca de forma eficiente com o doente deitado na cadeira dentária (Malamed, 2008).

2.1.15 Reação anafilática

Uma reação anafilática é uma síndrome aguda multisistémico potencialmente letal, resultante da libertação de mediadores da inflamação. Frequentemente, resulta de reações imunológicas provocada por alimentos, fármacos, picada de insetos, etc... (Stephen F Kemp, 2012).

O doente pode, entre outros sinais e sintomas apresentar reações cutâneas, espasmos dos músculos lisos, dificuldade respiratória, choque cardiovascular, cólica, diarreia, palidez, taquicardia, hipotensão, sibilos, rubor e prurido intenso (Monnazzi, *et al.*, 2001).

Aquando uma situação de choque anafilático, o médico dentista deve começar por colocar o doente em decúbito dorsal, com as pernas elevadas e estender a cabeça para permeabilizar a via aérea, ventilar e monitorizar os sinais vitais do doente e, simultaneamente, deverá instruir um segundo “socorrista a chamar o INEM. Posto isto, deverá administrar adrenalina, que em reações ligeiras deverá ser entre 0,1 a 0,3 ml SC ou IM e em reações severas entre 0,1 a 0,5 ml IM ou EV, repetindo a dose a cada 5 a 10 minutos até um máximo de 3 vezes. Nestas situações o transporte para o hospital é recomendado. No caso de paragem cárdio respiratória o médico dentista deverá iniciar o procedimento de suporte básico de vida, considerando a hipótese de cricotireotomia (Andrade & Ranali, 2011) & (Malamed, 2008).

Face ao anteriormente exposto, Malamed (2008) defende que perante uma situação de emergência, a equipa dentária deve ser idealmente constituída por três indivíduos, no mínimo dois. O médico dentista deverá ser o *team leader* e o doente nunca deve ser deixado numa situação de emergência médica sozinho, a menos que seja estritamente necessário. Este autor divide a atuação dos elementos da equipa da seguinte forma:

Indivíduo 1: é o primeiro a presenciar a situação de emergência e pode ser qualquer membro do consultório. Este é ainda o responsável por permanecer junto do doente e por iniciar manobras de SBV, segundo as mais recentes *gued lines*.

Indivíduo 2: é aquele que traz a bala de oxigénio, assim como o *kit* de emergência médica, o mais rápido possível.

Indivíduo 3: de entre todos os demais membros do pessoal do consultório médico dentário. Este deve seguir as ordens do médico dentista durante a emergência, é o responsável por chamar o INEM, bem como por receber a ambulância/viatura de emergência médica no exterior do edifício e por se certificar que o caminho para o consultório está livre (elevadores/corredores). Caso exista outro indivíduo disponível deverá registrar sinais vitais e tomar nota do que está a acontecer.

Este autor salienta ainda que o médico dentista deve saber quando pedir assistência médica e não duvidar fazê-lo é crucial, ou seja, é melhor chamar por ajuda do que utilizar incorretamente o *kit* de emergência médica. Face a uma situação de emergência médica e perante dúvida, o médico dentista deverá pedir imediatamente ajuda diferenciada, antes que seja demasiado tarde.

3 Equipamento de emergência no consultório dentário

Embora muitas das emergências médicas, passíveis de ocorrer no ambiente de um consultório dentário possam ser corretamente solucionadas, sem uso de terapêutica de suporte, o consultório dentário deve ser equipado com *kits* de emergência médica que contenham fármacos e equipamento adequado para atuar em caso de necessidade (Rosenberg, 2010).

De acordo com este autor, todos os consultórios dentários devem possuir um plano de emergência do qual fazem parte o *kit* de fármacos.

Deste modo, toda a equipa do consultório deve estar preparada para atuar numa situação de emergência, assim como o *kit* de emergência deve estar num local de fácil acesso para todos os funcionários, de forma a minimizar riscos/erros no momento de atuar (Malamed, 2008).

No ano de 2001 foi publicado o Decreto-Lei nº 233/2001 de 25 de Agosto (Artigo 26^a), do qual constavam a obrigatoriedade da existência de diversos fármacos de emergência (Quadro 3), nas clínicas e nos consultórios de medicina dentária. Contudo, este decreto-lei foi revogado em Outubro de 2009, tendo sido substituído pela portaria nº 268/2010 de 12 de maio, na qual se verifica que o único equipamento médico de emergência obrigatório, tanto numa clínica como num consultório dentário é um “equipamento de ventilação manual, ”ambu”.

Equipamento de emergência em clínicas dentárias (Adaptado de Decreto- Lei nº 233/2001 de 25 de Agosto)		
Equipamento	Descartáveis	Fármacos
Estetoscópio	Garrote	Soro Fisiológico
Esfigmomanómetro	Seringas de 2 cc, 5cc, 10cc e 20 cc	Lactato de ringer
Aparelho de oxigénio	Agulhas nº 19 e 21	Dextrose a 20%
Ambú	Bisturi	Succinato sódio de prednisolona
Abre bocas helicoidal	Tesoura	Anti hemorrágicos: vitamina K
Tubos de guedel (Mayo)	Compressas esterilizadas	Ácido aminocapróico
Tubos orotraqueais (nº 5 a 8)	Sistema de soros	Diazepam e ou midazolam
Pinça de tração de língua	Luvas cirúrgicas	Adrenalina 0,5 cc 1/1000
Aspirador de vácuo	Gaze gorda	Nitroglicerina
	Suturas	Soluto dérmico desinfetante
	Algodão em rama	Salbutamol – inalador
	Adesivo hipoalérgico	Furosemida injetável
	Cânulas de aspiração	Soluto de bicarbonato de sódio
	Kit de ventimask	

Quadro 3: Equipamento de emergência em clínicas dentárias Fonte: Adaptado de Veiga et al (2012)

Por sua vez, Hass (2006) faz referência a uma serie de fármacos necessários no *kit* de emergência no consultório dentário. Este autor agrupa a terapêutica em dois grupos diferentes, os fármacos de emergência essenciais, e os fármacos aconselháveis (quadro 3/4).

Droga	Indicação	Dose inicial
Oxigênio	Quase todas as situações de emergência	
Epinefrina	Choque anafilático, asma que não responde ao broncodilatador	0,1 mg EV 0,3-0,5 mg IM ou SC
Nitroglicerina	Angina de peito	0,3-0,4 mg – sublingual
Anti-histamínico	Reação alérgica	10-20 mg – EV ou IM
Salbutamol	Broncospasmo, asma	2 puf inalatório
Aspirina	Enfarte do miocárdio	160-325mg

Quadro 4: Fármacos de Emergência essenciais Fonte: Adaptado de (Haas, 2006)

Droga	Indicação	Dose inicial
Glucagon	Hipoglicemia num doente inconsciente	1mg IM, EV ou SC
Atropina	Bradycardia significativa	0,5 mg EV ou IM
Efedrina	Hipotensão significativa	5mg EV ou 10 a 25 mg IM
Hidrocortizona	Insuficiência supra-renal ou choque anafilático	100 Mg EV ou IM
Morfina ou Óxido nitroso	Angina de peito que não responde à nitroglicerina	2mg EV; 5mg IM ~35% Inalatório

Nalaxona	Antídoto de opiáceos	0,1mg IM ou EV
Lorazepam ou midazolam	Crise epilética	4 mg/ 5mg IM ou EV
Flumazenil	Antídoto benzodiazepinas	0,1 mg EV

Quadro 5: Fármacos de Emergência adicionais Fonte: Adaptado de (Haas, 2006)

Por sua vez, Malamed (2008) e Rosenberg (2010) destacam os seguintes fármacos como os essenciais num Kit de emergência médica.

3.1.1 Epinefrina

É o fármaco individual mais importante numa situação de emergência. A sua utilização ocorre, por exemplo, quando surge uma reação anafilática que coloca em risco a vida do doente. A epinefrina deve ser doseada numa concentração de 1:1000 (0,3mg) e deve estar disponível numa seringa pré cheia. Quanto mais rápido for a sua administração, maior será a probabilidade de sobrevivência do doente. Não existem contra indicações para o uso da epinefrina numa reação anafilática. (Malamed, 2008).

Rosenberg (2010), afirma que a Epinefrina é a droga mais importante no Kit de emergência, sendo a droga de escolha para tratamentos cardiovasculares, problemas respiratórios graves e reações alérgicas severas, nomeadamente o ataque anafilático.

3.1.2 Defenidramina

Defenidramina, é um anti-histamínico que se utiliza, fundamentalmente, na reação alérgica que não põe em risco a vida do doente, bem como em reações anafiláticas após a utilização da epinefrina. Não há contra indicações para a administração da defenidramina durante uma emergência médica. (Malamed, 2008).

3.1.3 Oxigénio

O oxigénio é essencial numa situação de emergência médica na qual a hipoxemia pode estar presente. A hipoxemia origina um metabolismo anaeróbio e acidose metabólica, que pode diminuir a eficácia farmacológica em situações de emergência. (Rosenberg, 2010)

Malamed (2008) refere que o oxigénio é o segundo fármaco mais importante numa situação de emergência. O oxigénio deve estar numa bala de aproximadamente 90cm de altura e possuir oxigénio suficiente para dar aporte a um paciente adulto com problemas respiratórios durante 30 minutos. O médico dentista deve assegurar-se de que todos os membros do consultório sabem onde se encontra. A fim de confirmar a quantidade de oxigénio e a validade do mesmo, a bala deverá ser verificada regularmente.

3.1.4 Vasodilatador

A nitroglicerina é o fármaco de escolha para o doente com dor pré cordial e com antecedentes de angina de peito (Rosenberg, 2010)

O doente com angina de peito deverá trazer consigo, sempre, os comprimidos de nitroglicerina (Vasodilatador). Malamed (2008) refere que a nitroglicerina deverá ainda fazer parte do *kit* de emergência sob a forma de spray sub lingual. Contudo, existem duas contra indicações para a administração de nitroglicerina: o doente com dor pré cordial, mas que tenha sinais de hipotensão; e o doente com dor pré cordial, que tenha tomado sildenafil (Viagra) nas 24 horas prévias, tanto o sildenafil como a epinefrina baixam a pressão arterial. Caso o doente tome estes dois fármacos, poderá ficar inconsciente.

3.1.5 Broncodilatador

O broncodilatador é utilizado num ataque asmático agudo. Tal como no doente com angina de peito, também o doente asmático deverá trazer consigo o inalador, bem como a própria medicação para o consultório médico dentário. Ainda assim, o consultório deverá ter um

broncodilador no *kit* de emergência (Salbutamol), que deverá ser utilizado aquando um broncospasmo. (Malamed, 2008).

3.1.6 Glicose

O glucagon, anti hipoglicemiante, faz parte do *kit* de emergência sobre a forma de seringa pré cheia (sub cutânea – *Glucagon*) Em alternativa, o médico dentista, face a uma situação de hipoglicémia, poderá administrar açúcar sub lingual. (Malamed, 2008).

3.1.7 Ácido acetil salicílico

As propriedades antiplaquetárias da aspirina impedem a formação de coágulos. O ácido acetil salicílico deverá ser administrado em doente com dor pré cordial, sugestiva de enfarte do miocárdio. Nesta situação, o doente deve mastigar a aspirina e depois engoli-la (Rosenberg, 2010). No entanto, este fármaco tem como contra indicações o doente alérgico a este fármaco e a administração a doentes com alterações hemorrágica de qualquer tipo, ou em doentes com historial de úlcera gástrica ou péptica (Malamed, 2008).

No que diz respeito aos equipamentos de emergência Hass (2006) faz referência aos descritos no quadro 6:

Equipamentos básicos para situações de emergência	
Esfigmomanómetro	Estetoscópio
Ambu	Máscara facial
Cânulas orofaríngeas	Seringas
Cilindro de oxigénio e acessórios	Material para acesso venoso
Equipamento de sucção	Medidor de glicémia capilar

Quadro 6: Equipamentos Básicos Fonte: Adaptado de (Haas, 2006).

Apesar de não fazer parte do Kit de equipamentos obrigatórios, a possuir no consultório dentário, Malamed (2008) e Rosenberg (2010) aconselham a posse de um desfibrilhador

automático externo (DAE). Este dispositivo permite a monitorização do ritmo cardíaco, indicando ao utilizador como proceder, até uma possível desfibrilhação.

Na gestão de qualquer emergência médica, o papel do dentista começa com a prevenção, por este motivo, toda a equipa do consultório dentário (assistente, rececionista, etc...) deve estar preparada para as possíveis intercorrências médicas (Hass, 2010).

Malamed (1997) defende que o médico dentista, diante de uma emergência médica, tem que saber não só diagnosticá-la, como ainda sustentar a vida do doente, seguindo os protocolos, até à chegada de cuidados médicos especializados.

Para Haas (2010), podem ocorrer emergências médicas sem que o diagnóstico não seja claro. O objetivo mais importante, face a situações de emergências médicas no consultório dentário, é prevenir ou corrigir a oxigenação insuficiente do cérebro e do coração.

De acordo com Hass (2010) e Reed (2010), na maioria das vezes, a gestão de emergências médicas no consultório dentário é limitado a manter os parâmetros vitais do doente até a chegada do INEM.

4 Importância da formação contínua

4.1 Atuação do médico dentista face a situações de urgência/emergência

Embora não seja comum, as situações de emergência médica podem ocorrer na prática da medicina dentária de forma imprevisível, sem obedecer a regras ou padrões definidos. Assim sendo, o médico dentista deve estar preparado para reconhecer e adotar medidas corretas perante situações de emergência, ou seja, é fulcral que este seja treinado para executar manobras de suporte básico de vida, bem como administrar certos fármacos e manusear determinados equipamentos (Andrade & Ranali, 2011).

