



Urgência e Emergência Odontológica no SUS

Dr. André Falcão

DDS, MBA, OMFS



ABOUT ME

- Cirurgião e Traumatologista Bucomaxilofacial – HMCC;
- Plantonista e preceptor da Residência em CTBMF do Hospital Municipal do Tatuapé – São Paulo/SP;
- MBA em Gestão de Negócios com ênfase em Gestão Hospitalar – USP;
- Graduação FO-USP;
- Mestrando em Cirurgia Bucomaxilofacial FO-USP;
- Aperfeiçoamento em Saúde Bucal Coletiva – FAMEESP



Níveis de Hierarquia no SUS



- **Primário:** porta de entrada, atenção primária à Saúde, UBS, estratégia de saúde da família, prevenção e promoção à Saúde; equipe de Saúde Bucal;
- **Secundário:** média complexidade; atenção especializada ambulatorial; UPAs; policlínicas; exames mais avançados como ECG e endoscopia; Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs);
- **Terciário:** alta complexidade; hospitais de grande porte; Santas Casas; leitos de UTI; centro cirúrgico grande; alta densidade tecnológica;



Emergências em clínicas inglesas (2012)



TABELA 1-7 Emergências médicas ocorrendo entre cirurgiões-dentistas na Inglaterra, em um período de 12 meses

Situação de emergência	Porcentagem de cirurgiões-dentistas relatando a emergência	Número de casos relatados
Síncope vasovagal	63	596
Angina <i>pectoris</i>	12	53
Hipoglicemia	10	54
Convulsão, epilepsia	10	42
Obstrução de vias aéreas por corpo estranho	5	27
Asma	5	20
Parada cardiorrespiratória	0,3	1

Dados obtidos de Jevon P: Updated guidance on medical emergencies and resuscitation in the dental practice, *Br Dent J* 212:41–43, 2012.

Fonte: MALAMED, Stanley F.. Emergências médicas em odontologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 546 p. ISBN: 978-85-352-8387-7.

Emergências em clínicas americanas (1973-2012)



TABELA 1-2 Emergências na University of Southern California School of Dentistry (1973-junho 2012)

Situação de emergência	Número relatado
TIPO	
Síncope	65
Hiperventilação	54
Convulsão	53
Hipotensão postural	30
Hipoglicemia	29
Reação alérgica leve	18
Angina <i>pectoris</i>	18
Ataque agudo de asma	13
Infarto agudo do miocárdio	1
Parada cardiorrespiratória	1
VÍTIMA	
Paciente (durante o tratamento)	185
Paciente (antes ou depois do tratamento)	56
Equipe odontológica	27
Outras pessoas (expectadores, acompanhantes, pais, cônjuges)	14

Fonte: MALAMED, Stanley F.. Emergências médicas em odontologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 546 p. ISBN: 978-85-352-8387-7.

Avaliação primária



A	<i>Airway</i>	Desobstrução de vias aéreas
B	<i>Breathing</i>	Respiração e ventilação
C	<i>Circulation</i>	Circulação
D	<i>Disability</i>	Disfunção neurológica, estado neurológico
E	<i>Exposition</i>	Exposição e controle do ambiente (despir a vítima atentando para as medidas de prevenção de hipotermia).

Imagem: Abordagens de adultos_1: Avaliação primária (unasus.gov.br)

Avaliação secundária



- **Frequência respiratória:** aferição de número de expansões torácicas;
- **Frequência cardíaca:** por checagem de pulsos;
- **Pressão arterial:** aferição de PA manual ou digital



Avaliação dos sinais vitais



- Pressão arterial;
- Pulso;
- Respiração;
- Temperatura;

Dados complementares:

- Peso
- Altura

Blood Pressure Categories



BLOOD PRESSURE CATEGORY	SYSTOLIC mm Hg (upper number)		DIASTOLIC mm Hg (lower number)
NORMAL	LESS THAN 120	and	LESS THAN 80
ELEVATED	120 – 129	and	LESS THAN 80
HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION) STAGE 1	130 – 139	or	80 – 89
HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION) STAGE 2	140 OR HIGHER	or	90 OR HIGHER
HYPERTENSIVE CRISIS (consult your doctor immediately)	HIGHER THAN 180	and/or	HIGHER THAN 120

