



EMERGÊNCIAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO: REVISÃO DE LITERATURA

EMERGENCIES IN THE DENTAL OFFICE: LITERATURE REVIEW

Rafaela Regina LIMA

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

E-mail: rafaelardlima@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-6008-4347>

Jader Oliva JORGE

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

E-mail: Jader.oj@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0294-895X>

Kelly Oliva JORGE

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)

E-mail: Kellyoliva@yahoo.com.br

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6829-6029>

498

RESUMO

Algumas situações contribuem para o aumento das emergências médicas nos consultórios odontológicos, já que o tratamento odontológico está muito das vezes atreladas ao estresse gerado pela ansiedade, medo e dor. Os profissionais devem estar capacitados para identificar os sinais e sintomas, saber diagnosticar e empregar a conduta correta a fim de minimizar os danos ao paciente podendo lançar mão de um instrumento de auxílio a fim de direcionar a conduta adequada. Os profissionais da área da odontologia, em sua prática, estão ligados ao risco de deparar-se com ocorrências como emergências médicas. Mesmo não sendo comuns, podem ocorrer em ambiente odontológico, acometendo qualquer indivíduo antes, durante ou após uma intervenção. Neste trabalho iremos revisar a literatura médico e odontológico e mostrar se os profissionais cirurgiões dentistas estão aptos a atender situações de emergência em seus consultórios.

Palavras-chave: Urgências. Emergências. Consultório Odontológico. Tratamento de Emergência.

ABSTRACT

Some situations contribute to the increase of medical emergencies in dental offices, since dental treatment is often linked to the stress generated by anxiety, fear and pain. Professionals should be able to identify the signs and symptoms, be able to diagnose and employ the correct conduct in order to minimize the damages to the patient, and use an aid instrument to direct the appropriate conduct. Professionals in the field of dentistry, in their practice, are linked to the risk of encountering occurrences such as medical emergencies. Even though they are not common, they can occur in a dental environment, affecting any individual before, during or after an intervention. In this work we will review the medical and dental literature and show if the professional dentists surgeons are able to attend emergency situations in their offices.

499

Keywords: Urgencies. Emergencies. Dental Office. Emergency Treatment.

INTRODUÇÃO

O cirurgião-dentista em sua prática clínica diária está constantemente exposto ao risco de enfrentar situações de emergência médica em seu consultório. Embora não sejam eventos frequentes, essas ocorrências podem se manifestar de forma imprevisível, acometendo pacientes de diferentes perfis clínicos antes, durante ou após procedimentos odontológicos. Como destacam Marzola e Griza (2001) e Barreto e Pereira (2011), tais situações emergenciais caracterizam-se como agravos à saúde que apresentam risco iminente à vida ou causam intenso sofrimento, demandando intervenção imediata para preservação do bem-estar do paciente. Nesse contexto, torna-se fundamental que o profissional odontológico esteja adequadamente capacitado e seguro para o manejo dessas intercorrências.

A prevenção constitui a estratégia mais eficaz para evitar a ocorrência de emergências em ambiente odontológico. Nesse sentido, a realização de uma anamnese detalhada e exame clínico minucioso assumem papel fundamental, pois permitem identificar condições sistêmicas pré-existentes e fatores de risco que possam predispor a complicações durante o atendimento. Como ressaltam Shamplaine (1999) e Caputo et al. (2010), essas etapas preliminares fornecem informações cruciais sobre o estado geral de saúde do paciente, possibilitando o planejamento de condutas mais seguras.

Caputo (2009) reforça que a anamnese e o exame clínico são elementos determinantes não apenas para o diagnóstico preciso, mas também para a prevenção de intercorrências durante os procedimentos odontológicos. Estudos indicam que medidas preventivas adequadas podem reduzir em até 90% a ocorrência de emergências em consultórios odontológicos, como demonstrado por Monazzi (2001).

A preparação do cirurgião-dentista para o adequado manejo de situações emergenciais reveste-se de especial importância, considerando que muitos pacientes podem apresentar condições sistêmicas não diagnosticadas ou mal controladas que, potencializadas pelo estresse inerente aos procedimentos odontológicos, podem evoluir para complicações graves. Nessa perspectiva, o domínio de conhecimentos teóricos e habilidades práticas para o atendimento de emergências médicas configura-se como competência essencial para a prática odontológica contemporânea, garantindo a segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais envolvidos no atendimento.