Para uma atuação eficaz, face a uma situação de emergência, tanto o médico dentista como a sua equipa, devem estar treinados para realizar suporte básico de vida, para uma atuação rápida e correta. O médico dentista deve sentir-se seguro para agir nestas situações bem como deve estar preparado psicologicamente (Caputo *et al.*, 2010).

Muller *et al.* (2008) defende que os médicos dentistas devem participar regularmente em cursos de suporte básico de vida. Estes autores salientam ainda que deveria existir uma padronização de cursos especialmente concebidos para a atividade do médico dentista.

Também Veiga *et al.* (2012) e Hass (2010) salientam a importância da formação no âmbito da emergência médica, através da participação repetida e periódica em cursos de suporte básico e avançado de vida. “ (...) é necessário investir na formação pré e pós graduada na área da emergência (...)” (Veiga *et al.*, 2012, p. 81).

De acordo com um estudo realizado por Franco Arsati *et al* (2010), a 498 médicos dentistas, apenas 41% referiu “sentir-se” capacitado para diagnosticar a causa de uma emergência médica, durante um tratamento dentário. A maioria dos médicos dentistas afirma que tem competência para atuar face a situações de pré síncope, síncope, hipotensão ortostática, engasgamento e convulsão. No entanto, grande parte dos dentistas sentem-se incapazes para tratar situações de choque anafilático, enfarte do miocárdio e paragem cardíaca.

Também de acordo com o estudo de Girdler e Smith (1999), apenas uma minoria dos médicos dentistas se sente perfeitamente habilitados para diagnosticar e atuar numa situação de emergência médica.

Malamed (2000), afirma também que a maioria dos médicos dentistas se sentem capacitados para atuar em situações de pré síncope, síncope, hipotensão ortostática engasgamento ou convulsão. Sendo que cerca de dois terços se classifica como incapaz para atuar em situações de enfarte do miocárdio, paragem cardíaca e reação anafilática.

De acordo com o estudo realizado por Veiga *et al.* (2012), existe em Portugal uma elevada prevalência de emergências médicas durante a prática clínica e uma reduzida capacidade de resposta dos profissionais para estas situações, “A maioria dos médicos dentistas não se sente preparado para lidar com eventuais situações clínicas urgentes.” (Veiga *et al.*, 2012, p. 81).

Também Franco Arsati *et al.* (2010) referem que os médicos dentistas brasileiros não estão completamente preparados para atuar perante situações de emergência médica, bem como têm pouca prática para realizar SBV. De acordo com este autor, cerca de 40% dos médicos dentistas brasileiros não possui formação em SBV e, dos cerca de 60% que a possui, apenas a realizou uma vez, não tendo nunca realizado reciclagem. No que diz respeito ao local onde o curso foi realizado divide-se equitativamente entre o curso de base e cursos extra curriculares.

Caputo *et al.* (2010) concluem no estudo que realizaram a 200 médicos dentistas brasileiros que 56,6% tem formação em suporte básico de vida e que a maioria o realizou, em cursos extracurriculares. Estes autores afirmam que o número de profissionais que se assume capaz de diagnosticar a causa de uma emergência médica é maior naqueles que realizaram SBV, ao passo que a percentagem de profissionais que não se sente capacitado para efetuar um diagnóstico é significativamente maior no grupo que não tem formação em suporte básico de vida.

Estes autores afirmam ainda que os médicos dentistas não estão preparados para socorrer o doente numa possível situação de emergência médica. As manobras necessárias durante uma situação de emergência, exigem rapidez e conhecimentos profundos e, mesmo sendo

um procedimento relativamente simples, ele é realizado sobre altos níveis de *stress* que o profissional tem que saber gerir, para não colocar ainda mais em risco a saúde do doente (Caputo *et al.*, 2010).

Já segundo o estudo de Atherton *et al.* (2000) cerca de 94% dos médicos dentistas da Grã-Bretanha realizou o curso de suporte básico de vida no curso base, bem como cerca de 99% realizou reciclagem do mesmo.

A reciclagem da formação em suporte básico e avançado de vida deve ser efetuado com regularidade, sendo preconizado pela American Heart association (AHA, 2010) uma atualização a cada dois anos.

Já Malamed (2008) defende que a reciclagem do curso de suporte básico de vida deve ser realizada anualmente, por considerar que existe uma diminuição significativa na capacidade técnica a cada seis meses.

Muller *et al.* (2008) considera que os médicos dentistas apresentam pouco “treino” para atuar perante situações de emergência, contudo, estes autores concluem ainda que a atuação do médico dentista, face a situações de emergência, é considerada positiva e que os médicos dentistas têm maior capacidade de atuação perante uma situação de emergência do que aquela que os próprios julgam.

Silva (2006) refere que, a maioria dos médicos dentistas não se sentem capacitados para agir corretamente numa situação de emergência.

Também Santos & Rumel (2006) concluem no estudo que realizaram a médicos dentistas do estado de Santa Catarina, que apenas 23,1 % destes se sentiam preparados para atuar face a situações de emergência.

Franco Arsati *et al.* (2010) no que diz respeito às competências, referem que cerca de 43% dos dentistas classifica-se como competente para realizar suporte básico de vida, no entanto, este dado não deixa de ser algo controverso uma vez que apenas 29% se julga capacitado para atuar face a uma situação de paragem cardíaca. Igualmente Laurent *et al.* (2009), no estudo que realizou a 76 estudantes do último ano do curso de medicina dentária, obteve resultados similares, em que estes não se julgavam capazes de atuar face a uma situação de paragem cardíaca contudo, mais de metade da população deste estudo

considerava-se apta para realizar manobras cardiopulmonares. Tais resultados vão de encontro aos obtidos por Girdler & Smith (1999), em que estudantes ingleses se sentem mais preparados para realizar manobras cardíaco respiratórias do que atuar numa situação de paragem cardíaca.

De acordo com o estudo realizado por Muller *et al.* (2008) a 2998 médicos dentistas, apenas 49% se sente capacitado a realizar manobras de suporte básico de vida.

A quantidade de médicos dentistas que se julga capacitado para realizar manobras cardíaco respiratórias é significativamente maior para aqueles que possuem formação em suporte básico de vida, ao passo que a percentagem que não se sente apto, é expressiva naqueles que não têm formação em suporte básico de vida (Caputo *et al.*, 2010).

Franco Arsati *et al.* (2010) defende que uma possível justificação para falta de conhecimentos e competências para agir em determinadas situações de emergência, prende-se com o facto de não existir uma disciplina obrigatória de emergência médica no curso base de medicina dentária no Brasil (Laurent, *et al.*, 2009).

Laurent *et al.* (2009), concluem que os estudantes de medicina dentária do último ano do curso de base não apresentam competências para atuar face a uma situação paragem cardíaca. Deste modo, é necessário não só incluir no curso base uma unidade curricular de emergência médica, de forma a habilitar os estudantes a realizar manobras de suporte básico de vida, bem como a reciclagem dos conhecimentos durante o curso, para assim formar profissionais competentes a diagnosticar e atuar corretamente perante uma situação de paragem cardíaca.

Queiroga *et al.* (2012) observou, num estudo que realizou a alunos de medicina dentária, que os conhecimentos face a situações de emergência eram baixos. Estes autores ressaltam a importância da preparação dos profissionais e da educação contínua, no que diz respeito à formação em emergência médica, nomeadamente suporte básico de vida.

Colet *et al.* (2011) concluem igualmente que os alunos do curso de medicina dentária não estão adequadamente preparados para lidar com situações de emergência, nomeadamente para realizar SBV. Estes autores sugerem que, para além da formação em SBV, incluída na

formação base, estas técnicas devem ser periodicamente recicladas, num período inferior a um ano.

De salientar que no Instituto Superior de Saúde Egas Moniz existe uma unidade curricular obrigatória, Anestesia Dor e Suporte Básico de Vida com a duração de um semestre e que garante aos estudantes de medicina dentaria formação em suporte básico de vida.

No que concerne à habilidade do médico dentista em realizar determinados procedimentos/técnicas, Franco Arsati *et al.* (2010) inferiu que a maioria dos médicos dentistas julga-se capaz de administrar medicação intramuscular e ou subcutânea, avaliar pulso carotídeo, tensão arterial ou realizar a manobra de Heimlich. No entanto, a maioria revela-se incompetente para administrar medicação endovenosa, também Gridler & Smith (1999) obtiveram dados idênticos no seu estudo.

Igualmente Malamed (2008) refere que a maioria dos médicos dentistas não se sentem confortáveis em administrar terapêutica durante uma situação de emergência.

Muller *et al.* (2008) defende que para além de cursos de emergência médica adequados à realidade do médico dentista, devem ser constituídas malas de emergência médica com material e terapêutica essencial para atuação do médico dentista, face a uma situação de emergência médica. Estes autores concluem ainda que os médicos dentistas sentem-se motivados em apreender, a fim de se sentirem mais habilitados para atuar em situações de emergência.

5 Objetivos:

Identificar os conhecimentos do médico dentista/futuro médico dentista face a uma situação de emergência.

Analisar a capacidade de atuação que o médico dentista / futuro médico dentista têm perante uma situação de emergência.

6 Hipóteses

HIPÓTESE 1 - Os médicos/futuros médicos dentistas têm conhecimentos teóricos atualizados face a situações de emergência.

HIPÓTESE 2 - Os médicos/futuros médicos dentistas têm capacidade de atuação em situações de emergência.

HIPÓTESE 3 - Os médicos/futuros médicos dentistas têm capacidade em realizar procedimentos de emergência.

II. Materiais e métodos

Tendo em conta os objetivos da presente investigação, decidiu-se recolher informação através de um inquérito por questionário.

A opção por um questionário estruturado justifica-se por facilitar a recolha de dados, num curto período de tempo, dado que as questões são apresentadas a toda a população amostral, exatamente com a mesma formulação e ordem, sendo constituído por perguntas fechadas. Justifica-se ainda por ser um processo menos dispendioso que outras técnicas e que permite o anonimato dos inquiridos.

Optou-se por perguntas fechadas, uma vez que estas “(...) facilitam enormemente a anotação no ato de inquirir e o apuramento de resultados (...) proporcionam maior comparabilidade dos dados (...)” (Ferreira, 1999, p. 182) .

Segundo Ferreira (1999), “Toda a pergunta fechada deverá ser construída a partir da análise de conteúdo (...)”. Assim sendo, a totalidade das perguntas introduzidas no questionário foram elaboradas com base numa pesquisa bibliográfica, “para minorar os seus efeitos mais perniciosos (...)” (Ferreira, p. 183, 1999) bem como na adaptação de um teste elaborado por Malamed (2008).

O questionário é composto por duas partes. Uma primeira, onde se faz a caracterização do respondente e a sua própria análise reflexiva face a uma situação de emergência. Uma segunda, onde são efetuadas algumas questões, com o intuito de identificar a atualidade dos conhecimentos e a preparação do médico dentista ou futuro médico dentista face a um possível acontecimento de emergência.

1.2 Amostra

Relativamente aos critérios de seleção da amostra e número de unidades observacionais, pretendeu-se abranger indivíduos a frequentar o curso de Mestrado integrado em Medicina

Dentária no Instituto Superior de Saúde Egas Moniz, que estejam prestes a se tornarem profissionais de saúde e indivíduos já formados e a exercer medicina dentária.

Pretendeu-se deste modo, analisar a capacidade de atuação e a atualidade dos conhecimentos teóricos acerca de situações de emergência nas três variáveis em estudo, médicos dentistas, e alunos do 4º e 5º ano de medicina dentária.

Assim, os critérios definidos para a seleção da amostra são os seguintes:

Indivíduos estudantes de medicina dentária no Instituto Superior de Saúde Egas Moniz.

Indivíduos que exerçam medicina dentária a colaborarem com Instituto Superior de Saúde Egas Moniz.

Foram selecionadas como variáveis estratégicas da amostra, indivíduos a frequentar o 4º e 5º ano de mestrado integrado em medicina dentária para analisar se existem diferenças consoante o nível académico. Incluo ainda na minha amostra médicos dentistas, a colaborar no Instituto Superior de Saúde Egas Moniz, a fim de perceber se a experiência profissional os capacita para uma mais correta atuação perante uma situação de emergência médica

O questionário foi aplicado na clínica do Instituto Superior de Saúde Egas Moniz, durante o período normal de ensino.

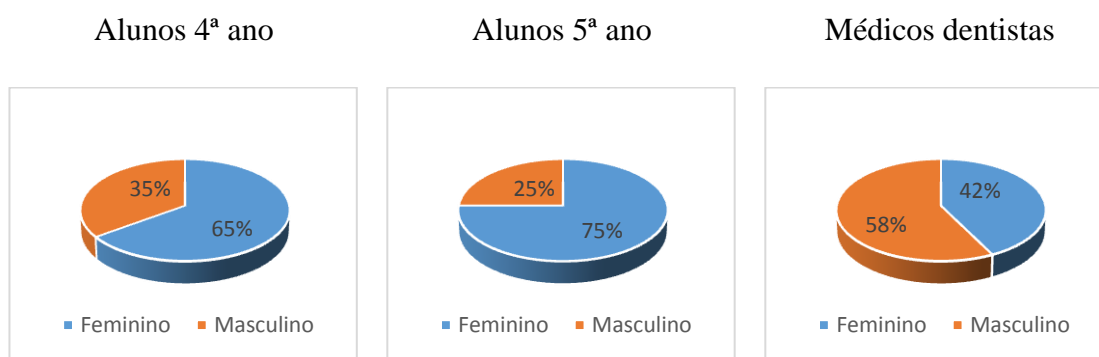
A totalidade de alunos do Instituto Superior de Saúde Egas Moniz, bem como os médicos dentistas que aí colaboram é, seguramente, de elevada dimensão, o que torna impossível estudar a totalidade dos seus elementos. Assim, foi fundamental “escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada” (Fortin, 2000, p. 363).

