

# CONDUTA DO CIRURGIÃO DENTISTA FRENTE A UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Conduct of the dentist surgeon in relation to a cardiorespiratory arrest during dental care: A review of the literature

Alline Amely Rodrigues Rosa<sup>1</sup>, Mey Lie Tan Maia de Holanda Cavalcante<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia do Unifeso, Teresópolis, RJ, <sup>2</sup>Professora do Curso de Graduação em Odontologia do Unifeso, Teresópolis, RJ.

## Resumo

Profissionais da saúde devem estar aptos e seguros para o manejo de uma emergência. A parada cardiorrespiratória corresponde a principal e mais grave manifestação de urgência dentro de um consultório odontológico. Pacientes com idade avançada, estressados, hesitantes, com história de reações alérgicas, distúrbios respiratórios, cardiopatias, diabetes e epilepsia formam grupos de máxima tendência a desenvolver uma circunstância de emergência. O atendimento bem-sucedido a uma vítima em parada cardiorrespiratória se dá pelo reconhecimento precoce dos sinais da parada, da rápida ativação de sistema de atendimento de emergência e da pronta instituição do suporte básico de vida. Desta forma, o profissional deve estar preparado para todos os episódios que possam vir a acontecer durante sua atuação clínica. Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre parada cardiorrespiratória durante o atendimento odontológico e qual a conduta que o cirurgião dentista deve seguir diante dessa emergência médica.

**Palavras-chave:** Emergências; Parada Cardiorrespiratória; Odontologia.

## Abstract

Health professionals should be fit and safe to handle an emergency. Cardiorespiratory arrest is the main and most serious manifestation of urgency within a dental office. Patients with advanced age, stressed, hesitant, with history of allergic reactions, respiratory disorders, cardiopathies, diabetes and epilepsy, form groups of maximum tendency to develop an emergency circumstance. Success fulcare for a victim in a cardiac arrest is due to the early recognition of signs to stop, the rapid activation of an emergency care system and the early institution of basic life support. In this way, the professional must be prepared for all the episodes that may happen during his clinical performance. This study aimed to perform a literature review on cardiorespiratory arrest during dental care and what conduct the dental surgeons should follow in the face of this medical emergency.

**Keywords:** Emergencies; cardiorespiratory arrest; dentistry.

## INTRODUÇÃO

A prevenção, sem dúvidas, é a chave para se evitar complicações médicas durante o atendimento odontológico. O uso adequado de medidas preventivas pode evitar até 90% de todas as emergências médicas consideradas fatais em odontologia (MONAZZI et al, 2001).

Parada cardiorrespiratória (PCR) é a ausência de atividade mecânica cardíaca confir-

mada pela ausência de pulso detectável, ausência de responsividade e apneia ou respiração agônica (AEHLERT, 2007).

Em todo o mundo, ocorrem cerca de 20 mil emergências na cadeira do cirurgião dentista por ano. No Brasil, ocorrem 50 emergências por dia em consultórios odontológicos (MERLY, 2010).

O cirurgião dentista, em sua prática profissional, está intimamente ligado ao risco de deparar-se com ocorrências descritas como emergências médicas. Mesmo não sendo tão

comuns, podem acontecer em ambiente odontológico, acometendo qualquer indivíduo antes, durante ou após uma intervenção (CAPUTO *et al.*, 2010). Numa situação de emergência, muitas decisões devem ser tomadas, as quais exigem um julgamento sólido, embasado na compreensão do quadro gerador da emergência e de seu efeito sobre o paciente (COLET *et al.*, 2011).

As doenças cardiovasculares ocupam a primeira causa geral de mortalidade no meio odontológico. No Brasil, por ano, decorrente principalmente do infarto agudo do miocárdio, morre um grande número de pessoas. Cinquenta por cento das vítimas morrem antes de chegar ao hospital ou nas primeiras duas horas após começar a sentir os sintomas. Sendo assim, a morte por PCR é a emergência médica mais importante no atendimento pré-hospitalar. Por isso, é fundamental saber reconhecer os sinais e sintomas que possam sugerir uma emergência clínica e quais as medidas a serem tomadas (SOARES, 2013).

