Saúde Bucal e Hipertensão Arterial Sistêmica: recomendações para o trabalho da Atenção Básica

6

6.1 Introdução

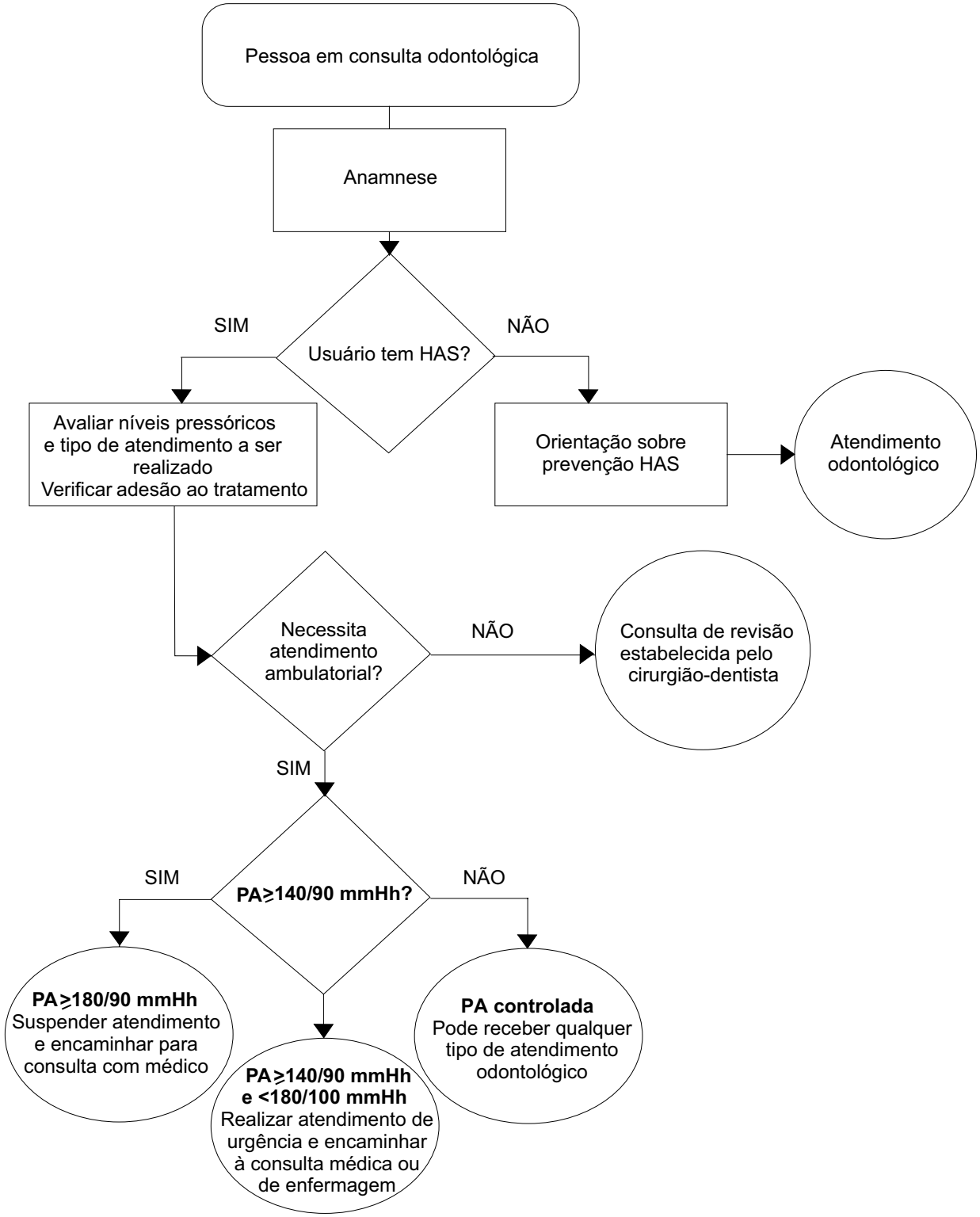
Neste capítulo será abordado o cuidado em saúde bucal de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), enquanto papel de toda equipe de Atenção Básica. Também serão apresentadas as recomendações específicas para o atendimento clínico do cirugião-dentista a esses pacientes que necessitam de condutas específicas quanto ao manejo odontológico. Isto implica um cuidado especial com vistas a um atendimento de qualidade e que contemple as necessidades em saúde dessas pessoas.