Deste modo, os questionários analisados foram um total de 120, distribuídos da seguinte forma: 40 alunos do 4º ano, 40 alunos do 5º ano e 40 Médicos dentistas a colaborarem com o Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

1.3 Caracterização da amostra

Para a realização deste estudo, colaboraram na investigação 120 inquiridos, distribuídos da seguinte forma: 40 alunos do 4º ano, 40 alunos do 5º ano e 40 médicos dentistas. A distribuição por género pode ser apreciada no gráfico nº 1. Nos alunos, a maioria é do género feminino, isto é 65,% dos alunos do 4º ano e 75,0% dos alunos do 5º ano. Nos médicos dentistas a proporção de sujeitos do género feminino desce para 42,0%.

Gráfico 1- Género



1.4 Considerações Éticas

Antes da realização da presente investigação, o projeto, bem como o questionário em causa, foi submetido a aprovação da comissão de ética.

III. Resultados

1.1 Parte I do questionário

No que concerne à formação em suporte básico de vida, apenas uma pequena percentagem de 7,5% (n = 9) dos inquiridos indica não possuir formação em suporte básico de vida (Tabela 1).

Tabela 1 - Formação em suporte básico de vida

	Frequência	Percentagem
Sim	111	92,5
Não	9	7,5
Total	120	100,0

Sendo que, a maioria realizou o curso de suporte básico de vida no curso base (76,3%) e 20,2% em cursos extracurriculares (Tabela 2).

Tabela 2 - Onde a realizou?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Curso base	87	72,5	76,3
Especialidade	2	1,7	1,8
Pós-graduação	2	1,7	1,8
Curso extracurricular	23	19,2	20,2
Total	114	95,0	100,0
Omissos	6	5,0	
Total	120	100,0	

Apenas 19,2% indica que já realizou um curso de reciclagem do curso de suporte básico de vida (Tabela 3).

Tabela 3 - Reciclagem em suporte básico de vida

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Sim	23	19,2	19,5
Não	95	79,2	80,5
Total	118	98,3	100,0
Omissos	2	1,7	
Total	120	100,0	

A maioria indica que se sente capacitado para realizar suporte básico de vida (70,0%) e 30,0% indica que não se sente capacitado (Tabela 4).

Tabela 4 - Capacitado para realizar suporte básico de vida

	Frequência	Percentagem
Sim	84	70,0
Não	36	30,0
Total	120	100,0

Questionados sobre quais as situações de emergência médica em que se sentem capacitados para atuar, os inquiridos respondem que se sentem capacitados nas seguintes situações: lipotímia, hipotensão ortostática, reação alérgica ligeira, crise hipertensiva, síncope, convulsão, hipoglicémia e crise de hiperventilação. Maioritariamente não se sentem capacitados nas seguintes: arritmia (52,9%), angina de peito (52,1%), acidente vascular cerebral (74,6%), reação anafilática (57,3%), enfarte agudo do miocárdio (64,4%) e ataque cardíaco (68,4%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Situações de emergência

	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Lipotímia	78	66,1%	40	33,9%
Hipotensão ortostática	102	85,7%	17	14,3%
Reação alérgica ligeira	94	79,7%	24	20,3%
Crise hipertensiva	81	68,6%	37	31,4%
Arritmia	56	47,1%	63	52,9%
Síncope	74	62,2%	45	37,8%
Angina de peito	57	47,9%	62	52,1%
Convulsão	70	59,3%	48	40,7%
Hipoglicémia	114	95,0%	6	5,0%
Crise de hiperventilação	73	61,3%	46	38,7%
Acidente vascular cerebral	30	25,4%	88	74,6%
Reação anafilática	50	42,7%	67	57,3%
Enfarte agudo do miocárdio	42	35,6%	76	64,4%
Ataque cardíaco	37	31,6%	80	68,4%

Já relativamente aos procedimentos, a maioria indica que não consegue administrar injeção endovenosa (74,8%) e avaliar a glicémia capilar (53,8%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Procedimentos

	Sim		Não	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Reanimação cardiorespiratória	95	79,8%	24	20,2%
Administrar injeção intramuscular	67	55,8%	53	44,2%
Administrar injeção subcutânea	73	60,8%	47	39,2%
Administrar injeção endovenosa	30	25,2%	89	74,8%
Palpar pulso carotídeo	116	96,7%	4	3,3%
Avaliar respiração	116	96,7%	4	3,3%
Avaliar tensão arterial	115	95,8%	5	4,2%
Avaliar glicémia capilar	55	46,2%	64	53,8%

Uma proporção bastante elevada indica que sente necessidade de ter formação adicional em emergências (Tabela 7).

Tabela 7 - Sente necessidade de ter formação adicional em emergências?

	Frequência	Percentagem
Sim	114	95,0
Não	6	5,0
Total	120	100,0

1.2 Parte II do questionário

Quando inquiridos sobre a emergência médica mais comum num consultório, 37,0% indicam a síncope, 31,1% a hiperventilação e 28,6% a reação alérgica (Tabela 8).

Tabela 8 - Emergência médica mais comum num consultório dentário

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Hiperventilação	37	30,8	31,1
Síncope	44	36,7	37,0
Angina peito	3	2,5	2,5
Enfarte agudo Miocárdio	1	,8	,8
Reação alérgica	34	28,3	28,6
Total	119	99,2	100,0
Omissos	1	,8	
Total	120	100,0	

Para 61,3%, o mais importante na gestão de uma situação de emergência média é ter uma equipa (dentista, assistente dentário) preparada para situações de emergência (Tabela 9).

Tabela 9 - Gestão de situação de emergência médica

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Aporte de oxigénio	1	,8	,8
Chamar o INEM	12	10,0	10,1
Equipa	73	60,8	61,3
Suporte básico de vida	33	27,5	27,7
Total	119	99,2	100,0
Omissos	1	,8	
Total	120	100,0	

No que concerne ao dispositivo que fornece maior concentração de oxigénio à vítima, 60,7% dos inquiridos, indicam o Ambu com conexão a sistema de oxigénio (Tabela 10).

Tabela 10 - Concentração de oxigénio mais elevada

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Sistema alta pressão oxigénio	26	21,7	22,2
Ambu	15	12,5	12,8
Pocket mask	5	4,2	4,3
Ambu com conexão a sistema de oxigénio	71	59,2	60,7
Total	117	97,5	100,0
Omissos	3	2,5	
Total	120	100,0	

No que diz respeito ao primeiro passo perante um doente consciente que tem dificuldade respiratória, 52,1% dos inquiridos assinalaram posicionar o doente mais confortavelmente e 17,6% administrar ar enriquecido com oxigénio (Tabela 11).

Tabela 11 - Primeiro passo perante um doente consciente com dificuldade respiratória

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Administração ar enriquecido	21	17,5	17,6
Oxigénio 100%	19	15,8	16,0
Posicionar mais confortável	62	51,7	52,1
Posicionar decúbito dorsal	17	14,2	14,3
Total	119	99,2	100,0
Omissos	1	,8	
Total	120	100,0	

Em caso de emergência médica, 72,0% dos inquiridos considera que o INEM deve ser chamado sempre que necessário (Tabela 12).

Tabela 12 - Emergência médica deve ser chamada

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Ausência de pulso	5	4,2	4,2
Apneia	3	2,5	2,5
Sempre que necessário	85	70,8	72,0
Todas as situações	25	20,8	21,2
Total	118	98,3	100,0
Omissos	2	1,7	
Total	120	100,0	

38,4% da amostra considera que o anti-histamínico é administrado através de injeção endovenosa, intramuscular ou subcutânea e 19,6% considera que é o anti-hipoglicemiante (Tabela 13).

Tabela 13 - Qual dos seguintes fármacos é administrado através de uma injeção endovenosa, intramuscular ou subcutânea

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Nitroglicerina	19	15,8	17,0
Broncodilatador	15	12,5	13,4
Anti-Hipoglicemiante	22	18,3	19,6
Anti agregante plaquetário	13	10,8	11,6
Anti-histamínico	43	35,8	38,4
Total	112	93,3	100,0
Omissos	8	6,7	
Total	120	100,0	

Para a maioria (42,7%) o passo mais importante em qualquer situação de emergência é o suporte básico de vida. Cerca de 30,0% considera que é chamar o INEM (Tabela 14).

Tabela 14 - Passo mais importante, sem exceção, em qualquer situação de emergência

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Oxigênio	7	5,8	6,0
Chamar INEM	33	27,5	28,2
Suporte básico de vida	50	41,7	42,7
Nenhuma	27	22,5	23,1
Total	117	97,5	100,0
Omissos	3	2,5	
Total	120	100,0	

Cerca de três quartos dos inquiridos (75,4%) considera que é possível realizar compressões cardíacas eficazes com a vítima deitada na cadeira dentária (Tabela 15).

Tabela 15 – Realizar compressões cardíacas na cadeira dentária

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Sim	29	24,2	24,6
Não	89	74,2	75,4
Total	118	98,3	100,0
Omissos	2	1,7	
Total	120	100,0	

Um pouco mais de metade da amostra dos inquiridos (59,3%) considera que o fármaco mais importante no *kit* de emergência médica é a epinefrina, 23,7% considera que é o oxigênio e 12,7% a nitroglicerina (Tabela 16).

Tabela 16 - fármaco mais importante no *kit* de emergência médica?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Epinefrina	70	58,3	59,3
Aspirina	3	2,5	2,5
Nitroglicerina	15	12,5	12,7
Oxigênio	28	23,3	23,7
Salbutamol	2	1,7	1,7
Total	118	98,3	100,0
Omissos	2	1,7	
Total	120	100,0	

Por ultimo, no que se refere à atitude a tomar perante um doente que “colapsa” no consultório dentário, um pouco mais de metade dos inquiridos selecionou a opção posicionar o doente em decúbito dorsal com os pés elevados e 39,3% escolheram a opção posicionar o doente em trendleburg (Tabela 17).

Tabela 17 - Atitude a tomar perante um doente que colapsa

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Máscara facial	9	7,5	7,7
Posicionar decúbito dorsal	60	50,0	51,3
Amoníaco aromático	2	1,7	1,7
Trendleburg	46	38,3	39,3
Total	117	97,5	100,0
Omissos	3	2,5	
Total	120	100,0	

1.3 Hipóteses

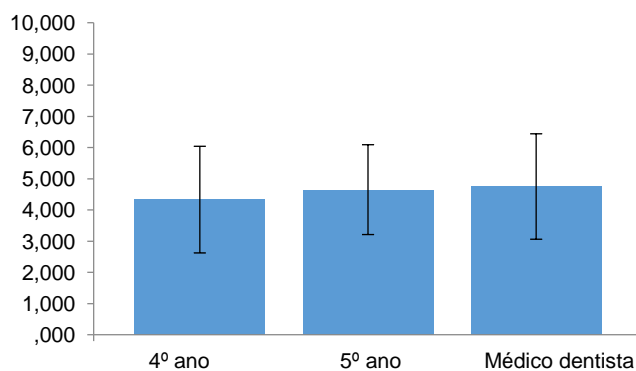
HIPÓTESE 1 - Os médicos/futuros médicos dentistas têm conhecimentos teóricos atualizados face a situações de emergência.

Os médicos dentistas obtêm uma pontuação mais elevada no nível de conhecimentos e os alunos do 4º ano uma pontuação mais baixa (4,75 vs 4,33), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F(2, 117) = 0,752$, $p = ,474$ (Tabela 18/Gráfico 2).

Tabela 18 - Significância das diferenças

	4º ano		5º ano		Médico Dentista		Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Nível de conhecimentos	4,33	1,71	4,65	1,44	4,75	1,69	,474

Gráfico 2 - Nível de conhecimentos



HIPÓTESE 2 - Os médicos/futuros médicos dentistas têm capacidade de atuação em situações de emergência.

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas (Tabela 19):

Tabela 19 - Testes do Qui-quadrado

	Valor	Gl	Sig.
Lipotímia	3,054	2	,217
Hipotensão ortostática	2,269	2	,322
Reação alérgica ligeira	13,67 4	2	,001**
Crise hipertensiva	6,351	2	,042*
Arritmia	10,68 2	2	,005**
Síncope	4,985	2	,083
Angina de peito	10,38 5	2	,006**
Convulsão	4,833	2	,089
Hipoglicémia	3,158	2	,206
Crise de hiperventilação	2,584	2	,275
Acidente vascular cerebral	,881	2	,644
Reacção anafilática	10,28 9	2	,006**
Enfarte agudo do miocárdio	2,232	2	,328
Ataque cardíaco	2,214	2	,331

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$

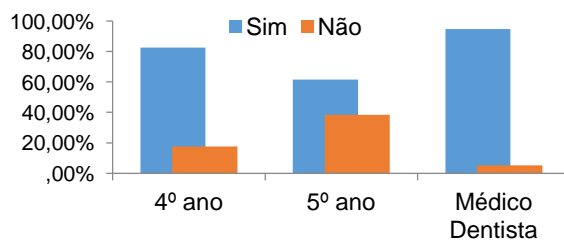
REAÇÃO ALÉRGICA LIGEIRA

Há uma proporção significativamente mais elevada de médicos dentistas a afirmar que se sentem capacitados para atuar em situação de emergência (94,2%) e de alunos do 5º ano a afirmar que não se sentem capacitados (38,5%), $\chi^2 (2) = 13,674$, $p = ,001$ (Tabela 20/ Gráfico 3).

