THE OPEN BRAZILIAN DENTISTRY JOURNAL
ODONTOLOGIA UNIFIP

Centro Universitário de Patos – UNIFIP

Patos, Paraíba

The Open Brazilian Dentistry Journal

2021; 1(1): 01-12.

ISSN 2675-2557

http://dentistryjournal.unifip.edu.br/

PERFIL DOS PACIENTES HIPERTENSOS INDICADOS A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NA CAVIDADE BUCAL

PROFILE OF HYPERTENSIVE PATIENTS INDICATED TO SURGICAL PROCEDURES IN THE ORAL CAVITY

AUTORES:

Dalva Zélia Barros Freitas
Centro Universitário de Patos UNIFIP – Patos – Paraíba – Brasil
E-mail: dalvazeliapb@hotmail.com

Irley Gonzaga Machado Patriota
Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba – Brasil
E-mail: irleygonzaga@hotmail.com

Giovani Amado Rivera
Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba – Brasil
E-mail: giovani.amado@gmail.com

Flaviano Falcão de Araújo
Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba – Brasil
E-mail: flaflac@gmail.com

Téssia Richelly Nóbrega Borja de Melo
Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba – Brasil
E-mail: tessiaborja@yahoo.com.br

RESUMO: Objetivo: O presente estudo objetivou avaliar o perfil dos pacientes hipertensos indicados a procedimentos cirúrgicos na cavidade bucal. **Métodos:** Tratou-se de uma pesquisa observacional e transversal, com abordagem quantitativa, cuja amostra foi composta por 50 prontuários de pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial. A pesquisa foi realizada na Clínica Escola do Centro Universitário de Patos – UNIFIP/PB. A coleta de dados foi realizada por um único examinador. As informações foram distribuídas em formulário confeccionado especificamente para esse fim. Os dados foram computados através do software SPSS for Windows, v. 22, e analisados por estatística descritiva utilizando-se as frequências, médias e desvios-padrão. **Resultados:** A idade média dos pacientes foi de 48 anos. A maioria da amostra foi composta pelo sexo feminino (58%); por pacientes brancos (40%); pacientes não fumantes (52%), e ex-alcoólicos (36%). Quanto às enfermidades associadas à hipertensão, a diabetes foi a mais prevalente (18%), sendo também a mais frequente dentre àquelas ligadas aos antecedentes familiares (20%). O fármaco mais utilizado pelos pacientes foi a Losartana (34%); e o anestésico odontológico local, a Mepivacaína a 2% associada à Epinefrina 1.100.00 (56%). A maior parte dos pacientes foi atendida no turno da manhã (58%). **Conclusões:** Concluiu-se que mulheres brancas não fumantes e ex alcoólicas foram mais prevalentes dentre os pacientes hipertensos, sendo a diabetes a enfermidade mais associada à hipertensão arterial.

Palavras-chave: Hipertensão. Procedimentos Cirúrgicos Bucais. Clínicas Odontológicas.

***The Open Brazilian Dentristy Journal*. 2023; 4(1): 312-329.**

ABSTRACT: Objective: The present study aimed to evaluate the profile of hypertensive patients, indicated surgical procedures in the oral cavity. **Methods:** Treated an observational and cross-sectional research, with a quantitative approach, whose sample consisted of 50 medical records of patients diagnosed with arterial hypertension. A survey was conducted at the Clinical School of the University Center of Patos - UNIFIP / PB. Data collection was performed by a single examiner. The information was distributed on the form prepared for this purpose. The data were computed using the SPSS software for Windows, v. 22, and analyzed by descriptive statistics that use as frequencies, media and standard deviations. **Results:** The average age of the patients was 48 years. The majority of the sample was composed of women (58%); by white patients (40%); non-smoking patients (52%) and ex-alcoholics (36%). As for diseases associated with hypertension, diabetes was more prevalent (18%), being also the most frequent among the variations associated with family history (20%). The drug most used by patients was Losartana (34%); and the local dental anesthetic, a 2% Mepivacaine associated with Epinephrine 1,100.00 (56%). Most patients were seen in the morning shift (58%). **Conclusions:** It was concluded that white non-smoking women and ex-alcoholics were more prevalent among hypertensive patients, with diabetes being a disease more associated with arterial hypertension.