Tanto os acadêmicos em Odontologia quanto os profissionais precisam estar cientes que, para atuarem na profissão, devem assumir responsabilidades que vão muito além de um simples tratamento odontológico (FIUZA *et al.*, 2013). Para Pimentel *et al.* (2014), dentre as probabilidades de ocorrência de emergências em consultório odontológico, destacam-se as reações psicogênicas e alérgicas, as disfunções hormonais, e as alterações cardiorrespiratórias.

A reanimação cardiopulmonar (RCP) pode ser considerada um conjunto de manobras realizadas logo após uma PCR com o objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Segundo Rezende *et al.* (2017), uma dessas manobras é o suporte básico de vida (SBV), definido como o primeiro atendimento de emergência ao paciente. Suas etapas podem ser iniciadas fora do ambiente hospitalar e realizadas por leigos, devidamente capacitados, aumentando a sobrevivência e diminuindo as sequelas da vítima. Dessa forma, é de extrema importância que os cirurgiões dentistas estejam aptos a realizar manobras básicas para que seja ga-

rantida a saúde e a integridade dos seus pacientes, até que esses possam receber atendimento especializado. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre PCR durante o atendimento odontológico e sobre a conduta do cirurgião dentista frente a esta emergência médica.

## REVISÃO DE LITERATURA

Embora não seja algo comum, as situações de emergência podem ocorrer no consultório odontológico de maneira imprevisível, não obedecendo a regras ou padrões. As emergências médicas podem acontecer com qualquer indivíduo, independente do sexo e da idade, e em diferentes circunstâncias, seja antes (na sala de espera), durante ou após o tratamento odontológico. Por isso, é necessária uma pré-avaliação da saúde geral do paciente e de seu estado emocional antes que se inicie o atendimento odontológico, conhecendo os riscos da utilização das drogas a serem empregadas e minimizando o trauma emocional, tendo em vista que o atendimento odontológico está atrelado ao medo, que é fonte de aumento da ansiedade (LUCIO; BARRETO, 2012).

Existem alguns fatores que podem contribuir para a incidência de episódios emergenciais: o aumento do número de idosos que procuram tratamento odontológico, a tendência de se prolongar a duração das sessões de atendimento e até mesmo os avanços da terapêutica médica, pois atualmente sabe-se que o homem possui maior expectativa de vida em virtude dos novos métodos de diagnóstico e modalidades terapêuticas. Como consequência, constata-se que indivíduos diabéticos, hipertensos, cardiopatas, asmáticos ou portadores de distúrbios renais ou hepáticos são, nos dias de hoje, pacientes regulares dos cirurgiões dentistas (SOUZA; MARTINS; NICOLAU, 2007).

A PCR é considerada uma emergência clínica. O reconhecimento das manifestações desta emergência é um procedimento prioritário de todo profissional de saúde, independente da especialidade. Dessa forma, é imprescindível que o cirurgião dentista esteja preparado para reconhecer quando um paciente se encontra em PCR ou prestes a desenvolver (OLIVEIRA *et al.*, 2013). De acordo com a *American Heart Association* (AHA, 2015), a luta pela ma-

nutenção da vida, que ocorre nas diversas situações de urgência e emergência, constitui-se em princípio básico e fundamental que norteia o desenvolvimento técnico-científico na área da saúde. Entre as emergências que ameaçam a vida, a PCR apresenta-se como a mais temida, uma vez que a chance de sobreviver está diretamente relacionada ao atendimento rápido, seguro e eficaz (SALAZAR, GASPAR; SANTOS, 2017).