Tabela 20 - Reação alérgica ligeira e situação académica

Reação alérgica ligeira		Situação académica			Total
		4º ano	5º ano	Médico Dentista	
Sim	Frequência	33	24	37	94
	% Reação alérgica ligeira	35,1%	25,5%	39,4%	100,0%
	% Sit. académica	82,5%	61,5%	94,9%	79,7%
	% do total	28,0%	20,3%	31,4%	79,7%
Não	Frequência	7	15	2	24
	% reação alérgica ligeira	29,2%	62,5%	8,3%	100,0%
	% Sit. académica	17,5%	38,5%	5,1%	20,3%
	% do total	5,9%	12,7%	1,7%	20,3%
Total	Frequência	40	39	39	118
	% reacção alérgica ligeira	33,9%	33,1%	33,1%	100,0%
	% Sit. académica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	33,9%	33,1%	33,1%	100,0%

Gráfico 3 - Reação alérgica ligeira



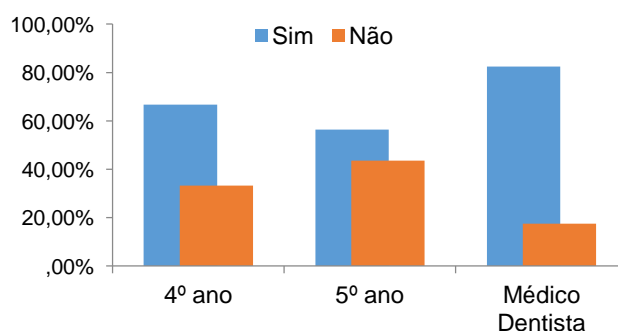
CRISE HIPERTENSIVA

Existe uma proporção significativamente mais elevada de médicos dentistas a afirmar que se sentem capacitados para atuar em situação de emergência (82,5%) e de alunos do 5º ano a afirmar que não se sentem capacitados (43,6%), $\chi^2 (2) = 6,351$, $p = ,042$ (Tabela 21/ Gráfico 4).

Tabela 21 - Crise hipertensiva e situação académica

Crise hipertensiva	Situação académica			Total	
	4º ano	5º ano	Médico Dentista		
Sim	Frequência	26	22	33	81
	% Crise hipertensiva	32,1%	27,2%	40,7%	100,0%
	% Sit. académica	66,7%	56,4%	82,5%	68,6%
	% do total	22,0%	18,6%	28,0%	68,6%
	<hr/>				
Não	Frequência	13	17	7	37
	% Crise hipertensiva	35,1%	45,9%	18,9%	100,0%
	% Sit. académica	33,3%	43,6%	17,5%	31,4%
	% do total	11,0%	14,4%	5,9%	31,4%
	<hr/>				
Total	Frequência	39	39	40	118
	% Crise hipertensiva	33,1%	33,1%	33,9%	100,0%
	% Sit. académica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	33,1%	33,1%	33,9%	100,0%

Gráfico 4 - Crise hipertensiva



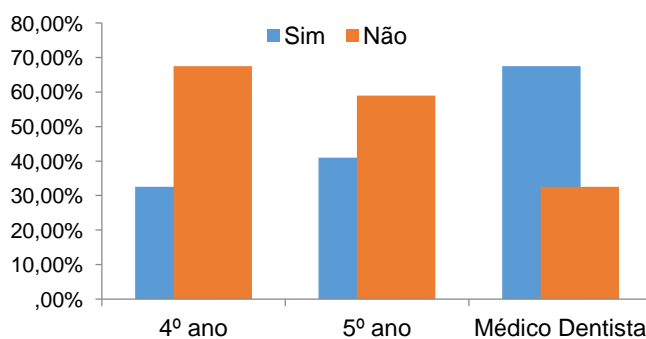
ARRITMIA

Há uma proporção significativamente mais elevada de médicos dentistas a afirmar que se sentem capacitados para atuar em situação de emergência (67,5%) e de alunos do 4º ano a afirmar que não se sentem capacitados (67,5%), $\chi^2 (2) = 10,682$, $p = ,005$ (Tabela 22/ Gráfico 5).

Tabela 22 - Arritmia e situação académica

Arritmia		Situação académica			Total
		4º ano	5º ano	Médico Dentista	
Sim	Frequência	13	16	27	56
	% arritmia	23,2%	28,6%	48,2%	100,0%
	% Sit. académica	32,5%	41,0%	67,5%	47,1%
	% do total	10,9%	13,4%	22,7%	47,1%
Não	Frequência	27	23	13	63
	% arritmia	42,9%	36,5%	20,6%	100,0%
	% Sit. académica	67,5%	59,0%	32,5%	52,9%
	% do total	22,7%	19,3%	10,9%	52,9%
Total	Frequência	40	39	40	119
	% arritmia	33,6%	32,8%	33,6%	100,0%
	% Sit. académica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	33,6%	32,8%	33,6%	100,0%

Gráfico 5 - Arritmia



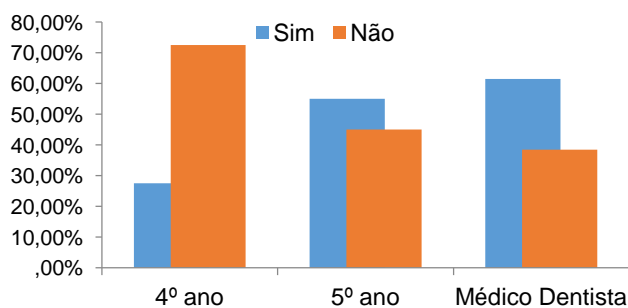
ANGINA DE PEITO

Existe uma proporção significativamente mais elevada de médicos dentistas a afirmar que se sentem capacitados para atuar em situação de emergência (61,5%) e de alunos do 4º ano a afirmar que não se sentem capacitados (72,5%), $\chi^2 (2) = 10,385$, $p = ,006$ (Tabela 23/ Gráfico 6).

Tabela 23 - Angina de peito e situação académica

Angina de peito		Situação académica			Total
		4º ano	5º ano	Médico Dentista	
Sim	Frequência	11	22	24	57
	% angina de peito...	19,3%	38,6%	42,1%	100,0%
	% Sit. académica	27,5%	55,0%	61,5%	47,9%
	% do total	9,2%	18,5%	20,2%	47,9%
Não	Frequência	29	18	15	62
	% angina de peito...	46,8%	29,0%	24,2%	100,0%
	% Sit. académica	72,5%	45,0%	38,5%	52,1%
	% do total	24,4%	15,1%	12,6%	52,1%
Total	Frequência	40	40	39	119
	% angina de peito...	33,6%	33,6%	32,8%	100,0%
	% Sit. académica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	33,6%	33,6%	32,8%	100,0%

Gráfico 6 - Angina de peito



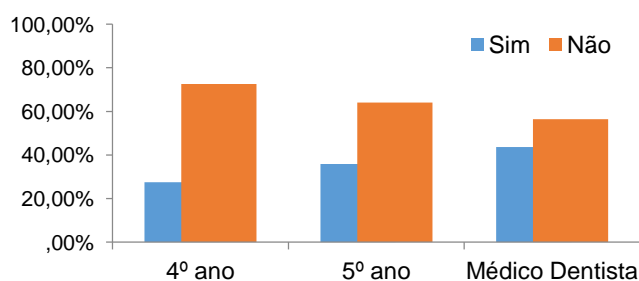
REACÇÃO ANAFILÁTICA

Há uma proporção significativamente mais elevada de médicos dentistas a afirmar que se sentem capacitados para atuar em situação de emergência (43,6%) e de alunos do 5º ano a afirmar que não se sentem capacitados (72,5%), $\chi^2 (2) = 10,289, p = ,006$. (Tabela 24/ Gráfico 7)

Tabela 24 - Reação anafilática e situação académica

Reacção anafilática	Situação académica			Total	
	4º ano	5º ano	Médico Dentista		
Sim	Frequência	11	14	17	42
	% Reação anafilática	26,2%	33,3%	40,5%	100,0%
	% Sit. académica	27,5%	35,9%	43,6%	35,6%
	% do total	9,3%	11,9%	14,4%	35,6%
Não	Frequência	29	25	22	76
	% Reação anafilática	38,2%	32,9%	28,9%	100,0%
	% Sit. académica	72,5%	64,1%	56,4%	64,4%
	% do total	24,6%	21,2%	18,6%	64,4%
Total	Frequência	40	39	39	118
	% Reação anafilática	33,9%	33,1%	33,1%	100,0%
	% Sit. académica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	33,9%	33,1%	33,1%	100,0%

Gráfico 7 - Reação anafilática



HIPÓTESE 3 - Os médicos/futuros médicos dentistas têm capacidade em realizar procedimentos de emergência.

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas (Tabela 25):

Tabela 25 - Testes do Qui-quadrado

	Valor	Gl	Sig.
Reação cardiorespiratória	5,793	2	,055
Administrar injeção intramuscular	24,39 9	2	,000*
Administrar injeção subcutânea	10,56 3	2	,005*
Administrar injeção endovenosa	4,871	2	,088
Palpar pulso carotídeo	3,621	2	,164
Avaliar respiração	3,621	2	,164
Avaliar tensão arterial	5,426	2	,066
Avaliar glicémia capilar	2,475	2	,290

* $p \leq ,05$ ** $p \leq ,01$

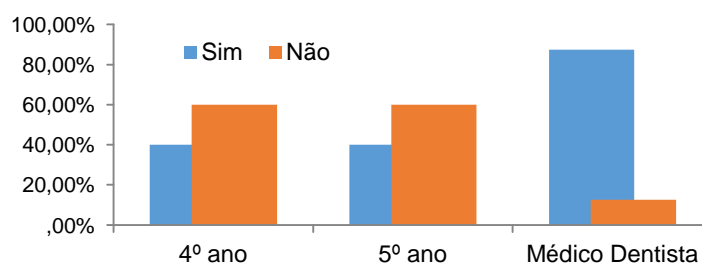
ADMINISTRAR INJEÇÃO INTRAMUSCULAR

Há uma proporção significativamente mais elevada de médicos dentistas a afirmar que se sentem habilitados a administrar injeção intramuscular em situação de emergência (87,5%) e de alunos do 4º e 5º ano a afirmar que não se sentem habilitados (60,0%), $\chi^2 (2) = 24,399$, $p = ,000$ (Tabela 26/ Gráfico 8).

Tabela 26 - Administrar injeção intramuscular e situação acadêmica

Administrar injeção intramuscular		Situação acadêmica			Total
		4º ano	5º ano	Médico Dentista	
Sim	Frequência	16	16	35	67
	% Injeção intramuscular	23,9%	23,9%	52,2%	100,0%
	% Sit. acadêmica	40,0%	40,0%	87,5%	55,8%
	% do total	13,3%	13,3%	29,2%	55,8%
	<hr/>				
Não	Frequência	24	24	5	53
	% Injeção intramuscular	45,3%	45,3%	9,4%	100,0%
	% Sit. acadêmica	60,0%	60,0%	12,5%	44,2%
	% do total	20,0%	20,0%	4,2%	44,2%
	<hr/>				
Total	Frequência	40	40	40	120
	% Injeção intramuscular	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% Sit. acadêmica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%

Gráfico 8- Administrar injeção intramuscular



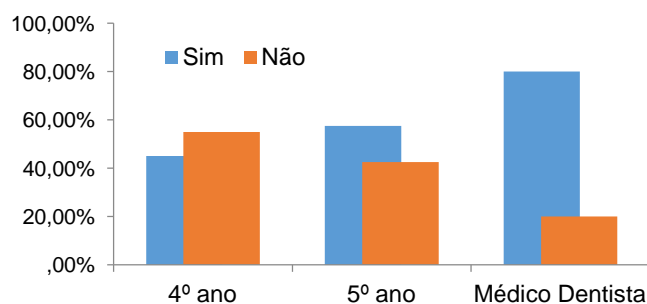
ADMINISTRAR INJEÇÃO SUBCUTÂNEA

Há uma proporção significativamente mais elevada de médicos dentistas a afirmar que se sentem habilitados a administrar injeção subcutânea em situação de emergência (80,0%) e de alunos do 4º ano a afirmar que não se sentem habilitados (55,0%), $\chi^2 (2) = 10,563$, $p = ,005$ (Tabela 27/Gráfico 9).

Tabela 27 - Administrar injeção subcutânea e situação académica

Administrar injeção subcutânea	Situação académica			Total	
	4º ano	5º ano	Médico Dentista		
Sim	Frequência	18	23	32	73
	% Injeção subcutânea	24,7%	31,5%	43,8%	100,0%
	...				
	% Sit. académica	45,0%	57,5%	80,0%	60,8%
	% do total	15,0%	19,2%	26,7%	60,8%
Não	Frequência	22	17	8	47
	% Injeção subcutânea	46,8%	36,2%	17,0%	100,0%
	...				
	% Sit. académica	55,0%	42,5%	20,0%	39,2%
	% do total	18,3%	14,2%	6,7%	39,2%
Total	Frequência	40	40	40	120
	% Injeção subcutânea	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	...				
	% Sit. académica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do total	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%

Gráfico 9- Administrar injeção subcutânea



1.4 Análise estatística

A análise estatística envolveu a utilização de medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância (α) $\leq 0,05$. Para testar a hipótese nº 1 usou-se a Anova One-Way, pois estamos a comparar três grupos e a variável dependente é de tipo quantitativo. Aceitou-se a normalidade de distribuição dos valores, de acordo com o teorema do limite central, dado que as amostras têm dimensão superior a 30. A homogeneidade de variâncias foi analisada com o teste de Levene.