Keywords: Hypertension. Oral Surgical Procedures. Dental Clinics.

1.INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares são uma das maiores causas de mortes no mundo. Foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares[1].

Dentre as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui importante fator de risco para complicações cardíacas e cerebrovasculares[1], sendo considerada um problema de saúde pública em âmbito mundial. Em 2000, a prevalência da HAS na população mundial era de 25% e a estimativa para o ano de 2025 é de 29%[2]. Estudos realizados no Brasil revelaram que a prevalência da hipertensão variou entre 22,3 e 43,9%, com média de 32,5%[3,4].

No Brasil a prevalência de hipertensão e dos fatores de risco associados tem sido avaliada desde o fim da década de 70, com uma ampla variação entre os diferentes estudos. Essa disparidade provavelmente resulta da falta de padronização da metodologia e critérios de seleção dos

indivíduos analisados[5,6,7,8]. Outro possível fator é a grande heterogeneidade entre diferentes regiões do país, com áreas desenvolvidas e em desenvolvimento coexistindo. Além disso, os estudos disponíveis não analisaram completamente os vários fatores envolvidos na gênese da hipertensão, especialmente a associação entre a pressão arterial, excreção urinária de sódio e disfunção renal[9].

A hipertensão arterial sistêmica é uma enfermidade de origem multifatorial, silenciosa e de evolução lenta que pode resultar numa emergência médica devido às possíveis alterações psicossomáticas que podem vir a acontecer durante um atendimento odontológico, sendo uma das doenças sistêmicas mais comuns, que acomete os indivíduos[10].

Cerca de 20% da população adulta que frequenta clínicas odontológicas é de hipertensos. A aferição da pressão arterial deve estar dentro da classificação de HAS sustentada, ou seja, apenas uma aferição não autoriza a qualquer profissional o diagnóstico, pois a PA varia durante as 24 horas do dia, sendo geralmente mais baixa nos períodos de sono, com picos de ascensão no final da manhã e no meio da tarde[11].

Dessa forma, o Cirurgião-Dentista pode exercer um importante papel no diagnóstico precoce, bem como identificar aqueles pacientes que podem estar sujeitos a maiores riscos. As urgências podem ocorrer com qualquer indivíduo, durante e após qualquer procedimento e o dentista deve estar apto a resolvê-las[12,13].

A avaliação do estado geral do paciente e as medidas preventivas aumentam a segurança durante o atendimento dos pacientes hipertensos. A partir de um diagnóstico precoce, medidas preventivas simples, como mudança nos hábitos de vida e implantação de uma alimentação mais saudável, podem contribuir para o aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade, e evitaria ou retardaria o uso da terapêutica medicamentosa em muitos pacientes[14].

Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil dos pacientes hipertensos indicados a procedimentos cirúrgicos na Clínica Escola do Centro Universitário de Patos – UNIFIP/PB.

2. MÉTODOS

O presente estudo seguiu os preceitos da Bioética (Resoluções 466/12 e 512/16), e foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário de Patos, UNIFIP/PB, sob protocolo número: 2.003.747.

Tratou-se de um estudo observacional, transversal, retrospectivo e quantitativo, que foi realizado a partir da observação direta, por meio de 50 prontuários de pacientes entre 13 e 84 anos, atendidos na Clínica de Cirurgia Oral Menor do Centro Universitário de Patos – UNIFIP/PB. Foram incluídos apenas os prontuários preenchidos de forma correta e que continham as assinaturas dos pacientes e/ ou responsáveis.

A coleta de dados foi realizada por um único examinador, orientado e devidamente capacitado pelo pesquisador responsável, de acordo com os parâmetros que caracterizam as variáveis estudadas, sendo os dados tabulados em formulário específico para este fim (FIGURA 1).

Figura 1 Formulário para coleta de dados.

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Nº PROTOCOLO:_____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ **Idade**: _____

Sexo: F ( ) M ( )

Cor da Pele: Branca ( ) Parda ( ) Negro ( )

1.Faz o uso de medicação para hipertensão?