6.2 O papel da equipe de Atenção Básica na saúde bucal

Todos os profissionais devem orientar os portadores de HAS para que consultem com o cirurgião-dentista, sendo que o encaminhamento dessas pessoas deve ser organizado de acordo com o fluxo de atendimento de cada UBS.

A abordagem da pessoa com HAS na consulta odontológica na Atenção Básica será apresentada em duas sugestões de fluxogramas. O primeiro aborda a consulta de qualquer pessoa e a importância de identificar os casos suspeitos de HAS (Figura 6) e o segundo aborda o manejo clínico da pessoa com HAS (Figura 7).

Figura 6 – Fluxograma de orientação para a consulta odontológica



Fonte: DAB/SAS/MS.

6.3 Orientação para a consulta odontológica

Se forem constatados problemas cardiovasculares, recomenda-se que a avaliação da pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória sejam feitas antes do início de toda sessão de atendimento (ANDRADE, 2000). A alta prevalência da HAS indica a adoção de uma rotina de verificação da pressão arterial antes de iniciar qualquer tratamento. A identificação da PA elevada, previamente ao procedimento, pode desencadear cuidados específicos que evitarão reações adversas no trans e pós-operatório (DAVENPORT et al., 1990). Por isso, é importante que o profissional sempre pergunte ao paciente sobre a existência de diagnóstico prévio de HAS.

Os usuários com níveis de PA classificados como normotensos e limítrofes devem receber orientações básicas sobre os fatores de risco para DCV, tais como obesidade, sedentarismo, excesso de consumo de sódio e de bebidas alcoólicas, e em especial o tabagismo, incentivando-o a cessação do uso. É importante também estimular a alimentação saudável e a prática de atividade física. Esses temas podem ser consultados nos capítulos 4 e 5 deste *Caderno*.

6.3.1 Atendimento odontológico

Para o usuário normotenso e/ou PA limítrofe, deve-se realizar o atendimento odontológico convencional. Pessoas com PA limítrofe deverão fazer avaliação para identificar a presença de fatores de risco para doença cardiovascular, conforme Capítulo 2 deste *Caderno*.

É necessário verificar se o usuário apresenta necessidade de procedimentos odontológicos clínico-ambulatoriais. O cirurgião-dentista poderá realizar o exame completo do usuário e a instrução de higiene bucal, quando necessário, e marcar o retorno para manutenção conforme rotina da UBS.

Os usuários hipertensos que necessitam de atendimento clínico-ambulatorial deverão ter sua PA avaliada previamente, identificando, de acordo com os níveis tensionais, o tipo de atendimento a ser realizado e os encaminhamentos necessários.

Os usuários com níveis tensionais abaixo de 140/90mmHg, podem receber qualquer tratamento odontológico.

Os pacientes hipertensos no estágio I e II, na primeira sessão, devem ter sua PA verificada novamente cinco minutos após a primeira aferição.

No estágio I, se a PA continuar elevada, o paciente deve ser orientado a agendar consulta médica para avaliação conforme rotina da Unidade Básica de Saúde, sendo agendada nova consulta odontológica após o controle da PA.

No estágio II, se a PA permanecer elevada, deve-se verificar se há presença de dor de cabeça, dor no peito, falta de ar ou falta de força. Na presença de um desses sintomas, a melhor conduta é o

encaminhamento imediato para avaliação médica e evitar qualquer procedimento odontológico. Na ausência de algum desses sintomas, o paciente deve ser encaminhado para avaliação médica ou com o enfermeiro [**Grau de Recomendação D**] (BRASIL, 2006).