Segundo Merly (2010), os cirurgiões dentistas devem estar atentos e lembrar que pacientes portadores de doenças sistêmicas, como os cardiopatas, diabéticos, dentre outros, bem como indivíduos ansiosos, usuários de drogas ou de determinados medicamentos são mais propensos a desenvolverem complicações clínicas que evoluam com uma emergência ou urgência na cadeira do consultório odontológico, o que não significa que pacientes saudáveis estejam livres de apresentar tais complicações. Por isso, devem-se realizar exames clínicos detalhados para a obtenção do máximo de informações sobre a saúde geral do paciente. No caso de pacientes com doenças sistêmicas, estabelecer contato com o médico responsável solicitando pareceres para orientação e liberação para realização de procedimentos odontológicos.

Desde 2001, através da Resolução CFO 22/2001 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), a disciplina de Emergência Médica consta da área conexa de todos os cursos de especialização, tendo como carga horária mínima 15 horas (Resolução CFO 25/2002), podendo ser ministrada por médico ou cirurgião dentista, sendo este necessariamente especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. No entanto, verifica-se que, na prática, mesmo sendo obrigatória nos cursos de pós-graduação, nem todos a ministram. Dentro da graduação, a disciplina não é obrigatória e, quando ministrada, normalmente é realizada de forma superficial e resumida dentro da própria disciplina de Cirurgia (CAPUTO *et al.*, 2010).

É fundamental para o tratamento emergencial o preparo dos consultórios odontológicos em relação à disponibilidade de equipamentos como *Airway Maintenance Breathing Unit* (AMBU), desfibriladores, máscaras ou cateteres e garrafas de oxigênio, dentre outros,

bem como de material e medicamentos como corticoides, ansiolíticos, anti-hipertensivos, vasodilatadores coronarianos, glicose hipertônica, entre outros. Estes equipamentos de emergência devem estar disponíveis, revisados e renovados para serem facilmente alcançados e utilizados quando necessário (MERLY, 2010).

A PCR é a principal e mais grave manifestação de emergência dentro de um consultório odontológico. É uma situação dramática em que o tempo é variável importante, estimando-se que, a cada minuto que o indivíduo permaneça em PCR, 10% de probabilidade de sobrevivência sejam perdidos (PAZIN FILHO *et al.*, 2003).

Fabris *et al.* (2015) realizaram um estudo na cidade de Passo Fundo, RS com o objetivo de mensurar o nível de conhecimento dos cirurgiões dentistas quanto a conduta para SBV em um quadro de emergência médica em consultório odontológico. Concluíram que a maioria dos cirurgiões dentistas não possui conhecimentos em manobras de SBV, bem como de atendimento de situações de urgência e/ou emergência em consultório odontológico, sugerindo, então, que nos Estados Unidos e outros países europeus, a inclusão na formação acadêmica é obrigatória na sua renovação e reciclagem a cada dois anos pelos cirurgiões dentistas com cursos de atualização e comprovação no Conselho Regional de Odontologia (CRO) para assim ter autorização de exercer a profissão.

A PCR pode ocorrer na presença de três ritmos cardíacos diferentes. Dentre eles, destaca-se a fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, que é o ritmo de parada mais frequente nas ocorrências fora do hospital, responsável por cerca de 80% dos episódios; caracteriza-se por um ritmo cardíaco rápido, irregular e ineficaz. O segundo é a asistolia, que se caracteriza pela ausência de ritmo cardíaco, há uma interrupção da atividade elétrica do músculo cardíaco. Em terceiro lugar, a atividade elétrica sem pulso, que se caracteriza pela presença de atividade elétrica no músculo cardíaco, porém, os batimentos não são eficazes e não há circulação sanguínea (LOPES, 2006).

Figura 1 - Tabela de batimento cardíaco normal de acordo com a idade

Idade	Frequência cardíaca máxima
Recém-nascido	70-190
Até 1 ano	80-160
Da 1 a 2 anos	80-130
2 a 6 anos	75-120
7 a 9 anos	70-110
Acima de 10 anos	60-100
Esportivos	40-60

Fonte: Medical News Today

Na primeira abordagem realizada com o paciente, deve-se observar, ao mesmo tempo, o nível de consciência e a respiração da vítima. A avaliação do nível de consciência se faz chamando a vítima em elevado tom de voz e contactando-a vigorosamente pelos ombros, enquanto o padrão respiratório efetivo é avaliado pela elevação do tórax.