( ) Sim, qual: _____

( ) Não

2.Existe algum outro tipo de doenças associadas?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual:

( ) Diabetes

( ) Doenças Cardiovasculares

( ) Doenças Hepáticas

( ) Doenças Renais

( ) Doenças Respiratórias

( ) Doenças Cardiovasculares e Doenças Renais

( ) Doenças Cardiovasculares e Doenças Respiratórias

3.Apresenta desses hábitos deletérios?

( ) Tabagismo	( ) Presente	( ) Alcoolismo	( ) Presente
	( ) Passado		( ) Passado
	( ) Nunca		( ) Nunca

4.Enfermidades relacionadas aos antecedentes familiares:

( ) Diabetes
( ) Hipertensão
( ) Doenças Cardiovasculares
( ) Diabetes e Hipertensão
( ) Hipertensão e Doenças Cardiovasculares
( ) Diabetes e Doenças Cardiovasculares

5.Anestésico utilizado para procedimento: _____

6.Turno de atendimento: ( ) Manhã ( ) Noite

Fonte: Autoria Própria (PATOS-PB, 2018).

Foram estudadas as seguintes variáveis para caracterização da amostra: idade, sexo e cor da pele. Além disso, estudou-se: medicações utilizadas para tratar a hipertensão arterial; doenças associadas à hipertensão e aos antecedentes familiares (diabetes, doenças cardiovasculares, hepáticas e respiratórias); anestésicos utilizados para

intervenções cirúrgicas; hábitos deletérios de tabagismo e alcoolismo; e turno de atendimento.

Após a coleta de dados, realizou-se a análise estatística descritiva. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Os dados foram tabulados utilizando-se o software SPSS for Windows, v. 22, e analisados por estatística descritiva utilizando frequências, médias e desvios-padrão. Os resultados foram distribuídos em tabelas.

3. RESULTADOS

Nas tabelas que se seguem, estão descritos os resultados encontrados para a amostra estuda na presente pesquisa, de acordo com a frequência (F) e porcentagem (%).

A Tabela 1 descreve a distribuição da amostra de acordo com idade. A média foi de 48,08 anos, com desvio padrão de 17,09.

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com a idade.

Variável	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade	48,08	17,09	13	84

Fonte: Autoria Própria – Dados da Pesquisa [n=50] (PATOS-PB, 2018).

Na Tabela 2 estão dispostos os valores da amostra referentes aos sexos masculino e feminino. A maior frequência foi de mulheres, com 58%.

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com o sexo.

Variável		**F**	**%**
Sexo	Masculino	21	42,0
	Feminino	29	58,0

Fonte: Autoria Própria – Dados da Pesquisa [n=50] (PATOS-PB, 2018).

A Tabela 3 expressa a caracterização da amostra em relação à cor da pele. A maioria se declarou branca (40%), sendo a cor parda também bastante relatada (38%).

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com a cor da pele.

Variável		**F**	**%**
Cor da Pele	Branca	20	40,0
	Parda	19	38,0
	Negra	11	22,0

Fonte: Autoria Própria – Dados da Pesquisa [n=50] (PATOS-PB, 2018).

A Tabela 5 descreve a distribuição da amostra em relação aos medicamentos utilizados para tratamento da hipertensão arterial. Os mais prescritos foram o Losartana (34%) e o Atenolol (18%). As drogas menos empregadas foram: Somlagin Cardio, Hidroclorotiazida e Besilato de Anlodipino, todas com a porcentagem de 2%.

Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com os medicamentos utilizados.

MEDICAMENTOS	F	%
Losartana	17	34,0
Solmagin Cardio	1	2,0
Atenolol	9	18,0
Hidroclorotiazida	1	2,0
Captropil	7	14,0
Besilato de Anlodipino	1	2,0
Naprix	2	4,0
Propanolol	5	10,0
Furosemida	4	8,0
Enalopril	3	6,0

Fonte: Autoria Própria – Dados da Pesquisa [n=50] (PATOS-PB, 2018).

A Tabela 6, descreve a amostra quanto à distribuição das doenças assoadas à hipertensão arterial. A maior frequência ocorreu para a diabetes, correspondendo à 18% da amostra.

Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com as doenças associadas.