Imagem: [news - DENVER INDIAN HEALTH AND FAMILY SERVICES \(dihfs.org\)](https://news.denverpost.com/health/denver-indian-health-and-family-services)

Aferição de Pressão Arterial



1. Explique o procedimento;
2. Deixe o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo e temperatura agradável
3. Coloque-o na posição sentada, com o braço na altura do coração.
5. Colocar o manguito, sem folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
6. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito e manômetro sobre a artéria braquial;
7. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
8. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação de pulso radial;
9. Definir a pressão sistólica (PAS) pela ausculta do primeiro som e após, aumentar devagar a velocidade de deflação;
10. Definir a pressão diastólica (PAD) no desaparecimento do som.



Aferição de Pressão Arterial



Dicas gerais odontológicas



- Evitar jejum prévio ao atendimento;
- Cardiopatas e gestantes: sessões curtas (menos de 1 hora) + avaliação de sinais vitais nas consultas;
- Anestesia eficiente: controle da dor



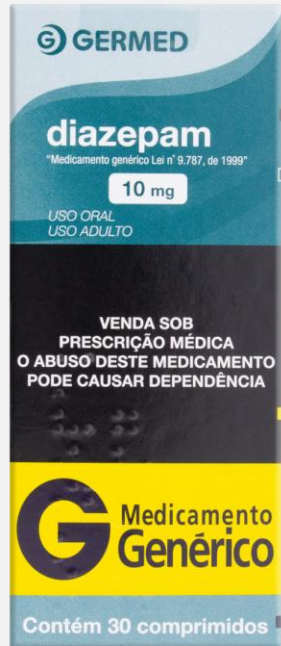
Ansiedade aguda



- Síndrome do Jaleco Branco;
- Traumas psicológicos prévios;
- Taquipneia (aumento da FR);
- Taquicardia (aumento da FC);
- Hipertensão (aumento PA);
- Midríase;
- Lipotimia/síncope.



Ansiolíticos | Analgesia Preemptiva



Síncope vasovagal



- Principal causa de perda de consciência;
- Diminuição da oxigenação cerebral momentânea;
- Bradicardia, vasodilatação com diminuição da PA, principalmente;
- Ação do nervo vago e redução do sistema nervoso simpático;
- Fatores precipitantes: dor, calor, visão de sangue, estresse;
- Sinais: fraqueza, suor, palidez, náusea, tontura, visão embaçada, cefaleia, palpitações;
- Afastar causas cardíacas

Acidente Vascular Encefálico (AVC/AVE)



- Cefaleia intensa
- Alteração do nível de consciência;
- Vertigem
- Ataxia (coordenação motora);
- Náuseas;
- Vômitos;
- Afasia (fala alterada);
- Hipertensão intracraniana;
- Fraqueza dos membros;
- Anisocoria;
- Síncope (desmaio)