No caso do paciente não responder aos estímulos, deve ser acionado imediatamente o serviço de atendimento médico de urgência (SAMU) com o objetivo de se obter o desfibrilador externo automático o mais rapidamente possível (GUIMARÃES *et al.*, 2015). A RCP pode ser considerada o conjunto de manobras realizadas logo após uma PCR com o objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Figura 2- Reanimação cardiopulmonar



Fonte: <https://www.bivimed.com/saude/saiba-tudo-sobre-reanimacao-cardiopulmonar/>

O SBV é definido como o primeiro atendimento de emergência ao paciente. Suas etapas podem ser iniciadas fora do ambiente hospitalar e por leigos devidamente capacitados, aumentando a sobrevivência e diminuindo a seqüela da vítima. Pode abranger o atendimento em desobstrução da via aérea superior pela manobra de Heimlich, ventilação e circulação artificial em PCR, crise convulsiva, em caso de distúrbio elétrico cerebral, choque anafilático em caso de reação do sistema autoimune, síncope em caso de perfusão sanguínea e oxigênio diminuído, ocorrendo a perda da consciência (REZENDE *et al.*, 2017).

O SBV constitui-se de procedimentos básicos que garantam a ventilação pulmonar e a circulação sanguínea de indivíduos que estão passando mal, até sua recuperação ou até que possam receber cuidados médicos avançados.

O SBV inclui até mesmo o reconhecimento imediato de um quadro de PCR, o acionamento precoce do serviço médico de urgência, o início imediato das manobras de RCP e a rápida utilização de um desfibrilador externo automático (VICTORELLI *et al.*, 2013).

Uma conferência internacional ocorre a cada cinco anos para estabelecer um consenso mundial sobre SBV e RCP, a partir do qual cada associação determina o seu próprio, considerando as características geográficas, econômicas e a disponibilidade de artigos médicos e medicamentos. Baseado nisso, o European Resuscitation Council (Conselho Europeu de Ressuscitação) e a AHA publicaram os Guidelines 2010, que trazem as novas recomendações para a execução das manobras de SBV, com importantes mudanças em relação ao protocolo anterior (BERG *et al.*, 2010).

Para Pazin Filho *et al.* (2003), o SBV só deve ser interrompido em três situações: para se proceder à desfibrilação, para a realização da intubação orotraqueal e para a infusão de medicação na cânula orotraqueal. A ventilação pode ser executada por métodos não assistidos, como a ventilação boca-a-boca, ou assistidos, como a bolsa valva-máscara. A ventilação boca-a-boca garante maior volume corrente, enquanto os métodos indiretos são vantajosos ao garantirem maior aporte de oxigênio. Independente da técnica utilizada, é importante que a ventilação seja realizada na frequência de 10 a

12 incursões por minuto e com volume em torno de 8 a 10 ml/kg de peso (na prática, corresponde ao menor volume capaz de expandir o tórax da vítima). Essas precauções visam reduzir a ocorrência de distensão gástrica, regurgitação e aspiração brônquica de conteúdo gástrico.

A massagem cardíaca externa compreende compressões torácicas, realizadas sobre a porção central do esterno. Tais compressões empurram o esterno para o interior do tórax, comprimindo o coração contra a coluna e favorecendo o seu esvaziamento. São capazes de restabelecer apenas 10 a 20% do débito cardíaco. O socorrista deve posicionar a região hipotenar das mãos sobre o centro do esterno da vítima, com os braços estendidos, e proceder às compressões. O fulcro do movimento deve ser centrado no quadril e não nos cotovelos ou ombros do socorrista. A frequência de compressões deve ser de 100 por minuto. O emprego da técnica correta de massagem cardíaca externa reduz a ocorrência de fraturas de costela.