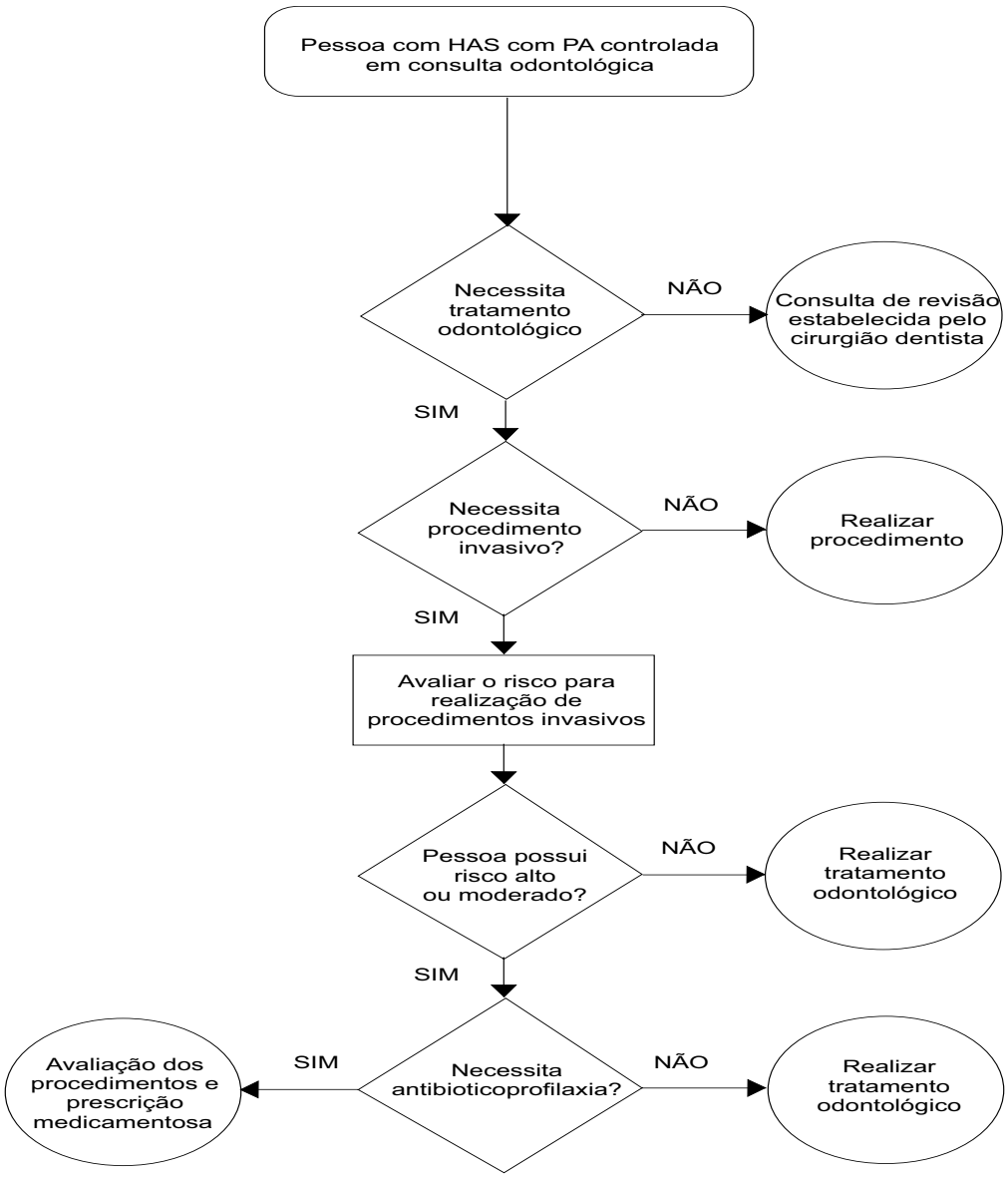
Não está claramente estabelecido na literatura qual é o valor de PA seguro para a realização de um procedimento de urgência, porém, na prática clínica, adotam-se os valores de PA até 180/110mmHg como valores limites para intervir em caso de urgência odontológica sem avaliação médica imediata [**Grau de Recomendação D**] (HERMAN et al., 2004). Recomenda-se que nos casos de urgência (pulpites, abscessos, entre outros) em pacientes com PA sistólica acima de 160mmHg e/ou diastólica acima de 100mmHg, discutir o caso com o médico da equipe antes de realizar o procedimento e avaliar de forma conjunta a medicação a ser indicada para a redução da PA. Se a redução da PA para níveis abaixo de 160/100mmHg for alcançada, pode-se realizar a terapêutica odontológica [**Grau de Recomendação D**] (BRASIL, 2006).