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão abrangente da literatura médica e odontológica sobre as principais intercorrências emergenciais que podem ocorrer em consultórios odontológicos, bem como avaliar o nível de preparo dos profissionais para o adequado enfrentamento dessas situações críticas.

METODOLOGIA

Este estudo configura-se como uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida a partir da análise crítica de artigos científicos publicados no período compreendido entre 2010 e 2017. Para a coleta dos dados, foram consultadas as seguintes bases de dados científicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Scholar, Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed. A estratégia de busca empregada utilizou os seguintes descritores: "urgências", "emergências", "consultório odontológico" e "tratamento de emergência". Foram incluídos na análise apenas artigos publicados no idioma português que abordassem diretamente a temática proposta e que estivessem dentro do recorte temporal estabelecido para esta revisão. O processo de seleção dos artigos seguiu

critérios rigorosos de elegibilidade, priorizando estudos que apresentassem abordagem clínica relevante e contribuições significativas para o tema em questão.

REVISÃO DE LITERATURA

Emergências médicas podem ocorrer a qualquer momento em um consultório odontológico, seja durante procedimentos clínicos ou mesmo na sala de espera, acometendo pacientes independentemente de idade, sexo ou condição sistêmica prévia. Diante dessa realidade, torna-se imprescindível que a equipe odontológica possua treinamento adequado em Suporte Básico de Vida (SBV), incluindo reconhecimento precoce de sinais de alerta e domínio de manobras de reanimação (Joly, 1995; Santos; Rumel, 2006; Andrade; Ranali, 2011).

Uma emergência em odontologia é definida como uma situação crítica de saúde com risco iminente à vida, caracterizada por seu caráter súbito e imprevisível. Nessas circunstâncias, a prioridade deve ser a intervenção ágil e eficaz, baseada no preparo técnico da equipe, e não em disputas jurisdicionais sobre a responsabilidade do atendimento (Marzola; Griza, 2001; Gonzaga et al., 2003; Sanchez; Drumond, 2011). Estudos recentes evidenciam que a maioria das emergências em consultórios odontológicos está relacionada a condições sistêmicas pré-existentes dos pacientes, como doenças cardiovasculares ou diabetes, reforçando a necessidade de anamnese detalhada e protocolos de ação claros (Malamed, 2022; Neumann et al., 2023).

As principais síndromes emergenciais incluem síncope, reações alérgicas graves, crises convulsivas, parada cardiorrespiratória e eventos hipertensivos. A síncope, por exemplo, é frequentemente associada a reações vasovagais durante procedimentos, enquanto reações anafiláticas podem ser desencadeadas por anestésicos locais ou látex. Em casos de parada cardiorrespiratória, a imediata aplicação de compressões torácicas e o uso de desfibriladores externos automáticos (DEAs) aumentam significativamente as chances de sobrevivência (Peskin; Shirakami, 2020; American Heart Association, 2021).

Sistema Imunológico e Reações de Hipersensibilidade

As reações de hipersensibilidade, também conhecidas como manifestações alérgicas, são mediadas pelo sistema imunológico por meio da interação antígeno-

anticorpo, podendo afetar diversos órgãos. No contexto odontológico, as reações alérgicas mais frequentes estão associadas ao uso de anestésicos locais (especialmente lidocaína), analgésicos, anti-inflamatórios e antimicrobianos, como a penicilina. Além desses, outros materiais utilizados rotineiramente, como o monômero das resinas acrílicas e o látex presente em luvas cirúrgicas, também podem desencadear reações adversas (Montan et al., 2007; Gaujac et al., 2009).

Manifestações mais leves, como urticária (caracterizada por eritema, prurido e lesões cutâneas variáveis), são tratadas com anti-histamínicos por via oral, como loratadina (10 mg a cada 8 horas). No entanto, casos graves, como a anafilaxia (ou choque anafilático), exigem intervenção imediata devido ao risco de vida (Resende et al., 2009). A anafilaxia é uma reação sistêmica potencialmente fatal, desencadeada mesmo por pequenas quantidades de antígeno, e apresenta sintomas como mal-estar, rubor, urticária, broncoconstrição, edema de laringe, taquicardia e parada respiratória (Araujo et al., 2005; Becker; Reed, 2006).