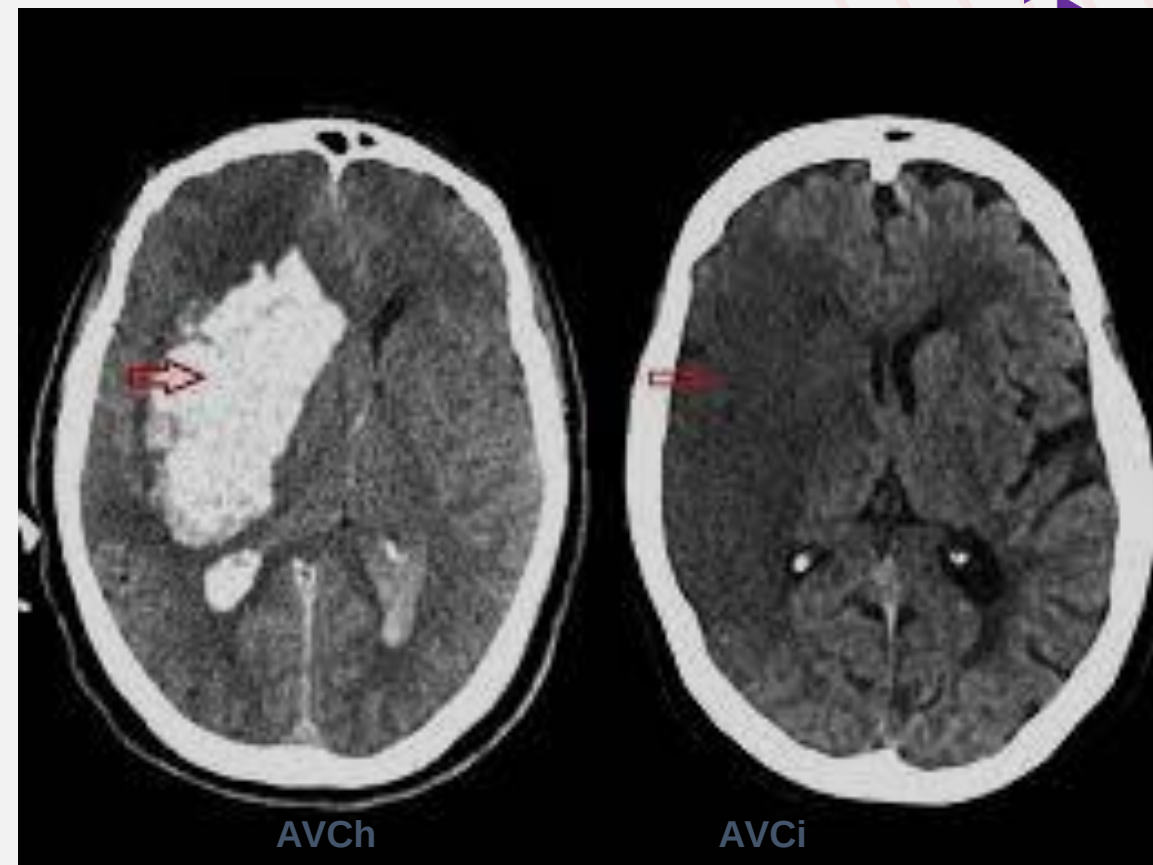


Imagem: [AVC – Acidente Vascular Cerebral – Neurolink](#) – Porto Alegre



Níveis de Glicemia



TABELA 20.3 Valores diagnósticos dos exames laboratoriais para diabetes

Teste	Normal	Pré-diabetes	Diabetes
Glicemia de jejum	< 100	100-125	≥ 126
2 h após 75 g de glicose	< 140	140-199	≥ 200
Glicemia casual	—	—	≥ 200 com sintomas de hiperglicemia

Fonte: [Diabetes Mellito | dos Sintomas ao Diagnóstico e Tratamento | MedicinaNET](#) / American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2008. Diabetes Care. 2008;31 Suppl 1:S12-54.

Sintomas	Hiperglicemia (alta de açúcar)	Hipoglicemia (baixa de açúcar)
Início	Lento	Súbito (minutos)
Sede	Muita	Inalterada
Urina	Muita quantidade	Inalterada
Fome	Muita	Muita ou normal
Perda de peso	Frequente	Não
Pele	Seca	Normal ou úmida
Mucosa da Boca	Seca	Normal
Suores	Ausentes	Frequentes e frios
Tremores	Ausentes	Frequentes
Fraqueza	Presente	Sim ou não
Cansaço	Presente	Presente
Glicose no sangue	Superior a 200 mg%	40 a 60 mg% ou menos
Hálito cetônico	Presente ou ausente	Ausente

Fonte: Diabetes & Saúde: Diferenças entre Hipoglicemia e Hiperglicemia (diabetesesaude.blogspot.com)

Hiperglicemia X Hipoglicemia

Hiperglicemia	Hipoglicemia
Níveis de glicose aumentados	Glicemia capilar <70mg/dl
Resistência ou produção inadequada de insulina	Efeitos de fármacos antidiabéticos; horas de jejum; atividade física exagerada; alcoolismo.
Riscos à saúde a longo prazo (encefalopatia, pé diabético)	Riscos mais imediatos e repentinos.
Risco para AVC, IAM, arritmias graves, retinopatia diabética, cegueira, amputações (pé diabético), insuficiência renal, disfunção erétil, neuropatias e lesões de órgão-alvo	Risco para confusões, taquicardia, desmaio, convulsão, coma, morte
Tratamento para a vida	Imediato