Variáveis	F	%
Diabetes	9	18,0
Doenças Cardiovasculares	5	10,0
Doenças Hepáticas	1	2,0
Doenças Renais	2	4,0
Doenças Respiratórias	5	10,0
Diabetes e Doenças Hepáticas	1	2,0
Doenças Cardiovasculares e Doenças Renais	1	2,0
Doenças Cardiovasculares e Doenças Respiratórias	1	2,0

Fonte: Autoria Própria – Dados da Pesquisa [n=50] (PATOS-PB, 2018).

A Tabela 7 descreve a amostra de acordo com a presença dos hábitos deletérios de tabagismo e alcoolismo. O alcoolismo foi o mais prevalente, com 34%. Entretanto, a maioria da amostra relatou ter abandonado esse hábito (36%) e 30% afirmou nunca o ter praticado. Em relação ao tabagismo, 26% relataram ter abandonado o hábito e 52%, nunca utilizaram o cigarro.

Tabela 7. Distribuição da amostra de acordo com os hábitos de tabagismo e alcoolismo.

Hábitos Deletérios		**F**	**%**
Tabagismo	**Presente**	11	22,0
	Passado	13	26,0
	Nunca	26	52,0
Alcoolismo	**Presente**	17	34,0
	Passado	18	36,0
	Nunca	15	30,0

Fonte: Autoria Própria – Dados da Pesquisa [n=50] (PATOS-PB, 2018).

A Tabela 8 expressa a distribuição da amostra de acordo com as enfermidades relacionadas aos antecedentes familiares. As maiores frequências foram para diabetes (20%) e hipertensão arterial (18%).

Tabela 8. Distribuição da amostra de acordo com as enfermidades relacionadas aos antecedentes familiares.

Antecedentes Familiares	**F**	**%**
Diabetes	10	20,0
Hipertensão	9	18,0
Doenças Cardiovasculares	5	10,0
Diabetes e Hipertensão	5	10,0
Hipertensão e Doenças Cardiovasculares	2	4,0
Diabetes e Doenças Cardiovasculares	4	8,0

Fonte: Autoria Própria – Dados da Pesquisa [n=50] (PATOS-PB, 2018).

Na Tabela 9 está descrita a distribuição da amostra de acordo com as substâncias anestésicas mais utilizadas durante os procedimentos odontológicos. A maior utilização foi da Mepivacaína à 2% com Epinefrina 1:100.000 (56%). A droga menos utilizada foi a Benzocaína (4%).

Tabela 9. Distribuição da amostra de acordo com os sais anestésicos utilizados.

Anestésicos	**F**	**%**
Articaína 4% com Epinefrina 1:100.000	4	8,0
Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000	13	26,0
Mepivacaína 2% com Epinefrina 1:100.000	28	56,0
Prilocaína 3% com Felipressina 0,03	4	6,0
Benzocaína 2%	2	4,0

Fonte: Autoria Própria – Dados da Pesquisa [n=50] (PATOS-PB, 2018).

A Tabela 10 expressa a distribuição da amostra de acordo como o turno de atendimento odontológico. A maioria dos pacientes recebeu atendimento no turno da manhã (58%).

Tabela 10. Distribuição da amostra de acordo com o turno de atendimento.

Variável		**F**	**%**
Turno	**Manhã**	29	58,0
	Noite	21	42,0

Fonte: Autoria Própria – Dados da Pesquisa [n=50] (PATOS-PB, 2018).

4. DISCUSSÃO

No Brasil há cerca de 17 milhões de portadores de HAS, sendo que 35% correspondem à população acima dos quarenta anos. Dessa forma,

estratégias de saúde têm sido desenvolvidas, voltadas à prevenção, ao diagnóstico e tratamento[15]. Esses pacientes merecem um olhar especial dos Cirurgiões-Dentistas que diariamente irão se deparar com indivíduos hipertensos, sendo imprescindíveis todos os conhecimentos necessários para tratá-los da forma mais prudente e científica possível.

A maior parte da amostra estudada foi do sexo feminino, semelhante à alguns trabalhos relatados na literatura[16,17,18,19,20], onde a população feminina foi a mais frequente. Esses estudos enfatizam que há superioridade no índice de mulheres hipertensas devido a maior percepção das doenças e ao fato de apresentarem maior tendência para o autocuidado, buscando os serviços de saúde com maior frequência, em comparação aos homens[21].

