AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DIANTE DO ATENDIMENTO A CARDIOPATAS GRAVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ASSESSMENT OF THE KNOWLEDGE OF DENTISTS IN THE FACE OF CARE FOR SEVERE CARDIAC PATIENTS IN PRIMARY CARE

RAFAELLA BASTOS LEITE[1]
PEDRO HENRIQUE ROLIM DE OLIVEIRA[2]
RENATA DE SOUZA COELHO SOARES[1]
ANDREZA CRISTINA DE LIMA TARGINO MARSSONI[1]
CARLOS AUGUSTO GALVÃO BARBOZA[3]
RAQUEL CRISTINA BARBOZA GOMES[1]

RESUMO

O objetivo desse estudo foi avaliar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas que trabalham na atenção primária à saúde em um município do nordeste Brasileiro, frente ao atendimento de pacientes portadores de doenças cardiovasculares. Para tanto, de uma população de 36 dentistas, uma amostragem por conveniência de 25 profissionais (69,4%) foi analisada, sob a forma de um questionário autoaplicável. A maioria dos profissionais é formada há mais de 10 anos, sendo que todos se utilizam de artifícios para controle de ansiedade, principalmente a franca conversa (96%). Quanto à prevenção da endocardite infecciosa, foi demonstrada dúvida quanto aos procedimentos onde profilaxia antibiótica é necessária em cardiopatas graves. Outras questões que os profissionais demonstraram despreparo teórico foram quanto ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, a qual apenas 64% dos odontólogos assinalaram corretamente; tempo de estabilidade de angina de peito (36,9%) e quantidade de anestésicos com vasopressor à base de epinefrina seguro ao paciente em particular (54,2%). De acordo com a análise das respostas e sua comparação junto ao levante bibliográfico, tem-se claramente em vista a necessidade dos profissionais se atualizarem, sob alguma forma de educação permanente.

UNITERMOS: Avaliação; Doenças cardiovasculares; Odontologia.

INTRODUÇÃO

É possível conceituar paciente especial como todo indivíduo que possui alteração física, orgânica, intelectual, social ou emocional, podendo ser aguda ou crônica, simples ou complexa, que necessita de educação especial e instruções suplementares, temporária ou definitivamente[1]. Dentre as mais variadas necessidades especiais, dar-se-á foco àquelas pertinentes aos pacientes com doenças cardiovasculares.

Na década de 1990, o Brasil possuía uma taxa de mortalidade de pacientes cardiopatas de 30% hoje esta taxa aumentou para o valor de 34%.[2] Estas doenças são as principais causas de morte dentre aquelas crônicas não transmissíveis, constituindo uma grande preocupação em saúde pública para países em desenvolvimento de média e baixa renda.[2] As cardiomiopatias isquêmicas e afecções cerebrovasculares estão entre as mais perigosas, sendo responsáveis por, respectivamente, 7,6 milhões e 5,7 milhões de mortes anualmente.[3]

Com o aumento da população portadora dessas doenças, há o consecutivo crescimento desta parcela nos pacientes odontológicos, forçando, assim, a busca por novos conhecimentos pelos cirurgiões-dentistas para que promovam um atendimento mais seguro.[4] Os indivíduos cardiopatas devem sempre ser tratados como pacientes de risco, pois, dependendo da severidade da doença, quaisquer procedimentos simples na cadeira do cirurgião-dentista podem acarretar complicações sérias. Vários autores concordam sobre a grande importância de se ter conhecimento, pelos graduados em odontologia, em alguns aspectos sobre as doenças cardiovasculares, como interações medicamentosas, complicações

[1]Professor (a) - Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil.
[2]Graduando - Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, Brasil.
[3]Professor Doutor do Programa de Pós-graduação em Patologia oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

advindas de estresse e como resolver ou atenuá-las[2,4,5].

É de primordial importância o conhecimento do profissional sobre as alterações cardiovasculares mais prevalentes. Como principal fator de risco, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) ainda é a maior preocupação na atenção básica e seu controle é necessário para o manejo clínico do paciente[6]. Vários autores fizeram um levantamento sobre as principais alterações cardiovasculares, definindo as cardiopatias isquêmicas, endocardites bacterianas, arritmias e insuficiência cardíaca congestiva como preocupações constantes na cadeira odontológica[5,7,8]. O paciente cardiopata grave, entre outros, é um indivíduo com bastantes complicações que refletem diretamente na forma pela qual são submetidos ao tratamento odontológico[5]. Portanto, passar por uma detalhada anamnese é condição imprescindível para o sucesso de qualquer terapia e, consequentemente, manutenção da saúde geral[5]. Além disso, a interação entre médico e cirurgião dentista, assegura uma melhor condição sistêmica do paciente e evita interações medicamentosas indesejáveis[8].

