

Trabalho de Conclusão de Curso

ABORDAGEM CLÍNICA DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

VIRGÍNIA ANNETT POLLI



Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Virgínia Annett Polli

ABORDAGEM CLÍNICA DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação
em Odontologia.

Orientadora: Alessandra Rodrigues
de Camargo

Coorientadora: Etiene de Andrade
Munhoz

Florianópolis

2014

Virgínia Annett Polli

ABORDAGEM CLÍNICA DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de novembro de 2014.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alessandra Rodrigues de Camargo
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Inês Beatriz Rath
Universidade Federal de Santa Catarina

Mariah Luz Lisboa
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho à **Deus**, que me proporcionou o dom da vida.

Aos meus pais **Juracy José Polli e Janete Soares Polli** (*In Memoriam*), pois sem eles nada disso seria possível.

Aos meus irmãos **Victor Polli e Marco Antônio Polli** que sempre me apoiaram e demonstraram orgulho pelas minhas escolhas profissionais.

AGRADECIMENTOS

A *Deus* por minha vida, família e amigos.

A *Universidade Federal de Santa Catarina* (UFSC), pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal durante esses cinco anos de vivência acadêmica.

A minha orientadora, *Prof^a. Dr^a Alessandra de Rodrigues Camargo*, pelas horas dedicadas, pelas dúvidas sanadas, pelos ensinamentos, pelo suporte e apoio na elaboração deste projeto. Obrigada pelas cobranças, pelas palavras de incentivo, e pela amizade cultivada durante este período. Agradeço, ainda, a oportunidade de ter trabalhado ao lado de uma profissional tão competente e que ama o que faz.

A minha co-orientadora, *Prof^a. Dr^a Etiene de Andrade Munhoz* pelas revisões e conselhos.

A *Mariáh Luz Lisboa*, cirurgiã-dentista do HU/UFSC, pela dedicação e ajuda na elaboração deste trabalho. Obrigada por me fazer sentir bem recebida no Serviço de Odontologia do HU/UFSC, mesmo que apenas por alguns períodos.

Ao *Gabriel Louzeiro*, residente do Serviço de Odontologia HU/UFSC, pela colaboração e entusiasmo ao me ajudar com as fotografias para o presente projeto.

A *Glória*, auxiliar de saúde bucal do Serviço de Odontologia do HU/UFSC, pelo suporte e colaboração.

A minha *mãe* (*in memoriam*) que em pouco tempo me mostrou o que é um amor incondicional, capaz de ultrapassar o tempo e ir além da vida.

Ao meu *pai*, meu exemplo de amor e sabedoria, obrigada por me proporcionar uma vida cheia de amor, carinho, confiança, apoio e amizade. Obrigada por me ajudar a realizar meus sonhos. Sem você nada disso seria possível. Você é e sempre será o melhor pai do mundo.

Ao meu irmão *Victor* pelos momentos bons e ruins que já passamos juntos e por me fazer acreditar nos meus sonhos. Você é meu exemplo de determinação e força de vontade.

Ao meu irmão **Marco Antônio** que desde que nasceu renova minhas energias e me faz sentir mais madura e responsável.

A minha dupla e irmã de alma, **Leticia Perin**, por estar comigo em todos os momentos bons e difíceis durante a graduação. Sem você eu não conseguiria. Obrigada pelas risadas e pelos dias de mau humor (que nunca duravam muito tempo). Obrigada por todos os incentivos e por todos os empurrões para a conclusão não só deste trabalho, mas como a deste curso de graduação. Você é um exemplo de pessoa e de profissional. Tenho muito orgulho de ter aprendido e vivido com você durante esses cinco anos. Obrigada por tudo.

A minha dupla do coração, **Fernanda Moraes e Leonardo Mazzarolo**, pelos momentos de amizade sincera e descontração.

Aos colegas e verdadeiros amigos que tornaram esses cinco anos de convivência diária mais leves e transformaram uma turma em uma família.

E por fim, **a todos aqueles** que de alguma forma contribuíram não só para este trabalho mas também para minha formação acadêmica.

Oração de São Francisco

Senhor, fazei de mim instrumento de vossa paz.

Onde houver ódio, que eu leve o amor;

Onde houver ofensa, que eu leve o perdão;

Onde houver discórdia, que eu leve a união;

Onde houver dúvida, que eu leve a fé;

Onde houver erro, que eu leve a verdade;

Onde houver desespero, que eu leve a esperança;

Onde houver tristeza, que eu leve a alegria;

Onde houver trevas, que eu leve a luz.

Ó Mestre, Fazei que eu procure mais

Consolar, que ser consolado;

compreender, que ser compreendido;

amar, que ser amado.

Pois é dando que se recebe,

é perdoando que se é perdoado,

e é morrendo que se vive para a vida eterna.

“Concentre-se nos pontos fortes, reconheça as fraquezas, agarre as oportunidades e proteja-se contra as ameaças.”

(Sun Tzu)

“Não são as perdas nem as quedas que nos fazem fracassar no caminho, mas sim a falta de coragem de levantar e seguir adiante.” (V. M. Samael Aun Weor)

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.” (O Pequeno Príncipe)

RESUMO

A abordagem clínica odontológica de pacientes com necessidades especiais gera bastante dúvida e ansiedade entre alunos de graduação e cirurgiões-dentistas já formados. O tema é pouco explorado ao longo do curso de graduação sendo que o profissional formado possui pouco embasamento teórico para o exercício deste campo de trabalho. Pacientes com necessidades especiais são aqueles indivíduos que apresentam comprometimentos mentais, físicos, orgânicos sociais e/ou comportamentais de caráter permanente ou transitório. Tratando-se este de um conceito amplo, a heterogeneidade de informações disponíveis na literatura se faz grande. Frente a esta problemática, o presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de auxiliar os cirurgiões-dentistas na escolha da melhor abordagem terapêutica odontológica para pacientes com necessidades especiais. Foram revisadas e detalhadas mais especificamente as abordagens clínicas do tipo ambulatorial, utilização de sedação, anestesia geral e atendimento domiciliar para o tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais, com o objetivo de traçar protocolos de atendimentos para essas diferentes abordagens, que facilitem a execução de tratamentos odontológicos desses pacientes. A partir dessa revisão de literatura, foi proposto um roteiro que auxilie o cirurgião-dentista na escolha da melhor abordagem terapêutica para o tratamento odontológico do paciente com necessidade especial.

Palavras-chave: Pacientes especiais. Abordagem. Terapêutica.

ABSTRACT

The dental management of special needs patients creates doubt and anxiety among undergraduate students and dentists. The theme is underexplored throughout the undergraduate course and the dentist has not enough theoretical foundation to work on this field. Special needs patients are those individuals who have permanent or transitory mental, physical, organic social and / or behavioral impairments. In the case of this broad concept, the heterogeneity of information available in the literature is fairly. Thus, the aim of this study was to assist dentists in choosing the best dental management of special needs patients. It was revised and more specifically detailed the management on dental base office, the management under sedation and under general anesthesia, and home care treatments for patients with special needs, with the aim of develop guidelines on management of dental patients with special health care needs to facilitate the execution of dental treatment of these patients. From this literature review, we proposed a guideline to assist the dentist in choosing the best therapeutic approach for the treatment of dental patients with special needs.

Key-words: Special needs. Dental management. Therapeutic approach.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Medicamentos, indicações, contra-indicações e efeitos colaterais de diferentes drogas utilizadas para sedação leve, moderada e profunda no tratamento odontológico.....	20
Tabela 2. Lista de equipamentos	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sequencia de fotos de sedação. A – materiais utilizados: espátula de madeira, água destilada, comprimido de Midazolan, seringa descartável, 2 mL de suco de grosélia. B – placa de vidro. C – sucção de 2 mL de suco de grosélia com a seringa descartável. D e E – um comprimido e meio de Midazolan masserados por compressão de duas placas de vidro. F e G – mistura do sedativo masserado com água destilada e na sequencia adição de 2 mL de suco de grosélia e mistura com a espátula de madeira. H – sucção de toda a mistura com a seringa descartável. I – administração do sedativo.....	24
Figura 2. Materiais utilizados para anestesia geral. A – centro cirúrgico. B – aparelho de anestesia e monitoramento. C – compressor portátil para caneta de alta e baixa rotação. D – fotopolimerizador. E – profi (ultra-som). F, G e H – instrumentais odontológicos. I – tampão de gaze estéril.....	29
Figura 3. A e B – Sedação intravenosa administrada por um médico anesthesiologista. C – Controle das vias respiratórias. D – Intubação nasotraqueal. E – Paciente estável para início dos procedimentos odontológicos. F – Equipe de profissionais de odontologia composta por dois cirurgiões-dentistas e uma auxiliar de saúde bucal. G – Tampão de gaze aberto. H e I – Colocação do tampão de gaze na orofaringe para evitar possíveis aspirações dos materiais odontológicos pelo paciente.	30
Figura 4. Procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar. A, B – Visão aproximada e estendida do paciente preparado para receber atendimento odontológico. C – Procedimento de profilaxia com o uso do Profi. D – Paciente recebendo anestesia local com o intuito de levar o tecido local à isquemia, pois o paciente quando sob anestesia geral não sente dor. E, F, G – Procedimentos de abertura endodôntica e exploração do canal radicular. H, I – Procedimentos restauradores.....	30
Figura 5. Sequência ilustrativa de um atendimento domiciliar: A – disposição da casa para receber a equipe de odontotologia; B – equipamento portátil antes da montagem; C – imagem tirada durante o atendimento odontológico; D – equipamento portátil montado e pronto para uso (Equipamento composto por compressor portátil, saídas das canetas de alta e baixa rotação, seringa tríplice, e sugador).	34
Figura 6. Terapia do abraço (UFPE 2013).	36
Figura 7. Técnica posição joelho a joelho (UFPE 2013).....	36
Figura 8. Auxiliar contendo a cabeça do paciente (UFPE 2013).	36
Figura 9. Técnica de contenção com faixas. A - Faixa de Courvin. B - Faixa de tecido e assento de mobilização (UFPE 2013).....	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2.1. Objetivo Geral	14
2.2. Objetivos Específicos	14
3. METODOLOGIA	15
4. REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1. Quem é o Paciente com Necessidade Especial	16
4.2. Conceitos sobre sedação, anestesia geral e <i>home care</i>	17
4.2.1. Sedação.....	18
4.2.1.1. Principais drogas utilizadas na sedação	20
4.2.1.2. Protocolo de Atendimento para Sedação leve/moderada.....	22
a. SEQUENCIA ILUSTRATIVA: SEDAÇÃO	23
4.2.2. Anestesia Geral.....	24
4.2.2.1. Protocolo de Atendimento para Anestesia Geral	27
b. SEQUENCIA ILUSTRATIVA: ANESTESIA GERAL	28
4.2.3. Atendimento Domiciliar – <i>Home Care</i>	31
4.2.3.1. Protocolo de Atendimento para <i>Home Care</i>	32
c. SEQUENCIA ILUSTRATIVA: <i>HOME CARE</i>	34
4.3. Sugestão de roteiro para tomada de decisão clínica	35
5. DISCUSSÃO	34
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
9. REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE 1	45
APÊNDICE 2	47
APÊNDICE 3	48
APÊNDICE 4	50
ANEXO 1	54

1. INTRODUÇÃO

Proporcionar um atendimento odontológico seguro e eficiente para pacientes com necessidades especiais, muitas vezes, gera dúvidas aos cirurgiões-dentistas. O tratamento odontológico deste grupo de indivíduos deve levar em consideração a deficiência neurológica, a limitação física, social ou emocional e, para isso, diferentes abordagens terapêuticas podem e devem ser consideradas (DAVIES; BEDI; SCULLY, 2000).

O conceito de pacientes com necessidades especiais é amplo e refere-se a todo indivíduo que apresente alguma alteração, de caráter permanente ou transitório, e que necessita de um atendimento diferenciado para a realização de seu tratamento odontológico (CARVALHO; ARAUJO, 2004). A Comissão de Evidências Odontológicas - Commission on Dental Accreditation (CODA) - define pacientes com necessidades especiais como todo indivíduo com condição médica, física, psicológica e/ou social que necessite de individualização do tratamento odontológico (VAINIO; KRAUSE; INGLEHART, 2011).

Com o aumento da expectativa de vida populacional, a demanda de tratamento odontológico para este grupo de pessoas também cresceu. No entanto, muitos profissionais ainda encontram dificuldades em fornecer tal atendimento, dificuldades estas que podem variar desde a falta de preparo profissional, insegurança, possíveis limitações ergonômicas, até a falta de conhecimento científico e treinamento adequado (SILVA *et al.*, 2005).

De acordo com Lucena *et al.* (2013), em muitas situações a formação do acadêmico em odontologia não aborda estes pontos, fato que culmina com uma série de dúvidas na hora em que o cirurgião-dentista já formado se depara com estes pacientes. De acordo com Sherman e Anderson (2010), a falha na formação acadêmica dos profissionais gera dificuldades ao paciente em encontrar um atendimento odontológico de qualidade no momento em que o busca.

Segundo Waldman e Perlman (2002), citado por Lucena *et al.* (2013):

A negligência com estes pacientes que não conseguem tratamento odontológico ocorre por diversas causas: principalmente pela falta de conhecimento por parte do cirurgião-dentista quanto ao manejo adequado à condição clínica e comportamental do paciente, seguida pela falta de

experiência, alteração de rotina do consultório e a necessidade de adequações físicas e equipamentos especiais (LUCENA, 2013).

A literatura científica não é concisa em abordar este tema. Poucos trabalhos na área odontológica foram realizados até o momento, sendo que a maior parte deles é direcionada ao uso de sedativos como se esta fosse a única solução de abordagem clínica para os casos em que os pacientes apresentam algum tipo de alteração ou dificuldade comportamental, de acordo com a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD, 2012).