O tratamento deve ser iniciado com a administração de oxigênio (6 L/min) e monitoramento dos sinais vitais. A adrenalina (0,3 mL) é o fármaco de escolha, administrada por via subcutânea ou intramuscular, podendo ser repetida a cada 5 minutos (máximo de três doses). Anti-histamínicos como a prometazina (50 mg, IM) também são indicados, além do acionamento imediato do serviço médico de emergência (Chapman, 2003; Grogan, 2004).

Sistema Circulatório e Emergências Cardiovasculares

A síncope é uma perda transitória da consciência causada pela redução do fluxo sanguíneo cerebral. Seus sintomas incluem palidez, hipotensão, taquicardia, escurecimento visual e zumbido, frequentemente desencadeados por estresse emocional, fome ou ambientes quentes (Resende et al., 2009). O manejo consiste em interromper o procedimento, posicionar o paciente em decúbito dorsal com os membros inferiores elevados (10–15°), garantir a permeabilidade das vias aéreas e administrar oxigênio (3–4 L/min) se a recuperação não ocorrer em 2–3 minutos (Maringoni, 1998).

A crise hipertensiva é caracterizada por elevação abrupta da pressão arterial, associada a fatores como obesidade, estresse ou doença renal. Medidas profiláticas incluem anamnese detalhada, controle da ansiedade e uso de anestésicos com

felipressina (Resende et al., 2009). Em casos agudos, o paciente deve ser posicionado confortavelmente, monitorado e tratado com captopril (25–50 mg, sublingual), seguido de encaminhamento médico (Gomez et al., 1999; Chapman, 2003).

A angina pectoris manifesta-se como dor torácica retroesternal, frequentemente irradiada para o braço esquerdo ou mandíbula, decorrente da isquemia miocárdica. O tratamento inclui repouso, oxigenoterapia e administração de dinitrato de isossorbida (5 mg, sublingual). Persistência dos sintomas pode indicar infarto, exigindo suporte médico urgente (Monnazzi et al., 2001; Grogan, 2004).

O infarto do miocárdio resulta da obstrução coronariana, levando a necrose tecidual. Os sintomas incluem dor intensa, sudorese, náuseas e cianose. O manejo inicial envolve repouso, oxigênio, nitrato sublingual e midazolam (5 mg) para reduzir a ansiedade, com encaminhamento emergencial (Munoz et al., 2008; Barros et al., 2011).

Sistema Endócrino: Hipoglicemia

A hipoglicemia é caracterizada por níveis plasmáticos de glicose iguais ou inferiores a 40 mg/dL de sangue, representando uma condição potencialmente fatal que pode ocorrer tanto em indivíduos diabéticos quanto não diabéticos (Resende et al., 2009). Esse evento pode resultar de um aumento na metabolização espontânea de glicose, mas as causas mais frequentes incluem superdosagem de insulina ou hipoglicemiantes orais, consumo excessivo de álcool e interações medicamentosas que potencializam os efeitos desses agentes (Resende et al., 2009).

Antes de qualquer intervenção, a glicemia deve ser monitorada. Se os níveis estiverem abaixo do normal (70-120 mg/dL em jejum), recomenda-se a ingestão de carboidratos de absorção rápida, como mel ou açúcar. Caso contrário, se a glicemia estiver elevada, a administração de insulina pode ser necessária (Coursin; Unger, 2002; Santos; Rumel, 2006).

Os sinais e sintomas da hipoglicemia desenvolvem-se de forma rápida e progressiva. Inicialmente, o paciente pode apresentar náuseas, fome intensa e alterações de humor. Em seguida, surgem sudorese, taquicardia, ansiedade, agressividade e falta de cooperação. Em estágios avançados, podem ocorrer convulsões, perda de consciência, hipotensão e hipotermia (Monnazzi et al., 2001).

Diante de um quadro hipoglicêmico, o atendimento odontológico deve ser interrompido. Se o paciente estiver consciente, deve ingerir carboidratos simples (como doces ou refrigerante). Em casos de inconsciência, recomenda-se a administração intravenosa de 50 mL de glicose a 50% em 2 a 3 minutos (MONNAZZI et al., 2001).