Hiperglicemia X Hipoglicemia

Hipoglicemia Aguda

Como lidar com a hipoglicemia aguda

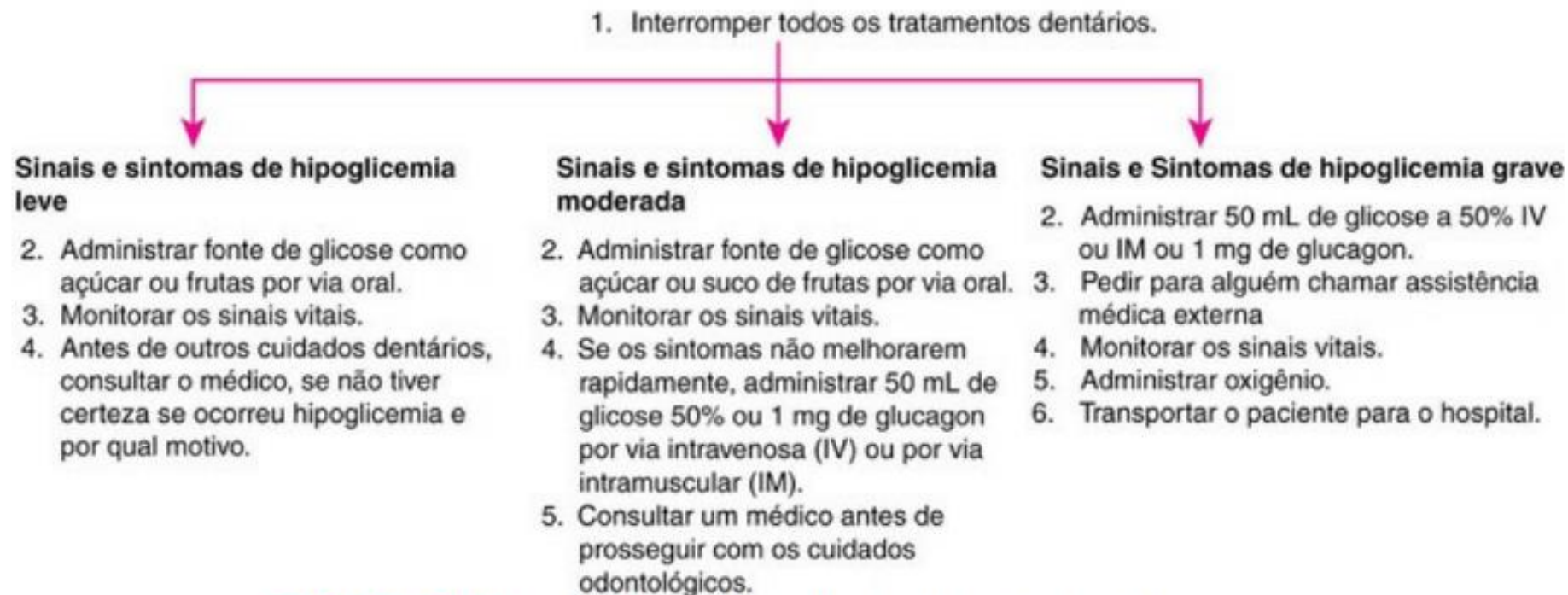


FIGURA 2-11 Tratamento da hipoglicemia aguda.

Fonte: Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 4 ed, 2009

Diabetes - Implicações Bucais



- Doença Periodontal;
- Xerostomia;
- Hálito cetônico;
- Infecções oportunistas;
- Cicatrização lentificada;
- Hipoplasia de esmalte (crianças).



Diabetes - Manejo Odontológico



- Considerar glicemia capilar e hemoglobina glicada;
- Anamnese com histórico médico atualizado;
- Paciente não deve vir de jejum para consulta;
- Considerar anestésicos sem epinefrina: mepivacaína 3% e prilocaína com felipressina.



Convulsão



- Alteração de função cerebral com crises envolvendo mudanças na consciência, atividade motora e fenômenos sensoriais;
- Duração aproximada de 3 a 5 minutos;
- Fatores desencadeantes: emoções intensas, exercícios físicos extremos, ruídos/sons, odores, luz forte, falta de sono, febre,
- Fase prodrômica: cefaleia, irritabilidade, insônia, horas/dias antes;
- Fase de aura: confusão mental, alucinações visuais, desconforto gástrico, cefaleia
- Fase tônico: contrações generalizadas musculares com movimentos bruscos;
- Fase clônica: babação, liberação de esfíncteres, apneia;
- Fase pós-ictal: amnésia, sonolência e fadiga extrema.