Considerando a amplitude do conceito de pacientes com necessidades especiais, verifica-se que a literatura é falha, e que carece de estudos que embasem cirurgiões-dentistas com interesse pela área na tomada de decisão clínica (SILVA et al., 2005).

Com base no exposto, este trabalho tem por objetivo realizar uma revisão literária que auxilie acadêmicos de odontologia e cirurgiões-dentistas já formados a conhecer um pouco mais sobre as diferentes abordagens terapêuticas para pacientes com necessidades especiais e contribuir com uma visão mais ampla dessa área de atuação profissional.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Realizar uma revisão de literatura não sistemática a respeito das diferentes abordagens clínicas – ambulatorial, hospitalar e domiciliar - para o tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais.

2.2 Objetivos Específicos

- Traçar protocolos de atendimentos para as diferentes abordagens terapêuticas - ambulatorial, hospitalar e domiciliar - que facilitem a execução de tratamentos odontológicos de pacientes com necessidades especiais;

- A partir da revisão de literatura, propor um roteiro que auxilie o cirurgião-dentista na escolha da melhor abordagem terapêutica para o tratamento odontológico do paciente com necessidade especial.

3. METODOLOGIA

O estudo a ser desenvolvido trata-se de uma revisão de literatura não sistemática. Para tal, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed/Medline com os seguintes descritores/unitermos: “Dentistry/Special needs/Sedation”; “Dentistry/Special needs/General anesthesia”; “Dentistry/Special needs/Home care”; “Special patients/Dental treatment”; “Risks/Sedation/Dentistry”; “Domiciliary care/Dentistry”; e “Risks/General anesthesia/Dentistry”. A busca de artigos empregada na elaboração do estudo foi restrita aos anos de 1999-2014. Foram consideradas para análise revisões sistemáticas e não sistemáticas, estudos sobre série de casos e artigos de pesquisa relacionados aos termos de busca. Algumas informações adicionais também foram acessadas a partir de sites de associações de órgãos de classe e organizações odontológicas nacionais e internacionais.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Quem é o Paciente com Necessidade Especial

O termo “Paciente com Necessidade Especial” é aplicado para todo o indivíduo que apresenta algum comprometimento físico, intelectual, social ou emocional, de caráter transitório ou permanente, e que necessita de abordagem odontológica diferenciada (CARVALHO; ARAÚJO, 2004). Visto a amplitude e importância desse conceito, no ano de 2002 o Conselho Federal de Odontologia criou uma especialidade direcionada ao atendimento desses pacientes, segundo o Art. 69 da Seção XI do Capítulo VIII, Título I, da Consolidação de Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia do Conselho Federal de Odontologia:

Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, é a especialidade que tem por objetivo a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal de pacientes que tenham alguma alteração no seu sistema biopsicossocial. Leva em conta todos os aspectos envolvidos no processo de adoecimento do homem, importantíssimos na adequação do tratamento odontológico frente às necessidades dos mesmos, levando em conta a classificação de funcionalidade. Além disso, ter uma percepção e atuação dentro de um espaço de referência que tenha uma estrutura inter, multi e transdisciplinar, com envolvimento de outros profissionais de saúde e áreas correlatas, para oferecer um tratamento integral ao paciente.

Por ser um conceito muito amplo, o tema ‘paciente especial’ engloba um grupo heterogêneo de doenças, genéticas e/ou adquiridas, que na prática podem ser divididas em: distúrbios neuropsicomotores (por exemplo, a síndrome de down, a paralisia cerebral, etc), doenças sistêmicas crônicas (*diabetes mellitus*, cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica), doenças onco-hematológicas (leucemias, linfomas), doenças infecto-contagiosas (HIV, hepatites virais B ou C), deficiências físicas (paraplegias, hemiplegias), deficiências sensoriais (deficiência auditiva, deficiência visual), doenças adquiridas (rubéola, tuberculose) (ROLIM, 2011).

Essa classificação auxilia o cirurgião-dentista a analisar a doença de base do paciente e conseqüente comprometimento físico e/ou mental para a escolha da melhor abordagem terapêutica. Segundo Haddad *et al.* (2007), “o cirurgião-dentista deverá adequar a abordagem psicológica, as técnicas operatórias e a escolha dos materiais

odontológicos para cada tipo de indivíduo.” Nota-se que dentro deste contexto, que a identificação das necessidades odontológicas e a execução do plano de tratamento, podem sofrer alterações importantes de um caso para o outro, uma vez que o estado de saúde geral irá influenciar nesta conduta.

4.2. Conceitos sobre sedação, anestesia geral e *home care*

Em odontologia o planejamento terapêutico de pacientes com necessidades especiais exige uma visão ampla do cirurgião-dentista, muitas vezes culminando com uma abordagem multidisciplinar (GIRDLER; HILL; WILSON, 2009).

Muitos dos pacientes que buscam tratamento apresentam alterações sistêmicas, neurológicas, físicas e degenerativas que dificultam ou, em determinadas situações, inviabilizam o tratamento odontológico em um ambiente ambulatorial. Desta forma, o profissional deve lançar mão de outras abordagens para execução de procedimentos odontológicos (GIRDLER; HILL; WILSON, 2009).

O atendimento clínico do paciente especial depende de pré-requisitos como o *status* de saúde geral e sua colaboração com o tratamento odontológico *versus* as necessidades odontológicas. Em muitos casos técnicas comportamentais poderiam ser utilizadas para dar continuidade ao tratamento. Porém, quando as mesmas são falhas, a sedação serve como uma alternativa para que o paciente não seja submetido à anestesia geral. Por exemplo, pacientes com problemas neurológicos (portadores de esclerose múltipla, parkinson, doença de Huntington, paralisia cerebral, e epilepsia) muitas vezes podem apresentar movimentos involuntários ou atrofia muscular que os impeçam de receber um tratamento odontológico sem intervenção sedativa (GIRDLER; HILL; WILSON, 2009).

Para os casos em que o paciente não possui as condições necessárias para ser atendido em ambiente ambulatorial, e a sedação não é a ferramenta de melhor escolha, o tratamento odontológico pode ser realizado através da indução anestésica geral. Essa abordagem oferece a possibilidade de readequação oral total numa única sessão, incluindo profilaxia de toda a cavidade oral, restaurações dentárias, terapias pulpares, extrações, reconstruções coronárias além de procedimentos preventivos (LEE *et al.*, 2009).

O atendimento odontológico domiciliar ou *home care* propõe levar cuidados à todo paciente que não pode ter acesso ao atendimento odontológico em consultório ou

hospital, devido especialmente a grande dificuldade ou impossibilidade de deslocamento, por um período de tempo transitório ou permanente (FISKE; LEWIS, 2000).

Cada um destes temas será discutido de forma mais aprofundada nos parágrafos abaixo.

4.2.1. Sedação

A sedação obtida por meio de medicação via oral - leve ou moderada - pode ser uma ferramenta importante e de grande auxílio no tratamento clínico odontológico de pacientes com necessidades especiais (COKE; EDWARDS, 2009). O exercício da especialidade busca aperfeiçoar os procedimentos odontológicos a fim de controlar a dor e a ansiedade trans e pós-operatória dos pacientes (HADDAD *et al.*, 2007).

Segundo Coke e Edwards (2009), os sedativos são uma forma segura e eficaz de conter o paciente para realização do atendimento odontológico, com a vantagem de os medicamentos poderem ser prescritos pelo próprio cirurgião-dentista para uso ambulatorial.

De acordo com Conselho Federal de Odontologia: Consolidação das Normas para Procedimentos aprovada pela resolução CFO/63/2005, atualizada em julho de 2012, Título I – DO EXERCÍCIO LEGAL, Capítulo II – Atividades Privativas do Cirurgião-Dentista, Art. 4º. § 1º. Compete ao cirurgião-dentista, entre outros itens:

I – praticar todos os atos pertinentes à Odontologia decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em curso de pós-graduação;

V - aplicar anestesia local e troncular;

VI - empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento.

Segundo a American Dental Association (ADA, 2009), a sedação representa uma depressão mínima dos níveis de consciência que mantém a capacidade do paciente em manter de forma independente e continua sua via aérea, além de responder adequadamente a estimulação física ou comando verbal. A perda dos níveis de consciência é produzida por um método farmacológico ou não farmacológico, ou mesmo por uma combinação de ambos (ADA, 2009; GLASSMAN *et al.*, 2009).

Na sedação leve o paciente responde à estímulos táteis e verbais, enquanto que nos casos de sedação moderada o paciente responde propositalmente à estímulos verbais e à estímulos táteis apenas mais intensos (ADA, 2009; GLASSMAN *et al.*, 2009).

Os níveis leve e moderado de sedação podem ser usados rotineiramente em ambulatório pelo cirurgião-dentista, e ambos promovem uma depressão dos níveis de consciência de forma que o paciente continua responsivo a estímulos (GLASSMAN *et al.*, 2009). Segundo a ADA (2009), o indivíduo sedado submetido ao tratamento odontológico, mantém normalmente as funções cardiovasculares e ventilatórias. No entanto, pode haver prejuízo das funções cognitivas e motoras, em um intervalo de tempo determinado, durante o período de ação da droga (GLASSMAN *et al.*, 2009).

Segundo Haddad *et al* (2007), o procedimento de sedação pode ser executado utilizando-se uma escala evolutiva decrescente para escolha de medicamentos, sendo estes: benzodiazepínicos, o óxido nitroso, anti-histamínicos e os sedativos hipnóticos (barbitúricos e não barbitúricos). Haddad *et al* (2007) ainda recomendam para uso ambulatorial, embora com certa cautela, os opióides. Já para sedação profunda, os medicamentos indicados são o propofol e os neurolépticos, porém estes medicamentos devem ser utilizados em âmbito hospitalar pelo médico anestesista.

O *guideline* desenvolvido pela Australian and New Zeland College of Anesthesiologists (ANZCA 2014), aponta os riscos envolvidos nesta técnica:

- Depressão dos reflexos protetores das vias aéreas e perda de permeabilidade das vias aéreas;
- Depressão da respiração;
- Depressão do sistema cardiovascular;
- Interações medicamentosas ou reações adversas, incluindo anafilaxia;
- Inesperada alta sensibilidade às drogas utilizadas para sedação e/ou analgesia processual que podem resultar na perda involuntária de consciência, depressão respiratória e/ou depressão cardiovascular;
- Variações individuais na resposta aos fármacos utilizados, particularmente em crianças, idosos e aqueles com doença pré-existente.

Para minimizar ou evitar estes riscos o cirurgião-dentista deve possuir no seu ambiente de trabalho um *kit* de Suporte de Atendimento Básico de Emergência, composto por: Ambu (respirador manual), estetoscópio e esfigmomanômetro, cilindro de oxigênio, cânula de Guedel, seringa de insulina, bisturi, oxímetro, adrenalina, anti-

histamínicos, Captopril 12,5 mg, Hidroclorotiazida 25 mg, Dramin B6, soro fisiológico, AAS infantil, Isordil e sachê de leite condensado ou glicose 50% (ANEXO 1).

Além do *kit*, o cirurgião-dentista, assim como todo profissional da saúde, deve ter o curso de Suporte Básico de Vida (SBV), para que em eventuais situações, o mesmo saiba lidar com situações emergenciais que coloquem em risco a vida e a integridade física e/ou mental do paciente (ANEXO 1).

4.2.1.1. Principais drogas utilizadas na sedação

Diferentes drogas podem ser utilizadas pelo cirurgião-dentista em um ambiente ambulatorial com o objetivo de realizar a sedação leve e/ou moderada para a execução do tratamento odontológico. A Tabela 1 apresenta os diferentes tipos de medicamentos utilizados, bem como os respectivos efeitos colaterais (Haddad *et al.*, 2007):

Tabela 1 – Medicamentos, indicações, contra-indicações e efeitos colaterais de diferentes drogas utilizadas para sedação leve, moderada e profunda no tratamento odontológico.

Medicamento	Indicações	Contraindicações	Efeitos Colaterais
Benzodiazepínicos (Diazepan, Midazolam)	Ansiedade, apreensão e medo; medicação pré-anestésica; utilizada em pacientes diabéticos e cardiopatas com a doença controlada	Gestantes (1º trimestre)*, portadores de glaucoma ou miastenia grave, crianças com comprometimento mental severo ou profundo, alcoólatras e pacientes com hipersensibilidade a benzodiazepínicos	Sonolência, ataxia, confusão mental, visão dupla, cefaleia, alterações da libido, incoordenação motora, disartria, farmacodependência
Sedativos Hipnóticos (barbitúricos)	Indução da anestesia geral	Gestantes (1º trimestre); Pacientes idosos, pacientes com função hepática comprometida, apneia do sono**	O uso crônico causa dependência
Sedativos Hipnóticos (não-barbitúricos) – Hidrato de cloral	Pacientes pediátricos; Pacientes alérgicos a barbitúricos e benzodiazepínicos	Pacientes com insuficiência hepática, doença renal grave, gastrite ou úlceras gástricas, cardiopatia grave ou porfiria intermitente	Efeitos adversos dose-dependentes. Em altas doses por via oral: excessiva depressão do SNC, distúrbios gastrointestinais, disritmias cardíacas e depressão respiratória.
Anti-histamínicos	Pacientes pediátricos; sedação consciente; pré-medicação para sedação profunda e anestesia geral; tratamento de reações anafiláticas	Cuidar para não potencializar os efeitos depressores de outros fármacos sobre o SNC	Interação medicamentosa potencializa efeitos depressores sobre o SNC
Opióides (Meperidina, Codeína, Fentanil)	Meperidina: sedação ambulatorial e anestesia; Codeína: analgesia e alívio da dor; Fentanil: suplemento intravenoso durante a anestesia geral	Meperidina: pacientes sob uso de IMAOs ou anfetaminas e pacientes asmáticos	Interações medicamentosas com outras drogas depressoras do SNC
Neurolépticos	Sedação profunda em pacientes com alto nível de ansiedade (uso hospitalar)	---	Tremores, acatidia, discinesia, hipotensão postural, alterações das funções cardíacas e da temperatura corporal, xerostomia, obstrução nasal, constipação, aumento do peso corporal
Propofol	Indução e manutenção da anestesia geral ou sedação consciente	Cuidar com pacientes idosos, hipovolêmicos, ou com reserva cardíaca limitada	Náuseas e vômitos no pós-operatório

*Pode ser indicado com precaução e sob orientação médica.

