

# VERIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO E DA CONDUTA DE ODONTÓLOGOS EM RELAÇÃO AO MANEJO DO PACIENTE CARDIOPATA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dentists and the management of cardiac patient in primary health care

Letícia Campos Araújo<sup>1</sup>, Caren Serra Bavaresco<sup>2</sup>

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi verificar o conhecimento e a conduta de odontólogos do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre/RS, em relação ao manejo do paciente cardiopata, e propor a elaboração de um protocolo de atendimento odontológico em Atenção Primária à Saúde (APS). O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário na forma de entrevista semiestruturada. As questões em que foram observadas maiores discrepâncias entre as respostas referem-se aos valores da pressão arterial e avaliação de risco para hipertensão, e as questões relacionadas à profilaxia antibiótica e ao uso de anestésicos locais. Evidencia-se a necessidade de realização de educações permanentes para os odontólogos, bem como a implantação de protocolos para o atendimento de cardiopatas por odontólogos em APS, a fim de se realizar o tratamento de forma diferenciada e segura.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Assistência à Saúde; Cardiopatias; Saúde Bucal; Serviços de Saúde Bucal; Odontólogos; Condutas na Prática dos Dentistas.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer as suas possibilidades de bem viver.<sup>1</sup> Por tratar-se de um serviço dirigido à APS, a busca da qualificação do atendimento ao usuário que acessa a UBS é uma das diretrizes do SSC do GHC.

## ABSTRACT

The objectives of this study were to assess the knowledge and behavior of dentists in the Community Health Service of the Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre/RS in relation to the management of cardiac patients, and to propose the elaboration of a protocol for dental assistance in the Primary Health Care (PHC) setting. The research instrument was a questionnaire in the form of a semi-structured interview. The issues on which there was greater discrepancy between the responses were related to blood pressure values, hypertension risk assessment, antibiotic prophylaxis and the use of local anesthetics, highlighting the need to implement the continuing medical education of dentists and protocols for specific and safe dental care of cardiac patients in a PHC setting.

**KEY WORDS:** Primary Health Care; Delivery of Health Care; Heart Diseases; Oral Health; Dental Health Services; Dentists; Dentist's Practice Patterns.

A busca da qualificação profissional é uma constante em APS e, dentro desta proposta, a Residência Integrada em Saúde (RIS) ganha relevância e importância contemplando o novo paradigma do conceito ampliado de saúde. Com vistas a contemplar a multiplicidade de fatores que se inter cruzam e perpassam a vida dos sujeitos, percebemos a necessidade de ampliar nosso olhar profissional em relação aos pacientes atendidos pela odontologia. Dentro dessa perspectiva, faz-se de suma importância o estudo da abordagem preventiva e terapêutica dos portadores de

<sup>1</sup> Letícia Campos Araújo, Odontóloga Residente do Programa de Residência Integrada em Saúde com Ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição

<sup>2</sup> Caren Serra Bavaresco, Cirurgião Dentista - SSC/GHC, Preceptora RIS/GHC, Consultora Odontologia - Projeto Telessaúde RS, Doutoranda Clínica Odontológica - Cariologia/UFRGS. E-mail: c\_bavaresco@yahoo.com.br

cardiopatas, doenças prevalentes em nosso território de atuação, e que irão determinar condutas específicas, enfocando um cuidado especial e direcionado a um atendimento de qualidade e que contemple suas necessidades em saúde.

As cardiopatas, em especial, as doenças cardiovasculares (DCV) alteram o funcionamento do sistema circulatório. A alta prevalência de DCV é observada mundialmente, sendo que, segundo dados do World Health Report<sup>2,17</sup>, milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares no mundo, dado que equivale a seis vezes o número de mortes por HIV/AIDS. Não há uma causa única para as DCV, mas sabe-se que existem fatores que aumentam o risco de doença cardiovascular.

Podem-se dividir os fatores de risco para DCV em: condições médicas, fatores de estilo de vida e fatores hereditários. Do ponto de vista etiológico, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é apontada como o fator de risco cardiovascular mais importante para as DCV, seja na forma da doença isquêmica, insuficiência cardíaca ou doença cerebrovascular.<sup>3</sup> Estudos nacionais recentes demonstram uma prevalência de 26% da população geral adulta, variando conforme o estudo e a localidade pesquisada de 22,3% até 44%.<sup>3,4</sup>

Diante dos dados expostos, verifica-se a importância da inserção da Equipe de Saúde Bucal nas Equipes Multiprofissionais em APS, contribuindo na identificação desses pacientes e participando do plano de cuidados dos mesmos. Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Dados do Ministério da Saúde (MS) demonstram a reversão deste quadro, observando-se o esforço para promover uma maior integração de saúde bucal nos serviços de saúde, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida.<sup>4</sup>

Dentro dessa perspectiva, os odontólogos assumem responsabilidades na abordagem do paciente cardiopata. Diversos estudos demonstram que essa categoria profissional não possui conhecimento adequado para conduzir, de forma segura, alguns procedimentos odontológicos neste paciente.<sup>5,6</sup> De acordo com Ribas *et al.*<sup>5</sup>, 75% dos cirurgiões-dentistas habitualmente não verificam a pressão arterial dos pacientes, procedimento este considerado de fundamental importância para o manejo clínico do usuário com HAS. Além disso, Amaral *et al.*<sup>6</sup>, investigando a conduta clínica de cirurgiões-dentistas frente ao tratamento de cardiopatas, concluiu que 52,56% dos dentistas generalizam

as cardiopatas; 69,23% conhecem a profilaxia antibiótica e apenas 6,79% desses citam corretamente e reconhecem sua importância para a prática odontológica.