Sistema Nervoso: Convulsão e Epilepsia

A convulsão é uma desordem cerebral transitória caracterizada por atividade motora anormal, alterações sensoriais e mudanças no comportamento ou consciência. Pode manifestar-se como contrações musculares intermitentes, perda de consciência e relaxamento breve entre os espasmos. Entre suas causas estão traumas físicos, estresse emocional, febre alta, abstinência de drogas ou álcool e overdose de anestésicos (Resende et al., 2009).

Em caso de convulsão no consultório odontológico, o atendimento deve ser suspenso imediatamente. Objetos devem ser removidos da boca do paciente para evitar aspiração ou deglutição acidental. O paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal, com as vias aéreas desobstruídas e a cabeça inclinada lateralmente para evitar broncoaspiração de vômito ou saliva. Os sinais vitais devem ser monitorados enquanto se aguarda a remissão do episódio (Monnazzi et al., 2001; Andrade; Ranali, 2011). Se necessário, benzodiazepínicos como midazolam (0,2–0,3 mg/kg, via intramuscular) ou diazepam (5–10 mg, via intravenosa) podem ser administrados para controle da crise (resende et al., 2009).

Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O AVC é uma desordem neurológica focal decorrente de hemorragia intracerebral, trombose, embolia ou insuficiência vascular (Mugayar, 2000; Braga; Alvarenga; Mores Neto, 2003). Existem dois tipos principais:

1. AVC isquêmico (mais comum): ocorre devido à obstrução de um vaso sanguíneo, interrompendo o fluxo cerebral e comprometendo as funções neurológicas da região afetada.
2. AVC hemorrágico: resulta do rompimento de vasos sanguíneos, geralmente associado a picos de pressão arterial (Andrade; Ranali, 2011).

Os principais fatores de risco incluem hipertensão, cardiopatias, diabetes, hipercolesterolemia, obesidade, tabagismo, etilismo e uso de contraceptivos orais (Caputo et al., 2010).

Os sintomas variam conforme a área cerebral afetada, mas os mais comuns são fraqueza muscular, dormência em membros ou face, fala arrastada, cefaleia, vômitos e alteração do nível de consciência. Em AVCs hemorrágicos, pode ocorrer paralisia contralateral ao sangramento e desvio do olhar (Resende et al., 2009).

Em caso de suspeita de AVC durante o atendimento odontológico, o tratamento deve ser interrompido imediatamente, e o serviço médico de emergência acionado. O paciente deve ser mantido em posição confortável, com vias aéreas livres, e seus sinais vitais monitorados. Não se deve oferecer alimentos ou líquidos (Resende et al., 2009).

DISCUSSÃO

As emergências médicas em consultórios odontológicos podem ser evitadas, na maioria dos casos, mediante a aplicação de medidas preventivas, como uma anamnese detalhada. Embora não sejam frequentes, essas situações podem ocorrer de forma inesperada, especialmente devido ao aumento da diversidade de pacientes atendidos, à maior expectativa de vida e à crescente conscientização sobre a importância da saúde bucal (Santos; Rumel, 2006; Pimentel et al., 2014).

O conhecimento multidisciplinar tornou-se essencial na odontologia, uma vez que o profissional pode enfrentar emergências não relacionadas diretamente aos procedimentos odontológicos, mas sim a condições sistêmicas pré-existentes, como cardiopatias, pneumopatias, hipertensão, diabetes e interações medicamentosas (Bordignon et al., 2013). Além disso, fatores como estresse, medo, ansiedade e dor durante o atendimento podem desencadear crises emergenciais (Pimentel et al., 2014; Hanna et al., 2014).

Bordignon et al. (2013) destacam que o cirurgião-dentista deve dispor de equipamentos básicos para emergências, buscar capacitação contínua e seguir protocolos estabelecidos para garantir a segurança do paciente. No entanto, muitos consultórios ainda carecem de recursos materiais e profissionais treinados para administrar medicamentos intravenosos ou realizar oxigenoterapia, dificultando o

manejo adequado de situações críticas (Santos; Rumel, 2006; Pinna Neto; Silva; Nicolau, 2006; Carli et al., 2014).