**Podem ser usados com cautela.

4.2.1.2. Protocolo de Atendimento para Sedação leve/moderada

A sequência de atendimento proposta pelo presente trabalho toma como base os *guidelines* da American Dental Association (ADA, 2009), da Australian and New Zealand College of Anesthetists (ANZCA, 2014) e o protocolo de Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE, 2013).

Protocolo de atendimento:

1º passo – Avaliação inicial do paciente: Exame clínico (composto pela anamnese e exames físicos). Dar atenção especial para história médica, medicações em uso, e antecedentes alérgicos.

2º passo – Avaliação pré-operatória: Avaliação médica da equipe que acompanha o paciente (obrigatório); solicitação de exames laboratoriais frente ao quadro clínico; instruções verbais e escritas ao paciente e/ou responsável dos procedimentos pré, trans e pós-operatórios; termo de consentimento do paciente/responsável (Apêndice 2); restrições alimentares de 4 horas para ingestão de sólidos e líquidos [OBS A literatura não é consistente com relação a esta informação (SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2012), e o dado citado baseia-se no trabalho desenvolvido por Poswillo Report (1990 *apud* MCKENNA; MANTON, 2008)]; avaliação dos sinais vitais do paciente (pressão arterial e frequência respiratória).

3º passo – Profissionais e equipamentos: Pelo menos uma pessoa, além do cirurgião-dentista, com treinamento em Suporte Básico de Vida (Anexo 1) deve estar presente; equipamentos de monitoração dos sinais vitais e material de reanimação pulmonar devem estar com fácil acesso. Este profissional será responsável pelo monitoramento dos sinais vitais do paciente. Para a realização do procedimento odontológico será necessária a presença de uma auxiliar em saúde bucal e/ou mais um cirurgião dentista.

O ambiente deve ser amplo e equipado para enfrentar emergências cardiopulmonares (ANZCA, 2014) e deve conter no mínimo (UFPE, 2013):

- estetoscópio para auscultar sons da respiração (aferir a cada cinco minutos);
- oxímetro (monitorar perfusão periférica);

- monitor não invasivo de pressão arterial (Esfigmomanômetro, ou aparelho de punho automático indicado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia);
- fonte de suprimento e administração de oxigênio 100%;
- suprimento para medicação endovenosa (A administração dessa medicação deve ser efetuada por profissional habilitado. Ex. Técnico de enfermagem, médicos, etc).

4º passo – Monitoramento do paciente:

- Oxigenação: Coloração das mucosas, pele ou sangue devem ser avaliados continuamente; saturação de oxigênio por oximetria periférica pode ser considerada clinicamente útil. Para tal fim, pode-se utilizar um oxímetro.
- Ventilação: O cirurgião-dentista e/ou profissional devidamente treinados devem observar elevações no peito e verificar a respiração continuamente. Manter permeabilidade de vias aéreas.
- Circulação: A pressão arterial e a frequência cardíaca devem ser avaliados no pré-operatório, monitoradas no trans-operatório e pós-operatório.

5º passo – Documentação: Todo o procedimento deve ser documentado, relatando-se o nome das drogas sedativas e anestésicos locais administrados, doses e medicações pré e pós operatórias. A descrição do procedimento odontológico realizado também faz parte desta descrição.

6º. Passo – Alta clínica do procedimento: É necessário que o paciente possa caminhar com o mínimo de auxílio. A dor pós-operatória e o sangramento devem ser mínimos ou ausentes. O paciente deverá estar acompanhado por um responsável que poderá receber as orientações pós-operatórias verbalmente e por escrito.

a. SEQUENCIA ILUSTRATIVA: SEDAÇÃO

Todas as ilustrações utilizadas neste tópico (Figura 1) foram apresentadas com o intuito de demonstrar a sequência de um atendimento odontológico, assim como os materiais utilizados.

As imagens foram obtidas a partir de tratamentos odontológicos realizados ao longo desse estudo, cujo arquivo fotográfico foi efetuado com o objetivo de acompanharmos adequadamente a evolução clínica do caso.

O paciente e seus responsáveis foram informados sobre o trabalho e o consentimento do uso de informações e de suas imagens foi realizado por meio do Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1).

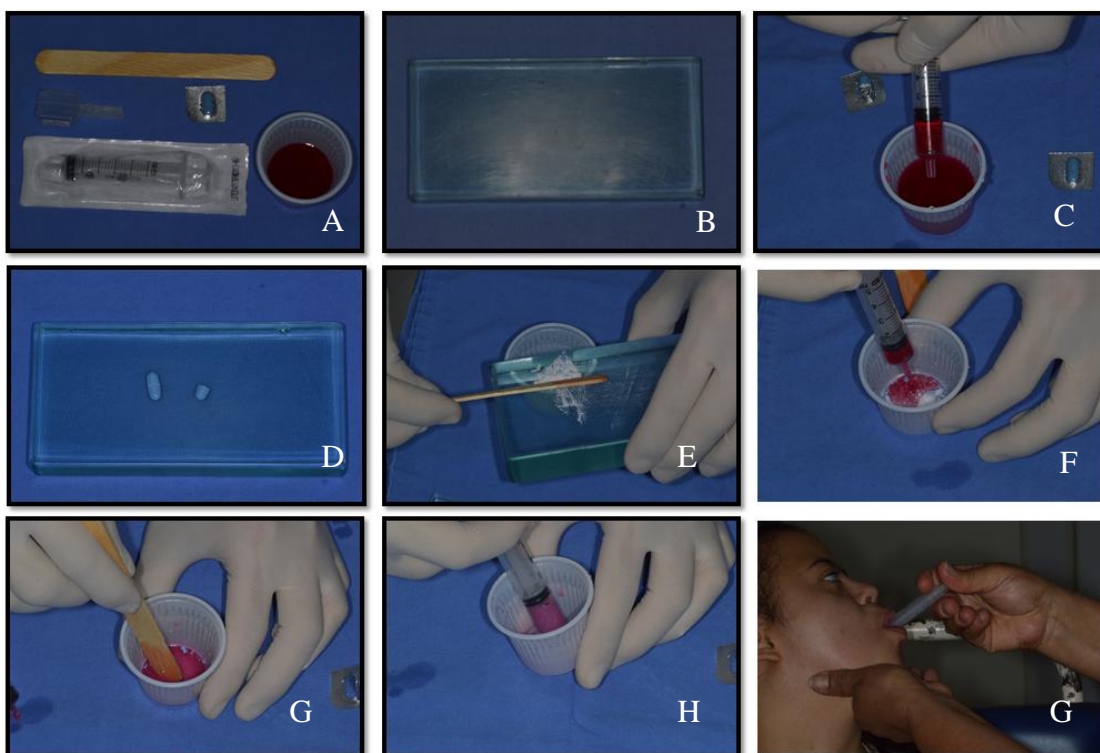


Figura 1. Sequencia de fotos de sedação. A – materiais utilizados: espátula de madeira, água destilada, comprimido de Midazolam, seringa descartável, 2 mL de suco de grosélia. B – placa de vidro. C – sucção de 2 mL de suco de grosélia com a seringa descartável. D e E – um comprimido e meio de Midazolam masserados por compressão de duas placas de vidro. F e G – mistura do sedativo masserado com água destilada e na sequencia adição de 2 mL de suco de grosélia e mistura com a espátula de madeira. H – sucção de toda a mistura com a seringa descartável. I – administração do sedativo.

4.2.2. Anestesia Geral

Devido a comprometimentos severos de saúde e ao comportamento pouco cooperativo de alguns pacientes para com o tratamento odontológico, a realização de procedimentos sob anestesia geral é de grande valia em algumas situações (LUCENA *et al.*, 2013).

A American Dental Association (2007 *apud* GLASSMAN *et al.*, 2009) considera a anestesia geral como um procedimento que causa perda dos níveis de consciência,

onde o indivíduo não responde a estímulos dolorosos e perde a capacidade de manter a função ventilatória/neuromuscular de forma independente.

Obrigatoriamente esta abordagem terapêutica deve ser efetuada em ambiente hospitalar, com o auxílio do médico anestesista como é referido no documento do Conselho Federal de Odontologia: Consolidação das Normas para Procedimentos aprovada pela resolução CFO/63/2005, atualizada em julho de 2012, Título I – DO EXERCÍCIO LEGAL, Capítulo II – Atividades Privativas do Cirurgião-Dentista, Art. 4º:

§ 2º. O cirurgião-dentista poderá operar pacientes submetidos a qualquer um dos meios de anestesia geral, desde que sejam atendidas as exigências cautelares recomendadas para o seu emprego.

§ 3º. O cirurgião-dentista somente poderá executar trabalhos profissionais em pacientes sob anestesia geral quando a mesma for executada por profissional médico especialista e em ambiente hospitalar que disponha das indispensáveis condições comuns a ambientes cirúrgicos.

Poucas evidências científicas indicam quais procedimentos podem ser realizados sob anestesia geral, bem como qual a frequência exata a serem desempenhados ou mesmo recomendados (DOUGHERTY, 2009).

A técnica permite a realização de procedimentos clínicos invasivos e não invasivos, como por exemplo, tratamento restaurador, a profilaxia de toda a cavidade oral, tratamentos periodontais, endodônticos, exodontias, reconstruções coronárias, além de atividades preventivas, desde que sejam respeitadas as técnicas odontológicas preconizadas (LUCENA *et al.*, 2013).

Na odontologia não existe uma classificação determinante que auxilie o cirurgião-dentista na escolha da anestesia geral. Para tal finalidade, a American Society of Anesthesiologists criou uma classificação baseada no estado físico de cada paciente (ZAMBOURI, 2007):

ASA I – Paciente sem alterações orgânicas, fisiológicas, bioquímicas ou psicológicas. Não há alterações sistêmicas.

ASA II – Paciente com doença sistêmica leve ou moderada causada por fenômeno fisiopatológico ou pela condição que será tratada cirurgicamente.

ASA III – Pacientes com alterações orgânicas muito intensas ou transtornos patológicos de qualquer causa, mesmo que não seja possível definir o grau de incapacidade orgânica.

ASA IV – Pacientes com transtornos gerais graves, que põem em perigo sua vida e que não são corrigidos por cirurgia.

ASA V – Paciente moribundo, com poucas possibilidades de sobreviver, mas são submetidos a cirurgia como ultimo recurso.

ASA VI – Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos serão doados.

Esta classificação também passou a ser adotada na área odontológica, sendo que os indivíduos enquadrados em ASA I e II podem ser submetidos a anestesia geral após avaliação médica e os indivíduos em ASA III e IV, que possuem um grande comprometimento sistêmico, necessitam de maior suporte com acompanhamento médico especializado (HADDAD *et al.*, 2007).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 8% das pessoas com deficiências apresentam indicação de tratamento odontológico sob anestesia geral (Varellis, 2005 *apud* Pereira *et al.*, 2010).

Dentro de um contexto odontológico, a condição de saúde sistêmica deve ser avaliada em conjunto com a equipe de anestesiologia e o custo benefício da abordagem terapêutica discutido entre ambas as equipes, e com familiares. (HADDAD *et al.*, 2007).

Diversos são os riscos envolvidos para a realização da técnica, sendo estes os principais (MESSIEHA, 2009):

1. Idade avançada;
2. Doenças sistêmicas descompensadas;
3. Limitações físicas que possam interferir em funções fisiológicas;
4. Síndromes específicas com anormalidades psicológicas e anatômicas;
5. Pacientes pediátricos com doenças congênitas e/ou limitações físicas;
6. Doença mental ou transtorno cognitivo;
7. Outras condições médicas complexas.

Contraindicações absolutas também são citadas, desta forma o profissional deve estar atento a quadros febris, resfriados, infecções das vias respiratórias ou insuficiência

cardíaca descompensada que comprometam a execução do procedimento (HADDAD *et al*, 2007).

Dougherty (2009) aponta vantagens e desvantagens dessa modalidade anestésica no âmbito da Odontologia:

Vantagens:

- A cooperação do paciente não é absolutamente essencial;
- O paciente encontra-se inconsciente durante o tratamento;
- A terapêutica não causa dor; e
- As drogas empregadas causam uma amnésia anterógrada.

Desvantagens:

- A inconsciência do indivíduo durante o procedimento (é considerada vantagem e desvantagem ao mesmo tempo);
- Os reflexos de proteção do paciente estão deprimidos;
- Os sinais vitais estão deprimidos;
- Requer-se treinamento avançado para administração da anestesia geral (equipe médica);
- Necessidade da existência de um time de profissionais (e não apenas o cirurgião-dentista) para realização do tratamento proposto;
- Deve ser obrigatoriamente realizada em ambiente hospitalar, incluindo monitoramento pós-operatório;
- Complicações no trans-cirúrgico e pós-operatório são mais comuns em procedimentos realizados sob indução anestésica geral.