Diante dos dados expostos, este estudo buscou verificar o conhecimento e a conduta dos odontólogos em relação ao manejo clínico dos pacientes portadores de cardiopatas e, a partir das dúvidas encontradas, elaborar um protocolo de atendimento odontológico do paciente cardiopata em APS.

## MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC sob protocolo nº 189/08. Previamente ao início do estudo, foi realizado um estudo piloto, para avaliação do instrumento para a coleta de dados (questionário). Foi constatada a necessidade de pequenas adaptações nas questões propostas, as quais foram realizadas previamente às aplicações dos questionários. Através desse instrumento, também foi possível estipular o tempo necessário para a realização de cada entrevista, não sendo verificado nenhum prejuízo em relação a sua aplicabilidade no decorrer do estudo. O estudo desenvolvido foi do tipo quali-quantitativo e o delineamento utilizado foi o descritivo transversal.

Os sujeitos que compuseram a amostra foram odontólogos contratados do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). O GHC atua integrado à rede de saúde local e regional e é referência na assistência à saúde da população da cidade de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado do Rio Grande do Sul. O SSC é formado por doze unidades de saúde (US), localizadas em bairros da zona norte de Porto Alegre, e é reconhecido como um serviço de excelência em APS.

Nas unidades que contavam com a presença de dois odontólogos contratados, foi realizado sorteio para incluir um dos odontólogos como participantes da pesquisa. Na unidade de saúde onde a odontóloga orientadora deste trabalho estava lotada, foi selecionado o outro odontólogo contratado desta mesma unidade para evitar viés de seleção da amostra. Nas duas unidades que contavam com a presença de apenas um odontólogo contratado, este foi incluído na pesquisa. Assim, foram selecionados doze sujeitos de pesquisa, os quais foram entrevistados no período compreendido entre os meses de março a junho de 2009. Os profissionais selecionados foram contatados por telefone com o intuito de agendar a entrevista.

O instrumento utilizado para verificar o conhecimento e a abordagem realizada pelos odontólogos do SSC/GHC em relação ao manejo do paciente cardiopata consistia de uma

entrevista semiestruturada, contendo 20 questões, sendo 15 fechadas e 05 abertas. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, no ambiente de trabalho do entrevistado e com duração de aproximadamente 30 minutos cada. Cada participante foi identificado por um número, assegurando, dessa forma, o sigilo e a privacidade dos participantes. Previamente à entrevista, foi obtido o consentimento informado dos participantes.

Além do preenchimento dos questionários, as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para avaliação dos dados e análise dos resultados. O preenchimento do questionário, a gravação e a transcrição das entrevistas foram realizadas pela pesquisadora.

Após a análise dos dados, os pesquisadores realizaram uma busca de artigos científicos publicados na base de dados PUBMED, Cochrane e Scielo, publicados entre os anos de 1990 e 2009, com a utilização dos seguintes

descritores: cardiopatas, cirurgiões dentistas e tratamento odontológico. Além disso, foram utilizados livros atualizados sobre o tema a fim de elaborar algoritmos que orientassem o atendimento odontológico dos cardiopatas em APS. Os artigos foram analisados quanto ao grau de evidência através dos critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Medicina<sup>7</sup>, sendo selecionados 27 artigos e 07 livros técnicos, os quais serviram de embasamento para a formulação deste protocolo.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos nas questões fechadas foram expressos na forma de frequência relativa (Quadro 1). A análise quantitativa descritiva foi utilizada para descrever os resultados das questões fechadas. Para as perguntas abertas, foi realizada a análise do conteúdo.

**Quadro 1** - Distribuição das respostas dos dentista do GHC/SSC sobre as questões fechadas, expressas na forma de frequência relativa.

Questionamentos da entrevista	N	Sim	Não
Conhece as alterações cardiovasculares mais prevalentes?	12	91,7%	8,3%
Conhece o critério atual de diagnóstico de hipertensão?	12	50%	50%
Afere a PA do cardiopata antes dos procedimentos odontológicos?	12	75%	25%
Conhece os níveis de PA limites para tratamento de urgência sem avaliação médica?	12	8,3%	91,7%
Costuma prescrever fármaco ansiolítico?	12	8,3%	91,7%
Conhece os procedimentos odontológicos que requerem profilaxia antibiótica para os pacientes com risco de desenvolver endocardite?	12	83,3%	16,7%
Conhece os fármacos disponíveis no SSC/GHC para a realização da quimioprofilaxia?	12	100%	0%
Conhece as possíveis manifestações bucais associadas ao uso crônico de drogas anti-hipertensivas?	12	41,7%	58,3%
Faz uso de anestésicos locais com vasoconstritores em pacientes cardiopatas?	12	75%	*
Possui a informação do número de tubetes de anestésico com vasoconstritor considerado seguro a ser utilizado por sessão de atendimento ao cardiopata?	12	58,3%	41,7%
Conhece os possíveis efeitos sistêmicos decorrentes da interação de vasoconstritores com drogas anti-hipertensivas?	12	0%	100%
Costuma prescrever anti-inflamatórios para pacientes cardiopatas?	12	66,7%	33,3%
Qual seria o anti-inflamatório adequado na situação de cardiopatia?	10	AINES 80%	Esteróide 20%
Dentre aqueles que disseram conhecer o critério de diagnóstico de HAS preconizado atualmente, perguntou-se qual seria esse critério?	06	PA 140/90 83,3%	PA 120/80 16,7%
No atendimento do paciente cardiopata você:			
a) Nunca faz profilaxia antibiótica			
b) Sempre faz profilaxia antibiótica			
c) Faz profilaxia antibiótica somente nos pacientes com risco de desenvolver endocardite			
d) Entra em contato com o médico de referência	12	58,3%	41,7%
		responderam a as alternativa C	responderam alternativas C e D

\*Os demais profissionais responderam a opção “às vezes”, porque não usariam especificamente naqueles pacientes que já trazem a recomendação expressa do médico.