Convulsão



- Remoção de objetos obstrutivos da boca ao início da crise;
- Deitar paciente em superfície rígida;
- Deixar paciente de lado (decúbito lateral) para escorrimento de saliva com coxim;
- Não realizar contenção física;
- Não tentar segurar língua ou manter boca do paciente aberta;
- Aguardar finalização da crise;
- Sono profundo pode ser normal após a crise;
- Considerar chamar equipe médica em crises longas;



Obstrução aguda das vias aéreas

- Manobra de Heimlich**



Imagem: [Como fazer a manobra de Heimlich \(em adultos e bebês\) - Tua Saúde \(tuasaude.com\)](http://tuasaude.com)

Crise de Asma



- Interrompa o atendimento e remova qualquer material da boca da paciente;
- Procure tranquilizá-lo;
- Paciente sentado contra o encosto de cadeira;
- Broncodilatador em aerossol (ex.: Aerolin®);
- Administre oxigênio (5l/min);
- Crise não resolvida c/ broncoespasmo: **Adrenalina – ampola 1:1000 Aplicar 0,3 mL via subcutânea**



Prevenção da Asma



- Anamnese criteriosa, dirigida ao problema;
- Manter um broncodilatador em aerossol à disposição;
- Considerar um protocolo de sedação para a redução do estresse;
- Evitar prescrever aspirina ou antiinflamatórios não esteróides;
- Em asmáticos com história de alergia aos sulfitos, não empregar soluções anestésicas que contenham vasoconstritores adrenérgicos.



Infarto agudo do miocárdio



- Maior incidência em pacientes com história de hipertensão arterial ou angina do peito;
- Suspeitar em casos de:
 - dor no peito num paciente com doença coronária não for aliviada pelo repouso ou pelo uso de vasodilatadores coronarianos;
 - dor no peito é aliviada pelo uso de vasodilatadores coronarianos sublinguais, mas reincide quase que de imediato;
 - dor no peito sugestiva de isquemia do miocárdio, surge pela primeira vez durante o atendimento odontológico.



Desfibrilador automático externo



- Casos de parada cardíaca;
- Paciente inconsciente;
- Checar ausência de respiração e pulso;
- Paciente deitado no chão;
- Paciente longe de materiais condutores;
- Aparelho indica se há ou não recomendação para descarga;
- Eletrodos já indicados para colocação;
- Uso em geral associado a manobras de massagem cardíaca e insuflação respiratória.

Risco de sangramento



- **< 50000 plaquetas:** risco de sangramento anormal leve;
- **20000 – 50000:** risco de sangramento anormal aumentado;
- **< 20000:** risco de sangramento espontâneo – indicada transfusão plaquetária e adiamento cirúrgico até estabilização.



Epistaxe - sangramento nasal



Hemorragia ativa



Epistaxe...

Considerar:

- Tempo de início;
- Volume;
- Coloração da pele;
- Fator neurológico: Glasgow 15?
- Medicamentos: antiplaquetários e anticoagulantes
- Hematológicos prévios?



Se PA alta:

- Considerar controle de PA

+

- Medidas mecânicas e/ou medicamentosas

- Medidas cirúrgicas: cauterização + sutura

Medic. oral

Venosa

Distúrbios de
coagulação?



Epistaxe - sangramento nasal

Medidas mecânicas:

- Tamponamento nasal anterior: gaze, rayon →

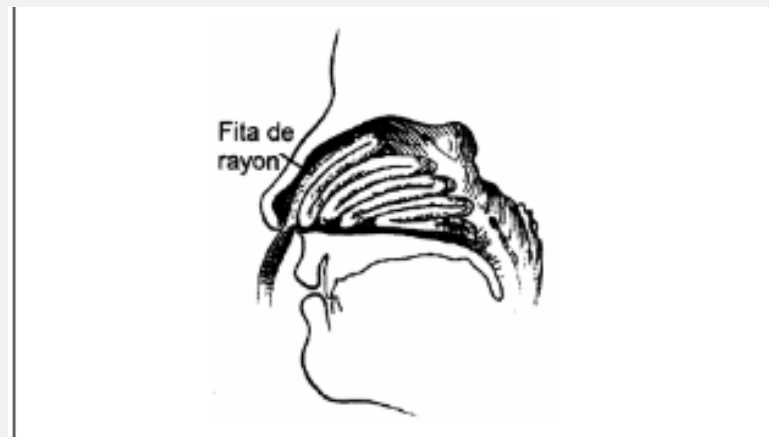


Fig. 2 - Representação esquemática do tamponamento nasal anterior com gaze ou rayon (Adaptada da referência 3).