4.2.2.1. Protocolo de Atendimento para Anestesia Geral

A sequência de atendimento proposta pelo presente estudo toma como referência os guidelines da American Dental Association (2009) e da Australian and New Zealand College of Anesthetists (2014).

Protocolo de atendimento:

1º passo – Avaliação inicial do paciente: Exame clínico (composto pela anamnese e exame físico). Dar atenção especial para história médica, medicações em uso, e antecedentes alérgicos.

2º passo – Avaliação pré-operatória: Avaliação médica da equipe que acompanha o paciente (obrigatório); solicitação de exames laboratoriais (uréia, creatinina, hemograma completo, coagulograma completo, raio-X de tórax prévio ao procedimento, eletrocardiograma para pacientes acima de 50 anos ou para pacientes que apresentem alterações cardíacas pré-existentes) (ZAMBOURI, 2007); instruções verbais e escritas ao paciente e/ou responsável pelos procedimentos pré, trans e pós operatórios; termo de consentimento do paciente/responsável (Apêndice 3); orientações alimentares (Jejum absoluto de 10 horas).

3º passo – Profissionais e equipamentos:

Profissionais: Anestesta; equipe de enfermagem; equipe de odontologia.

Equipamentos: Propiciados pelo hospital, faz-se necessário um centro cirúrgico completo.

4º passo – Monitoramento do Paciente: Responsabilidade do médico anestesta.

5º passo – Documentação: Todo o procedimento deve ser documentado relatando o nome das drogas indutoras e anestésicos (geral e local) administrados, doses e medicações pré e pós operatórias. A descrição do procedimento odontológico realizado também faz parte desta descrição.

6º. Passo – Sala de recuperação: Cuidados pós operatórios relacionados ao tipo de procedimento odontológico realizado. A prescrição medicamentosa deverá ser mantida conforme utilizada em centro cirúrgico. Os cuidados com o paciente ficam a cargo a equipe de enfermagem do hospital.

7º. Passo – Alta hospitalar: Para procedimentos odontológicos sem intercorrências, a mesma será dada entre 1-2 dias, conforme trans-cirúrgico. Alta anestésica efetuada pelo médico anestesilogista responsável.

b. SEQUENCIA ILUSTRATIVA: ANESTESIA GERAL

Todas as ilustrações utilizadas neste tópico (Figuras 2, 3 e 4) foram apresentadas com o intuito de demonstrar a sequência de um atendimento odontológico, assim como os materiais utilizados.

As imagens foram obtidas a partir de tratamentos odontológicos realizados ao longo desse estudo, cujo arquivo fotográfico foi efetuado com o objetivo de acompanharmos adequadamente a evolução clínica do caso.

O paciente e seus responsáveis foram informados sobre o trabalho e o consentimento do uso de informações e de suas imagens foi realizado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

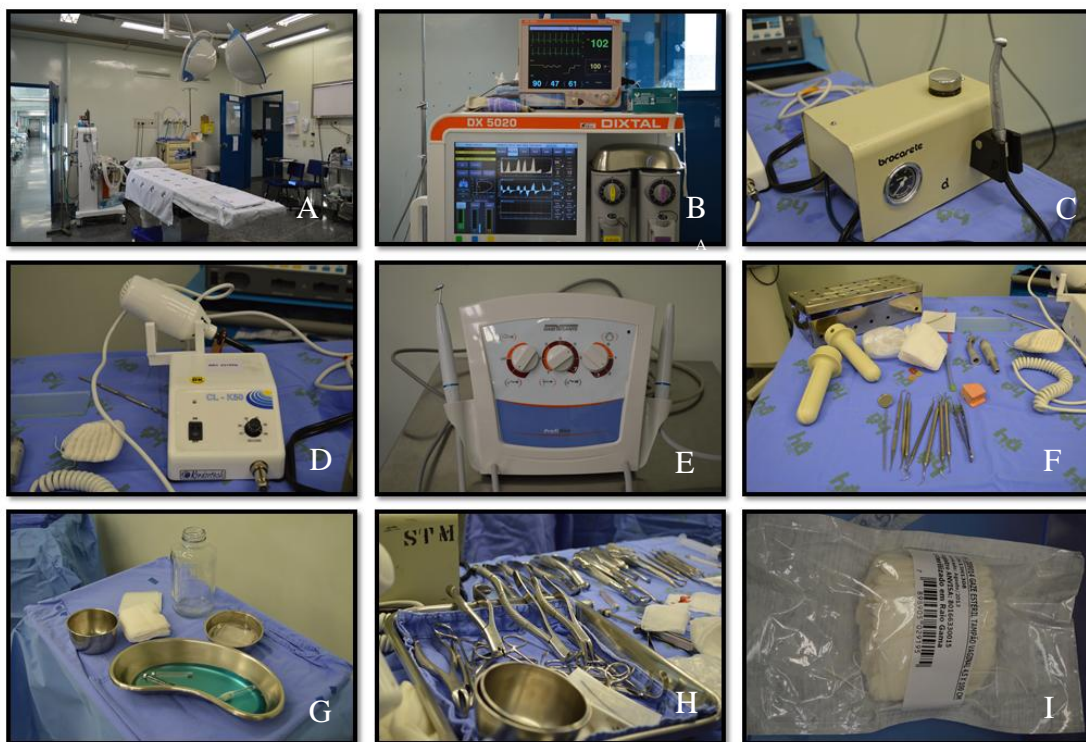


Figura 2. Materiais utilizados para anestesia geral. A – centro cirúrgico. B – aparelho de anestesia e monitoramento. C – compressor portátil para caneta de alta e baixa rotação. D – fotopolimerizador. E – profi (ultra-som). F, G e H – instrumentais odontológicos. I – tampão de gaze estéril.



Figura 3. A e B – Sedação intravenosa administrada por um médico anestesiológico. C – Controle das vias respiratórias. D – Intubação nasotraqueal. E – Paciente estável para início dos procedimentos odontológicos. F – Equipe de profissionais de odontologia composta por dois cirurgiões-dentistas e uma auxiliar de saúde bucal. G – Tampão de gaze aberto. H e I – Colocação do tampão de gaze na orofaringe para evitar possíveis aspirações dos materiais odontológicos pelo paciente.

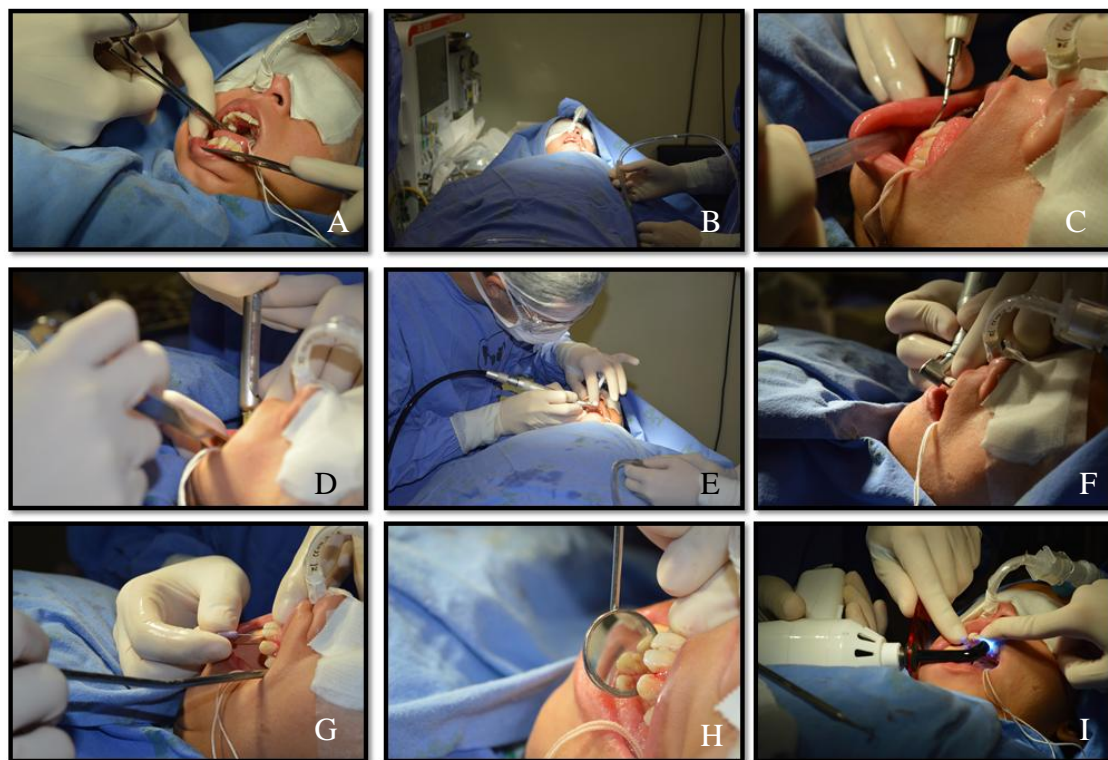


Figura 4. Procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar. A, B – Visão aproximada e estendida do paciente preparado para receber atendimento odontológico. C – Procedimento de profilaxia

com o uso do Profi. D – Paciente recebendo anestesia local com o intuito de levar o tecido local à isquemia, pois o paciente quando sob anestesia geral não sente dor. E, F, G – Procedimentos de abertura endodôntica e exploração do canal radicular. H, I – Procedimentos restauradores.

4.2.3. Atendimento Domiciliar – *Home Care*

As infecções odontogênicas desempenham um importante papel na rotina odontológica, especialmente com relação ao potencial risco de disseminação (ROLIM, 2011). Pacientes com necessidades especiais são mais predispostos a adquirir infecções, visto as condições de saúde sistêmicas e, em algumas situações, as limitações de higiene (SILVA *et al.*, 2005). A fim de minimizar esses danos, o atendimento domiciliar visa direcionar o atendimento odontológico para aqueles indivíduos acamados, ou impossibilitados de se locomover de suas casas (MILLER, 2003).

A finalidade do atendimento domiciliar é a prestação de serviço odontológico diferenciado, dispondo de cuidados específicos por um profissional habilitado, que conta com a participação de familiares ou responsáveis (HADDAD *et al.*, 2007). O atendimento domiciliar reflete o avanço tecnológico dos equipamentos odontológicos, bem como a preocupação da população e dos profissionais em levar saúde àqueles que possuem limitações (HADDAD *et al.*, 2007).

Com o objetivo de comparar a higiene oral de moradores de casas de repouso - sem déficit cognitivo, com déficit cognitivo e com demência - um grupo de pesquisadores americanos verificou que, dos 902 residentes de um hospital psiquiátrico em Minnessota, 60% perderam 16 ou mais dentes antes da condução do estudo, enquanto 40% dos indivíduos com déficit cognitivo eram edêntulos. De acordo com o *status* déficit cognitivo-demência, 82-92% dos pacientes apresentavam cáries extensas e raízes residuais. Esses dados comprovaram a precariedade da higiene oral de pacientes internalizados, evidenciando a importância dos cuidados odontológicos nesta população (CHEN; CLARK; NAORUNGROJ, 2013).

Sabe-se que, no Brasil e no mundo, a expectativa de vida da população está em aumento de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010 *apud* UFPE, 2013). Os pacientes estão vivendo por mais tempo, sendo portadores de diferentes doenças e mantendo seus dentes por um período prolongado. Ou seja, a possibilidade do cirurgião-dentista se deparar com pacientes dentados, com diferentes necessidades odontológicas, em um atendimento *home care* é grande na atualidade (PAULO, 2010).

Os procedimentos realizados em ambiente domiciliar visam a remoção de focos de infecção de origem odontogênica além da realização de procedimentos preventivos, tais como: orientações de higiene ao paciente, cuidadores e responsáveis (HADDAD *et al.*, 2007).

Embora o atendimento odontológico domiciliar possa ser um desafio para o cirurgião-dentista - devido as limitações de espaço, postura inadequada, prejudicando a ergonomia, iluminação insuficiente, acesso reduzido a exames de imagem, menor controle sobre imprevistos, emergências e biossegurança do local - é uma realidade no contexto brasileiro, além de ser uma atividade de extrema importância no cuidado do paciente com necessidade especial (HADDAD *et al.*, 2007).

Segundo Nederforts *et al.* (2000, apud Haddad *et al.* 2007) existem quatro tipos principais de atendimento domiciliar, de acordo com o estado físico e cognitivo do paciente:

- Tratamento emergencial necessário: visa tratar dor ou afecções que influenciem severamente a saúde geral do paciente. Nesses casos o tratamento é realizado independente da colaboração do paciente;
- Tratamento necessário – Grave: tem como objetivo preservar a saúde oral e geral do paciente, estando este apto e/ou ciente a receber o tratamento odontológico;
- Tratamento necessário – Moderado: O paciente pode ter restrições para cooperar e pode necessitar de medicação prévia (sedativos) ao atendimento odontológico, nesse caso avalia-se o benefício do tratamento em relação ao estresse que o paciente poderá ter; e
- Sem necessidade de tratamento: nesse caso o paciente pode estar em estado vegetativo persistente, ou pode ter uma boa função oral e não apresentar doenças bucais.

4.2.3.1. Protocolo de Atendimento para *Home Care*

A sequência de atendimento para *home care* tem como base o *guideline* proposto pela British Society for Disability and Oral Health (FISKE; LEWIS, 2000).

Protocolo de atendimento:

1º passo – Avaliação inicial do paciente: Exame clínico (composto pela anamnese e exame físico). Dar atenção especial para história médica, medicações em uso, e antecedentes alérgicos.

2º passo – Avaliação pré-operatória: Avaliação médica da equipe que acompanha o paciente (obrigatório); solicitação de exames laboratoriais atrelados ao quadro clínico do paciente; instruções verbais e escritas ao paciente e/ou responsável dos procedimentos odontológicos a serem realizados; termo de consentimento do paciente/responsável (Apêndice 2); orientações alimentares de acordo com a doença de base.