Após a análise dos dados, foi possível constatar que 75% dos entrevistados neste estudo verificam os níveis de pressão arterial (PA) de seus pacientes antes do início do atendimento odontológico.

Em relação ao uso de fármacos, 67% dos entrevistados costumam prescrever anti-inflamatórios, sendo predominante a indicação de anti-inflamatórios não-esteróides (AINE). Além disso, a prescrição da antibioticoprofilaxia da forma recomendada pela AHA foi citada por 66,7% dos entrevistados. Neste contexto, 100% dos entrevistados demonstraram desconhecimento sobre a classificação de risco dos pacientes cardiopatas e as situações em que a antibioticoprofilaxia é indicada. Apesar de 83,3% dos entrevistados afirmarem conhecer os procedimentos odontológicos que requerem profilaxia, não o fizeram de forma adequada.

Após análise dos dados, é possível observar que a maioria dos dentistas entrevistados não tem dúvida quanto à utilização de anestésicos locais com vasoconstritores (75%). A maior dúvida constatada foi quanto ao tipo do vasoconstritor mais adequado na situação de cardiopatia (83,3%).

Em relação à conduta adequada frente a pacientes anticoagulados com necessidade de tratamento odontológico, todos os profissionais entrevistados tiveram como conduta padrão entrar em contato com o médico de referência do paciente, antes de indicar a interrupção ou não da medicação anticoagulante.

Diante dos resultados expostos, os pesquisadores elaboraram um protocolo de atendimento odontológico para o paciente cardiopata com foco em APS. (Figura 1: Algoritmo de identificação e manejo do indivíduo hipertenso na UBS; Figura 2: Algoritmo de orientação quanto à utilização de medicações anti-hipertensivas e anticoagulantes orais; Figura 3: Algoritmo de orientação quanto à utilização de profilaxia antibiótica). Cabe ressaltar que estes algoritmos deverão ser reavaliados pelos autores a cada dois anos.

## DISCUSSÃO

Observa-se um expressivo aumento no número de indivíduos portadores de cardiopatias mundialmente. Segundo Peralta *et al.*<sup>8</sup>, a partir da década de 60, as doenças cardiovasculares passaram a ter grande destaque na Saúde Pública, constituindo uma das patologias mais prevalentes e uma das principais causas de morte no mundo.

Neste contexto, Elias e Elias<sup>9</sup> destacam a importância do rigor no preenchimento da ficha clínica individual durante as consultas, na tentativa de minimizar as complicações e iatrogenias durante o atendimento clínico.

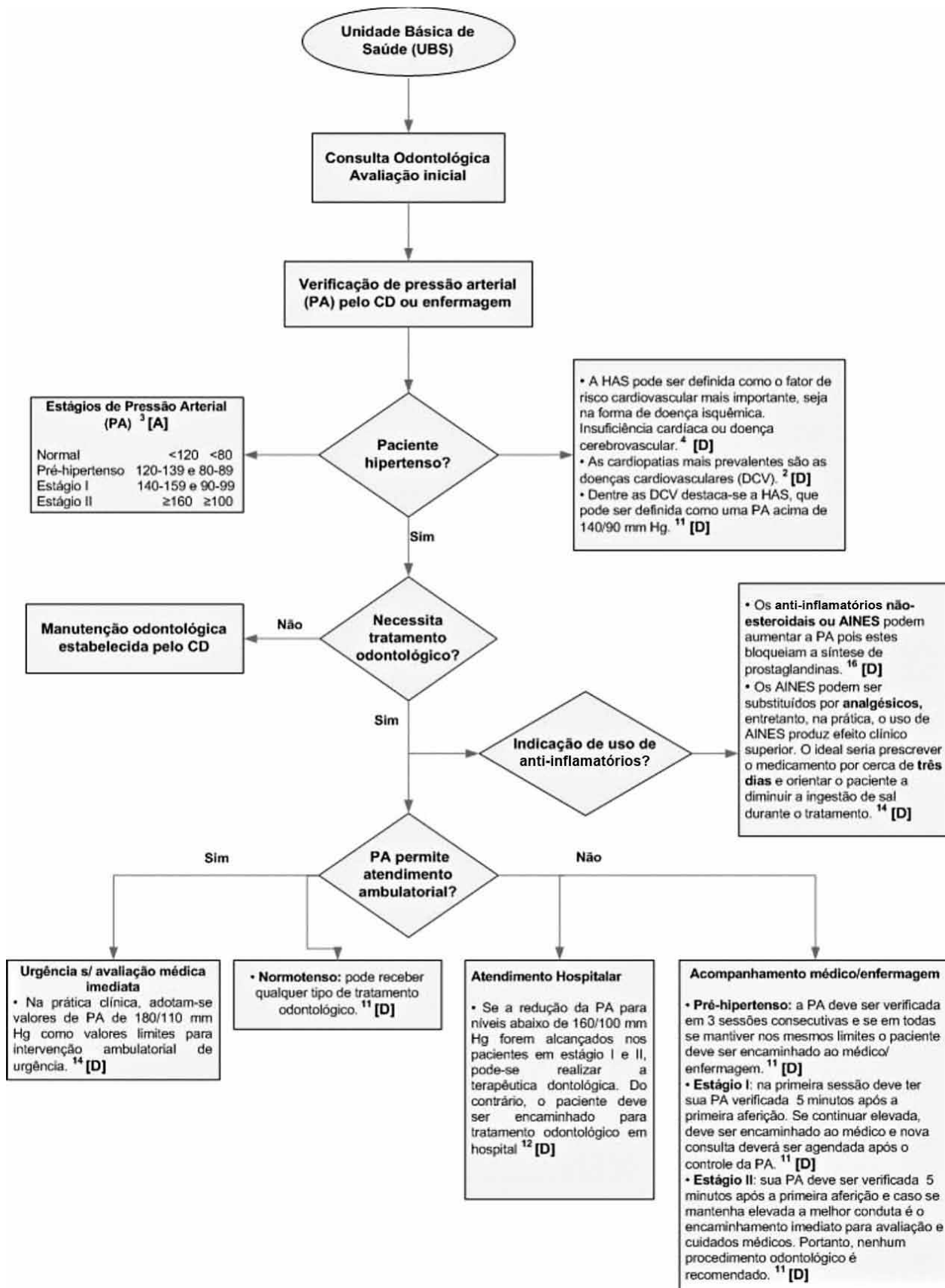
Devido à alta prevalência de cardiopatias, é de suma importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento técnico-científico sobre este assunto e saiba diferenciar as alterações cardiovasculares mais prevalentes. Neste estudo, as questões em que foram observadas maiores discrepâncias entre as respostas referem-se aos valores de PA adotados como limites para a realização de procedimentos odontológicos de urgência sem avaliação médica, bem como as questões relacionadas à profilaxia antibiótica e ao uso de anestésicos locais. Os dados do presente estudo estão de acordo com os resultados de Amaral *et al.*<sup>6</sup>, no qual constatou-se que os cirurgiões-dentistas generalizam as alterações cardiovasculares ou o fazem de forma incorreta.