- Tamponamento nasal posterior: sonda foley →

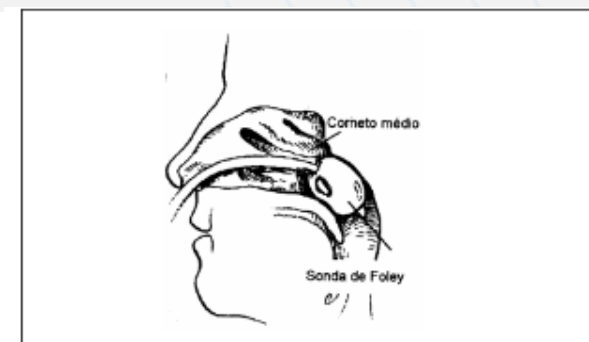


Fig. 3 - Representação esquemática do tamponamento nasal posterior com sonda de Foley (Adaptada da referência 3).

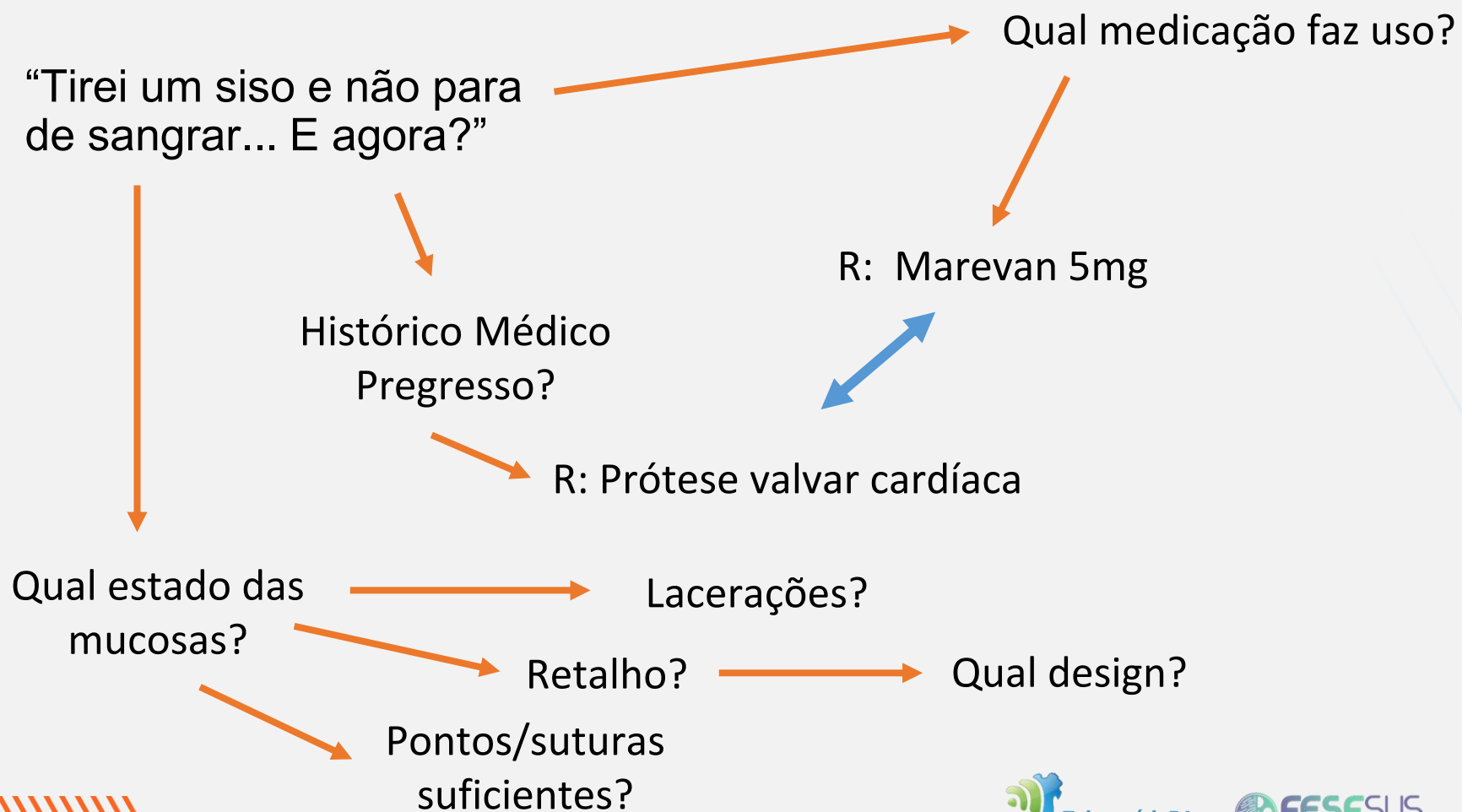
Epistaxe - sangramento nasal



**Medidas cirúrgicas:
cauterização e suturas**



“Tirei um siso e
não para de
sangrar... E
agora?”



“Tirei um siso e não para de sangrar... E agora?”

Considerar:

1. Sutura em massa;
2. Biomateriais/métodos físico-químicos;
3. Medicações;
4. Reposição de volume (SF, ringer lactato, SG)

Tudo isso é necessário?

Considerar tempo de
início da hemorragia

Métodos de controle hemorrágico gerais

web
PALES
TRA

- Sutura: simples, contínua, em massa;
- Ligadura de vasos;
- Rebatimento de retalho;
- Cauterização

- Compressão direta: gaze;
- Cera para osso;
- Hemospon;
- Surgicel: malha ou fibrilar;
- Transamin intralveolar;
- Transamin endovenoso



Trauma dentoalveolar



- **Fratura dentárias:** coroa e/ou raízes;
- **Fratura de processo alveolar:** avaliar impacções, embricamentos;
- **Concussão:** traumatismo em ligamento periodontal, com sensibilidade local, sem deslocamentos;
- **Subluxação:** traumatismo em ligamento periodontal, presente hemorragia gengival;
- **Luxação extrusiva:** deslocamento parcial axial do alvéolo sentido coroa dos adjacentes;