Nas situações em que a PA do usuário encontra-se com valores 180/100mmHg, deve-se suspender o atendimento e encaminhar o usuário para consulta com médico ou enfermeira da UBS.

6.4 Orientação para o manejo clínico de pessoas com HAS e PA controlada em consulta odontológica

Usuários com HAS que procuram a UBS para atendimento odontológico precisam ter sua história clínica coletada previamente ao atendimento, obtendo-se informações sobre as condições de saúde. Nessa avaliação inicial, deve-se verificar quais são as necessidades destes usuários em relação a sua saúde bucal. Na consulta de revisão, o cirurgião-dentista deverá realizar o exame completo da boca, instrução de higiene bucal, quando necessário, e marcar retorno para manutenção conforme rotina da UBS.

Figura 7 – Fluxograma de orientação para o manejo clínico da pessoa com HAS e PA controlada em consulta odontológica



Fonte: DAB/SAS/MS.

Os procedimentos em que o sangramento é previsto são considerados como invasivos, entre eles: 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 subgengival de fibras ou tiras com antibióticos, colocação de bandas ortodônticas, anestesia intraligamentar e limpeza profilática de dentes ou implantes. Esses casos necessitam de avaliação de risco antes da execução do procedimento [**Grau de Recomendação A**] (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1997).

Os procedimentos odontológicos invasivos normalmente requerem o uso de anestésicos e medicamentos que merecem considerações especiais para as pessoas com HAS. Os fármacos mais utilizados após procedimentos odontológicos são os anti-inflamatórios não esteroides ou Aines. A literatura refere que os Aines podem aumentar a PA, pois essas 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 [**Grau de Recomendação D**] (GERLACH et al., 1998). Estudos relatam que os Aines podem ser substituídos por analgésicos para evitar essa interação, entretanto, na prática, o uso de Aines produz um efeito clínico significativamente superior. Desse modo, seria ideal prescrever o medicamento por cerca de três dias e orientar a pessoa a diminuir a ingestão de sal durante o uso de Aines [**Grau de Recomendação D**], bem como controlar os níveis de PA durante o tratamento (PERALTA et al., 1995).

Quanto ao uso de substâncias anestésicas durante os procedimentos ambulatoriais, a dúvida do cirurgião-dentista é se deve ou não administrar anestésico com vasoconstritor em pessoas com patologias cardiovasculares (SÁ-LIMA et al., 2004). As pessoas com possível comprometimento cardiovascular correm maior risco clínico em virtude das catecolaminas liberadas endogenamente (situação de estresse) do que em virtude da adrenalina exógena administrada de forma apropriada.

Portanto, quanto maior o risco clínico de uma pessoa, mais importante se torna o controle eficaz da dor e da ansiedade, gerando menos estresse (GERLACH et al., 1998; SÁ-LIMA et al., 2004**).**

Existem autores que discordam dessa conduta, acreditando que em hipertensos, com problemas valvulares e coronariopatias, não se deve utilizar vasoconstritores. Porém, até o momento, não há estudos comprovando que o emprego de vasoconstritores causem alterações cardiovasculares significativas [**Grau de Recomendação D**] (SONIS et al., 1995; ROHR et al., 2002).

Há estudos que não contraindicam o uso de anestésicos com vasoconstritores em pessoas cardiopatas e recomendam aos profissionais concentrarem sua atenção e preocupação com o aumento na liberação de catecolaminas endógenas produzidas pelo estresse da pessoa [**Grau de Recomendação D**] (SILVEIRA; FERNANDES, 1995; SILVEIRA; BELTRÃO, 1998).