De acordo com os valores da pressão arterial, os indivíduos podem ser classificados em quatro grupos: normotenso (PA sistólica < 120 e diastólica < 80), pré-hipertenso (PA sistólica 120-139 e diastólica 80-89), hipertenso estágio I (PA sistólica 140-159 e diastólica 90-99) e hipertenso estágio II (PA sistólica > ou igual a 160 e diastólica maior ou igual a 100). Dentre as doenças cardiovasculares mais prevalentes, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica, que pode ser definida como uma pressão arterial acima de 140/90 mm Hg que, quando persistente e não controlada, pode levar ao óbito.<sup>10</sup>

Evidências sugerem que, uma vez constatada a presença de problemas cardiovasculares nos pacientes, a avaliação da pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória devem ser feitas antes do início de toda e qualquer sessão de atendimento.<sup>10</sup> Ainda de acordo com Peralta *et al.*<sup>8</sup>, o alto índice da doença indica a necessidade de adoção de uma rotina de verificação da pressão arterial antes de iniciar qualquer tipo de tratamento. Neste aspecto, nossos dados indicam resultados diferentes ao encontrado por Ribas *et al.*<sup>5</sup>, onde a minoria (25%) dos dentistas realiza esse procedimento como rotina. Assim sendo, os estudos deixam clara a importância da incorporação deste hábito pelos profissionais de saúde, principalmente em APS, sempre que um paciente cardiopata for identificado.

Segundo Andrade<sup>10</sup>, os pacientes normotensos ou com a HAS compensada podem receber qualquer tratamento odontológico. Nos pacientes pré-hipertensos, a pressão arterial (PA) deve ser verificada por três sessões consecutivas e, uma vez observados níveis pressóricos elevados, o paciente deve ser encaminhado ao médico para consulta. O paciente hipertenso que já se encontra sob tratamento médico pode ser considerado como compensado quando sua pressão diastólica mantém-se até o nível de 100 mm Hg.<sup>11</sup>