Devido às calcificações de cartilagens costocodrais, comuns em pessoas de faixa etária mais avançada, na qual a PCR é mais frequente, apesar de o risco ser reduzido com o emprego de técnica correta, ele não é totalmente eliminado. Técnica correta também aumenta a eficácia da massagem e torna o procedimento menos cansativo para o socorrista, aumentando sua capacidade de realizá-lo. A eficácia da massagem pode ser avaliada pela palpação de pulsos arteriais centrais (femoral ou carotídeo) concomitantemente às manobras (PAZIN FILHO *et al.*, 2003).

PCR é a cessação súbita, inesperada e catastrófica da circulação sistêmica, atividade ventricular útil e ventilatória em indivíduo sem expectativa de morte naquele momento, não portador de doença intratável ou em fase terminal. Neste contexto, define-se a RCP como o conjunto de manobras realizadas logo após uma PCR, com o objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea. As manobras de reanimação constituem-se, então, na melhor chance de restauração da função cardiopulmonar e cerebral das vítimas de PCR (TALLO *et al.*, 2012).

Para realizar a RCP, o ideal é que a vítima esteja deitada sobre uma superfície rígida.

Portanto, diante da necessidade de realização destas manobras no consultório, o paciente deve ser preferencialmente retirado da cadeira odontológica. Todos os objetos na cavidade oral, roupas e acessórios que dificultem a respiração também devem ser removidos ou afrouxados. Deve-se realizar o tracionamento da mandíbula para liberar as vias aéreas e uma vez iniciadas as compressões torácicas, elas não podem mais ser interrompidas.

Portanto, se o CD estiver sozinho, o socorro de urgência deve ser acionado antes de se iniciar as manobras. Se o socorrista resolver também ventilar a vítima (método boca a boca), a relação a ser obedecida é de 30:2, ou seja, 30 compressões para cada duas ventilações de resgate. As manobras de RCP só poderão ser interrompidas frente a três situações: na chegada de um desfibrilador, na chegada do socorro de urgência ou caso a vítima apresente algum tipo de reação como movimentos, tosse, entre outros (VICTORELLI *et al.*, 2013).

As diretrizes anteriores da AHA recomendavam o ABC da reanimação, sigla utilizada até mesmo para facilitar a memorização da sequência de manobras: A = *airway*, ou abertura das vias aéreas, B = *breathing*, proceder às ventilações de resgate e C = *circulation*, iniciar as compressões torácicas para fazer o sangue circular (AHA, 2015).

O SBV ou *Basic Life Support* (BLS) consiste em procedimentos básicos de emergência, objetivando o atendimento inicial do paciente vítima de PCR. Após checar o nível de consciência e a respiração, verificamos o pulso central, em até 10 s, palpando o pulso carotídeo ou o femoral. Na ausência de pulso, devem-se instituir imediatamente as manobras de RCP, iniciando pelas compressões torácicas externas. Após 30 compressões, abre-se a via aérea através da elevação da mandíbula e inclinação da cabeça e fazem-se duas ventilações (TALLO *et al.*, 2012).

Figura 3 - Compressões e ventilação



Fonte: I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013.

Com as diretrizes de 2010, a recomendação é que se pense na sigla CAB ao invés de ABC, onde C = compressões torácicas; A = abertura das vias aéreas e B = ventilar, ou seja, a RCP deve ter início pelas compressões torácicas, seguidas da liberação das vias aéreas e ventilações de resgate. A justificativa para esta mudança é que, na sequência anterior, os socorristas demoravam em avaliar a respiração, perdendo um tempo precioso para iniciar as compressões torácicas. A qualidade das compressões enfatizada é a de frequência mínima de 100 compressões por minuto. Os socorristas leigos devem realizar apenas as compressões torácicas, caso não saibam ou tenham receio em fazer a ventilação boca-a-boca em desconhecidos, pelo suposto risco de transmissão de algum tipo de doença infecciosa. Já os socorristas treinados, devem propiciar a assistência ventilatória eficaz, intercaladas com as compressões. O sucesso da RCP está intimamente relacionado ao tempo decorrido entre a PCR e o início das manobras, uma vez que a morte cerebral se inicia cerca de quatro a cinco minutos após a parada cardíaca. A chance de sobrevivência de uma vítima diminui em torno de 10% a cada minuto de atraso no início das manobras de compressão torácica e ventilação (BERG *et al.*, 2010).