Outro estudo relativo às Diretrizes da Hipertensão Arterial revelou que, mesmo a prevalência global da HAS sendo discretamente maior entre os homens, o sexo não pode ser considerado como fator de risco para esta doença[22]. Alguns autores[23], relataram haver maior prevalência de hipertensão arterial entre os homens, dados discordantes da presente pesquisa.

De acordo com a cor da pele, no presente trabalho, pessoas que se declaram brancas foram mais predominantes. Esses dados discordam de estudos presentes na literatura[24] que relatam que o impacto da hipertensão não é uniforme entre as várias etnias, sendo mais prevalente e grave para pessoas negras. Existem evidências acerca da maior suscetibilidade para HAS em negros que em brancos[25].

Dados obtidos na presente pesquisa apontaram que a Losartana foi o fármaco mais utilizado pelos pacientes hipertensos, seguido pelo Atenolol e Captropil. Esses dados corroboram com Lemes e colaboradores[20], que relataram a Losartana como a droga mais vendida para o tratamento farmacológico da hipertensão, seguido pelo Captopril. Entretanto outros

autores[26,27] afirmaram que os anti-hipertensivos mais utilizados eram a Hidroclorotiazida, a Losartana e o Captopril[28].

Com relação às doenças sistêmicas associadas à HAS, a diabetes foi a de maior frequência. Autores apontam[29] que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas. Outros estudos[30] identificaram que, dentre os indivíduos com diabetes, 50% eram também hipertensos. Segundo Olavo e colaboradores[31] a diabetes é uma das principais doenças associadas a HAS, tendo como elo causal a obesidade. Os pacientes com diabetes apresentaram prevalência de 66,9% de HAS, mostrando que o fato de ser diabético (tipo 1 ou 2) está intimamente correlacionado com a pressão arterial[5]. Outro estudo[30] mostrou que os indivíduos com diabetes têm chance aumentada em quase três vezes para o desenvolvimento de HAS do que os não diabéticos.

No presente trabalho observou-se que os pacientes não fumantes foram os mais frequentes, corroborando com os relatos de Weissheimer[32] e discordando de outros autores[30,33,34], que relataram que os ex-fumantes apresentavam maior prevalência de hipertensão. Quanto à utilização do fumo, estudos indicam que o hábito de tabagismo atual ou anterior aumenta em 36% a chance de hipertensão arterial[35].

No que diz respeito ao consumo de álcool, a maioria da amostra afirmou ter praticado esse hábito no passado. Esse dado difere de alguns estudos[36,37] onde a maioria dos indivíduos referiram consumo atual de álcool ou consumo passado dessa droga. O álcool é identificado como um fator de risco que contribui para o agravamento da hipertensão arterial, visto que o aumento das taxas dessa substância no sangue eleva a pressão lenta e progressivamente. A redução desse consumo é uma das principais medidas orientadas no tratamento não medicamentoso da hipertensão[22,23].

Na maior parte dos estudos[14,15] que discorrem sobre hipertensão arterial e a odontologia, a utilização dos anestésicos locais é o foco principal[23]. O uso de vasoconstritores nas soluções anestésicas provoca um

retardo da absorção do anestésico no local injetado[38]. Por outro lado, o emprego de anestésicos locais com vasoconstritores em pacientes portadores de hipertensão induz ao aumento da pressão arterial, por isso, há restrição médica quanto a seu uso[39]. Todavia, a ausência do vasoconstritor reduz a duração de ação do sal anestésico e aumenta a possibilidade da dor[33].

Em pacientes hipertensos compensados não há contraindicação ao uso de anestésico com vasoconstritores adrenérgicos, recaindo a preferência sobre a Epinefrina (concentração de 1:100.000) associada à Prilocaína. Ressalta-se que a quantidade administrada por sessão se limita de um a três tubetes (1,8 a 5,4 mL)[39]. No presente trabalho revelou-se que os alunos têm utilizado anestésicos adequados na prática clínica com pacientes hipertensos. Os sais anestésicos mais utilizados durante os procedimentos cirúrgicos foram Mepivacaina 2% associada à Epinefrina 1:100.000 56%, seguida de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 26%.

Não foram encontrados relatos na literatura sobre as enfermidades relacionadas aos antecedentes familiares de participantes de estudos semelhantes a presente pesquisa, ressaltando a importância desse estudo. De acordo com nossa pesquisa 20% dos hipertensos apresentaram antecedentes familiares diabéticos e 18%, hipertensos.