As hipóteses nº 2 e nº 3 foram testadas com o teste do Qui-quadrado, pois estamos a analisar a independência de variáveis qualitativas. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20,0% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado.

Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

IV. Discussão

No que respeita aos resultados obtidos nesta investigação, onde se pretendia identificar a atualização dos conhecimentos do médico dentista/futuro médico dentista, face a uma situação de emergência e analisar a capacidade destes perante a mesma, podemos inferir que, no que concerne à formação em SBV a maioria dos inquiridos, 92,5%, afirma possuir formação (tabela 1). Tais dados vão de encontro aos obtidos no estudo de Stafuzza, Carrara, Oliveira, Santos, & Oliveira (2014) em que 87% dos médicos dentista apresentavam formação em suporte básico de vida. Estes valores são significativamente superiores aos obtidos por Caputo et al. (2010), em que apenas uma discreta maioria (56,6%) possuía formação em suporte básico de vida. Também Franco Arsati *et al* (2010) referem que cerca de 40% dos médicos dentistas brasileiros não possui formação em suporte básico de vida. Igualmente Marks, Van Parys, Coppens, & Herregods (2013) referem que 32,7% dos médicos dentistas Belgas não possuem formação em SBV.

Tais dados, permitem-nos inferir que os indivíduos do estudo estão melhor preparados para lidar com situações de emergência médica, pois tal como refere Malamed (2008), a formação em SBV é o passo mais importante para uma boa preparação e atuação numa emergência médica.

Relativamente ao local onde realizaram o curso de SBV, a maioria dos inquiridos (76,3%) refere o curso de base como o local de formação e apenas 20,2% o efetuaram em cursos extra curriculares (tabela 2). Tais dados vão de encontro aos obtidos por Stafuzza *et al.* (2014), em que 69% dos médicos dentistas realizaram o curso SBV na formação base, e 23% tinha obtido a formação em cursos extracurriculares ou pós graduações. Dados similares foram obtidos por Atherton *et al.* (2000), em que cerca de 94% dos médicos dentistas realizaram a formação em SBV no curso de base, e por Franco Arsati et al. (2010), que apresentam o mesmo resultado em cerca de metade dos indivíduos inquiridos. No entanto, Caputo et al. (2010) afirmam que a maioria dos médicos dentistas com formação em SBV o realizou em cursos extra curriculares.

De acordo com Marks *et al.* (2013) 50% dos dentistas Belgas não possui formação em SBV na formação base.

Com os resultados obtidos, deduz-se que a grande maioria dos inquiridos realizou o curso de SBV na formação base, pois o Instituto Superior de Saúde Egas Moniz (local onde o estudo foi aplicado), possui uma unidade curricular que ministra esta formação aos alunos. Contudo, de acordo com a *American Heart Association* (AHA, 2010) a formação em suporte básico de vida deve ser atualizado a cada dois anos e, neste estudo, o que se inferiu é que apenas 19,2% dos inquiridos fez reciclagem do curso (tabela 3). Resultados similares foram obtidos por Franco Arsati *et al.* (2010) em que 70% dos indivíduos com formação em SBV apenas o tinham realizado uma vez. Tais dados não vão de encontro à reciclagem anual que Malamed (2008) preconiza, pois as manobras necessárias durante uma situação de emergência exigem rapidez e conhecimentos profundos (Caputo *et al.*, 2010), que só serão possíveis se existir uma reciclagem periódica.

Colet, *et al.* (2011) salientam que a formação em SBV, incluída na formação base, não é suficiente a médio/longo prazo. Para estes autores, estas técnicas devem ser periodicamente recicladas, num período inferior a um ano.

Marks *et al.* (2013), destacam que a formação em SBV é fundamental para os médicos dentistas. Estes autores referem ainda que, quanto maior o treino em SBV maior será a autoconfiança para enfrentar e gerir adequadamente uma situação de emergência.

Muller *et al.* (2008) acrescentam ainda que deveria existir uma padronização de cursos especialmente concebidos para a atividade do médico dentista, “ (...) é necessário investir na formação pré e pós graduada na área da emergência (...) “ (Veiga, *et al.*, 2012, p. 81).

A maioria dos indivíduos neste estudo sente-se capacitado para realizar SBV (70%), sendo este dado transversal às três variáveis em estudo (tabela 4). Cerca de 72,5% dos médicos dentistas a colaborarem no Instituto Superior de Saúde Egas Moniz sente-se capacitado para realizar SBV. Estes resultados são significativamente superiores aos obtidos por Franco Arsati (2010), Muller *et al.* (2008) e Stafuzza *et al.* (2014) e em que apenas 43%,

49% e 43% dos médicos dentistas, respetivamente, se classificavam como competentes para realizar SBV.

Por outro lado, Laurent *et al.* (2009) e Girdler & Smith (1999) obtiveram dados similares a estes, no que concerne à preparação dos alunos do curso de medicina dentária. Para estes autores, a maioria dos alunos do curso de medicina dentária sente-se apto para realizar SBV, o que vai de encontro ao obtido neste estudo, 85% dos alunos do 4º ano e 52,5% dos alunos do 5º ano, classifica-se como apto a realizar SBV. Os valores obtidos pelo 4º ano podem justificar-se por a data da aplicação do questionário coincidir com o período de aulas da unidade curricular Anestesia e Suporte Básico de Vida.

Sopka, *et al.* (2012) afirmam que os futuros médicos dentistas devem aprender na formação base a gerir situações de emergência, estes autores salientam ainda que a formação, em SBV durante o curso base, permite alertar os futuros médicos dentistas para a importância na sua prática clínica e contribuir favoravelmente para a confiança em lidar com situações de emergência.

Quando questionados sobre quais as situações de emergência médica em que se sentem capacitados para atuar, os inquiridos responderam que se sentem capacitados nas seguintes situações: lipotimia, hipotensão ortostática, reação alérgica ligeira, crise hipertensiva, síncope, convulsão, hipoglicémia e crise de hiperventilação (tabela 5).

Estes resultados vão de encontro ao que refere Franco Arsati *et al.* (2010), e Malamed (2010), "...a maioria dos médicos dentistas tem competência para atuar face a situações de pré síncope, síncope, hipotensão ortostática, engasgamento e convulsão".

Por outro lado, a maioria da população estudada não se sente capacitada para atuar nas seguintes situações: arritmia (52,9%), angina de peito (52,1%), acidente vascular cerebral (74,6%), reação anafilática (57,3%), enfarte agudo do miocárdio (64,4%) e ataque cardíaco (68,4%) (tabela 5). Também aqui, os resultados obtidos são idênticos aos obtidos por Franco Arsati *et al.* (2010) e Malamed (2010), mencionando que grande parte dos dentistas sentem-se incapazes para tratar situações de choque anafilático, enfarte agudo do miocárdio e paragem cardíaca. Salienta-se o facto de que os médicos dentistas se classificam como

não aptos, predominantemente nas situações que mais colocam em risco a vida do doente, isto é, nas situações em que a postura e atuação deverá ser o mais rápida e eficaz possível, a fim de salvar a vida do doente e/ou evitar complicações futuras, “A maioria dos médicos dentistas não se sente preparado para lidar com eventuais situações clínicas urgentes.” (Veiga *et al.*, 2012, p.81).

Franco Arsati *et al.* (2010) ressaltam que, apesar das situações de emergência mais críticas, como o enfarte agudo do miocárdio e a crise anafilática serem pouco comuns, a mortalidade e a morbidade associada a estas, em comparação com as outras, é significativamente mais grave, de modo que os dentistas devem estar perfeitamente preparados para atuar face às mesmas.

Antes do tratamento do doente, o médico dentista deve avaliar e registrar os sinais vitais (pressão arterial, frequência e ritmo cardíaco e frequência respiratória), estes permitirão inferir sobre o seu estado físico e emocional. A avaliação dos parâmetros vitais poderá determinar se o tratamento proposto pode ser realizado de forma segura em ambulatório. (Malamed, 2010) e Andrade & Ranali (2011) acrescentam ainda que os parâmetros vitais, obtidos na avaliação inicial, poderão servir como base para o diagnóstico diferencial em situações de emergência.

Após a análise dos resultados obtidos, podemos inferir que a população em estudo não sente dificuldades em avaliar os sinais vitais ao doente. Mais de 90% da população em estudo classifica-se como apta em realizar estes procedimentos (tabela 6).

De acordo com Franco Arsati *et al.* (2010) e Gridler & Smith (1999), a maioria dos médicos dentistas julga-se capaz de avaliar pulso carotídeo, tensão arterial, administrar medicação intramuscular e/ou subcutânea ou realizar a manobra de Heimlich.

No estudo realizado podemos inferir dados similares, isto é, a maioria da população estudada sente-se capacitada para administrar terapêutica intramuscular, subcutânea e para realizar reanimação cárdio-respiratória.

Não deixa de ser um contrassenso que 79, 8% da população se revele capacitada para realizar reanimação cárdio-respiratória e que cerca de metade da população, (53,8%) não se

sinta apta a avaliar a glicémia capilar ao doente, que se trata de um procedimento claramente mais simples de realizar (tabela 6).

De acordo com Gridler & Smith (1999); Malamed (2008) e Franco Arsati *et al.* (2010) a maioria dos médicos dentistas sentem-se desconfortáveis em administrar medicação endovenosa. Também neste estudo foram obtidos os mesmos resultados, 74,8% dos inquiridos classifica-se como não apto para a realização desta técnica.

Queiroga *et al.* (2012) afirmam que um maior conhecimento acerca do tratamento de situações de emergência elucida a dificuldade em lidar com estas situações. Por sua vez, o pouco conhecimento, cria a falsa impressão de segurança e autoconfiança, podendo criar complicações no ato de emergência. Em termos práticos, tal facto poderá levar à formação de profissionais negligentes, imprudentes ou imperitos.

Neste sentido, podemos inferir que os indivíduos do estudo têm a noção da importância da formação contínua e que não descaram a necessidade de mais conhecimentos sobre emergências médicas, pois 95% da população revela a necessidade de formação adicional na área da emergência médica (tabela 7).

De acordo com Muller *et al.* (2008), os médicos dentistas sentem-se motivados em aprender, a fim de se sentirem mais aptos para atuar em situações de emergência.

Também Sopka, *et al.*(2012) afirmam que os médicos dentistas, após questionados sobre as suas competências em lidar com situações de emergência, sentem-se mais motivados em realizar formação adicional, de modo a aumentar a confiança e competência para gerir estas situações.

Porém, estes dados são de certa forma um contrassenso, dado que apenas 19,2% realizou reciclagem do curso de SBV (tabela 3).

Hass (2010) e Rosenberg (2010) revelam que a realização anual de cursos de formação contínua e simulações de emergência no consultório dentário contribuem favoravelmente para uma resposta rápida e eficaz face a situações de emergência.

A segunda parte do questionário, constituía uma adaptação do teste aplicado por Malamed (2008) no curso de emergências médicas, no consultório dentário - gestão e preparação.

O médico dentista deve estar preparado para intervir em episódios de emergência médica, reconhecer e diagnosticar o que está a ocorrer ao doente ou em que situações estão mais predispostos a acontecer, pois quanto mais célere for a atuação do médico dentista melhores serão as possibilidades de o doente recuperar sem sequelas (Caputo, *et al.*, 2010).

Deste modo, esta parte do questionário tinha como objetivo avaliar a capacidade de atuação da população em estudo face a uma situação de emergência médica, através da análise dos conhecimentos dos inquiridos, nomeadamente qual a emergência médica que tem mais probabilidade de ocorrer no consultório dentário, a noção da importância extrema do conhecimento do algoritmo do SBV, bem como quais os fármacos e equipamentos essenciais na gestão de uma emergência médica.

De acordo com um estudo elaborado em Portugal por Veiga *et al* (2012), as situações de emergência no consultório não são raras, sendo a síncope a mais frequente.

Também Sá Del Fiol & Fernandes (2004), Malamed; Muller *et al.* (2008) e Caputo *et al.* (2010) referenciam a síncope como a emergência médica mais comum no consultório dentário.

No que diz respeito a esta questão, avaliando os resultados obtidos neste estudo, podemos inferir que os sujeitos do estudo não possuíam uma noção muito clara de qual a emergência médica mais comum, apenas 37,0% indicaram a síncope, dividindo-se as restantes respostas entre a hiperventilação (31,1%) e a reação alérgica (28,6%) (tabela 8).

Rosenberg (2010) salienta que o médico dentista deve estar preparado para diagnosticar correta e atempadamente situações de emergência comuns, como é o caso de uma síncope ou uma crise de hiperventilação.

Malamed (2008) refere que, sem margem para dúvida, a formação em suporte básico de vida é o mais importante para lidar com sucesso uma situação de emergência médica. Também Caputo *et al.* (2010) referem que a formação em suporte básico de vida é imprescindível.

No que concerne a esta questão, a maioria da população estudada (61,3%), assinalou a equipa do consultório (Médico dentista, higienista, assistente dentária) preparada para lidar com situações de emergência, como o mais importante na gestão de uma situação de emergência médica (tabela 9).

De facto, para uma atuação eficaz, perante uma situação de emergência, tanto o médico dentista como a sua equipa, devem estar treinados para realizar suporte básico de vida, para uma atuação rápida e correta (Caputo *et al.*, 2010).