- **Luxação lateral:** deslocamento em sentido horizontal/lateral do dente. Pode haver compressão de osso alveolar associado;
- **Luxação intrusiva:** deslocamento axial sentido ápice dos adjacentes, intruindo no processo alveolar;
- **Avulsão:** saída completa do dente de seu alvéolo. Reimplante, em geral, dentro de até 2h, transporte preferencialmente em soro fisiológico 0,9% ou leite, não raspar/remover tecidos de suporte do alvéolo e do dente;



Trauma dentoalveolar



- Considerar redução e estabilização por 2-4 semanas e necessidade de tratamento endodôntico;
- Considerar riscos de broncoaspiração;
- Dentes decíduos não são em geral reimplantados.



Doenças Pulpares



- Dores variam a intermitentes a contínuas;
- Pulpites reversíveis x pulpites irreversíveis;
- Alterações periapicais: periodontites apicais, cisto radicular e granulomas;
- Necrose pulpar;
- Causas variadas como trauma dentário, oclusão, cárie;
- Realizar testes semiotécnicos: inspeção, palpação, percussão, teste térmico (frio e quente);
- Considerar: alívio oclusal, troca de restaurações, pulpotomia, pulpectomia e medicamentos (ATB e sintomáticos);



Neuralgia trigeminal



- Dor em hemiface (em geral) intensa;
- Dor abrupta em choque;
- Cessação abrupta;
- Estímulos variados: calor, frio, odores, barbear, mastigar;
- Pode ser confundida com pulpites;
- Encaminhamento ao Neurologista;
- Primeira linha de fármaco: carbamazepina.