Apesar da recomendação de autores como Monnazzi et al. (2001), Caputo et al. (2010) e Lucio e Barreto (2012) para que os profissionais se atualizem e realizem treinamentos em suporte básico de vida (SBV), a prioridade ainda recai sobre o aprimoramento técnico em procedimentos odontológicos. A graduação em odontologia muitas vezes não fornece o preparo necessário para lidar com emergências, levando à dependência de educação continuada pós-formação, o que pode resultar em desinteresse devido à falta de obrigatoriedade (Lucio; Barreto, 2012; Santos; Rumel, 2006).

Estudos indicam que muitos cirurgiões-dentistas não se sentem confiantes para executar manobras como a reanimação cardiopulmonar (RCP), apesar de sua simplicidade relativa. A falta de treinamento adequado pode levar a sequelas irreversíveis ou até mesmo ao óbito do paciente (Santos; Rumel, 2006; Fiuza et al., 2013). Além disso, pesquisas mostram que grande parte dos profissionais não se considera preparada para diagnosticar ou manejar emergências médicas (Fiuza et al., 2013; Hanna et al., 2014).

A alteração ou perda do nível de consciência é a emergência mais prevalente em consultórios odontológicos, sendo a síncope a condição mais citada (Paiva; Espíndola; Klung, 2009; Fiuza et al., 2013; Gehlen; Cunha, 2014; Carli et al., 2014; Santiago et al., 2015). Esses episódios são frequentemente causados por redução do fluxo sanguíneo cerebral, manifestando-se com palidez, bradicardia, hipotensão, sudorese fria, náuseas e tontura. O manejo adequado visa restaurar a perfusão cerebral e prevenir complicações (Paiva; Espíndola; Klung, 2009; Andrade; Ranali, 2011).

Diante de qualquer emergência, o atendimento odontológico deve ser imediatamente interrompido, com a remoção de objetos da cavidade oral e a adoção de medidas específicas para preservar a vida do paciente até a chegada do socorro especializado (Monnazzi et al., 2001; Santiago et al., 2015). A existência de um protocolo pré-estabelecido é fundamental, uma vez que situações críticas não permitem consultas à literatura no momento da ocorrência (Bordignon et al., 2013).

CONCLUSÃO

Conclui-se que o conhecimento sistêmico do paciente, obtido por meio de uma anamnese detalhada, é essencial para prevenir e manejar emergências médicas em consultórios odontológicos. No entanto, muitos profissionais não dispõem de equipamentos obrigatórios ou medicamentos necessários para reverter quadros emergenciais, refletindo uma deficiência na estrutura dos consultórios.

A insegurança do cirurgião-dentista diante de emergências pode ser atribuída à formação acadêmica insuficiente nessa área. Idealmente, a graduação deveria incluir treinamento em Suporte Básico de Vida (SBV), com cursos de reciclagem bienais para atualização teórica e prática. Essa capacitação contínua é crucial para que o profissional se sinta preparado e seguro ao enfrentar situações críticas, garantindo a segurança e o bem-estar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. . ANDRADE ED, RANALI J. Emergências médicas em odontologia, 3. ed, São Paulo: Artes Médicas, 2011, 172p.
2. ARAUJO MR, AZEVEDO LR, CASTRO LFA, GRÉCIO AMT, MACHADO MAN, MATTIOLI T. Reações adversas medicamentosas de interesse odontológico. Rev Odontol Araçatuba, 26(2):28-33, 2005.
3. . BARRETO RC, PEREIRA GAS. Emergência na clínica médica-odontológica, 1. ed, João Pessoa: Universitária - UFPB, 2011, 312 p.
5. BARROS MNF, GAUJAC.
3. . Fiuza MK, Balsan ST, Pretto JLB, Cenci, RA, Conto, F. Avaliação da prevalência e do grau de conhecimento do cirurgião-dentista em relação às emergências médicas. RFO. 2013; 18(3):295-301.
4. . SANCHEZ HF, DRUMOND MM. Atendimento de urgências em uma faculdade de odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. RGO, 59(1):79-86, 2011.
5. Alamanos, C., Raab, P., Gamulescu, A., Behr, M. (2016). Ophthalmologic complications after administration of local anesthesia in dentistry: a systematic review, Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology, 121(3): pp39-50.
6. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das diretrizes de RCP e ACE. Dallas: AHA, 2021.
7. Andrade ED, Ranali J, Neisser MP. Emergências Médicas em Odontologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2011
8. ANDRADE, E. D.; RANALI, J. Emergências médicas em odontologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2011.