3º passo – Profissionais e equipamentos:

Profissionais: Dois cirurgiões-dentistas.

Equipamentos:

Tabela 2. Lista de equipamentos

Equipamentos Gerais	Materiais Administrativos	Materiais de consumo/instrumentais
Luz portátil	Prontuários	Variam de acordo com o procedimento odontológico
Equipo portátil com sugador, equipamento de raio-X e ultrasson.	Recomendações gerais (cirúrgicas, de higiene bucal, etc)	Caixa plástica rígida para transporte do material contaminado (instrumental e de consumo)
EPI*: luva, máscara e óculos de proteção Materiais de biossegurança	Formulários laboratórios	de Caixa plástica rígida para transporte e descarte adequado em consultório do material pérfuro-cortante
Solução desinfetante	Termos de Consentimento	--
Sabonete líquido	Câmera fotográfica para registro dos casos	--
Instrumentais odontológicos	Material ilustrativo sobre saúde	--

4º passo – Monitoramento do Paciente: A necessidade de monitoramento cardíaco e respiratório constante, ao longo da consulta odontológica, só será necessário em casos de pacientes acamados já monitorados pela equipe médica. Monitoramentos de pressão arterial, oxigenação e glicemia randômica serão efetuados rotineiramente

frente à doença de base do paciente. Nestas situações, a conduta mantida será a mesma efetuada no consultório odontológico.

5º passo – Documentação: Todo o procedimento deve ser documentado, relatando nome das drogas utilizadas (ex. anestésicos locais administrados, ou outras medicações de uso pré e pós operatórias). A descrição do procedimento odontológico realizado também faz parte desta descrição, e o mesmo deve ser feito no prontuário odontológico e na ficha de evolução do home care médico caso o paciente tenha este suporte.

c. SEQUENCIA ILUSTRATIVA: *HOME CARE*

Todas as ilustrações utilizadas neste tópico (Figura 5) foram apresentadas com o intuito de demonstrar a sequência de um atendimento odontológico, assim como os materiais utilizados.

As imagens foram obtidas a partir de tratamentos prévios realizados por nossa equipe de trabalho, cujo arquivo fotográfico foi efetuado com o objetivo de acompanharmos adequadamente a evolução clínica do caso.

O paciente e seus responsáveis foram informados sobre o trabalho e o consentimento do uso de informações e de suas imagens foi realizado por meio do Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1).



Figura 5. Sequência ilustrativa de um atendimento domiciliar: A – disposição da casa para receber a equipe de odontologia; B – equipamento portátil antes da montagem; C – imagem tirada durante o atendimento odontológico; D – equipamento portátil montado e pronto para uso (Equipamento composto por compressor portátil, saídas das canetas de alta e baixa rotação, seringa tríplice, e sugador).

4.3. Sugestão de roteiro para tomada de decisão clínica

Se traçarmos uma escala evolutiva sobre as diferentes abordagens terapêuticas que o cirurgião-dentista pode lançar mão para efetuar um tratamento odontológico no contexto da odontologia para pacientes com necessidades especiais, temos como primeira escolha terapêutica o atendimento clínico ambulatorial.

De forma geral, este tipo de abordagem pode ser utilizada de forma rotineira, ou seja, sem a necessidade de adequações, para pacientes com doenças sistêmicas crônicas, doenças onco-hematológicas, doenças infecto-contagiosas, deficiências físicas, deficiências sensoriais e doenças adquiridas (ROLIM, 2011). Isto por que este grupo de alterações refere-se a pacientes cujo manejo não requer a cooperação do paciente.

Por outro lado, quando avaliamos pacientes com distúrbios neuropsicomotores, algumas técnicas de condicionamento ou mesmo de contenção física podem ser aventadas e necessárias, a fim de que o tratamento odontológico transcorra sem intercorrências.

Por exemplo, no contexto dos distúrbios neuropsicomotores, a estabilização física pode ser utilizada para que o atendimento ocorra de uma maneira segura tanto para o paciente quanto para a equipe de trabalho e, para tal, algumas estratégias podem ser sugeridas (UFPE, 2013):

- A terapia do abraço é uma técnica de estabilização física indicada para crianças, as quais permanecem no colo do responsável e este imobiliza tronco e braços abraçando o paciente (Figura 6);
- Posição joelho a joelho está indicada para crianças de 1 a 3 anos de idade. A técnica consiste em colocar a criança deitada apoiada nas pernas do cirurgião-dentista e nas pernas do responsável que estão frente a frente, encostando joelhos com joelhos e formando uma espécie de maca (Figura 7);
- A técnica do auxiliar contendo a cabeça do paciente pode ser aplicada para pacientes de todas as idades. E como o nome sugere o auxiliar segura a cabeça do paciente de forma a imobilizá-la (Figura 8);
- O uso de faixas de tecido ou de *Courvin* estabilizam o paciente na cadeira odontológica. Nesse método, o paciente é enfaixado com os braços cruzados sobre o peito para imobilizar o tronco e membros

superiores. A técnica também pode ser utilizada para conter os membros inferiores;

- Sistema de imobilização *Mr. Godoy* ou estabilizador *Godoy* é um kit de imobilização criado pelo terapeuta ocupacional Marcos Rogério Godoy composto por um assento com faixas de velcro, um triângulo, um colar cervical, uma blusa superior e uma inferior, e dedeiras. Essa técnica imobiliza o paciente desde a cervical até membros inferiores.



Figura 6. Terapia do abraço (UFPE 2013).



Figura 7. Técnica posição joelho a joelho (UFPE 2013).



Figura 8. Auxiliar contendo a cabeça do paciente (UFPE 2013).



Figura 9. Técnica de contenção com faixas. A - Faixa de Courvin. B - Faixa de tecido e assento de mobilização (UFPE 2013).

No caso de insucesso para uso de técnicas de contenção, o cirurgião-dentista poderá lançar mão do atendimento ambulatorial com sedação (UFPE, 2013).

A partir deste momento, a participação da equipe médica que acompanha o paciente, no contexto do atendimento odontológico, deixa de ser facultativa. A seleção da droga mais adequada para a sedação deve levar em consideração a necessidade odontológica, a doença de base do paciente, e as vantagens e desvantagens do uso de cada delas (Vide Tabela 1, página 12 deste trabalho) (HADDAD *et al.*, 2007)

Segundo Haddad *et al.* (2007) as indicações da anestesia geral para pacientes com necessidades especiais baseiam-se em três fatores fundamentais: a condição de saúde sistêmica, as condições bucais e a condição comportamental do paciente.

Com base no exposto e em experiências clínicas, elaboramos o seguinte roteiro:

Roteiro de atendimento:

1º Etapa – Avaliação inicial do paciente: Levar em consideração a doença de base do paciente, *versus* a colaboração para o tratamento odontológico, *versus* a necessidade odontológica.

2º Etapa – Avaliação clínica odontológica: A 1ª. escolha de tratamento sempre deve recair sobre a abordagem ambulatorial. Técnicas de contenção física podem ser consideradas caso haja necessidade, e para tal, a doença de base do paciente deve ser ponderada. A experiência clínica profissional é de grande valia neste momento.

3º Etapa – Uso de sedação: A técnica de sedação ambulatorial só deve ser efetuada por profissionais capacitados, conforme normativa do CRO (Página 11 deste trabalho). Todo o suporte para eventuais intercorrências deve estar disponível e prontos

para uso no momento da consulta odontológica. Os casos mais favoráveis para o emprego da técnica são aqueles em que as necessidades odontológicas são pequenas e de fácil resolução com consultas curtas. Com relação à avaliação da doença de base, sugerimos a aplicação da técnica para pacientes em classificação ASA I e II, conforme American Society of Anesthesiologists.

4º Etapa – Anestesia Geral: O uso da técnica exige a participação de uma equipe multiprofissional em um ambiente diferente do consultório odontológico. A rotina hospitalar deve ser respeitada, e cada centro de trabalho apresenta suas próprias regras. Para tal, existe apenas a necessidade do cirurgião-dentista efetuar seu cadastro hospitalar no centro de interesse. O uso da anestesia geral está indicado para os casos de necessidades odontológicas mais complexas, que implicam em um tratamento odontológico extenso. A colaboração do paciente não é necessária para execução dessa modalidade. Desta forma, para pacientes pouco colaborativos para com o atendimento ambulatorial, esta se torna a opção de primeira escolha. Com relação à doença de base, o paciente obrigatoriamente deve ser acompanhado pelo médico anestesiológico. Segundo a classificação ASA da American Society of Anesthesiologists, casos mais complexos podem ser resolvidos por esta terapêutica.

5. DISCUSSÃO

O relatório mundial sobre deficiência da Organização Mundial de Saúde de 2012 recomenda que as esferas governamentais e seus parceiros invistam em programas específicos e adotem estratégias nacionais, com planos de ação que garantam o acesso à saúde para pessoas com deficiência física e/ou neuropsicomotoras (UFPE, 2013).

Engajados por esta iniciativa, o Governo Federal Brasileiro criou em 17 de novembro de 2011, através do Decreto 7.612, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. Dentre as diversas ações criadas, as preconizadas para a atenção odontológica envolvem: capacitação de 6 mil equipes da atenção básica, qualificação de 420 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e criação de 27 centros cirúrgicos.

A implementação dessa estratégia visa atender, em primeira instância, ao aumento da demanda de pacientes com necessidades especiais. Objetiva-se uma estratificação dos casos atendidos pelo Sistema Único de Saúde de maneira que, as ocorrências mais simples sejam atendidas pela atenção primária e, conforme se dá o aumento no grau de dificuldade para execução do tratamento odontológico, os casos passam ser direcionados para os respectivos níveis de atenção secundário e terciário (Cadernos de Atenção Básica, 2006 *apud* Pereira *et al.* 2010).

Nas esferas governamentais secundárias e terciárias, o uso de tecnologias e recursos se torna mais acessível quando comparados aos da atenção primária, e o serviço passa a ser prestado em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), ou em centros hospitalares, de acordo com a Portaria nº599/GM, de 23 de março de 2006 (Cadernos de Atenção Básica, 2006 *apud* Pereira *et al.* 2010).

Se o conteúdo programático abordado pela Disciplina de Pacientes com Necessidades Especiais fosse absorvido de forma efetiva na grade curricular do curso de graduação em Odontologia das Universidades Brasileiras, talvez propostas governamentais como o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, que visam a capacitação básica de profissionais já formados, deixariam de ser necessários.

Sherman e Anderson (2010), apontam que a falha na formação acadêmica de cirurgiões-dentistas pode ser diretamente relacionada as dificuldades encontradas por pacientes com necessidades especiais na busca por um atendimento odontológico público ou privado.

Diversos autores evidenciam a necessidade de revisar o currículo dos cursos de graduação em odontologia, nacionais e internacionais, em busca de uma melhor qualificação profissional que busque fornecer ao futuro cirurgião-dentista uma melhor base de conhecimentos teóricos e práticos no atendimento à essa população (COSTA *et al.*, 2004; CASAMASSIMO; SEALE; RUESH, 2004; DAO *et al.*, 2005; SHERMAN; ANDERSON, 2010; BARROS; HORA; SANTOS, 2013).

Nos últimos 26 anos, pesquisadores têm avaliado o currículo das faculdades de odontologia dos Estados Unidos e do Canadá no que diz respeito aos conteúdos clínicos/teóricos ministrados na disciplina de pacientes com necessidades especiais. A análise efetuada aponta uma variação significativa entre os teores abordados (CAMPBELL; MCCASLIN, 1983; ROMER; DOUGHERTY; AMORES-LAFLEUR, 1999; WRIGHT ; FRIEDMAN, 1987 *apud* SHERMAN; ANDERSON, 2010).

Segundo Sherman e Anderson, (2010), alunos e cirurgiões-dentistas relatam grande dificuldade de atuação na área, sendo as principais a falta de formação em gestão de comportamento, comunicação e planejamento do tratamento odontológico.

No Brasil um estudo realizado por Fassina (2006), avaliou a grade curricular de 175 universidades que incluíam de forma optativa ou obrigatória o conteúdo da disciplina de pacientes especiais. 55 universidades responderam a pesquisa, e destas, apenas 31 afirmaram ministrar o conteúdo, sendo 22 como disciplina obrigatória e 9 como disciplina optativa. Os resultados apresentados pelo autor comprovam a discrepância na abordagem do tema.

Um estudo conduzido por Varellis (2005) citado por Pereira *et al.*, (2010) corrobora com o dado supracitado, e os pesquisadores afirmam que o currículo dos Cursos de Odontologia não contemplam uma abordagem generalista da saúde, visto que atenção odontológica à pacientes com necessidades especiais ainda é falha.

O objetivo maior deste trabalho foi de realizar uma revisão de literatura não sistemática a respeito das diferentes abordagens clínicas - ambulatorial, hospitalar e domiciliar - para o tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais.

Por meio desta análise, procuramos aproximar uma parte do conteúdo teórico ministrado na Disciplina de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais as atividades clínicas de alunos de graduação em odontologia da nossa instituição que, em um futuro próximo, estarão atuando no mercado de trabalho brasileiro.

Uma das primeiras dificuldades encontradas para elaboração do estudo foi a falta de conhecimento sobre a temática escolhida. Ao longo do curso de graduação, apenas uma aula disciplina abordou o tema, de forma superficial, devido a pequena carga horária. Contudo a mesma acabou por despertar o interesse da autora deste estudo pela área para a elaboração de um trabalho de conclusão de curso.

Além da falta de embasamento teórico, é preocupante saber que durante a graduação poucos alunos terão contato com um grupo de pacientes que necessite do uso das técnicas descritas por este trabalho, e que a grande maioria ainda sairá do ensino superior sem ter esta experiência clínica/prática.