Figura 1 - Algoritmo de identificação e manejo do indivíduo hipertenso na UBS



**Figura 2** - Algoritmo de orientação quanto à utilização de medicações anti-hipertensivas e anticoagulantes orais

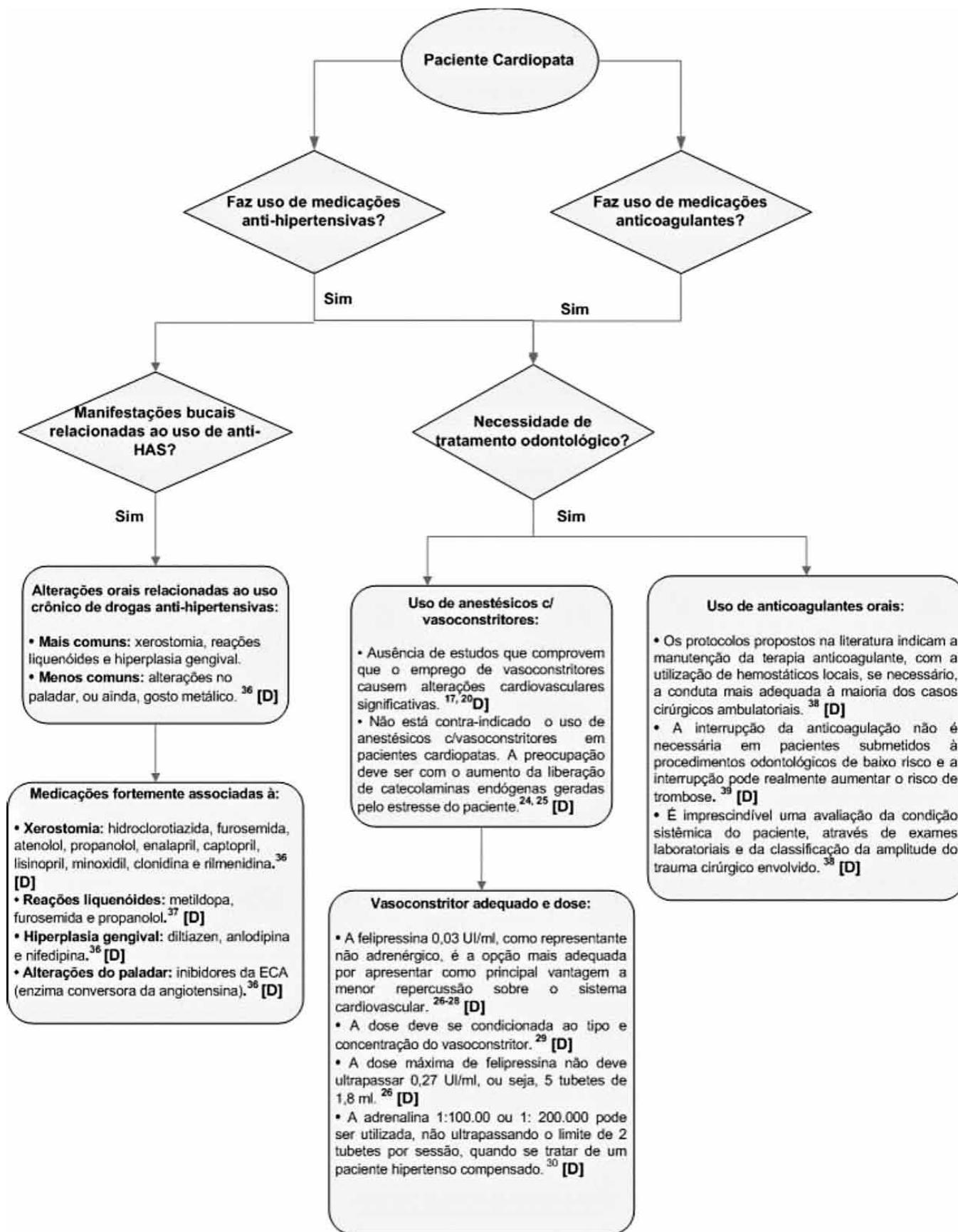
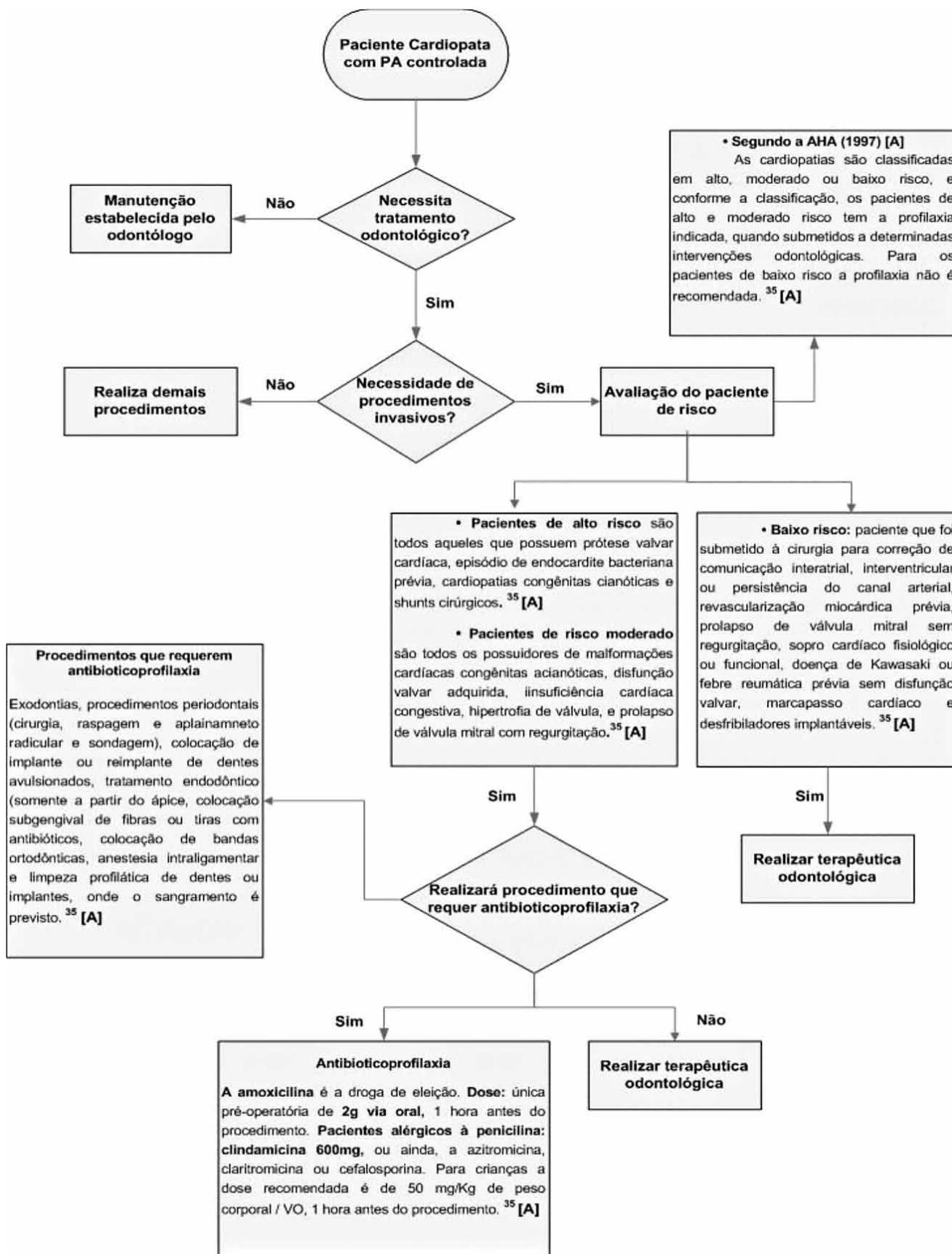