Em meados de 1997, foi implementada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que viria a reorganizar a saúde básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a hierarquização e integralidade dos serviços[9]. Através da ESF, houve um desafogamento na espera por tratamento hospitalar, já que casos mais simples eram resolvidos nas unidades de saúde. Isso viria a refletir diretamente em pacientes com doenças cardiovasculares, reduzindo sua hospitalização e mortalidade por todo o país[8]. Associado a isso, o aumento da cobertura da saúde primária, ações como educação em saúde e visitas domiciliares, por exemplo, acabam por reduzir o desenvolvimento de fatores de risco das cardiopatias, assim como complicações futuras. Finalmente, dessa forma houve uma redução da morbimortalidade advinda das doenças cardiovasculares, de 42% no ano de 2000, para 37% no ano de 2009[3].

Tendo em vista que a rede primária de atenção à saúde é a porta de entrada para o atendimento dos usuários e, como já fora mencionado, há um aumento de portadores de cardiopatias graves, justifica-se este trabalho, buscando analisar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas para a melhor conduta frente a esses pacientes. Com isso, tal levantamento de dados poderá ser disponibilizado à secretaria municipal de saúde para análise e, caso julgue-se necessário, capacitações deverão ser realizadas.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho consistiu em uma pesquisa de caráter descritivo, de corte transversal, caracterizada pela observação e análise do conhecimento dos cirurgiões-dentistas, em atividade na atenção básica do município de Campina Grande, acerca de pacientes cardiopatas pela aplicação de questionário.

A população alvo foi constituída por todos os 36 (trinta e seis) cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde da Estratégia de Saúde da Família do município de Campina Grande, segundo o Datasus, onde a amostragem foi realizada por conveniência, sendo selecionada uma amostra constituída por 25 (vinte e cinco) sujeitos de pesquisa que aceitaram, por livre e espontânea vontade, responder ao questionário, ou seja, aproximadamente 69,4% da população.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário autoaplicável composto por 07 (sete) questões, todas objetivas, o qual os dentistas analisados responderiam apenas após terem sido explicados sobre a finalidade da pesquisa e, caso aceitassem, terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta foi realizada nas próprias Unidades de Saúde, entre o período de outubro e novembro de 2014. A escolha do local foi feita com a finalidade de dinamizar o preenchimento do questionário, assim como impedir a consulta de quaisquer materiais, buscando a maior fidedignidade da pesquisa.

O presente estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba (Brasil) sob processo número 35555314.1.0000.5187 em complacência com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001. Os direitos de todos os participantes foram protegidos.

RESULTADOS

Apesar da população de cirurgiões-dentistas da atenção básica municipal contar com trinta e seis profissionais, o número daqueles disponíveis para o estudo e que aceitaram participar deste foi de apenas vinte e cinco, correspondendo a aproximadamente 69,4% daquele total. Vale ressaltar ainda que algumas das perguntas não foram respondidas por todos os questionados, e, portanto, o número da amostra pode variar de acordo com a questão.

Dos 25 cirurgiões-dentistas entrevistados, apenas 24 responderam à questão relativa ao tempo de formação. Destes, 20 (83,3%) já haviam se formado há mais de 10 anos, 03 (12,5%) eram formados de 07 a 10 anos e apenas 01 dentista (4,2%) se formara entre 04 e 07 anos atrás.

Quanto ao uso de artifícios para a redução de ansiedade, a opção de uma medida não necessariamente excluiria a escolha de outra. Portanto, 24 (96%) dos profissionais costumam conversar com o paciente para relaxá-lo, seja antes,

durante ou após o término do procedimento. Dentre os entrevistados, 05 (20%) ainda recorrem de um atendimento mais rápido, 04 (16%) costumavam usar do efeito de ansiolíticos para prevenir qualquer ansiedade transoperatória e ainda, 01 (4%) dentista afirmou explorar da vantagem do uso de outros medicamentos.

Outro ponto questionado fora em relação aos procedimentos que se é recomendada a profilaxia antibiótica em pacientes portadores de cardiopatias de alto risco. Apesar de considerar mais de uma resposta, nem todas elas estariam corretas no enunciado. O acesso endodôntico e as restaurações coronárias, citadas por 11 (44%) e 02 (8%) entrevistados, respectivamente, são as opções de procedimentos onde não se necessita a profilaxia antibiótica. Em contrapartida, as exodontias e procedimentos periodontais fizeram parte da resposta de 23 (92%) dos profissionais. Por sua vez, procedimentos endodônticos periapicais e biópsias foram condutas adotadas por 15 (60%) e 16 (64%) dos dentistas, nesta devida ordem. Finalmente, a profilaxia dental foi o procedimento cuja opção de apenas 03 (12%) dos entrevistados.

A tabela 1 demonstra a distribuição relativa das respostas dos cirurgiões-dentistas para cada uma das questões onde havia apenas uma opção correta.