Frente a esta realidade, Costa *et al.*, (2004) e BARROS, HORA e SANTOS, (2013), mencionam a necessidade da educação continuada, em cursos de pós-graduação e especializações, utilizadas como formação básica para o atendimento odontológico dos pacientes com necessidades especiais.

É fato que nem todo o paciente que apresente alguma alteração que indique a modificação do protocolo de atendimento odontológico necessita ser assistido por um cirurgião dentista-especialista na área (DOUGHERTY, 2009; SHERMAN *et al.*, 2010), mas para que isso ocorra, a formação universitária deve prover o mínimo de suporte técnico/teórico nesse sentido.

Segundo Abeno (2002) *apud* Fassina (2006) faz parte da competência mínima do cirurgião-dentista clínico generalista, suprir as necessidades que a sociedade impõe, pois, a odontologia de uma forma geral deve ser igual para todos, independentemente da manifestação física, psíquica, orgânica, social que o indivíduo apresente.

Para facilitar o acesso e compreensão da temática abordada nesta pesquisa, estabelecemos como meta elaborar protocolos de atendimento odontológico para as técnicas de sedação, anestesia geral e home care, com base na literatura disponível. A fundamentação teórica necessária para elaboração e tal revisão bibliográfica foi um desafio, pela pouca quantidade de trabalhos publicados sobre o tema, principalmente no cenário nacional.

Vasculhando a literatura encontramos diversos *guidelines* direcionados para o atendimento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral (GLASSMAN, 2008; ADA, 2009; GLASSMAN *et al.*, 2009; MESSIEHA, 2009; DOUGHERTY, 2009; GLASSMAN; SUBAR, 2009 AAPD, 2012; WANG *at al.*, 2012; ANZCA, 2014).

Optamos por adotar como base em nosso estudo protocolos de sedação e de anestesia desenvolvidos pela American Dental Association (2009) e pela Australian and New Zealand College of Anaesthetists (2014), pois além de atuais, os roteiros elaborados pelos pesquisadores são práticos, com subdivisões em tópicos que facilitam a leitura e ainda contém muitas informações teóricas complementares. Para sedação, ainda, foi feito uso de um roteiro adicional, produzido pela Universidade Federal de Pernambuco (2013).

Alguns itens revisados foram elaborados na forma de texto, enquanto outros foram elaborados na forma de tópicos. Para facilitar a compreensão do leitor, tomamos como base os manuais mais completos e, a partir deles, criamos o nosso material, reforçado por imagens de casos acompanhados/realizados pelos autores de caráter ilustrativo.

Os roteiros de sedação e de anestesia geral propostos por este trabalho se diferenciam dos *guidelines* supracitados, por apresentarem um perfil mais dinâmico e prático, com tópicos simplificados.

Esperamos que a estratégia funcione como um guia de busca simples e direto, a ser utilizado por dentistas recém formados e/ou em graduação acreditando ser esta a melhor forma de ajudar o cirurgião-dentista com dúvidas no momento de prover atenção odontológica aos pacientes com necessidades especiais. Além disso, o roteiro contempla informações adicionais, como por exemplo, referência às drogas utilizadas para a sedação, seus riscos e indicações.

Acreditamos que este seja um dos pontos fortes do nosso trabalho, visto que comparado aos demais roteiros, foi possível observar que nem todos os autores citam este conteúdo em particular ou unem informações das três opções de atendimento supracitadas (FISKE; LEWIS, 2000; GLASSMAN, 2008; ADA, 2009; GLASSMAN *at al.*, 2009; MESSIEHA, 2009; DOUGHERTY, 2009; GLASSMAN; SUBAR, 2009 AAPD, 2012; WANG *at al.*, 2012; CHEN, CLARK, NAORUNGROJ, 2013; LUCENA *et al.*, 2013; ANZCA, 2014).

Glassman (2009) revisou diversos *guidelines* sobre sedação e anestesia geral e concluiu que apesar da grande quantidade de roteiros disponíveis na literatura poucos são específicos para pacientes com necessidades especiais. Assim, este roteiro torna-se uma ferramenta específica de trabalho, sendo um guia voltado para o atendimento de pacientes com necessidades especiais. Diferentemente dos roteiros de atendimento

elaborados para as modalidades de sedação e anestesia geral, encontramos muita dificuldade na elaboração de um protocolo de atendimento odontológico para a técnica de *home care*. O principal motivo foi a falta de trabalhos científicos publicados sobre o tema até o momento (FISKE; LEWIS, 2000; CHEN, CLARK, NAORUNGROJ, 2013; LUCENA *et al.*, 2013). Dentre os trabalhos selecionados, apenas um pesquisador propôs a elaboração de um roteiro prático de atendimento que fundamentou a elaboração do guia descrito por este trabalho (FISKE; LEWIS, 2000).

Pesquisar a atuação profissional odontológica no campo de atenção domiciliar é de notável importância tanto para o aprimoramento da técnica, quanto para a melhoria de acesso aos serviços de saúde.

Segundo a Academia Americana de Odontopediatria, o atendimento domiciliar reduz o risco de adoecimento por doenças preveníveis, pois só desta forma a odontologia pode ser levada a pacientes acamados, não apenas para eliminação de focos de dor, mas também para a prevenção de doenças (AAPD, 2012).

No contexto do Sistema Único de Saúde, o atendimento odontológico em modalidade domiciliar já é praticado por cirurgiões-dentistas da atenção primária da rede pública de saúde – Estratégias de Saúde da Família (ESF), contudo, os atendimentos previstos constam apenas procedimentos diagnósticos (identificação das necessidades odontológicas da população atendida) e preventivos (adequação ao meio, selamento de cavidades, etc.) de acordo com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Viver sem Limite (2013).

Na área de atendimento domiciliar, os estudos encontrados são mais voltados à pesquisas relacionadas com a avaliação da saúde oral em pacientes institucionalizados em casas de apoio ou *nursing homes*. (CHEN, CLARK, NAORUNGROJ, 2013; LUCENA *et al.*, 2013). O roteiro de *home care* proposto por este projeto tem a intenção de promover a formação acadêmica de alunos de graduação, além de chamar a atenção de profissionais da rede privada para uma importante área de atuação.

Vemos como dificuldades iniciais deste tipo de implementação o investimento financeiro necessário para o exercício da modalidade (compra de equipamentos portáteis, oxímetro, deslocamento do consultório, etc.). Contudo, acreditamos que todos estes fatores sejam contornáveis, visto a carência de profissionais atuantes, em especial no município de Florianópolis.

Ao revisar a literatura e propor um roteiro que auxilie o cirurgião-dentista na escolha da melhor abordagem terapêutica para o tratamento odontológico do paciente com necessidade especial, concluiu-se a escassez de trabalhos publicados na área e a necessidade de traçar protocolos de atendimentos individualizados, que facilitem a execução de tratamentos odontológicos para este grupo de pacientes.

O roteiro sugerido para a tomada de decisão clínica foi baseado nas leituras dos trabalhos que referenciaram este projeto e na experiência clínica relatada pela orientadora do mesmo. Ele serve como um guia para a escolha da melhor abordagem terapêutica a ser feita pelo cirurgião-dentista. A partir dele, o profissional terá uma visão mais ampla dos procedimentos cabíveis e poderá escolher o melhor tratamento para o seu paciente aprofundando seus conhecimentos em literaturas complementares.

A importante avaliação inicial e clínica odontológica do paciente é a base para a fundamentação do plano de tratamento do paciente (GLASSMAN, 2008; ADA, 2009; GLASSMAN *at al.*, 2009; MESSIEHA, 2009; DOUGHERTY, 2009; GLASSMAN; SUBAR, 2009 AAPD, 2012; WANG *at al.*, 2012; ANZCA, 2014). É com base nesses exames que definimos se o paciente enquadra-se em um atendimento ambulatorial – com ou sem técnicas de contenção física e/ou, com ou sem sedação – ou em ambiente hospitalar (anestesia geral) (American Society of Anesthesiologists *apud* GLASSMAN *at al.*, 2009).

Ter conhecimento das possíveis drogas a serem administradas nos casos de pacientes que necessitam de atendimento sob sedação é de extrema valia para garantir o sucesso do procedimento a ser efetuado (HADDAD *at al.*, 2007), bem como a integridade da saúde do paciente com necessidade especial (ADA, 2009; ANZCA, 2014). Além disso, o cirurgião-dentista deve saber como triar os pacientes, definindo quem tem condições de ser tratado nesta modalidade de atendimento.

É importante ressaltar que nos casos de sedação o paciente pode apresentar um comportamento agitado, sendo este um efeito contrário do esperado, ocasionado principalmente por interação do sedativo com outros medicamentos de uso rotineiro do paciente com necessidades especiais (DUQUE; ABREU-E-LIMA, 2005; PAPINENI; LOURENÇO-MATHARU; ASHLEY, 2014).

Nos casos em que a anestesia geral é a ferramenta de melhor escolha, os autores são concisos quanto aos critérios de indicação do procedimento e execução segura da técnica (American Society of Anesthesiologists *apud* GLASSMAN *at al.*, 2009; ADA,

2009; ANZCA, 2014). Segundo pesquisadores, o uso da mesma viabiliza a realização de tratamentos odontológicos nos casos em não existe cooperação por parte do paciente (LEE *et al.*, 2009).

Esta foi a primeira vez na literatura que um trabalho científico abordou e comparou diferentes modalidades terapêuticas, envolvidas no tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais. Esperamos que, a partir desta iniciativa, novos trabalhos sejam elaborados.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base em nossos resultados, e de acordo com a metodologia delineada, conclui-se que efetuar uma revisão de literatura sobre a temática abordada foi uma tarefa árdua em alguns momentos, devido à escassez de artigos publicados na área, em especial, para o tópico de atendimento odontológico domiciliar. Contudo, acreditamos que este objetivo foi atingido, pois conseguimos elaborar um texto que contenha informações, não apenas sobre *home care*, mas também sobre o atendimento odontológico ambulatorial sob sedação e sob anestesia geral.

Também objetivamos traçar guias de atendimento odontológicos que possam ser utilizados no dia-a-dia profissional, com base na literatura disponível. Para alguns desses guias, como os de sedação e anestesia geral, as informações foram de fácil acesso na literatura e a nossa tarefa consistiu em resumi-las tornando-as mais acessíveis ao leitor. Para outros, como o *home care*, a elaboração de um protocolo clínico teve que ser embasada também em nossa experiência clínica, visto a falta de trabalhos publicados.

A revisão de literatura realizada neste trabalho, somada a nossa experiência clínica, nos permitiu elaborar um roteiro evolutivo que se destine a melhor terapêutica – sedação, anestesia geral e *home care* - para o tratamento odontológico de um paciente com necessidade especial. Esta foi a primeira vez na literatura que um guia com essas características foi desenvolvido. Esperamos que o mesmo passe a ser adotado e sirva como referência para profissionais da área.

9. REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on Management of Dental Patients With Special Health Care Needs. *student.ahc.umn.edu*, v. 34, n. 5, p. 160–5, 2012.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. ADA guidelines for the use of sedation and general anesthesia by dentists. n. October, p. 1–12, 2009.

Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas / Organização de Arnaldo de França Caldas Jr. e Josiane Lemos Machiavelli. – Recife: Ed. Universitária, 2013.

AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF ANAESTHETISTS. Guidelines on Sedation and/or Analgesia for Diagnostic and Interventional Medical, Dental or Surgical Procedures. PS09. 2014.

BARROS, A. L. O.; HORA, I. A. DOS A.; SANTOS, M. T. B. R. |Análise do perfil do profissional cirurgião-dentista que atende pacientes com necessidades especiais. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. v. 15, n. 3, p. 38–44, 2013.

BREU, F.; GUGGENBICHLER, S.; WOLLMANN, J. Resolução CFO-63/2005 - Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia Vasa, 2008. Disponível em: <<http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013

CARVALHO, E. M. C. DE; ARAÚJO, R. P. C. A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 4, n. 1, p. 65–75, jan./abr. 2004.

Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. **J Dent Educ**, v. 68, p. 23–8, 2004.

CHEN, X.; CLARK, J. J. J.; NAORUNGROJ, S. Oral health in nursing home residents with different cognitive statuses. *Gerodontology*, v. 30, n. 1, p. 49–60, mar. 2013.

COKE, J. M.; EDWARDS, M. D. Minimal and moderate oral sedation in the adult special needs patient. **Dental Clinics Of North America**, v. 53, p. 221–230, viii, 2009.

COSTA, L. R. D. R. S. DA et al. Perceptions of dentists, dentistry undergraduate students, and the lay public about dental sedation. *Journal of applied oral science : revista FOB*, v. 12, n. 3, p. 182–8, set. 2004.

Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter? **J Dent Educ**, v. 69, p.1107–15, 2005

DAVIES, R.; BEDI, R.; SCULLY, C. ABC of oral health: oral health care for patients with special needs. **BMJ: British Medical Journal**, p. 495–498, ago. 2000.

DOUGHERTY, N. The dental patient with special needs: a review of indications for treatment under general anesthesia. Special care in dentistry official publication of the American Association of Hospital Dentists the Academy of Dentistry for the Handicapped and the American Society for Geriatric Dentistry, v. 29, p. 17–20, 2009.

DUQUE, C.; ABREU-E-LIMA, F. C. B. DE. Midazolam – uma nova alternativa para sedação em odontopediatria. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 20, n. 48, abr./jun. 2005.

Emergências Médicas no Consultório Dentário. CONEXÃO UNNA, p. 8–11, [s.d.].