Figura 3 - Algoritmo de orientação quanto à utilização de profilaxia antibiótico



Da mesma forma, os pacientes hipertensos no estágio I, na primeira sessão, devem ter sua PA verificada novamente 5 minutos após a primeira aferição e, se os níveis permanecerem elevados, devem ser encaminhados ao médico para avaliação. Assim como no estágio I, os hipertensos no estágio II devem ter sua PA verificada 5 minutos após a primeira verificação e, no caso da PA manter-se elevada, a melhor conduta é o encaminhamento imediato para avaliação e cuidados médicos. Portanto, nenhum procedimento odontológico é recomendado.<sup>10</sup>

De acordo com Herman *et al.*<sup>12</sup>, não existe critério bem estabelecido que defina valores de PA seguros para a realização de um procedimento de urgência, porém os valores de PA até 180/110 mm Hg são adotados na prática clínica como valores limites para intervir em caso de urgência sem avaliação médica imediata. Nos casos de urgência, como pulpites ou abscessos, os pacientes com PA sistólica acima de 160 mm Hg e/ou diastólica acima de 100 mm Hg devem receber medicação ansiolítica.<sup>13</sup> De acordo com Andrade<sup>10</sup>, o midazolam pode ser utilizado em casos de urgência, na dose de 7,5 a 15 mg por quilo de peso corporal. Quando a PA estiver abaixo de 160/100 mm Hg, pode-se realizar a terapêutica odontológica indicada.<sup>10</sup>

O controle da ansiedade provocada pelo estresse psicossocial também deve ser levado em conta no tratamento de um paciente hipertenso, pois esta pode acarretar hiperatividade do sistema nervoso simpático, gerando elevação da pressão arterial.<sup>14</sup>

Outro fármaco que é frequentemente indicado após procedimentos odontológicos são os AINEs. Evidências sugerem que os AINEs podem aumentar a PA, pois estas substâncias bloqueiam a síntese de prostaglandinas, diminuindo a vasodilatação e a excreção de sódio pelo rim. Além disso, essa inibição da síntese de prostaglandinas pelos AINEs pode antagonizar os efeitos redutores da PA dos anti-hipertensivos. Herman *et al.*<sup>13</sup> relatam que os AINEs podem ser substituídos por analgésicos para evitar essa interação.

De acordo com Sá Lima *et al.*<sup>14</sup>, a grande dúvida do cirurgião-dentista está relacionada à administração de solução anestésica com vasoconstritor em pacientes com patologias cardiovasculares. Para pacientes hipertensos, 60,38% dos odontólogos entrevistados preferem utilizar anestésicos sem vasoconstritores.<sup>5</sup> Segundo Conrado<sup>15</sup>, quanto maior o risco clínico de um paciente, mais ênfase deve ser dada ao controle eficaz da dor e da ansiedade. Além disso, o paciente com possível comprometimento cardiovascular corre maior risco em virtude das catecolaminas liberadas endogenamente (situação de stress) do que em virtude da adrenalina exógena administrada de forma apropriada.

Autores como Mess *et al.*<sup>16</sup>, Silveira e Beltrão<sup>17</sup>, Silveira e Fernandes<sup>18</sup>, e Ribas *et al.*<sup>5</sup> defendem o uso de anestésicos com vasoconstritores, afirmando que as reações de toxicidade são raras. Gerlach *et al.*<sup>19</sup> e Brown e Lewis<sup>20</sup> também defendem o uso de anestésicos com vasoconstritor, afirmando que eles possuem muitas vantagens, quando usados em pacientes cardiopatas estabilizados ou compensados. Todavia, alguns autores acreditam que, em pacientes hipertensos com problemas valvulares e coronariopatias, não devem ser utilizados vasoconstritores. Porém, até o momento não há estudos que comprovem que o emprego de vasoconstritores tenha causado alterações cardiovasculares significativas.<sup>17</sup>

Quanto à escolha do vasoconstritor de eleição para pacientes cardiopatas, a literatura aponta que a felipressina (0,03 UI/ml) é a opção mais adequada para o tratamento de pacientes cardiopatas devido a menor repercussão sobre o sistema cardiovascular.<sup>21-25</sup> Segundo Malamed<sup>26</sup>, a dose máxima de felipressina recomendada para pacientes cardiopatas não deve ultrapassar 0,27 UI, o que equivale a cinco tubetes de 1,8 ml. A adrenalina, nas formulações de 1:100.000 ou 1:200.000, também pode ser utilizada em doses pequenas, não ultrapassando o limite de dois tubetes por sessão, quando se tratar de um paciente hipertenso compensado.<sup>24</sup>