Também Queiroga *et al.* (2012) defendem que a equipa auxiliar deve estar treinada em qualquer situação de emergência médica. Ou seja, todos devem ter um conhecimento profundo do algoritmo de SBV, de modo que todos saibam como agir em equipa, sem gerar ainda mais *stress* e confusão, numa situação por si só angustiante e complicada. De modo que, Malamed (2008), considera como o mais importante na gestão de uma situação de emergência médica o suporte básico de vida.

O oxigénio é essencial numa situação de emergência médica na qual a hipoxémia pode estar presente. A hipoxémia origina um metabolismo anaeróbio e acidose metabólica, que pode diminuir a eficácia farmacológica em situações de emergência (Rosenberg, 2010).

Segundo Malamed (2008), o oxigénio é o segundo fármaco mais importante numa situação de emergência. Sendo que a *Pocket mask* fornece à vítima uma concentração de Oxigénio de 16%, o ambú de 21% e o ambú com conexão a sistema de oxigénio de 100%.

Também Rosenberg (2010) afirma que o melhor e mais eficiente método de ventilação, com elevadas concentrações de oxigénio ao doente, é o ambu com conexão a sistema de oxigénio.

Relativamente a esta questão a maioria da população do estudo, 60,7%, assinalou a opção

correta (tabela 10).

É fundamental, em situações de emergência, que o médico dentista mantenha a calma, para não comprometer ainda mais uma situação por si só já complicada. O médico dentista deve estar preparado, não só para diagnosticar uma situação de emergência, definir prioridades, assim como identificar a necessidade de atendimento médico especializado (Caputo *et al.*, 2010).

Na prática da medicina dentária, o aumento da FR pode ser observada em crises de hiperventilação provocadas por quadros de ansiedade (Andrade & Ranali, 2011).

Malamed (2008), refere que no caso de uma crise asmática o doente deve ser colocado em posição confortável; este autor acrescenta ainda que perante pacientes conscientes a posição de eleição é aquela que é mais cômoda para o paciente.

No que diz respeito a esta questão 52,1% assinalou a opção correta, “posicionar o doente mais confortavelmente” (tabela 11).

Os médicos dentistas devem estar treinados e certificados em suporte básico de vida, ainda assim, em qualquer situação de emergência médica, o médico dentista não deve negligenciar a chamada do INEM (Queiroga *et al.*, 2012).

Relativamente a este ponto, a maioria dos inquiridos, 72,0% assinala chamar o INEM sempre que o médico considere necessário (tabela 12), tais resultados vão de encontro ao que Malamed (2008) defende, face a uma situação de emergência médica e perante dúvida, o médico dentista deverá pedir imediatamente ajuda diferenciada, antes que seja demasiado tarde.

No que concerne a, qual o medicamento que pode ser administrado pela via intramuscular, endovenosa e subcutânea, apenas 19,6% consideram a opção correta, antihipoglicemiante

(tabela 13). De salientar que 38,4% consideraram o anti-histamínico, contudo este fármaco não pode ser administrado pela via sub cutânea.

Malamed (1997) defende que o médico dentista, diante de uma emergência médica, tem que saber não só diagnosticá-la como ainda sustentar a vida do doente, seguindo os protocolos, até à chegada de cuidados médicos especializados.

Para a maioria dos inquiridos (42,7%), o passo mais importante em qualquer situação de emergência é o suporte básico de vida, sendo que cerca de 30,0% considera que é a chamada do INEM (tabela 14).

Apesar da ajuda especializada poder ser essencial para o sucesso na gestão de uma emergência médica, até à chegada desta, é essencial que o médico dentista esteja habilitado para manter os parâmetros vitais do doente e a oxigenação adequada do cérebro e coração, de forma que o passo mais importante em qualquer emergência médica é a realização de um correto SBV.

De acordo com Hass (2010) e Reed (2010), na maioria das vezes a gestão de emergências médicas no consultório dentário é limitado a manter os parâmetros vitais do doente até a chegada do INEM.

Malamed (2008) ressalva que é possível realizar massagem cardíaca de forma eficiente com o doente deitado na cadeira dentária. Cerca de três quartos dos inquiridos (75,4%) assinalaram esta opção (tabela 15).

Relativamente a qual o fármaco mais importante no *Kit* de emergência médica, um pouco mais de metade da amostra dos inquiridos assinalou a resposta correta, Epinefrina (tabela 16). De acordo com Malamed (2008), este é o fármaco individual mais importante numa situação de emergência. Este autor afirma ainda que a epinefrina deve estar disponível numa seringa pré cheia, pois quanto mais rápido for a sua administração, maior será a probabilidade de sobrevivência do doente.

Também Rosenberg (2010), afirma que a Epinefrina é a droga mais importante no Kit de emergência, sendo a droga de escolha para tratamentos cardiovasculares, problemas respiratórios graves e reações alérgicas severas, nomeadamente o ataque anafilático.

No que se refere à atitude a tomar perante um doente que “colapsa” no consultório dentário, um pouco mais de metade dos inquiridos selecionou a opção posicionar o doente em decúbito dorsal com os pés elevados (tabela 17); tais resultados vão de encontro ao que Malamed (2008) defende, os pacientes inconscientes devem ser posicionados em decúbito dorsal no chão, com os pés ligeiramente elevados.

Monnazzi *et al.* (2001) defendem a colocação do doente em posição supina, com as pernas acima do nível do coração.

Também Andrade e Ranali (2012) referem que, quando um doente “colapsa” no consultório dentário, o médico dentista deve começar por colocar o doente em decúbito dorsal com as pernas elevadas.

Relativamente à **hipótese 1** de estudo - Os médicos/futuros médicos dentistas têm conhecimentos teóricos atualizados face a situações de emergência - podemos afirmar que não existem diferenças expressivamente estatísticas entre as três variáveis em estudo, alunos do 4º ano, alunos do 5ºano e médicos dentistas. Apesar dos médicos dentistas apresentarem um número mais elevado de respostas certas e o 4º ano um total de menos respostas certas, esta diferença não é significativa a nível estatístico.

De salientar que, num total de 10 questões, a média de respostas certas nos médicos dentistas foi de 4,75, 4,65 para os alunos do 5º ano e de 4,33 para os do 4º ano. Através da análise destes dados, podemos inferir que existem algumas lacunas na atualização de conhecimentos relativos a situações de emergência, nomeadamente a nível farmacológico, qual a droga de eleição numa situação de emergência e quais as formas de administração possíveis ao nível dos diferentes fármacos. Também, através da análise dos resultados, parece não existir uma clara noção da importância do conhecimento profundo do algoritmo de SBV na gestão de uma situação de emergência.

Estes dados parecem ir de encontro aos obtidos por Queiroga *et al.* (2012) e Colet *et al.* (2011), em que o conhecimento dos alunos de medicina dentária, face a situações de emergência, eram baixos. Estes autores ressaltam a importância da preparação dos profissionais e da educação contínua, no que diz respeito à formação em emergência médica, nomeadamente suporte básico de vida. Colet *et al.* (2011) acrescentam ainda que, estas técnicas devem ser periodicamente recicladas, num período inferior a um ano.

Também Muller *et al.* (2008) e Gridler & Smith (1999) defendem que os médicos dentistas devem participar regularmente em cursos de suporte básico de vida, especialmente concebidos para a atividade do médico dentista, de forma a manter a atualização contínua de conhecimentos, a fim de estarem bem preparados para atuar em possíveis situações emergentes no consultório dentário.

De facto, a formação contínua e a reciclagem periódica do curso de SBV aparecem como a solução para colmatar as lacunas existentes ao nível da atualidade dos conhecimentos sobre emergências médicas, isto aplica-se, não só durante o curso, como também posteriormente já como médicos dentistas “ (...) é necessário investir na formação pré e pós graduada na área da emergência (...) “ (Veiga *et al.*, 2012, p. 81). Só assim é possível existirem médicos dentistas instruídos e atualizados, bem como formar profissionais competentes a diagnosticar e atuar corretamente perante uma situação de emergência.

Após a análise dos resultados obtidos neste estudo, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as três variáveis em estudo, no que concerne à **hipótese 2**. Os médicos/futuros médicos dentistas têm capacidade de atuação em situações de emergência, - nomeadamente na capacidade de atuação nas seguintes situações: reação alérgica ligeira, crise hipertensiva e reação anafilática. No que diz respeito a estas, os médicos dentistas classificam-se maioritariamente como aptos, ao passo que os alunos do 5º ano são os que maioritariamente não se classificam como aptos para lidar com estas situações. De salientar que, a reação anafilática foi a emergência médica que obteve uma proporção mais elevada de médicos dentistas a afirmarem que se sentem aptos a atuar e, simultaneamente, uma proporção mais elevada de alunos do 5º ano a não se classificarem como capacitados para lidar com esta emergência (72,5%).

Por outro lado, as situações de arritmia e angina de peito foram as que os alunos do 4º ano, maioritariamente, não se classificaram como aptos a atuar. Mais uma vez, os médicos dentistas classificaram-se como competentes para agir na sua maioria.

Através da análise destes resultados poderemos dizer que os médicos dentistas sentem-se mais à vontade para lidarem com possíveis situações emergentes no consultório dentário. Isto poderá justificar-se pela maior experiência profissional, que de certa forma os habilita a lidarem com tais situações, bem como ao possível sentimento de insegurança que os alunos possam sentir, motivada pela sua inexperiência.

De salientar ainda que, os alunos do 4º ano revelam-se mais aptos para atuar nas situações de reação alérgica ligeira, crise hipertensiva e reação anafilática, comparativamente com os do 5º ano. Inversamente, nas situações de arritmia e angina de peito, o 5º ano aparece como mais apto a atuar do que o 4º ano.

O facto de os alunos admitirem não estarem preparados para lidar com tais situações, ressalta a noção que os próprios têm as suas fragilidades e impulsiona-los na procura de mais conhecimentos e competências, tornando se, este facto, uma mais-valia da realização deste estudo.

Queiroga *et al.* (2012) dizem que um conhecimento maior acerca de situações de emergência mostra a dificuldade em lidar com tais situações. O pouco conhecimento pode criar a falsa impressão de segurança e autoconfiança, podendo levar à formação de futuros médicos dentistas imprudentes e/ou negligentes e ainda proporcionar complicações durante uma intercorrência.

Muller *et al.* (2008) defende que a atuação do médico dentista, face a situações de emergência, é considerada positiva e que os médicos dentistas têm maior capacidade de atuação perante uma situação de emergência do que aquela que os próprios julgam.

Para Sá Del Fiol e Fernandes (2004), o reconhecimento, diagnóstico e tratamento de uma situação de emergência deve fazer parte do conhecimento técnico do médico dentista, pois perante uma situação de emergência no consultório é ele que tomará as decisões e fará o tratamento necessário, podendo determinar a vida de um doente.

Posto isto, poderá afirmar-se que a hipótese 2, se verifica nas situações de emergência de lipotimia, hipotensão ortostática, reação alérgica ligeira, crise hipertensiva, síncope,

convulsão, hipoglicemia e crise de hiperventilação e não se verifica para as situações de arritmia, angina de peito, acidente vascular cerebral, reação anafilática, enfarte agudo do miocárdio e ataque cardíaco.

No que diz respeito à **hipótese 3** - Os médicos/futuros médicos dentistas têm capacidade em realizar procedimentos de emergência - apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas três variáveis em estudo, ao nível da administração IM e SC, em ambas, houve uma proporção mais elevada de médicos dentistas a afirmarem-se habilitados em realizar o procedimento.

Para a injeção intramuscular, tanto os alunos do 4º ano como os do 5º não se classificam na sua maioria como aptos, já no que diz respeito à injeção subcutânea, são predominantemente os do 4º ano que não se classificam como habilitados.

Mais uma vez, uma possível justificação para as diferenças encontradas pode residir numa maior maturidade e experiência dos médicos dentistas para realizar estes procedimentos. O deficiente contacto dos alunos do curso de medicina dentária com estas técnicas poderá justificar a insegurança revelada pelos mesmos. Caputo *et al.* (2012) defendem a criação de disciplinas que permitam ao aluno o contacto com estes procedimentos, de modo a ensiná-lo a lidar com estas situações. De acordo com Stafuzza *et al.* (2014) os médicos dentistas aquando o termino da formação base, não se encontram perfeitamente capacitados para lidarem com situações de emergência medica no consultório dentário.

Destaca-se novamente a formação, adaptada à realidade do médico dentista, como a forma de colmatar estas falhas. De acordo com Muller *et al.* (2008), deveriam existir cursos de emergência médica adequados à realidade do médico dentista, bem como criadas salas de emergência médica com material e terapêutica essencial para a atuação do médico dentista em situações de emergência.

De salientar que no Instituto Superior de Saúde Egas Moniz existe uma Unidade Curricular, Anestesia Dor e Suporte Básico de Vida, que confere competências aos alunos para lidar com possíveis situações emergentes em consultório e, nomeadamente, em realizar SBV.

Stafuzza *et al.* (2014) salientam que os médicos dentistas devem investir em formação especializada, a fim de se desmontarem qualificados e competentes na gestão de situações de emergência médica. Também Colet *et al.* (2011) sugerem que, tanto os alunos de medicina dentária como os médicos dentistas devem continuamente fazer formação, não apenas teoricamente, mas também prática, de forma a estarem aptos para atuar perante uma eventualidade.

Por fim, podemos afirmar também que a hipótese 3 se verifica, pois, na sua maioria, os médicos dentistas e futuros médicos dentistas classificam-se como aptos para realizar procedimentos de emergência.