Figura 4 - Ventilação



Fonte: I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013.

Deste modo, afirmam ainda Berg *et al.* (2010) que existe uma sequência de manobras de compressões torácicas em adultos: pede-se que o socorrista se ajoelhe, mantendo-se o mais próximo possível do braço da vítima e exponha seu tórax de forma a acessar a região do osso esterno. Para localizar a região exata de compressão, deve posicionar uma das mãos sobre a região central da metade inferior do osso esterno, seguindo a linha dos mamilos. Posicionar a segunda mão sobre a outra, interdigitando os 10 dedos de maneira que a força compressiva seja aplicada no local correto. Certificar-se de que os dedos não se apoiem nas costelas, evitando-se traumatismos desnecessários. Estender os braços e posicionar os ombros na direção das mãos do socorrista. Inclinar-se sobre a vítima, apoiando o peso do corpo sobre a vítima. Com os braços estendidos, pressionar o osso esterno com força suficiente para produzir uma depressão mínima de 5,0 cm. O movimento deve ser realizado com a cintura e não com flexão dos braços ou ombros, evitando-se, desta forma, a fadiga precoce do socorrista. Sem retirar as mãos da posição, aliviar totalmente a pressão após cada movimento, de maneira a permitir a expansão do tórax e o retorno de mais sangue venoso para o coração. Repetir o movimento contando mentalmente até 30 (pensando 1 e 2 e 3 e 4...). As compressões têm

que ser feitas de forma contínua e padronizada, a uma frequência de no mínimo 100 compressões por minuto, ou seja, quase duas compressões por segundo. Existe também uma sequência de manobras para ventilação boca a boca, em adultos: com uma das mãos na frente e com dois dedos (indicador e médio) da outra mão posicionados na ponta do mento, inclinar cuidadosamente a cabeça da vítima para hiperestender a musculatura do pescoço e liberar as vias aéreas. Manter as vias aéreas livres, sem retirar os dois dedos da ponta do mento. Com o auxílio do polegar e indicador da outra mão, obliterar fortemente as narinas da vítima, mantendo-as bem fechadas. Respirar normalmente, aproximar o rosto e colar os lábios ao redor da boca da vítima, permitindo um selamento adequado. Caso possua uma máscara para ventilação, colocar de forma que permita uma vedação completa. Aplicar a primeira ventilação e observar a elevação do tórax à medida que insufla o ar. Se o tórax não se elevar, repetir a manobra de inclinação da cabeça e elevação do mento. Descolar os lábios e girar a cabeça para observar a retração do tórax, mantendo as mãos na mesma posição. Aplicar a segunda ventilação, obedecendo aos mesmos passos anteriores (BERG *et al.*, 2010).

Figura 5 - Posição de recuperação do paciente



Fonte: I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013.

De acordo com o Guideline da AHA de 2015, socorristas leigos devem realizar a RCP apenas com compressões (100-120/min), socorristas leigos treinados podem realizar ventilação além das compressões torácicas (duas respirações para 30 compressões).

Figura 6 - Manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo



Fonte: I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013.

Figura 7- Manobra de elevação do ângulo da mandíbula



Fonte: I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013.