Em relação às possíveis complicações decorrentes do atendimento odontológico, inclui-se a endocardite bacteriana. A endocardite infecciosa ou bacteriana é uma doença caracterizada pela contaminação da superfície do endotélio, principalmente nas valvas cardíacas, resultando em comprometimento na qualidade de vida, bem como alto percentual na taxa de mortalidade.<sup>26,27</sup> Estudos epidemiológicos em diferentes países têm mostrado que 4% a 20% dos casos de endocardite bacteriana estão relacionados a bactérias orais.<sup>25</sup> Apesar dessa alta taxa de correlação, a maioria desses casos não tem início nos procedimentos odontológicos, mas em bacteremias espontâneas.<sup>26</sup>

Segundo a American Heart Association<sup>21</sup>, as cardiopatias são classificadas em alto, moderado ou baixo risco para o desenvolvimento de endocardite bacteriana. Os pacientes de alto risco são todos aqueles que possuem prótese valvar cardíaca, episódio de endocardite bacteriana prévia, cardiopatias congênitas cianóticas e shunts cirúrgicos. Os de risco moderado são todos os possuidores de malformações cardíacas congênitas acianóticas, disfunção valvar adquirida, insuficiência cardíaca congestiva, hipertrofia de válvula e prolapso de válvula mitral com regurgitação.

Ainda de acordo com a American Heart Association<sup>21</sup>, os procedimentos que requerem profilaxia antibiótica são as



exodontias, procedimentos periodontais (cirurgia, raspagem e aplainamento radicular e sondagem), colocação de implante ou reimplante de dentes avulsionados, tratamento endodôntico (somente a partir do ápice), colocação subgingival de fibras ou tiras com antibióticos, colocação de bandas ortodônticas, anestesia intraligamentar e limpeza profilática de dentes ou implantes, onde o sangramento é previsto.

O regime profilático da endocardite, a classificação de risco dos pacientes e os procedimentos que requerem a profilaxia antibiótica já estão estabelecidos pela American Heart Association<sup>21</sup>. A amoxicilina é a droga de eleição, pelos poucos efeitos colaterais e boa efetividade contra microorganismos causadores da endocardite, sendo recomendada em dose única pré-operatória de 2g via oral (VO), 1 hora antes do procedimento. Para pacientes alérgicos à penicilina, a eritromicina não é mais indicada, em decorrência de seus efeitos colaterais gastrintestinais, podendo ser substituída pela clindamicina 600mg, ou ainda por outras opções como a azitromicina, claritromicina ou cefalosporina. Para crianças, a dose recomendada é de 50 mg/Kg de peso corporal / VO, 1 hora antes do procedimento.<sup>27</sup>

Quanto ao uso crônico de medicações anti-hipertensivas, o cirurgião-dentista deve estar atento aos efeitos colaterais destes fármacos. Segundo Bortolotto e Montano<sup>28</sup>, as manifestações bucais frequentemente associadas ao uso crônico de medicações anti-hipertensivas são a xerostomia, reações liquenoides e hiperplasia gengival. Como alterações orais menos comuns, encontram-se as alterações no paladar, ou ainda, sensação de gosto metálico na boca.

De acordo com os resultados obtidos no estudo de Loureiro *et al.*<sup>29</sup>, os medicamentos fortemente associados ao aparecimento de reações liquenoides são a metildopa, furosemida e o propranolol, bem como a hidroclorotiazida. A xerostomia está associada a diversas drogas anti-hipertensivas como hidroclorotiazida, furosemida, clonidina, rilmenidina, atenolol, propranolol, enalapril, captopril, lisinopril e minoxidil. Os medicamentos anti-hipertensivos mais associados à hiperplasia gengival são os chamados bloqueadores de canais de cálcio como o diltiazem, anlodipina e a nifedipina.<sup>28</sup> Os mesmos autores ainda trazem que a única classe medicamentosa associada às alterações de paladar são os inibidores da ECA (enzima conversora da angiotensina).<sup>29</sup>

Por outro lado, há uma grande diversidade de opiniões, tanto na área médica quanto na odontológica, em como realizar um tratamento odontológico seguro em pacientes anticoagulados. No estudo de Dantas *et al.*<sup>30</sup>, no qual foi realizada uma revisão sobre os protocolos de atendimento, constatou-se que a manutenção da terapia anticoagulante, com a utilização de hemostáticos locais se necessário, parece o método mais

adequado na maioria dos casos cirúrgicos ambulatoriais. Destacam, ainda, que é imprescindível uma avaliação completa da condição sistêmica do paciente, do acompanhamento do seu grau de anticoagulação através de exames laboratoriais e da classificação da amplitude do trauma cirúrgico envolvido no procedimento odontológico a ser realizado. Evidências sugerem que a interrupção da anticoagulação oral com warfarina não é necessária em doentes que serão submetidos a procedimentos odontológicos de baixo risco e a interrupção pode realmente aumentar o risco de trombose.<sup>31</sup>

## CONCLUSÕES

Embasados nos resultados obtidos no estudo e na literatura consultada, ressalta-se a necessidade de realização de educações permanentes e da utilização de protocolos de atendimento odontológico para pacientes cardiopatas com foco em APS, para que os odontólogos conduzam o tratamento do paciente cardiopata de forma diferenciada e segura. Além disso, mais estudos devem ser realizados para auxiliar no processo de tomada de decisão relacionado ao atendimento odontológico do cardiopata em APS.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. v.8, p.22. CD-ROM.
2. World Health Organization. The world health report 2007: a safer future: global public health security in the 21st century. Geneve: World Health Organization; 2007.
3. Andrade ED. Pacientes que requerem cuidados especiais. In: Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas; 2000. Cap.9, p.93-133.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Bucal . Caderno de Atenção Básica nº 17. Brasília-DF, 2006. [Citado em 2008 out 28]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad17.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf)
5. Ribas TRC, Armonia PL, Duarte LF, Santos Jr A. Avaliação crítica do comportamento dos cirurgiões-dentistas clínicos gerais em relação à escolha de anestésicos locais e vasoconstritores de emprego odontológico administrados em pacientes hipertensos. Rev Odontol Univ St Amaro. 1998 jul/dez; 3(2):65-70.
6. Amaral JS, Neves TLI, Ribeiro PM, Vasconcelos MCC. Conduta clínica de cirurgiões-dentistas frente ao cardiopata. Rev Odontol Univ São Paulo. 1994 out/dez; 8(4):287-92.