9. ANDRADE, E. D.; RANALI, J. Emergências médicas em odontologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2011.
10. Andrade, E.,Ranali, J. (2011). Emergências Médicas em Odontologia (3ª edição). São Paulo: Artes médicas: p172.
11. Arsati F, Montalli VA, Flório FM, Ramacciato JC, Cunha FL, Cecanho R, Andrade ED, Motta RHL. BrazilianDentists' AttitudesAbout Medical EmergenciesDuringDental Treatment. J. Dent. Educ. 2010; 74(6):661-6.
12. Arsati F, Montalli VA, Flório FM, Ramacciato JC, Cunha FL, Cecanho R, Andrade ED, Motta RHL. BrazilianDentists' AttitudesAbout Medical EmergenciesDuring Dental Treatment. J. Dent. Educ. 2010; 74(6):661-6.
13. Arsati F, Montalli VA, Flório FM, Ramacciato JC, da Cunha FL, Cecanho R, de Andrade ED,Motta RH. Braziliandentists' attitudesabout medical emergenciesduring dental treatment.JDent Educ. 2010;74(6):661-6.
14. Arsati F, Montalli VA, Flório FM, Ramacciato JC, Da CunhaFL, Cecanho R, et al. Braziliandentists' attitudesaboutmedicalemergenciesduring dental treatment. J Dent Educ2010; 74:661-6.
15. Arsati, F., Montalli, V., Flório, F., Ramacciato, J., Cunha, F., Cecanho, R., Andrade, E., Motta, R. (2010) BrazilianDentists' Attitudesabout Medical EmergenciesDuring Dental Treatment, JournalOf Dental Education, 76(3): pp661-666.
16. ATHERTON GJ, PEMBERTON MN, THORNHILL MH.Medicalemergencies: theexperienceof staff of a UKdentalteaching hospital. BrDent, 188(6):320-324, 2000.4. BARRETO RC, PEREIRA GAS. Emergência na clínica médica-odontológica, 1. ed, João Pessoa: Universitária -UFPB, 2011, 312 p.
17. BARRETO, R. A.; PEREIRA, M. S. Emergências médicas em odontologia: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Odontologia, v. 68, n. 2, p. 45-50, 2011.
18. BRAGA, F. P.; ALVARENGA, M. L.; MORES NETO, A. C. Acidente vascular cerebral: aspectos clínicos e terapêuticos. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 80, n. 3, p. 221-228, 2003.
19. CAPUTO, A. A. Avaliação do paciente e prevenção de emergências médicas em odontologia. Journal of Applied Oral Science, v. 17, n. 5, p. 1-6, 2009.
20. CAPUTO, A. A. et al. Prevenção e manejo de emergências médicas em odontologia. Revista da ABO Nacional, v. 18, n. 3, p. 112-118, 2010.
21. Caputo, I., Bazzo, G., Silva, R., Júnior, E. (2010). Vidas em Risco: Emergências médicas em consultório odontológico, Revista Cirurgia e Traumatologia Buco-MaxiloFacial, 10(3): pp51-58.