Abscesso dentoalveolar



- Inicia em processo alveolar e se dissemina a partir de necrose pulpar;
- Pode formar fístulas;
- Disseminação sem via de drenagem acomete espaços fasciais:
 - Espaço submental;
 - Espaço sublingual;
 - Espaços submandibulares;
 - Espaço bucal;
 - Espaço parafaríngeo



Abscesso dentoalveolar



- Tratamento varia da extensão;
- Tratamento endodôntico;
- Medicação: antibióticos e sintomáticos;
- Drenagem intraoral;
- Drenagem extraoral;
- Drenagens contemplam:
 - Incisão;
 - Divulsão de planos;
 - Instalação de dreno de Penrose;
 - Sutura local



Abscesso dentoalveolar



- Avaliar comorbidades: diabetes e HAS (p ex.);
- Idade;
- Tempo de evolução;
- Medicações e tratamentos pregressos;
- Correlação dentária;
- Inspeção, palpação e percussão;



Take Home Messages



- Ter prontuário sempre atualizado;
- Ações rápidas nas urgências e emergências;
- Estratificação de riscos e benefícios é importante;
- Princípios éticos e morais em dia;
- **Defenda o SUS!**



Referências



- Allam AK, Sharma H, Larkin MB, Viswanathan A. Trigeminal Neuralgia: Diagnosis and Treatment. Neurol Clin. 2023 Feb;41(1):107-121. doi: 10.1016/j.ncl.2022.09.001. PMID: 36400550.
- Balbani APS, Formigoni GGS, Butugan O. Tratamento da Epistaxe. 1999. Revista da Associação Médica Brasileira. 45. 10.1590/S0104-42301999000200017.
- Baumgarten A, Cancino MH. Epilepsia e Odontologia: uma revisão da literatura. Rev. Bras. Odontol. vol.73 no.3 Rio de Janeiro Jul./Set. 2016
- Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 21(Spec):[08 telas] jan.-fev. 2013
- Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxillofacial contemporânea. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 4 ed, 2009
- Jardine DL, Wieling W, Brignole M, Lenders JWM, Sutton R, Stewart J. The pathophysiology of the vasovagal response. Heart Rhythm. 2018 Jun;15(6):921-929. doi: 10.1016/j.hrthm.2017.12.013. Epub 2017 Dec 12. PMID: 29246828; PMCID: PMC5984661.
- Malamed SF. Emergências médicas em odontologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 546 p. ISBN: 978-85-352-8387-7.
- Myers AL, Jeske AH. Provider-directed analgesia for dental pain. Expert Rev Clin Pharmacol. 2023 May;16(5):435-451. doi: 10.1080/17512433.2023.2206118. Epub 2023 Apr 26. PMID: 37083548.
- Neurolink. AVC – Acidente Vascular Cerebral. 2022. Disponível em: <https://neurolink.med.br/servico/avc-acidente-vascular-cerebral/>
- Oliveira TF, Mafra RP, Vasconcelos MG, Vasconcelos RG. Conduta odontológica em pacientes diabéticos: considerações clínicas. 2016. Odontol. Clín.-Cient. (Online) vol.15 no.1 Recife Jan./Mar.
- Pedrosa LOS, Silva Sobrinho AR, Cartaxo RO. Protocolos e condutas para diferentes situações clínicas de avulsão de dentes permanentes. Arch Health Invest (2021)10(6):1015-1021. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v10i6.5024>
- Santos KSA, Veloso OLL, Temóteo LM, Brito LNS. Concordância diagnóstica em Endodontia em clínicas odontológicas. RGO, Rev. gaúch. odontol. (Online) vol.59 no.3 Porto Alegre Jul./Set. 2011
- Sharma R, George M, Krishnan M. Efficacy of Preemptive Analgesia on Pain Perception After Simple Tooth Extraction: A Prospective Study. Cureus. 2024 Apr 14;16(4):e58262. doi: 10.7759/cureus.58262. PMID: 38752094; PMCID: PMC11093768.
- Whelton PK, Carey RM, Mancia G, Kreutz R, Bundy JD, Williams B. Harmonization of the American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology/European Society of Hypertension Blood Pressure/Hypertension Guidelines: Comparisons, Reflections, and Recommendations. Circulation. 2022 Sep 13;146(11):868-877. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.121.054602. Epub 2022 Aug 11. PMID: 35950927.



SECRETARIA
DA SAÚDE

Obrigado!
andre.falcao@usp.br
@dr.andrefalcao





NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