V. Conclusão

Este trabalho teve como objetivos identificar a atualidade dos conhecimentos e perceber a capacidade de atuação dos médicos dentistas e futuros médicos dentistas face a situações de emergência. Esta investigação teve ainda como desígnio alertar para a necessidade da formação especializada e atualizada do médico dentista em situações de emergência, bem como esclarecer algumas das situações emergentes mais comuns no consultório dentário e atuação face às mesmas.

A análise cuidada dos questionários permitiu-nos atingir os objetivos previamente delineados e chegar a algumas considerações pertinentes, face ao objeto de estudo determinado.

Com a realização deste estudo, podemos inferir que os médicos dentistas não estão perfeitamente preparados para lidar com uma situação de emergência. Existem, não só falhas ao nível dos conhecimentos, como é perceptível algum grau de insegurança em realizar determinados procedimentos médicos necessários em situações de emergência, especialmente ao nível dos alunos, tanto os do 4º como os do 5º ano. Resultados similares foram obtidos na maioria dos estudos realizados sobre esta temática. Estas lacunas poderão ser superadas com a realização periódica de cursos de SBV e de formação especializada em emergências médicas.

A amostra em estudo possuía maioritariamente formação em SBV (92,5%). Infelizmente, pela análise dos resultados, pode-se constatar que apenas uma minoria realizou reciclagem do SBV, tais dados permitem deduzir que o *stress* provocado por uma situação emergente, associada a insegurança e falta de prática, poderão não resultar na atuação mais eficaz para o doente.

Por outro lado, é notório, após a análise dos resultados, a consciência por parte da amostra da necessidade de realizar periodicamente formação em emergência, o que não deixa de ser contraditório, visto apenas uma minoria admitir ter realizado reciclagem do curso de SBV, ainda assim, a maioria afirma sentir-se apta para realizar SBV.

No que diz respeito à capacidade de atuar perante emergências médicas, a variável em estudo, que se classifica maioritariamente como apta para atuar, transversalmente a todas as situações, são os médicos dentistas. No entanto, no que diz respeito às situações de angina de peito, acidente vascular cerebral, reação anafilática, enfarte agudo do miocárdio e ataque cardíaco, a amostra estudada não se classifica globalmente como apta.

Também, no que diz respeito à realização de determinados procedimentos, os médicos dentistas são os que, na sua maioria, se classificam como aptos, ainda assim, a administração de terapêutica endovenosa aparece como o procedimento em que a maioria dos indivíduos não se classifica como apto.

De referir ainda que, a adaptação do questionário de Malamed (2008) poderá, em determinadas questões, ser de certa forma dúbia, levando o inquirido a responder erradamente. No entanto, após a análise destes resultados, podemos inferir que existem algumas lacunas nos conhecimentos relativos a quais as situações de emergência mais comuns, qual a droga de eleição numa situação de emergência e quais as formas de administração possíveis ao nível dos diferentes fármacos.

Ainda assim, podemos concluir que os profissionais formados no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, possuem formação em SBV, sentem-se motivados para a necessidade de mais formação em emergências médicas e compreendem a importância do conhecimento do algoritmo de SBV na gestão de uma emergência médica.

Também através dos resultados obtidos, podemos dizer que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a atualidade dos conhecimentos dos alunos do 4º e 5º anos e os médicos dentistas a colaborarem no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, ou seja, a hipótese 1 é aceite.

No que diz respeito às hipóteses de estudo 2 e 3, o mesmo não se verifica, pois para determinadas situações e procedimentos de emergência, a amostra estudada não se revela na sua totalidade apta, ainda assim salienta-se que, tanto para a hipótese 2 como para a hipótese 3, a maioria dos inquiridos revela-se competente para a maioria das situações e procedimentos de emergência.

A realização deste trabalho permite-nos concluir que as emergências médicas não são situações raras na prática da medicina dentária e que os profissionais devem estar inteiramente idóneos para lidar com elas. Reconhecer uma emergência médica e atuar corretamente, constitui o passo primordial para a redução da mortalidade e morbidade.

Em tempo, ambiciona-se a realização de um simulacro durante o período normal de funcionamento da clínica, a fim de observar *in loco* a atuação dos médicos/ futuros médicos dentistas face a uma possível situação de emergência.

VI. Bibliografia

- AHA. (2010). *Destques das Directrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE*. Dalas, Texas: American Heart Association - Guidelines CPR ECG.
- American Society Anesthesiologists. (2014). *Relative Value Guide Package*. ASA Associate General Counsel.
- Andrade, E., & Ranali, J. (2011). *Emergências Médicas em Odontologia* (3 ed.). São Paulo: Artes médicas.
- Atherton, G., Pemberton, M., & Thornhil, M. (2000). Medical emergencies: the experience of staff of a UK dental Teaching hospital. *Br. Dent J*, 188, pp. 320-324.
- Brian Olshansky, M. (15 de Junho de 2012). *Evaluation of syncope in adults*. Obtido de UpToDate: http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-syncope-in-adults?source=search_result&search=sincope&selectedTitle=1%7E150
- Caetano, M. (1978). *Temas de Introdução à clinica*. Lisboa: Lab. Merck Sharp & Dohme.
- Caputo, I., Bazzo, G., Silva, R., & Júnior, E. (jul/set de 2010). Vidas em Risco:Emergências Médicas em Consultório Odontológico. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*, 10, pp. 51-58.
- Colet, D., Griza, G., Fleig, C., Conci, R., & Sinégalia, A. (jan/abr de 2011). Acadêmicos e profissionais da odontologia estão preparados para salvar vidas? *RFO, Passo Fundo*, 16, pp. 25-29.
- F John Service, M. P. (17 de Mar de 2014). *Hypoglycemia in adults without diabetes mellitus: Diagnostic approach*. Obtido de UpTpDate: <http://www.uptodate.com/contents/hypoglycemia-in-adults-without-diabetes-mellitus->
- Ferreira, V. (1999). O inquérito por Questionário na construção de dados Sociológicos. In A. Silva, & J. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franco Arsati, A., & al, e. (June de 2010). Brazilian Dentist's Attitudes About Medical Emergencies During Dental Treatment. *Journal of Dental Education*, 74, 661-666.
- Gaujac, C., Oliveira, A., Barreto, F., Salgado, L., Oliveira, M., & Girão, R. (Set-Dez de 2009). Reações Alérgicas Medicamentosas no Consultório Odontológico. *Rev. de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 21, pp. 268-276.
- Gridler, N., & Smith, D. (1999). Prevalence of emergency events in British Dentis. *Resuscitation*, 41, pp. 159-167.

- Gus S Reeder, M., & Harold L Kennedy, M. (24 de Out de 2013). *Criteria for the diagnosis of acute myocardial infarction*. Obtido de UpToDate: http://www.uptodate.com/contents/criteria-for-the-diagnosis-of-acute-myocardial-infarction?source=search_result&search=ataque+cardiaco&selectedTitle=2%7E150
- Haas, D. (2006). Management of Medical Emergencies in the Dental Office: Conditions in Each Country, the Extent of Treatment by The Dentist. *American Dental Society Of Anesthesiology*, 53, pp. 20-24.
- Hass, D. (March de 2010). Preparing Dental Office Staff Members for Emergencies: Developing a Basic Action Plan. *The Journal of the American Dental Association*, 141, pp. 8S-13S.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário (2º ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Horacio Kaufmann, M., & Norman M Kaplan, M. (18 de Setembro de 2013). *Mechanisms, causes, and evaluation of orthostatic hypotension*. Obtido de UpToDate: http://www.uptodate.com/contents/mechanisms-causes-and-evaluation-of-orthostatic-hypotension?source=search_result&search=HIPOTENSAO+ORTOSTATICA&selectedTitle=1%7E150
- Kanegane, K., Penha, S., Borsati, M., & Rocha, R. (2003). Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Rev. Saúde Pública*, 37, pp. 786-792.
- Laurent, F., Augustin, P., Nabet, C., Ackers, S., Zamaroczy, D., & Maman, L. (2009). Managing a cardiac arrest: evaluation of final-year predoctoral dental students. *Journal Dent Educ*, 73, pp. 211-217.
- Malamed, S. (1993). Managing medical emergencies. *The journal of the American Of the Dental Association*, 124, 40-53.
- Malamed, S. (1997). Back to Basic: emergency medicine in dentistry. *Journal of the California Dental Association*, 25, pp. 288-294.
- Malamed, S. (2000). *Medical emergencies in the dental office (5 ed.)*. St. Louis: Mosby.
- Malamed, S. (Out. de 2003). Emergency medicine in pediatric dentistry: preparation and management. *Journal of the California Dental Association*, 31, pp. 749-755.
- Malamed, S. (jan de 2006). Sedation and Safety:26 years of prespective. *Alpha Omegan*, 99, pp. 70-74.
- Malamed, S. (2008). *Medical Emergencies: Preparation & Management*. California: Metlife.
- Malamed, S. (May de 2010). Knowing your patients. *The Journal of the American of the Dental Association*, 141, pp. 01-07.

- Marks, L., Van Parys, C., Coppens, M., & Herregods, L. (Dec de 2013). *Awareness of dental practitioners to cope with a medical emergency: a survey in Belgium*. Obtido de PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24716245/>
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3º ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, K., & Hubner, V. (2001). Urgência e Emergência no tratamento Odontológico. *Nova UNIG*.
- Monnazzi, M., Prata, D., Vieira, E., Gabrielli, M., & Carlos, É. (Jan/FEV/mar de 2001). Emergências e Urgências Médicas. Como Proceder? *RGO*, 49, pp. 7-11.
- Montan, M., Cogo, K., Bergamaschi, C., Volpato, M., & Andrade, E. (Abri/Jun de 2007). Mortalidade relacionada ao uso de anestésicos Locais em Odontologia. *RGO, Porto Alegre*, 55, pp. 197-202.
- Muller, M., Hansel, M., Stehr, S., Weber, S., & Koch, T. (2008). A statewide survey of medical emergency management in dental practices: incidence of emergencies and training experience. *Emerg Med J*, 25, pp. 296-300.
- Philip J Podrid, M. F. (20 de Dez de 2013). *Angina pectoris: Chest pain caused by myocardial ischemia*. Obtido de UpToDate: http://www.uptodate.com/contents/angina-pectoris-chest-pain-caused-by-myocardial-ischemia?source=search_result&search=angina+de+peito&selectedTitle=1%7E150
- Pignateli, C. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Polónia, J., Ramalinho, V., Martins, L., & Saavedra, J. (Junho de 2006). Normas sobre deteção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial da sociedade Portuguesa de hipertensão. *Rev. Port. Cardiol*, 25, pp. 649-660.
- Possobon, R., Carrascoza, K., Moraes, A., & JR, Á. (set/dez de 2007). O Tratamento Odontológico como Gerador de Ansiedade. *Psicologia em Estudo*, 12, pp. 609-616.
- Queiroga, T., Gomes, R., Novaes, M., Marques, J., Santos, K., & Gempel, R. (jan/mar de 2012). Situações de emergências médicas em consultório odontológico. Avaliação das tomadas de decisões. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*, 12, pp. 115-122.
- Reed, K. (May de 2010). Basic Management of medical emergencies: Recognizing a patient's distress. *Journal of The American Dental Association*, 141, pp. 20S-24S.
- Richard M Schwartzstein, M., & Jeremy Richards, M. M. (4 de Jun de 2012). *Hyperventilation syndrome*. Obtido de UpToDate: http://www.uptodate.com/contents/hyperventilation-syndrome?source=search_result&search=hiperventila%C3%A7%C3%A3o&selectedTitle=1%7E150

- Rosenberg, M. (May de 2010). Preparing for medical emergencies: The essential drugs and equipment for the dental office. *Journal of the American Dental Association*, 141, pp. 14S-19S.
- Sá Del Fiol, F., & Fernandes, A. (out-nov de 2004). Emergências médicas em consultório odontológico. *Rev ABO nac*, 12, pp. 314-318.
- Santos, J., & Rumel, D. (Nov de 2006). Medical Emergencies in dental practice in the state of Santa Catarina: occurrence, equipments and drugs, professional expertise, and training of the clinicians. *Ciêñ Saúde Colectiva*, 11, pp. 183-190.
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2011). *Anatomia e Fisiologia* (8 ed.). Lisboa: Lusodidática.
- Silva, E. (out-dez de 2006). Alunos formados e profissionais de Odontologia estão capacitados para reconhecerem situações de emergência médica e utilizarem protocolos de atendimento? *Arq. Odontol*, 42, pp. 277-287.
- Silva, R., Ferreira, G., Leles, j., Filho, L., & Júnior, E. (jul/set de 2009). Passagem de corpos estranhos pela orofaringe durante tratamento odontológico: abordagem clínica e odontolegal. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*, pp. 55-61.
- Sopka, S., Biermann, H., Druener, S., Skorning, M., Knops, A., Fitzner, C., Beckers, S. (9 de Feb de 2012). *Practical Skills training influences Knowlwdgw and attitude of dental students towards emergency medical care*. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/22783844/>
- Stafuzza, T. C., Carrara, C., Oliveira, F. V., Santos, C. F., & Oliveira, T. M. (18 de Agosto de 2014). Evaluation of the dentists' knowledge on medical urgency and emergency. *Brazilian Oral Research*, 28. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000100240&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Stephen F Kemp, M. (26 de Abril de 2012). *Pathophysiology of anaphylaxis*. Obtido de UpTpDate: http://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-of-anaphylaxis?source=search_result&search=rea%C3%A7%C3%A3o+anafilatica&selectedTitle=2%7E150
- Steven C Schachter, M. (25 de Set de 2013). *Evaluation of the first seizure in adults*. Obtido de UpToDate: http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-first-seizure-in-adults?source=search_result&search=convuls%C3%A3o&selectedTitle=1%7E150
- Valente, M., & Catarino, R. (2012). *Suporte Básico de Vida* (1 ed.). INEM.
- Veiga, D., Oliveira, R., & Carvalho, M. (janeiro de 2012). Emergências médicas em medicina dentária:prevalência e experiencia dos m+edicos dentsitas. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 53, pp. 77-82.