7. Projeto Diretrizes: texto introdutório. [Citado em 2008 out 28]. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br>
8. Peralta CC, Castro AL, Castro JCB, *et al.* Hipertensão arterial: um risco para o tratamento odontológico. *Rev Fac Odontol Lins.* 1995 jan/jun; 8(1):16-22
9. Elias C, Elias R. Atenção odontológica aos pacientes especiais. *Rev Gaúcha Odontol.* 1995; 43(2):67-70.
10. Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2006.
11. Davenport RE, Porcelli RJ, Iacono VJ, Bonura CF, Mallis GI, Baer PN. Effects of anesthetics containing epinephrine on catecholamine levels during periodontal surgery. *J Periodontol.* 1990 Sep; 61(9):553-8.
12. Herman WW, Konzelman Jr JL, Prisant LM. New national guidelines on hypertension. *JADA.* 2004; 135(5):576-84.
13. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Princípios e prática de medicina oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.37-44.
14. Sá-Lima JR, Raldi FV, Gomes RM. O uso de anestésicos locais com vasoconstritores em pacientes cardiopatas. *JBC J Bras Clin Odontol Int.* 2004 mar/abr; 8(44):171-8.
15. Conrado VCLS. Avaliação do risco cardiovascular para procedimentos odontológicos. In: Moraes TMN, Oliveira MCM, Serrano Jr CV, Moraes RGB, Lotufo RFM. *Cardiologia e odontologia: uma visão integrada.* São Paulo: Santos; 2007. p.283-93.
16. Mees ML, Portela IC, Carlini JL. Uso dos anestésicos locais em odontologia. *Rev Bras Odont.* 1997; 51(5): 273-6.
17. Silveira JOL, Beltrão GC. Exodontia. In: Silveira JOL. *Anestesia aplicada: exodontia em pacientes cardiopatas.* Porto Alegre: Médica Missau; 1998. p.124-30.
18. Silveira JOL, Fernandes MM. Uso de anestésicos com vasoconstritores em hipertensos. *Rev Gaúcha Odont.* 1995; 43(6):351-4.
19. Gerlach RF, Santos JET, Escobar CAB. The use of epinephrine containing anesthetic solutions in cardiac patients: a survey. *Rev Odont Univ São Paulo.* 1998; 12(4):349-53.
20. Brow RS, Lewis LA. More on the contraindications to vasoconstrictors in dentistry. *Oral Surg Med Oral Pathol.* 1993; 76(1):2-5.
21. American Heart Association. Prophylaxis recommendations for infective endocarditis. *Circulation.* 1997; 96:258-366
22. Oliveira AEM, Simon JL, Tortaman IP, Perez FEG, Ximenes PMO. Utilização de anestésicos locais associados a vasoconstritores adrenérgicos em pacientes hipertensos. *JBC J Bras Clin Odontol Integr.* 2003 nov/dez; 7(42):484-8.
23. Willemann A. Vasoconstritores. *BCI Rev Bras Cir Implantod.* 2002 abr/jun; 9(34):125-9.
24. Yagiela JA. Vasoconstrictor agents for local anesthesia. *Anesth Prog.* 1995; 43(3-4):116-20.
25. Rohr B, Gomes GH, Dei Ricardi RCP. Vasoconstritores em anestesia local odontológica. *Stomatos.* 2002 jul/dez; 8(15):41-6.
26. Malamed SF. Manual de anestesia local. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
27. Furtado MAH, Moraes RGB. Endocardite infecciosa: aspectos preventivos relacionados à abordagem clínica. In: Moraes TMN, Oliveira MCM, Serrano Junior CV, Moraes RGB, Lotufo RFM. *Cardiologia e odontologia: uma visão integrada.* São Paulo: Santos; 2007. Cap.3, p.36-41.
28. Bortolotto LA, Montano TC. Hipertensão arterial sistêmica: a importância do controle para a clínica e o atendimento ambulatorial. In: Moraes TMN, Oliveira MCM, Serrano Junior CV, Moraes RGB, Lotufo RFM. *Cardiologia e odontologia: uma visão integrada.* São Paulo: Santos; 2007. Cap.8, p.114-8.
29. Loureiro CCS, Adde CAA, Perez FEG, Penha SS. Efeitos adversos de medicamentos tópicos e sistêmicos na mucosa bucal. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004; 70(1):106-11.
30. Dantas AK, Deboni MCZ, Piratininga JL. Cirurgias odontológicas em usuários de anticoagulantes orais. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2009; 31(5):337-40.
31. Linnebur SA, Ellis SL, Astroth JD. Educational practices regarding anticoagulation and dental procedures in U.S. dental school. *J Dent Educ.* 2007 Feb; 71(2):296-303.

---

Submissão: fevereiro de 2010

Aprovação: outubro de 2010

---