Com relação ao período do dia a ser aproveitado para o tratamento de pacientes cardiopatas e hipertensos, preferencialmente, as consultas devem ser marcadas pelo período da manhã, pois nesse horário a pressão arterial é mais baixa, podendo-se optar também por marcar o paciente no horário em que ele estiver menos estressado, sabendo que, o estresse aumenta de 20 a 40 vezes a presença da adrenalina e, consequentemente, pode provocar um pico hipertensivo[38]. Os dados encontrados na presente pesquisa corroboram com os achados na literatura sobre a preferência do turno de atendimento, sendo o período da manhã o mais frequente.

As limitações encontradas neste trabalho foram a ausência de estudos com o mesmo perfil para a confrontação dos dados, como também o preenchimento incompleto das informações nos prontuários, como: aferição da pressão arterial, histórico familiar, turno de atendimento, anestésico utilizado, dentre outros. Dessa forma, a análise dos resultados foi feita comparando-se com o que é proposto pela literatura. Diferenças metodológicas podem tornar as comparações enviesadas e/ou não fidedígnas como, por exemplo, diversas formas e diversos pontos de corte para definir a hipertensão, variações na população-alvo, variações raciais, culturais e socioeconômicas das populações.

Por fim, a partir dos resultados obtidos, o índice de pessoas hipertensas submetidas a procedimentos cirúrgicos odontológicos na Clínica Escola do Centro Universitário de Patos – UNIFIP/PB, é elevado, o que não difere do que tem sido encontrado em outras pesquisas[22,23,38]. Além disso, tais achados reforçam a necessidade de novos estudos com relação aos pacientes hipertensos pois é uma realidade no dia-a-dia clínico dos graduandos e Cirurgiões-Dentistas.

5. CONCLUSÕES

Concluiu-se que mulheres brancas não fumantes e ex alcoólicas foram mais frequentes dentre os pacientes hipertensos, sendo a diabetes a enfermidade mais associada à hipertensão arterial. Além disso, ressalta-se a importância de uma anamnese criteriosa para detectar previamente a presença de alterações sistêmicas e assim definir o melhor tratamento para o paciente, sendo indispensável a integração dos cuidados médicos e odontológicos no atendimento, assim, complicações poderão ser evitadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Mendis S, Puska P, Norrving B editors. Geneva: World Health Organization; 2011.

2. Talaei M, Sadeghi M, Mohammadifard N, Shokouh P, Oveisgharan S, Sarrafzadegan N. Incident hypertension and its predictors: the Isfahan Cohort Study. J Hyertension. 2014;32(1):30-8.

3. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Cardiol. 2008;91(1):31-5.

4. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6):672-8.

5. Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Gonçalves RM, Lima SA, Bestetti RB. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na População Urbana de Catanduva, SP. Arq Bras Cardiol, volume 77 (nº 1), 9-15,2001.

6. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalence, awareness, and control of systemic arterial hypertension in the state of Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol. 2004; 83: 429-33.

7. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Filho PRS, Ovando LA. A study on systemic arterial hypertension in Campo Grande, MS, Brazil. Arq Bras Cardiol. 2007; 88: 441-6.

8. Castro RAA, Moncau JEC, Marcopito LF. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na Cidade de Formiga, MG. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.88, n.3, p.334-9, 2007.

9. Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LAS, Godoy MRP, Cação JC, Loureiro AAC, Cesarino CB, Carvalho AC, Cordeiro JA, Burdmann EA.Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP (FAMERP), São Paulo, SP - Brasil, 2009.

10. 34. Gillespie CD, Hurvitz KA, and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of hypertension and controlled hypertension - United States, 2007-2010. MMWR Surveill Summ. 2013

November; 62 (Suppl 3): 144-8. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6203a24.htm. PMid:24264505

11. Lipp MM. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: Um guia de tratamento para o hipertenso. 2. ed. São Paulo: ABDR, 1999.