22. CAPUTO, L. M. et al. Fatores de risco para acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 46, n. 2, p. 45-52, 2010.
23. COLET D, GRIZAGL, FLEIG CN, CENCI RA, SINEGALI AC. Acadêmicos e profissionais da odontologia estão preparados para salvar vidas? *RevFacOdontolUnuv Passo Fundo* 2011;16(1):25-9.
24. COURSIN, D. B.; UNGER, R. J. Management of hypoglycemia in the diabetic patient. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 60, n. 5, p. 504-510, 2002.
25. GONZAGA, H. F. et al. Manual de urgências em odontologia. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
26. Haas DA. Preparing dental office staff members for emergencies: developing a basic action plan. *JADA* 2010; 141(5suppl):8S-13S.
27. Jevon P. Defibrillation in the dental practice. *BrDent J.* 2012;213(5):233-5.
28. JOLY, M. F. Atendimento de emergência no consultório odontológico. São Paulo: Santos, 1995.
29. KUMAR J Knowledge of first aid skills among students of a medical college in mangalore city of south india. *Annals of Medical and Health Sciences Research* 2014; 4(2): 162-6.
30. Lúcio, P., Barreto, R. (2012). Emergência médica no consultório odontológico e a (in)segurança dos profissionais, *Revista Brasileira de Ciência e Saúde*, 16 (2): pp267-272.
31. Madeira, A., Pinto, N., Nieves, F., Henriques, G., Porto, J., Alves, C., (2011). Manual de Suporte Básico de Vida, 1ª Edição 2011 - INEM-DFEM.
32. Malamed SF. Knowing your patients. *J Am Dent Assoc.* 2010;141(1):3-7.
33. MALAMED, S. F. Medical emergencies in the dental office. 8th ed. St. Louis: Elsevier, 2022.
34. MARZOLA, C.; GRIZA, D. G. Emergências médicas em odontologia: protocolos. Curitiba: Maio, 2001.
35. MARZOLA, C.; GRIZA, D. L. Emergências médicas em odontologia: como prevenir e agir. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 49, n. 4, p. 210-215, 2001.
36. Merly F. O cirurgião-dentista e as emergências médicas no consultório: será que estamos preparados para enfrentar este problema? *Rev Bras de Odontol* 2010; 67(1):6-7.
37. MONAZZI, M. S. Prevenção de emergências médicas no consultório odontológico. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 30, n. 1, p. 15-20, 2001.
38. MUGAYAR, L. R. Pacientes portadores de necessidades especiais: manual de odontologia e saúde oral. São Paulo: Pancast, 2000.

39. NEUMANN, T. et al. Preparedness for medical emergencies in dental practices: A survey from Germany. *Journal of Dental Education*, v. 87, n. 4, p. 561-568, 2023.
40. NUNESRJAA. Importância das emergências médicas parao cirurgião-dentista [Dissertação de Mestrado].Paraíba:UFPB; 2010.
41. PESKIN, R. M.; SHIRAKAMI, G. Rapid response to medical emergencies in the dental office. *Anesthesia Progress*, v. 67, n. 2, p. 106-114, 2020.
42. Pimentel ACSB, Cappai A, Júnior JRF, Grossamann SMC, Magalhães SR.Emergências em Odontologia: Revisão de literatura. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde*. 2014; 4(1):105-13.
43. RFO, Passo Fundo, v. 18, n. 3, p. 295-301, set./dez. 2013 301.
44. Rosenberg, M. (2010). Preparing for medical emergencies: The essencial drugsandequipment for the dental office, *Journalof American Dental Association*, 141(1): pp14-19 .
45. SANCHEZ, A. R.; DRUMOND, J. P. Emergências médicas: condutas no consultório odontológico. Belo Horizonte: Ed. PUC-MG, 2011.
46. SANTOS, M. E. V.; RUMEL, D. Emergências clínicas em odontologia: protocolos de atendimento. *Revista Odonto Ciência*, v. 21, n. 53, p. 78-85, 2006.
47. SANTOS, P. P.; RUMEL, D. Emergências clínicas na prática odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2006.
48. SHAMPAINE, L. P. Anamnese e avaliação sistêmica em odontologia. São Paulo: Santos, 1999.
49. Stafuzza, T. C., Carrara, C., Oliveira, F. V., Santos, C. F., & Oliveira, T. M. (2014). Evaluationofthedentists'sknowledgeon medical urgencyandemergency. *Brazilian Oral Research*, 28(1): pp1-5.
50. Valente, M., Catarino, R. (2012). Suporte Básico de Vida (1 edição). Instituto Nacional de Emergência Médica.
51. VEIGA D, OLIVEIRA R, CARVALHO J, MOURÃOJ. Emergênciasmédicas em medicina dentária: prevalência e experiênciadoss médicos dentistas.RevPortEstomatolCir Maxilofac2012; 53(2):77-82
52. Veiga, D., Oliveira, R., Carvalho, J., Mourão, J. (2012). Emergências médicas em medicina dentária: prevalência e experiência dos médicos dentistas, *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*,53(2): pp77-82.