VII. Anexos

Anexo 1 – Gued Lines de Emergências médicas

De acordo com Malamed (2008), o médico dentista deve cumprir o protocolo **PABCD** perante situações de emergências médicas, no consultório dentário.

Pacientes conscientes:

Qualquer que seja a posição mais cómoda para o paciente, esta será a posição de eleição (P). Se a pessoa está a respirar ou a falar, então a via respiratória está aberta/livre, e o coração está a bater.

Quando o paciente consciente fala, avalia-se a via aérea (A), a respiração (B), o pulso (C),

P. Posição de eleição do paciente

A. Via aérea

B. Respiração

C. Pulso

D. Cuidados definitivos

Pacientes inconscientes:

Os pacientes inconscientes devem ser posicionados em dorsal no chão, com os pés ligeiramente elevados. A razão mais comum para a perda de consciência, é a hipotensão.

Nesta mesma posição, o coração e o cérebro do paciente estão paralelos ao solo, aumentando o aporte de oxigénio ao cérebro, conseguindo desta forma uma eficaz troca de gases inspiratórios e expiratórios. Jamais se deve colocar a cabeça de uma pessoa inconsciente abaixo do coração, se não vamos causar o efeito contrário.

Na avaliação da via aérea (**A**), o passo seguinte é criticamente importante. Nos pacientes inconscientes os músculos relaxam, incluindo a língua, que “cai” para trás através da gravidade e causa uma obstrução parcial ou total da via aérea.

O método mais eficaz é colocar-se atrás da vítima, com a mão sobre a testa, fazendo hiper extensão do pescoço, e a outra mão sobre o mento fazendo pressão para baixo e para fora, para desta forma a língua “voltar” a uma posição anatômica dentro da cavidade oral.

O passo seguinte é certificar-se que o paciente está a respirar (**B**) – expirar e inspirar.

Enquanto se mantém a cabeça inclinada/pescoço em hiper extensão, coloca-se o ouvido a cerca de 3 cm de distância da boca e nariz do paciente, enquanto se observa o tórax do paciente para ver se ele está a inspirar e a expirar. Este é um passo muito importante: a via aérea pode estar obstruída, mesmo assim, o paciente tentaria mexer o tórax e respirar. É necessário sentir e ouvir a respiração do paciente. Se se sentir o ar a sair da boca e nariz do paciente é sinal que está a respirar, logo a via aérea está permeável. Caso contrário, teremos de fornecer oxigénio através de insuflações completas (AMBU) para fazer chegar o mesmo aos pulmões, e conseqüentemente aos tecidos.

Avaliar o pulso (**C**) é o passo seguinte. Palpar o pulso carotídeo durante 10 segundos, para ver se o sangue chega ao cérebro. Caso o pulso não seja palpável, deve – se iniciar compressões cardíacas, com as duas mãos sobre o apêndice xifóideo, com ciclos de 30 compressões, alternadas com 2 ventilações a um ritmo de 100 compressões por minuto.

O último passo são os cuidados definitivos (**D**). **P**, **A**, **B**, e **C** são o suporte básico de vida. Os cuidados definitivos são a etapa em que se poderá diagnosticar o problema. Se se puder fazer um diagnóstico no consultório e tratá-lo farmacologicamente, então dever-se-á fazer. Caso não seja possível, não hesitar em chamar o *Instituto Nacional de Emergência Médica*.

Anexo 2 – Protocolo de Emergência em caso de engasgamento

PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA EM CASO DE ENGASGAMENTO

1 PASSO 1

- Avalie se a pessoa consegue falar ou tossir.
- Se não, telefone para o 112.
- Siga com o passo 2.

2 PASSO 2

- Avise a pessoa que tentará desengasgá-la.
- Coloque-se por trás da vítima e incline levemente o seu tronco para a frente.
- Aplique até 5 pancadas secas com a base de uma mão, no meio das costas, entre as omoplatas.
- Se o engasgamento persistir siga para o passo 3.

3 PASSO 3

- Coloque-se atrás da vítima e envolva os seus braços à volta do abdômen.
- (Se os seus braços não conseguem envolver completamente a vítima, passe imediatamente para os procedimentos no chão).
- Feche o punho de uma das mãos, com o polegar virado para o abdômen e agarre o punho fechado com a outra mão.

4 PASSO 4 | MANOBRA DE HEIMLICH

- Comprima a área superior do abdômen com um aperto forte e rápido para dentro e para cima. Assegure-se que a força é realizada sem apertar a grade costal.
- Repita até 5 vezes o procedimento até que o objeto se solte e seja expelido. A compressão do tórax pode em alternativa ser realizada se a pessoa for significativamente obesa ou estiver nos últimos meses de gravidez.
- Alternar a manobra de Heimlich com as pancadas nas costas enquanto a vítima se mantiver consciente.
- Se as manobras não forem bem sucedidas e a vítima perder a consciência, siga para o passo 5.

5 PASSO 5

Quando não é possível envolver a vítima com os braços, ou a mesma esteja inconsciente:

- Deite a vítima de costas numa superfície plana, coloque-se sobre ela com os joelhos ao nível da anca. Coloque as suas mãos abertas uma sobre a outra.
- A palma da mão aberta deve estar pousada na zona superior do abdômen abaixo da grade costal e acima da anca.
- Use o seu peso para pressionar a zona superior do abdômen fazendo uma pressão forte e rápida para dentro e para cima.

NOTAS IMPORTANTES

- Se as manobras de desobstrução da via aérea não forem bem sucedidas e a vítima apresenta sinais de paragem cardio-respiratória, inicie **SUORTE BÁSICO DE VIDA**.
- Abra a boca da pessoa para verificar se o objeto está visível e modo ser removido.

PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA EM CASO DE INALAÇÃO OU INGESTÃO DE OBJETOS NO CONSULTÓRIO DENTÁRIO

INALAÇÃO INGESTÃO

ACIDENTE ACIDENTE

MANTER O ACIDENTE EM POSIÇÃO SUPINA

VAS AÉREAS COMPROMETIDAS

LIGAR PARA O 112

FECHAR A PESSOA PARA TOSSIR

OBJETO NÃO RETIRADO E MAN-OBRA INEFETIVA

REALIZAR A MANOBRA DE HEIMLICH

OBJETO RETIRADO - CONFIRMAR QUE A PESSOA ESTÁ BEM

INICIAR SUPORTE BÁSICO DE VIDA

ACOMPANHAR A PESSOA AO HOSPITAL PARA OBSERVAÇÃO CLÍNICA IMBIOLOGICA

VAS AÉREAS NÃO COMPROMETIDAS

VERIFICAR A BOCA E ÁREAS ADJACENTES

OBJETO PARCIALMENTE ENFIADO OBJETO NÃO ENFIADO

MANTER VAS AÉREAS SECURITIZADAS RETIRAR/IDENTIFICAR O OBJETO

CONFIRMAR QUE A PESSOA ESTÁ BEM

ACOMPANHAR A PESSOA AO HOSPITAL PARA OBSERVAÇÃO CLÍNICA IMBIOLOGICA

IDENTIFICAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DO OBJETO

REMOÇÃO CIRURGICA POR ENDOSCOPIA NECESSARIO PARA A MANEIRA DOS PREJUIZOS

MONITORAR PESSOA DEPENDENDO DURANTE DUAS SEMANAS

PROMOVER REMOÇÃO CIRURGICA POR ENDOSCOPIA

MONITORAR PESSOA POR DUAS SEMANAS, EXAMINAR AS FIZES

OBJETO NÃO EXPULSO OBJETO EXPULSO

EXAME IMBIOLOGICO IDENTIFICAR O OBJETO CONFIRMAR QUE A PESSOA ESTÁ BEM

OBJETO PRESENTE OBJETO DESAPARECIDO - AVALIAR SE QUE O OBJETO FOI EXPULSO CONFIRMAR QUE O DOENTE ESTÁ BEM

www.smd.pt

Anexo 3 – Consentimento Informado

Monte de Caparica, 27 de Junho de 2014

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Unidade Curricular de Orientação tutorial de Projeto Final do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Prof^a Doutora Catarina Godinho e da Co- Orientação do Prof^o Doutor José João Mendes, solicita-se autorização para a participação no estudo “ Emergências médicas no consultório dentário – Análise dos conhecimentos e atuação do Médico Dentista e futuro Médico Dentista”, a aplicar a Médicos Dentistas e estudantes de Medicina Dentária do 4^o e 5^o ano, com o objetivo de identificar a atualidade dos conhecimentos do médico e futuro médico dentista face a situações de emergência e analisar as suas capacidade de atuação perante estas.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 4 - Questionário

PARTE I

Preencha o seguinte questionário assinalando com um X a opção escolhida

1. Sexo

A. Feminino

B. Masculino

2. Qual a sua situação académica?

A. Aluno de 4º ano

B. Aluno de 5º ano

C. Docente

D. Médico Dentista

3. Tem formação em suporte básico de vida?

A. Sim

B. Não

4. Onde realizou o curso de suporte básico de vida?

A. No curso base

B. Especialidade

C. Pós-graduação

D. Curso extracurricular

5. Já realizou reciclagem do curso de suporte básico de vida?

A. Sim

B. Não

6. Sente-se capacitado para realizar suporte básico de vida?

A. Sim

B. Não

7. Perante as seguintes situações de emergência médica assinale com um X consoante se sintas ou não capacitado para “atuar”

Situação de Emergência	Sim	Não
Lipotímia		
Hipotensão ortostática		
Reação alérgica ligeira		
Crise hipertensiva		
Arritmia		
Síncope		
Angina de peito		
Convulsão		
Hipoglicémia		
Crise de hiperventilação		
Acidente vascular cerebral		
Reação anafilática		
Enfarte agudo do miocárdio		
Ataque cardíaco		

8. Perante os seguintes procedimentos assinale com um X consoante se sintas ou não habilitado em realizá-las.

Técnica	Sim	Não
Reanimação cardiorespiratória		
Administrar uma injeção intramuscular		

Administrar uma injeção subcutânea		
Administrar uma injeção endovenosa		
Palpar pulso carotídeo		
Avaliar respiração		
Avaliar tensão arterial		
Avaliar glicémia capilar		

9. Sente necessidade de ter formação adicional em emergências?

A. Sim

B. Não

PARTE II

Adaptado de : Malamed, S. Medical Emergencies: Preparation e Managment: Metlife, 2008, California, p.8

10. Qual a emergência médica mais comum num consultório dentário?

A. Hiperventilação

B. Síncope

C. Angina de peito

D. Enfarte agudo do miocárdio

E. Reação alérgica ligeira

11. Qual dos seguintes lhe parece ser mais importante na gestão de uma situação de emergência médica?

A. Aporte de Oxigénio

B. Chamar o INEM

C. Equipa (dentista, assistente dentário) preparado para situações de emergência

D. Suporte básico de vida

12. Quais dos seguintes dispositivos fornece uma concentração de oxigénio mais elevada à vítima?

A. Sistema de alta pressão de oxigénio

B. Ventilação boca a boca

C. Ambu

D. Pocket mask

E. Ambu com conexão a sistema de oxigénio

13. O primeiro passo perante um doente consciente que tem dificuldade respiratória é:

A. Administração de ar enriquecido com oxigénio

B. Administração de oxigénio a 100%

C. Posicionar o doente mais confortável

D. Posicionar o doente em decúbito dorsal com as pernas ligeiramente elevadas

14. A emergência médica (INEM) deve ser chamada:

A. Apenas na ausência de pulso

B. Quando o doente está em apneia

C. Sempre que considere necessário

D. Assim que possível, em todas as situações de emergência médica

15. Qual dos seguintes fármacos é administrado através de uma injeção endovenosa, intramuscular ou subcutânea?

A. Nitroglicerina

B. Broncodilatador

C. Anti-hipoglicemiante

D. Anti agregante plaquetário

E. Anti-histamínico

16. O passo mais importante em qualquer situação de emergência, sem exceção, é:

A. Administração de oxigénio

B. Chamar a emergência médica (INEM)

C. Administração de amoníaco aromático

D. Suporte básico de vida.

E. Nenhuma das anteriores

17. É possível realizar compressões cardíacas eficazes com a vítima deitada na cadeira dentária?

A. Sim

B. Não

18. Qual dos seguintes fármacos é o mais importante no kit de emergência médica?

A. Epinefrina

B. Aspirina

C. Nitroglicerina

D. Oxigénio

E. Salbutamol

19. A primeira atitude a tomar perante um doente que “colapsa” no consultório dentário é:

A. Administração de oxigénio por máscara facial

B. Posicionar o doente em decúbito dorsal com os pés elevados

C. Administração de amoníaco aromático

D. Posicionar o doente em trendleburg

E. Administração de oxigénio por óculos nasais

Anexo 5 – Parecer da Comissão de ética



6

Ex.ma Senhora
Vânia Oliveira


Monte de Caparica, 26 de junho de
2014

Ex.ma
Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu a apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado “Emergências Médicas no consultório dentário — Análise dos conhecimentos e atuação do médico e futuro médico dentista”, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores
cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

c.c. — Prof. Doutor José João
Mendes