FASSINA, A. N. A. P. Análise das Disciplinas de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais nas Faculdades de Odontologia no Brasil em 2005 São Paulo. [s.l.] **Faculdade de Odontologia de São Paulo**, 2006.

FISKE, J. et al. Guidelines for oral health care for long-stay patients and residents. *Gerodontology*, v. 17, n. 1, p. 55–64, jul. 2000.

GIRDLER, N. M.; HILL, C. M.; WILSON, K. E. Clinical sedation in dentistry. 1ª edição. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009. p 151-159

GLASSMAN, P. et al. Special Care Dentistry Association consensus statement on sedation, anesthesia, and alternative techniques for people with special needs. Special care in dentistry official publication of the American Association of Hospital Dentists the Academy of Dentistry for the Handicapped and the American Society for Geriatric Dentistry, v. 29, p. 2–8; quiz 67–68, 2009.

GLASSMAN, P.; SUBAR, P. Planning dental treatment for people with special needs. **Dental clinics of North America**, v. 53, n. 2, p. 195–205, vii–viii, abr. 2009.

HADDAD, A. S. et al. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. **São Paulo (SP): Santos: Livraria Santos Editora Ltda**, 2007.

LEE, P.-Y. et al. Comprehensive dental treatment under general anesthesia in healthy and disabled children. *Chang Gung medical journal*, v. 32, n. 6, p. 636–42, 2009.

LUCENA, C. D. X. DE et al. Análise dos atendimentos odontológicos em pessoas com necessidades especiais em modalidade hospitalar no Sistema Único de Saúde , Brasil , 2012 . *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, p. 173 – 182, set. 2013.

MCKENNA, G.; MANTON S. Pre-operative fasting for intravenous conscious sedation used in dental treatment: are conclusions based on relative risk management or evidence? **British Dental Journal** v. 205, p. 173 – 176, ago. 2008.

MESSIEHA, Z. Risks of general anesthesia for the special needs dental patient. Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry, v. 29, n. 1, p. 21–5; quiz 67–8, 2008.

MILLER, C. E. Preventing dental disease for people with special needs: the need for practical preventive protocols for use in community settings. *Special Care in Dentistry*, v. 23, n. 5, p. 165–167, 2003.

PAPINENI, A.; LOURENÇO-MATHARU, L.; ASHLEY, P. F. Safety of oral midazolam sedation use in paediatric dentistry: a review. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 24, p. 2 – 13. 2014.

PAULO, J. R. ACESSIBILIDADE E PARTICIPAÇÃO DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS NOS SERVIÇOS PÚBLICOS ODONTOLÓGICOS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB. [s.l.] Universidade Federal da Paraíba, 2010.

PEREIRA, L. M. et al. Atenção odontológica em pacientes com deficiências: a experiência do curso de Odontologia da ULBRA Canoas/RS. *Stomatos*, v. 16, n. 31, p. 92–99, jul./dez. 2010.

ROLIM, T. DE S. Home Care - Atendimento Odontológico Domiciliar. Disponível em: <<http://www.abope.com.br/homecare.html>>. Acesso em: 26 out. 2013.

SHERMAN, C. M.; ANDERSON, R. D. Special needs education in Canadian dental school curriculum: is there enough? **Journal (Canadian Dental Association)**, v. 76, n. 1, p. a11, jan. 2010.

SILVA, Z. C. M. DA et al. Avaliação do perfil dos pacientes com necessidades especiais da clínica de odontopediatria da faculdade de odontologia da PUCRS. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, v. 20, n. 50, out./dez. 2005.

VAINIO, L.; KRAUSE, M.; INGLEHART, M. R. Patients with special needs: dental students' educational experiences, attitudes, and behavior. *Journal of dental education*, v. 75, n. 1, p. 13–22, jan. 2011.

WANG, Y.-C. et al. Dental anesthesia for patients with special needs. *Acta anaesthesiologica Taiwanica: official journal of the Taiwan Society of Anesthesiologists*, v. 50, n. 3, p. 122–5, set. 2012.

ZAMBOURI, A. Preoperative evaluation and preparation for anesthesia and surgery. *Hippokratia*, v. 11, n. 1, p. 13–21, jan. 2007.

APÊNDICE 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Virgínia Annett Polli, graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e as professoras doutoras Alessandra Rodrigues de Camargo e Etiene de Andrade Munhoz, gostaríamos de realizar o trabalho de conclusão de curso intitulado: “ABORDAGEM CLÍNICA DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS”. Este trabalho procura revisar a literatura e discutir as diferentes abordagens terapêuticas para o tratamento odontológico da pessoa com deficiência, complementada por uma ilustração de casos clínicos.

Para esta ilustração existe a necessidade de fazermos o registro fotográfico do tratamento que será realizado na boca do paciente com deficiência, atendido pela equipe de odontologia hospitalar do HU/UFSC.

A participação do paciente _____
sob responsabilidade legal de _____ não é
obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem
prejuízo ao tratamento do paciente
_____c

considerado legalmente incapaz sob sua responsabilidade. As informações prestadas são de caráter sigiloso e os dados obtidos serão utilizados somente para fins de publicação em trabalho de conclusão de curso, revistas científicas e congressos da área.

Os autores declaram o cumprimento das exigências contidas no item IV.3 da resolução CNS 466/2012.

Para dúvidas em relação ao estudo você pode entrar em contato com a pesquisadora(s) responsável(is) através do telefone (48) 3721-9079 – Disciplina Estomatologia.

Como forma de manifestar seu comprometimento, pedimos que assine esse documento:

Eu _____,
CPF _____, RG _____
responsável pelo paciente _____,
residente à _____, depois de ser
devidamente informado e entender os objetivos, bem como estar ciente da necessidade do uso de imagens fotográficas, dados clínicos e/ou resultados de exames para fins de diagnóstico/tratamento realizados no Setor de Odontologia Hospitalar do HU/UFSC,

para fins de pesquisa ou didáticos (livros, artigos, slides, websites, aulas), AUTORIZO, através do presente termo, as professoras Alessandra Rodrigues de Camargo e Etiene de Andrade Munhoz, e a acadêmica Virgínia Annett Polli, a utilizar as imagens e dados clínicos supracitados, estando de acordo que a exibição desse material de maneira que a identidade do paciente _____ não seja revelada. Declaro ainda ter recebido uma cópia desse termo para participar dessa pesquisa e estar ciente que a participação pode ser interrompida a qualquer momento sem que isso acarrete nenhuma penalidade.

Florianópolis, ____ de _____ de 20____.

Responsável legal pelo (a) paciente

Nome e Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Dr. (NOME) para realizar diagnóstico, planejamento e tratamento odontológico no menor/incapaz sob minha responsabilidade (NOME). Concordo, também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de saúde, planejamento e/ou tratamento permaneçam sob guarda do DR. (NOME), respeitando o Código de Ética Odontológica.

Declaro ainda que, após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos e custos da prestação de serviços odontológicos observados no PRONTUÁRIO No. XXX, sob os cuidados do DR. (NOME), conforme apresentado e explicado a mim, nos mínimos detalhes, tendo esclarecido todas as minhas dúvidas, aceito e autorizo a execução dos procedimentos no paciente (NOME), e comprometo-me a cumprir as orientações do DR. (NOME) além de arcar com os custos estipulados na previsão de honorários e forma de pagamento apresentados. Por ser verdade, firmo o presente.

Florianópolis, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Responsável pelo pelo paciente

Nome e Assinatura do Cirurgião-dentista

APÊNDICE 3



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tratamento Odontológico Sob Anestesia Geral

Eu, _____, portador do documento _____, responsável pelo paciente _____, portador do documento _____ e com Registro Hospitalar nº _____, nascido em ____/____/_____, declaro estar ciente de que devido a dificuldade em realizar uma avaliação odontológica completa ambulatorial (no consultório odontológico) do paciente em questão, não foi possível definir o plano de tratamento odontológico, ou seja, determinar exatamente quais os tratamentos odontológicos serão necessários, o que será feito somente no momento em que o paciente estiver sob efeito da anestesia geral no centro cirúrgico.

Desta forma, declaro estar de acordo com a realização do tratamento que o dentista responsável, (NOME), (CRO), julgar necessário no momento da cirurgia.

Tenho conhecimento de que o objetivo do tratamento odontológico em centro cirúrgico é a remoção de focos de infecção bucal e, desta forma, sempre que possível os dentes fraturados e/ou cariados serão recuperados e restaurados, assim como dentes com cálculo dentário (tártaro) e doença periodontal leve e moderada (doença dos tecidos de suporte do dente, ou seja, dente, osso e fibras que seguram o dente) serão tratados para estabilização da doença, porém em casos em que haja extensa destruição dentária, dentes com infecção endodôntica (do canal dentário) ou com doença periodontal avançada optaremos pela extração dos dentes.

Declaro que li e entendi o termo acima.

() **AUTORIZO** a realização do tratamento odontológico em centro cirúrgico e estou de acordo com todas as condições expostas acima

() **NÃO AUTORIZO** a realização do tratamento odontológico em centro cirúrgico e assumo as responsabilidades das conseqüências da não realização do tratamento odontológico.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente ou responsável

APÊNDICE 4

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****SUGESTÃO DE PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES COM
NECESSIDADES ESPECIAIS****1) Sedação leve/moderada:**

1º passo – Avaliação inicial do paciente: Exame clínico (composto pela anamnese e exames físicos). Dar atenção especial para história médica, medicações em uso, e antecedentes alérgicos.

2º passo – Avaliação pré-operatória: Avaliação médica da equipe que acompanha o paciente (obrigatório); solicitação de exames laboratoriais frente ao quadro clínico; instruções verbais e escritas ao paciente e/ou responsável dos procedimentos pré, trans e pós-operatórios; termo de consentimento do paciente/responsável; restrições alimentares de 4 horas para ingestão de sólidos e, avaliação dos sinais vitais do paciente (pressão arterial e frequência respiratória).

3º passo – Profissionais e equipamentos: Pelo menos uma pessoa, além do cirurgião-dentista, com treinamento em Suporte Básico de Vida deve estar presente; equipamentos de monitoração dos sinais vitais e material de reanimação pulmonar devem estar com fácil acesso. Este profissional será responsável pelo monitoramento dos sinais vitais do paciente. Para a realização do procedimento odontológico será necessária a presença de uma auxiliar em saúde bucal e/ou mais um cirurgião dentista.

O ambiente deve ser amplo e equipado para enfrentar emergências cardiopulmonares e deve conter no mínimo:

- estetoscópio para auscultar sons da respiração (aferir a cada cinco minutos);
- oxímetro (monitorar perfusão periférica);
- monitor não invasivo de pressão arterial (Esfigmomanômetro, ou aparelho de pulso automático indicado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia);
- fonte de suprimento e administração de oxigênio 100%;

- suprimento para medicação endovenosa (A administração dessa medicação deve ser efetuada por profissional habilitado. Ex. Técnico de enfermagem, médicos, etc).

4º passo – Monitoramento do paciente:

- Oxigenação: Coloração das mucosas, pele ou sangue devem ser avaliados continuamente; saturação de oxigênio por oximetria periférica pode ser considerada clinicamente útil. Para tal fim, pode-se utilizar um oxímetro.
- Ventilação: O cirurgião-dentista e/ou profissional devidamente treinados devem observar elevações no peito e verificar a respiração continuamente. Manter permeabilidade de vias aéreas.
- Circulação: A pressão arterial e a frequência cardíaca devem ser avaliados no pré-operatório, monitoradas no trans-operatório e pós-operatório.

5º passo – Documentação: Todo o procedimento deve ser documentado, relatando-se o nome das drogas sedativas e anestésicos locais administrados, doses e medicações pré e pós operatórias. A descrição do procedimento odontológico realizado também faz parte desta descrição.

6º. Passo – Alta clínica do procedimento: É necessário que o paciente possa caminhar com o mínimo de auxílio. A dor pós-operatória e o sangramento devem ser mínimos ou ausentes. O paciente deverá estar acompanhado por um responsável que poderá receber as orientações pós-operatórias verbalmente e por escrito.

2) Anestesia Geral:

1º passo – Avaliação inicial do paciente: Exame clínico (composto pela anamnese e exame físico). Dar atenção especial para história médica, medicações em uso, e antecedentes alérgicos.

2º passo – Avaliação pré-operatória: Avaliação médica da equipe que acompanha o paciente (obrigatório); solicitação de exames laboratoriais (uréia, creatinina, hemograma completo, coagulograma completo, raio-X de tórax prévio ao procedimento, eletrocardiograma para pacientes acima de 50 anos ou para pacientes que apresentem alterações cardíacas pré-existentes); instruções verbais e escritas ao paciente e/ou responsável pelos procedimentos pré, trans e

pós operatórios; termo de consentimento do paciente/responsável; orientações alimentares (Jejum absoluto de 10 horas).

3º passo – Profissionais e equipamentos:

Profissionais: Anestesiista; equipe de enfermagem; equipe de odontologia.

Equipamentos: Propiciados pelo hospital, faz-se necessário um centro cirúrgico completo.

4º passo – Monitoramento do Paciente: Responsabilidade do médico anestesiista.

5º passo – Documentação: Todo o procedimento deve ser documentado relatando o nome das drogas indutoras e anestésicos (geral e local) administrados, doses e medicações pré e pós operatórias. A descrição do procedimento odontológico realizado também faz parte desta descrição.

6º. Passo – Sala de recuperação: Cuidados pós operatórios relacionados ao tipo de procedimento odontológico realizado. A prescrição medicamentosa deverá ser mantida conforme utilizada em centro cirúrgico. Os cuidados com o paciente ficam a cargo a equipe de enfermagem do hospital.

7º. Passo – Alta hospitalar: Para procedimentos odontológicos sem intercorrências, a mesma será dada entre 1-2 dias, conforme trans-cirúrgico. Alta anestésica efetuada pelo médico anestesiolista responsável.