Quanto à escolha do vasoconstritor para pessoas cardiopatas, a literatura aponta que a felipressina 0,03UI/ml como representante não adrenérgico é a opção mais adequada por apresentar como principal vantagem a menor repercussão sobre o sistema cardiovascular [**Grau de Recomendação D**] (BROW; LEWIS, 1993; RIBAS et al., 1998).

Quanto à dosagem, a literatura não apresenta consenso sobre o uso de anestésicos com vasoconstritores; a dose está condicionada ao tipo e concentração do vasoconstritor [**Grau de Recomendação D]** (MEES et al., 1997). A dose máxima de felipressina recomendada para pessoas cardiopatas não deve ultrapassar 0,27UI, o que equivale a cinco tubetes de 1,8ml **[Grau de Recomendação D] (**MEES et al., 1997). A adrenalina 1:100.000 ou 1:200.000 também pode ser utilizada, em doses pequenas; o ideal é não ultrapassar o limite de dois tubetes por sessão, quando se tratar de uma pessoa hipertensa controlada [**Grau de Recomendação D**] (OLIVEIRA et al., 2003).

Os procedimentos não invasivos podem ser realizados, entre eles estão o exame bucal completo, aplicação tópica de flúor, restaurações dentária diretas, entre outros.

6.4.1 Avaliar risco para realização de procedimentos invasivos

As cardiopatias são classificadas em alto, moderado ou baixo risco clínico em relação aos procedimentos odontológicos. São consideradas pessoas com alto risco clínico para procedimentos invasivos as que possuem prótese valvar cardíaca, tiveram episódio de endocardite bacteriana prévia e apresentam cardiopatias congênitas cianóticas e **shunts** cirúrgicos. As pessoas de risco moderado são aquelas com presença de malformações cardíacas congênitas acianóticas, disfunção valvar adquirida, insuficiência cardíaca congestiva, hipertrofia de válvula [**Grau de Recomendação D**] (PERALTA et al., 1995). As pessoas que não se encontram em nenhum dos dois grupos citados são de baixo risco.

As pessoas de alto e moderado risco clínico para procedimentos invasivos têm a indicação de antibioticoterapia para endocardite bacteriana, quando submetidos a determinadas intervenções odontológicas.

As pessoas de baixo risco clínico para procedimentos invasivos seguem o atendimento de rotina da unidade de Saúde.

As pessoas que possuem alto e moderado risco clínico para os procedimentos invasivos, mas não necessitam, após avaliação criteriosa, utilizar antibioticoterapia, seguem também o atendimento de rotina da unidade de Saúde.

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, conferindo em comprometimento na qualidade de vida, bem como alto percentual na taxa de mortalidade (ANDRADE, 2006). Sua ocorrência pode desenvolver-se a partir de bacteremias decorrentes de procedimentos odontológicos ou simples hábitos como escovação e uso de fio dental, pois a cavidade bucal abriga um grande número de micro-organismos que podem entrar na corrente sanguínea [**Grau de Recomendação D**] (CONRADO et al., 2007). Estudos epidemiológicos em diferentes países têm mostrado que 4% a 20% dos casos de endocardite são de origem bucal [**Grau de Recomendação D**] (CONRADO et al., 2007). Apesar dessa alta taxa de correlação, a maioria desses casos não tem início nos procedimentos odontológicos, mas nas bacteremias espontâneas, como decorrentes de escovação dental e da mastigação. O regime profilático da endocardite, a classificação de risco das pessoas e os procedimentos que requerem a profilaxia antibiótica já estão bem estabelecidos.

Para as pessoas que possuem alto e moderado risco clínico para os procedimentos invasivos, o antibiótico amoxicilina é a droga de eleição, pelos poucos efeitos colaterais e boa efetividade contra micro-organismos causadores da endocardite de origem oral. Recomenda-se dose única pré-operatória de 2 g via oral (VO), uma hora antes do procedimento. Para pessoas alérgicas à penicilina, a eritromicina não é indicada, em decorrência de seus efeitos colaterais gastrintestinais. Pode ser substituída pela clindamicina 600 mg, 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, uma hora antes do procedimento [**Grau de Recomendação A**] (PERALTA et al., 1995).

Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Prophylaxis recommendations for infective endocarditis. **Circulation**, Baltimore, v. 96, n. 1, p. 258-366, jul. 1997.