12. Fernández-Feijoo J, Núñez-Orjales JL, Limeres-Posse J, Pérez-Serrano E, Tomás-Carmona I. Screening for hypertension in a primary care dental clinic. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 May; 15(3): e467-72. http://dx.doi.org/10.4317/medoral.15.e467. PMid:20038907

13. Hogan J, Radhakrishnanhnan J. The assessment and importance of hypertension in the dental setting. Dent Clin North Am. 2012 October; 56(4): 731-45. http:// dx.doi.org/10.1016/j.cden.2012.07.003. PMid:23017548

14. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010, 1-51. [Citado em 2011 set 2011. Disponível: http://publicacoes. cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

15. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica- Hipertensão Arterial. n. 15. 2006. 58 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: 1 maio 2010.)

16. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1):59-65.

17. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, Alfenas RCG. Perfil sociossanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeiras, MG. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1251-60.

18. Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade de saúde da família. Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 72-78, abr./jun.2010.

19. Nascimento EM, Santos MF, Martins VM, Cavalcanti AL, Menezes VA, Granville-Garcia AF. Abordagem odontológica de pacientes com hipertensão

– um estudo de intervenção. RFO, Passo Fundo, v.16, n.1, p.30-35, jan/abri, 2011.

20. Lemes EO, Pinto IB, Silva JR, Vargem DS. Avaliação do Perfil e Forma de Tratamento da Hipertensão Arterial em Pacientes de uma Cidade do Estado de Goiás. Ensaios Cienc, Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v. 19, n. 1, p. 16-20, 2015.

21. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):62-70.

22. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. 5ª. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.

23. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

24. 1. Cooper TM, Lange KW. Office management of urgent care patients. In: Falace DA. Emergency dental care – Diagnosis and management of urgent dental problems. Baltimore: Willians & Wilkins; 1995. p. 360-72.

25. Lopes AA. Revisão/Atualização em Hipertensão Arterial: Influência de fatores étnicos e raciais na hipertensão arterial. J Bras Nefrol. 1999;21(2):82-4.

26. Rollason V, Vogt N. Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. Drugs Aging. 2003. 20(11):817-832.

27. Linarelli MCB, Massarotto AC, Andrade AMGMC, Joaquim AP, Meyer LGC, Guimarães L, Santiago MC, Felippe MB, Lage R. Linarelli MCB. Análise do uso racional de medicamentos anti-hipertensivos utilizados em hospital-escola. Rev. Ciênc. Méd. 2009; 18(4):193-200.

28. Salim MAA, Cançado RP, Carvalho BM, Zampirolli FA, Cabral AM, Moreira TG. Identificação da hipertensão arterial sistêmica e fatores de risco em pacientes atendidos nas clínicas de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Faesa (ES). Rev. bras. Odontol., Rio de Janeiro, v.68, n.1, p. 39-43, jan/jun. 2011. Simões.

29. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalênciado diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol Serv Saúde. 2012;21(1):7-19.

30. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MAB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem jul.-ago. 2014;22(4):547-53.

31. Oliveira A, Simone J, Ribeiro R. Pacientes hipertensos e a anestesia na Odontologia: devemos usar anestésicos locais associados ou não com vasoconstritores? HU Revista, Juiz de Fora, v.36, n.1, p. 6975, jan./mar.2010.

32. Weissheimer FL. Incidência de Hipertensão Arterial em uma Capital Brasileira: Estudo de Base Populacional. 2011. 119 f. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal De Mato Grosso, Cuiabá-MT, 2001.

33. Costa ANF, Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Queiroz LMG, Barboza CAG. Conduta Odontológica em Pacientes Hipertensos. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.17, n.3, p. 287-292, 2013.

34. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Barroso WKS, Moreira HG, Vitorino PVO, Scala LN. Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do brasil. Rev Assoc Med Bras 2009; 55(6): 55(6): 716-22.

35. Oliveira SMJV, Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Pierin AMG. Hipertensão arterial referida em mu¬lheres idosas: prevalência e fatores associados. Texto & Contexto Enferm. 2008; 17(2):241-9.

36. Carvalho, I. M. M. Avaliação sócio-odontológica de 300 pessoas de Bauru - SP. 2000. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 2000.

37. Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, Doll J. Tratado de geriatria e gerontologia. 2nd ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.

38. Taveira LF, Pierin AMG. Can the socioeconomic level influence the characteristics of a group of hypertensive patients? Rev Latino-am Enferm. 2007; 15(5):929-35.