## DISCUSSÃO

Souza; Martins; Nicolau (2007) e Lúcio; Barreto (2012) concordam que as emergências médicas podem acontecer com qualquer indivíduo e que existem alguns fatores que contribuem para sua incidência, como, por exemplo, o aumento do número de idosos que procuram tratamento odontológico, a tendência de se prolongar a duração das sessões de atendimento e até mesmo os avanços da terapêutica médica. Oliveira *et al.* (2013) e Salazar, Gaspar; Santos (2017) afirmam que o reconhecimento das manifestações de uma PCR deva ser um procedimento prioritário de todo profissional

de saúde, independentemente de sua especialidade.

Para Caputo *et al.* (2010) e Merly (2010), os cirurgiões dentistas devem estar atentos e lembrar que pacientes portadores de doenças sistêmicas de base, como os cardiopatas, diabéticos, dentre outros, bem como indivíduos ansiosos, usuários de drogas ou de determinados medicamentos, são os mais propensos a desenvolverem complicações clínicas que evoluam com uma emergência ou urgência na cadeira do consultório odontológico, o que não significa que pacientes saudáveis estejam livres de apresentar tais complicações. Pazin Filho *et al.*, Fabris *et al.*, (2005) e Merly (2010) afirmam que é fundamental para o tratamento emergencial que os consultórios estejam equipados com AMBU, desfibriladores, máscaras ou cateteres e garrafas de oxigênio, dentre outros, bem como de material e medicamentos como corticoides, ansiolíticos, anti-hipertensivos, vasodilatadores coronarianos, glicose hipertônica, entre outros.

Lopes (2006) e Guimarães *et al.* (2015) concordam que a PCR pode ocorrer na presença de três ritmos cardíacos diferentes. Dentre eles, destaca-se a fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso que é o ritmo de parada mais frequente nas ocorrências fora do hospital, responsável por cerca de 80% dos episódios. Quanto ao SBV, Rezende *et al.* (2017) e Victorelli *et al.* (2013) afirmam que o mesmo se constitui de procedimentos básicos que garantam a ventilação pulmonar e a circulação sanguínea de indivíduos que estão em PCR, até sua recuperação ou até que possam receber cuidados médicos avançados. Para a realização da RCP, o ideal é que a vítima esteja deitada sobre uma superfície rígida, portanto, para realização no consultório odontológico, o paciente deve ser retirado da cadeira odontológica. Objetos na cavidade oral, roupas e acessórios que dificultem a respiração devem ser removidos ou afrouxados (AHA, 2015; VICTORELLI *et al.*, 2013).

Comparando o Guideline da AHA (2015), a frequência das compressões que antes eram de 100/min, foram modificadas para o intervalo de 100-120/min. A profundidade das compressões foi modificada para pelo menos duas polegadas (5 cm). O tórax deve retornar

totalmente após cada compressão e a interrupção entre elas deve ser minimizada (A ventilação deve ser eficaz, duas respirações após 30 compressões, cada respiração deve ser administrada em 1,0 segundo).

## CONCLUSÃO

A PCR ocupa maior destaque dentre as situações de emergências. Por isso, o cirurgião dentista deve sempre considerar a realização de uma anamnese detalhada, com avaliação dos sinais vitais em todas as consultas para todos os pacientes, a fim de reconhecer situações de riscos e evitar possíveis emergências médicas. Também é fundamental a participação de toda a equipe de trabalho em treinamentos periódicos (recomendada a cada dois anos) em cursos de capacitação em SBV. Todo profissional deve possuir um kit básico de primeiros socorros no consultório odontológico preconizado pela literatura mundial, assim como estar familiarizado com os equipamentos, medicamentos e vias de administração. Conclui-se que as técnicas de RCP devem continuar sendo difundidas e treinadas por profissionais da saúde e que os mesmos sejam estimulados a se capacitar continuamente.

## REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. ACLS - Emergências em cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

AHA. Guidelines CPR & ECC. Destaques da AHA. Atualização das diretrizes de RCP e ACE. Atualização das diretrizes de RCP e ACE. 2015.

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA. I diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade brasileira de cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia • ISSN-0066-782X v. 101, nº 2, Supl. 3, Agosto 2013.

BERG, RA *et al.* Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*; (122) p. 685-705. 2010.