ANDRADE, E. D. Pacientes que requerem cuidados especiais. In: _____. **Terapêutica medicamentosa em odontologia.** São Paulo: Artes Médicas, 2000. Cap.9, p. 93-133.

_____. **Terapêutica medicamentosa em odontologia.** 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 17)

BROW R. S.; LEWIS, L. A. More on the contraindications to vasoconstrictors in dentistry. **Oral Surg. Med. Oral. Pathol.**, [S.l.], v. 76, n. 1, p. 2-5, jul. 1993.

CONRADO, V. C. L. S. et al. Avaliação do risco cardiovascular para procedimentos odontológicos. In: _____. **Cardiologia e odontologia**: uma visão integrada. São Paulo: Editora Santos, 2007. p. 283-293.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção primária e promoção da saúde.** Brasília, 2007. 232 p. CD-ROM. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 8).

COUNCIL ON CLINICAL CARDIOLOGY; COUNCIL ON CARDIOVASCULAR SURGERY AND ANESTHESIA; THE QUALITY OF CARE AND OUTCOMES RESEARCH INTERDISCIPLINARY WORKING GROUP. Prevention of infective endocarditis. **Journal of the American Dental Association,** Chicago, v. 139, n. 3, p. 253, mar. 2008.

DAVENPORT, R. E. et al. Effects of anesthetics containing epinephrine on catecholamine levels during periodontal surgery. **J. Periodont**., [S.l.], v. 6, n. 9, p. 553-558, set. 1990.

GERLACH, R. F. et al. The use of epinephrine containing anesthetic solutions in cardiacs patients: a survey. **Rev. Odont. Univ.,** São Paulo, v. 12, n. 4, p. 349-353, out./dez. 1998.

HERMAN, W. W. et al. New national guidelines on hypertension. **JADA**, [S.l.], v. 135, p. 576-584, 2004.

MEES, M. L. et al. Uso dos anestésicos locais em odontologia. **Rev. Bras. Odont.,** [S.l.], v. 51, n. 5, p. 273-276, 1997.

OLIVEIRA, A. E. M. et al. Utilização de anestésicos locais associados a vasoconstritores adrenérgicos em pacientes hipertensos. **J. Bras. Clin. Odontol. Integr.,** [S.l.], v. 7, n. 42, p. 484-488, nov./dez. 2003.

PERALTA, C. C. et al. Hipertensão arterial: um risco para o tratamento odontológico. **Rev. Fac. Odontol.**, Lins, v. 8, n. 1, p. 16-22, jan./jun. 1995.

RIBAS, T. R. C. et al. 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. **Revista odontologica da Universidade de Santo Amaro**, Santo Amaro, v. 3, n. 2, p. 65-70, jul./dez. 1998.

ROHR, B. et al. Vasoconstritores em anestesia local odontológica. **Stomatos**: revista do Curso de Odontologia da ULBRA, Canoas, v. 8, n. 15, p. 41-46, jul./dez. 2002.

SÁ-LIMA, J. R. et al. O uso de anestésicos locais com vasoconstritores em pacientes cardiopatas. **J Bras Clin Odontol Int**, [S.l.], v. 8, n. 44, p. 171-174, 2004.

SILVEIRA, J. O. L.; FERNANDES, M. M. Uso de anestésicos com vasoconstritores em hipertensos. **Rev. Gaúcha Odont.**, [S.l.], v. 43, n. 6, p. 351-354, 1995.

SILVEIRA, J. O. L.; BELTRÃO, G. C. Exodontia. In:_____. **Anestesia aplicada**. Rio Grande do Sul: Médica Missau, 1998. Cap 9, p. 124-130.

_____. Exodontia. In:_____. **Exodontia em pacientes cardiopatas**. Rio Grande do Sul: Médica Missau, 1998. Cap 31, p. 371-378.

SONIS, S. T. et al. **Medicina oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 37-44.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2007**: a safer future: global public health security in the 21st century. World Health Organization, 2007.

XIMENES, Priscila Mara Olivieri. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes submetidos a tratamento odontológico na FOUSP**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, 2005.