3) *Home Care*:

1º Etapa – Avaliação inicial do paciente: Levar em consideração a doença de base do paciente, *versus* a colaboração para o tratamento odontológico, *versus* a necessidade odontológica.

2º Etapa – Avaliação clínica odontológica: A 1ª. escolha de tratamento sempre deve recair sobre a abordagem ambulatorial. Técnicas de contenção física podem ser consideradas caso haja necessidade, e para tal, a doença de base do paciente deve ser ponderada. A experiência clínica profissional é de grande valia neste momento.

3º Etapa – Uso de sedação: A técnica de sedação ambulatorial só deve ser efetuada por profissionais capacitados, conforme normativa do CRO. Todo o suporte para eventuais intercorrências deve estar disponível e prontos para uso no momento da consulta odontológica. Os casos mais favoráveis para o emprego

da técnica são aqueles em que as necessidades odontológicas são pequenas e de fácil resolução com consultas curtas. Com relação à avaliação da doença de base, sugerimos a aplicação da técnica para pacientes em classificação ASA I e II, conforme American Society of Anesthesiologists.

4º Etapa – Anestesia Geral: O uso da técnica exige a participação de uma equipe multiprofissional em um ambiente diferente do consultório odontológico. A rotina hospitalar deve ser respeitada, e cada centro de trabalho apresenta suas próprias regras. Para tal, existe apenas a necessidade do cirurgião-dentista efetuar seu cadastro hospitalar no centro de interesse. O uso da anestesia geral está indicado para os casos de necessidades odontológicas mais complexas, que implicam em um tratamento odontológico extenso. A colaboração do paciente não é necessária para execução dessa modalidade. Desta forma, para pacientes pouco colaborativos para com o atendimento ambulatorial, esta se torna a opção de primeira escolha. Com relação à doença de base, o paciente obrigatoriamente deve ser acompanhado pelo médico anestesiológico. Segundo a classificação ASA da American Society of Anesthesiologists, casos mais complexos podem ser resolvidos por esta terapêutica.

ANEXO 1

matéria de capa



Emergências médicas no consultório dentário

Inúmeros fatores podem contribuir para que esses eventos ocorram e sejam desencadeados. O cirurgião-dentista deve, portanto, estar preparado para intervir de forma adequada de modo até a salvar vidas

As emergências médicas configuram uma situação ou condição em que há risco de morte e, portanto, não pode haver protelação do atendimento, ou seja, os primeiros socorros devem ser imediatos.

Embora possam ocorrer com qualquer pessoa, a qualquer hora e lugar, o consultório odontológico propicia situações inesperadas, por ser um ambiente no qual o estresse está muitas vezes associado e no qual o cirurgião-dentista faz uso de fármacos que podem ter um efeito colateral danoso no paciente.

Sendo a emergência um evento imprevisível e que requer ação imediata, o profissional não pode incorrer em omissão de socorro. Pelo contrário, legalmente ele responde pela vida do paciente, como descrito claramente na Lei 5081/66: "Compete ao cirurgião-dentista prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente".

Mas será que todos os cirurgiões-dentistas sabem quais os procedimentos médicos necessários para lidar com os

acidentes e complicações que podem surgir em seus consultórios?

O treinamento em Suporte Básico de Vida (BLS, na sigla em inglês) é uma realidade nas escolas da maioria dos países de Primeiro Mundo. Mas o quadro é diferente no Brasil. Faltam condições técnicas e científicas que capacitem os cirurgiões-dentistas para atuar nesses casos, em face da ausência de disciplinas específicas nas grades curriculares dos cursos nacionais de Odontologia.

Segundo o Prof. Dr. Waldyr Jorge, Es-

pecialista, Mestre, Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, autor do livro "Odontologia Hospitalar - Bucocomaxilofacial - Primeiros Socorros - Urgências Odontológicas" e Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOSP), na qual também é professor titular do Departamento de Estomatologia - Disciplina Clínica Integrada e de Cirurgia Bucocomaxilofacial, é preciso rever a formação do cirurgião-dentista. "A grade curricular tem que ser mais ampla, para que forme um profissional com plenas condições de cumprir sua função, incluindo a atividade emergencial".

Seu colega, o Dr. Oswaldo Crivello Júnior, livre-docente do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilofaciais da FOSP, faz coro a esta afirmação de que as faculdades de Odontologia têm a obrigação de ministrar o tema "emergências em consultórios odontológicos" de uma forma mais enfática na graduação. "Para lidar com essas situações o cirurgião-dentista deve estar preparado para reconhecê-las e tratá-las". Isto demonstra o quanto é importante a realização de um curso de emergência, que agrega valores ao profissional e o prepara para diagnosticar e intervir de forma adequada nessas eventualidades, evitando situações desagradáveis em seu consultório. "O conhecimento acelera a prestação dos primeiros-socorros nesses casos, uma vez que as primeiras manobras devem ser realizadas em menos de três minutos, visto que, além desse tempo, o índice de óbito é elevado", salienta o Prof. Waldyr.

Para o Dr. Crivello, o cruzamento de uma anamnese, uma avaliação física e alguns exames complementa-

As emergências médicas mais comuns nos consultórios odontológicos estão ligadas à ansiedade e ao medo que o paciente pode ter no momento do atendimento, assim como ao fato de por si só ser um ambiente de estresse.

Neste sentido, o Prof. Waldyr relata que os principais quadros clínicos emergenciais no consultório são a lipotimia e a síncope ou desmaio, além de eventuais quadros neurológicos (convulsões). "Há outros casos mais raros, como quando o paciente tem um choque anafilático, infarto de miocárdio, reações alérgicas, hipertensão postural e coma diabético, por exemplo".

“ Para todos eles, o cirurgião-dentista, como profissional da saúde, tem por obrigação estar preparado para agir”, destaca. ”

Diversidade de pacientes

O avanço da medicina propiciou uma maior longevidade às pessoas, bem como uma melhora na qualidade de vida de pacientes que apresentam enfermidades sistêmicas importantes. Consequentemente, nota-se um aumento na diversidade de perfis que procuram um atendimento odontológico. Soma-se a isso o fato de que as pessoas estão cada vez mais conscientes da necessidade de manutenção da saúde bucal como parte integrante da saúde integral, o que vem gerando um número maior de indivíduos com condições

social e, principalmente, a sua responsabilidade na saúde integral do paciente. "Costumo dizer que não existem pacientes especiais, pois todos são especiais. Além disso, o cirurgião-dentista não trata da dentição de um paciente, ele cuida de um paciente com dente", enfatiza. Ou seja, o cirurgião-dentista, além de problemas inerentes ao sistema estomatognático, precisa lidar, cada vez mais, com situações, por vezes, desconhecidas que o tornam vulnerável as armadilhas do êxito letal.

Então, como agir?

A existência de uma situação de emergência durante a consulta exige a suspensão de qualquer procedimento em execução e a imediata tomada de medidas que preservem a vida do paciente e evitem sequelas sobre as funções vitais. Como sugestão, o Prof. Waldyr indica o protocolo de primeiros socorros destacado na próxima página.

Ele ressalta ainda que toda a equipe que assiste o cirurgião-dentista deve estar preparada para reconhecer os sinais e sintomas emergenciais e atuar, em conjunto, quando necessário. No caso de uma ocorrência, o cirurgião-dentista deve acionar um sistema de emergência (ligar para 192 ou 193) e efetuar os primeiros socorros.

Também lembra que todo consultório odontológico deve ter um Suporte de Atendimento Básico de Emergência. Entre os equipamentos e drogas que compõem esse kit estão:ambu (respirador manual), estetoscópio e esfigmomanômetro, cilindro de oxigênio, cânula de Guedel, que

res bem conduzidos, identificando a história pregressa do paciente (familiar, mórbida, fisiológica e social), com os medicamentos utilizados por ele, por exemplo, bem como uma observação atenta, podem evitar situações de emergências médicas no consultório odontológico.

sistêmicas ou uso de medicações que podem influenciar no tratamento odontológico ou deixá-los predispostos a quadros emergenciais.

Este cenário faz com que, segundo o Prof. Waldyr, a Odontologia tenha que resgatar a sua real finalidade

pode vir a substituir a traqueotomia, seringa de insulina, bisturi, oxímetro, adrenalina, anti-histamínicos, Captopril 12,5 mg, Hidroclorotiazida 25 mg, Dramin B6, soro fisiológico, AAS infantil, Isordil e sachê de leite condensado ou glicose 50% (para casos de hipoglicemia).

Protocolo de Primeiros Socorros

Algoritmo de Suporte Básico de Vida (SBV) adulto para profissionais de saúde

• **Paciente Consciente:** interrompa o que está fazendo e questione o que está ocorrendo, batendo as mãos nos dois ombros do paciente. Se houver resposta, pergunte:

- S – O que está sentindo?
- A – Tem alergia a alguma coisa?
- M – Toma algum medicamento?
- P – Está em tratamento médico?
- L – Quando foi a última refeição e o que comeu?
- E – Eventos ocorridos relacionados ao incidente

Muitas destas questões, em realidade, devem ser exploradas na anamnese inicial como os itens A-M-P.

Em seguida administre oxigênio 12/15 L/min, afira os sinais vitais (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, temperatura), e verifique as pupilas e a força muscular bilateral.

• **Paciente Inconsciente:** acione o sistema de emergência (192 ou 193) e inicie as manobras visando a manutenção da vida do paciente e verifique o pulso carotídeo (por no máximo 10

segundos). Caso o paciente tenha pulso, aplique ventilação mecânica a cada cinco a seis segundos e cheque o pulso a cada dois minutos; se não tiver pulso, inicie ciclo de 30 compressões torácicas e duas ventilações (compressões: ritmo mínimo de 100/min, e cinco cm de profundidade) e os repita até a chegada do socorro ou desfibrilar se houver pulso chocável.

É mandatório o atendimento complementar do Resgate e/ou SAMU e/o encaminhamento a um Centro Hospitalar.



Observações:

- É mandatório o atendimento complementar do Resgate e/ou SAMU, e o encaminhamento a um centro hospitalar.
- As caixas com bordas em linhas tracejadas são executadas por profissionais de saúde, e não por socorrista leigos.

Legenda

- DEA = Desfibrilador Externo Automático (sigla em inglês)
- DAE = Desfibrilador Automático Externo
- RCP = Chamada Remota de Procedimento (sigla em inglês)

Como enfrentar situações emergenciais mais frequentes?

Lipotimia

Definição: desmaio sem perda de consciência, também conhecido como distúrbio neuro-vegetativo (DNV), acompanhado da abolição das funções motrizes e/ou motoras, que lembram efeito extra-piramidal, com integral conservação das funções respiratória e cardíaca.

Sinais e sintomas: palidez, suores frios, vertigens, zumbidos e sensação de desmaio.

Conduta: posicionar o paciente em posição supina ou pressionar a sua cabeça em direção às pernas na posição sentado, de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo ao cérebro e a sua correta oxigenação. Se necessário, administrar Oxigênio 12/15 L/min.

Síncope ou Desmaio

Definição: perda súbita e transitória da consciência e, conseqüentemente, da postura, devido a isquemia cerebral transitória generalizada (redução na irrigação de sangue para o cérebro). A síncope, por si só, é um sintoma, causado por uma grande diversidade de doenças.

Conduta: manter o paciente em posição supina; aferir sinais vitais e, se necessário, administrar Oxigênio 12/15 L/min.

Convulsão

Definição: é uma manifestação de um fenômeno eletrofisiológico anormal temporário que ocorre no cérebro (descarga bio-energética) e resulta numa sincronização anormal da atividade elétrica neuronal. Pode ser desencadeada por mal uso do foco odontológico, focado nos olhos do paciente. Essas alterações podem ser refletidas em nível de tonicidade muscular, alterações do estado mental ou outros sintomas psíquicos.

Dá-se o nome de epilepsia à síndrome médica na qual existem convulsões recorrentes e involuntárias, embora possam ocorrer convulsões em pessoas que não sofrem desta condição médica.

Sinais e sintomas: contrações involuntárias da musculatura, movimentos desordenados, desvio dos olhos e tremores.

Conduta: a primeira coisa que se deve ter em mente é que a maioria das crises dura menos de cinco minutos e que a mortalidade durante o ocorrido é bai-

xa. Assim, deve-se manter a calma para que se possa ajudar a pessoa. Entre as medidas protetoras que devem ser tomadas no momento da crise estão:

- Posicionar o paciente em posição supina (caso ele esteja de pé ou sentado), evitando quedas e traumas;
- Remover objetos (tanto da pessoa quanto do chão), para evitar traumas;
- Afrouxar roupas apertadas;
- Proteger a cabeça da pessoa com a mão, roupa, travesseiro;
- Lateralizar a cabeça para que a saliva escorra (evitando aspiração);
- Limpar as secreções salivares, com um pano ou papel, para facilitar a respiração;
- Observar se a pessoa consegue respirar;
- Afastar os curiosos, dando espaço para a pessoa;
- Reduzir estimulação sensorial (diminuir luz, evitar barulho);
- Permitir que a pessoa descanse ou até mesmo durma após a crise;
- Após a crise posicionar o paciente na posição de recuperação: decúbito lateral, com uma das pernas flexionada e a outra estendida.

É mandatório que o paciente seja conduzido a um Centro Hospitalar, onde deverá ficar em observação, no mínimo, de 8 a 12 horas, uma vez que crise sobrevenha. ■



Posição correta do socorrista durante as compressões torácicas. As mãos devem ser colocadas sobre o esterno, no centro do tórax.



Compressões abdominais (manobra de Heimlich) com vítima em pé, indicadas e utilizadas em casos de aspiração de corpos estranhos.