CAPUTO, I.G.C *et al.* Vidas em Risco: Emergências Médicas em consultório odontológico.

Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Cama-ragibe v. 10, n. 3, p. 51-58.2010.

COLET, D *et al.* Acadêmicos e profissionais da odontologia estão preparados para salvar vidas? RFO, Passo Fundo, v. 16, n. 1, p. 25-29. 2011.

ECC Committee, Subcommittees and Task Forces of the American Heart Association. 2005. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 13;112 (24 Suppl): IV1-203. 2005.

FABRIS, V *et al.* Avaliação do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre suporte básico de vida frente a emergências médicas em odontologia. *J Oral Invest*, 4(2), 2015.

FIUZA, M.K *et al.* Avaliação da prevalência e do grau de conhecimento do cirurgião-dentista em relação às emergências médicas. RFO.18(3). p. 295.301.2013.

GUIMARÃES, M.R, MOREIRA, L.H, OLIVEIRA, R.H.L.G, MAGALHÃES, S.R. Revisão de literatura: reanimação cardiopulmonar. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 5, n. 1, p. 3-12. 2015.

LOPES, A.C. Tratado de Clínica Médica. São Paulo: Roca, 2006.

LÚCIO, P.S.C; BARRETO, R.C. Emergências Médicas no Consultório Odontológicos e a insegurança dos profissionais. *Revista brasileira ciências da Saúde*. 16 (2), p. 267272. 2012.

MERLY, F. O Cirurgião-dentista e as emergências médicas no consultório: Será que estamos preparados para enfrentar este problema? *Rev. bras odontol.*, Rio de Janeiro, v. 67, n.1, p. 6-7. 2010.

MONNAZZI, M.S. *et al.* Emergências e Urgências Médicas. Como proceder? RGO, Porto Alegre, v. 49, n. 1, p. 11-7. 2001.

OLIVEIRA, A.D.S, *et al.* Atendimento do enfermeiro do serviço de urgência à vítima em parada cardiorrespiratória. *R. Interd.* v. 6, n. 2, p. 64-74, abr.mai.jun. 2013.

PAZIN FILHO, A *et al.* Parada cardiorrespiratória (PCR). *Medicina*, Ribeirão Preto, 36: 163-178, abr./dez. 2003.

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

REZENDE, S.F *et al.* Suporte básico de vida: atendimento de emergência na odontologia. *Proceedings of the 7º Congress da FOA - Unesp/Annual Meeting*. *Arch Health Invest*. 2017.

REZENDE, S.F *et al.* Suporte básico de vida: atendimento de emergência na 16 odontologia. *Arch Health Invest*. 6, 2017.

SALAZAR, E.R.S, GASPAR, E.S.L, SANTOS, M.S. Diretrizes da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar: conhecimento de socorristas. *Rev baiana enferm*; 31 (3): e 20 449. 2017.

SOARES, F. Suporte básico de vida. Instituto formação (Cursos técnicos profissionalizantes). Técnico em enfermagem. 2013.

SOUZA, CM; MARTINS, MH; NICOLAU, RA. Atualidades no atendimento ambulatorial em situações de urgências e emergências em clínica odontológica. *Anais do XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de PósGraduação – Universidade do Vale do Paraíba, Curso de Odontologia da Faculdade de Ciência da Saúde, São Jose dos Campos*, 2007.

TALLO, F.S, MORAES JUNIOR, R, GUIMARÃES, H.P e col. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. *Ver BrasClin Med*. São Paulo, mai-jun;10(3): p. 194-200. 2012.

VICTORELLI, G *et al.* Suporte Básico de Vida e Ressuscitação Cardiopulmonar em adultos: conceitos atuais e novas recomendações. *Rev a ssoc Paul ciR dent*;67(2) p.124-8. 2013.

---

#### Contato:

Nome: Mey Lie Tan Maia de Holanda Cavalcante  
e-mail: meylie\_tan@yahoo.com.br