Tabela 1- Avaliação das respostas dos dentistas da Estratégia da Saúde da Família para questões com apenas uma resposta correta, distribuída em freqüência relativa, Campina Grande/ Paraíba-/Brasil 2014.

Questão	n*	Correto %	Incorreto%
Qual medida sistólica e diastólica, respectivamente, padrão para diagnóstico de HAS	25	16 (64)	09 (36)
Qual o tempo para considerar um quadro de angina como estável	19	07 (36,9)	12 (63,1)
Em pacientes cardiopatas, qual limite de anestésicos com vaso constritor à base de epinefrina (1:100.000)	24	13 (54,2)	11 (45,8)

*número de profissionais que responderam a estas questões.

Por fim, quando questionados sobre a necessidade de realização de educação permanente sobre atendimentos a pacientes especiais, a resposta fora unânime, sendo 100% das respostas para a indispensabilidade do tema.

DISCUSSÃO

O modelo de saúde público brasileiro traz consigo a Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada dos usuários ao sistema, a qual visa resolver 80% dos problemas de saúde da população. A APS ainda postula um conjunto de ações de promoção da saúde, sejam através da prevenção ou diagnóstico, tratamento e reabilitação, cuja centralização repousa na família[10]. Uma vez que o trabalho nas UBSF é realizado de forma multidisciplinar, os cirurgiões-dentistas devem estar conscientes daqueles fatores de risco e atualizados sobre as doenças cardiovasculares mais prevalentes, buscando estar envolvidos nas ações da equipe e visando ao paciente de forma integrada[8].

O principal obstáculo encontrado nesta pesquisa foi à carência de estudos com o mesmo perfil para a comparação das respostas. Portanto, a análise dos resultados foi feita acareando os dados propostos pela amostra com aquilo que há na literatura.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma elevação na pressão arterial anormal que, quando não controlada, tende a ser fatal[11]. É ainda, o principal fator de risco modificador das doenças cardiovasculares[12]. Em adultos, a doença é caracterizada por uma pressão sistólica persistente de 140 mmHg ou superior, assim como uma pressão diastólica igual ou maior que 90 mmHg, valores estes concomitantes ou não[13]. A HAS é o diagnóstico mais comum nos Estados Unidos, com 35 milhões de visitas anuais ao consultório médico, enquanto, no Brasil, há cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial[11].

De maneira que os cirurgiões-dentistas têm como papel fundamental a detecção e o controle de hipertensos, os mesmos foram perguntados durante a aplicação do questionário os valores padrões ao diagnóstico de HAS. Dos profissionais pesquisados, 64% responderam de forma correta, valor este inferior quando comparado ao resultado encontrado por outros autores, correspondente a 90,9% da amostra analisada, numa pesquisa semelhante no mesmo município, demonstrando a clara importância de uma atualização no cotidiano dos profissionais da atenção primária[14].

Vale ressaltar ainda que, de acordo com a pressão arterial (PA) aferida antes do procedimento, o profissional deve saber quando realizá-lo ou não[6]. Cirurgias eletivas devem ser adiadas quando a PA superar o valor de 160/100 mmHg, a não ser que o atendimento adquira caráter de urgência, podendo ser realizado com o monitoramento periódico da pressão arterial, esta não devendo ultrapassar o valor de 180/110 mmHg [12,15].

Admite-se que mais de 70% dos pacientes odontológicos tenham algum grau de ansiedade pré ou trans-operatória[14]. Fisiologicamente, esta carga extra de estresse desencadeia a liberação endógena de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) diretamente na circulação, produzindo efeitos hipertensivos e aumento do trabalho cardíaco, o que deve ser evitado na atenção ao cardiopata[12].

Para a redução de ansiedade, o cirurgião-dentista deve ter em mente algum protocolo ou técnica de manejo do paciente, relaxando-o na cadeira. Quando questionados como fazem para conduzir um

paciente ansioso, a grande maioria de 96% dos entrevistados relatou que a conversa realizada durante o procedimento, seja esta feita para distrair o paciente ou informá-lo o que está acontecendo, é seu principal artifício. Quando necessário o atendimento mais rápido é realizado por 20% dos profissionais para evitar picos de estresse e, apenas 16% da amostra, afirmou utilizar drogas ansiolíticas. Por este resultado, pode-se concluir que a boa comunicação entre profissional-paciente ainda possui excelente papel relaxante, assim como corrobora com Oliveira (2010) ao afirmar que os cirurgiões-dentistas não têm o hábito de se utilizar de sedação consciente na clínica, devido a várias questões, dentre as quais a própria deficiência na formação.

Destaca-se que a ansiedade reflete traumas passados, sendo um grande fator de evasão de usuários às consultas odontológicas, o que viria a acarretar pior prognóstico à queixa principal[16]. Os autores inda constataram que, apesar dos avanços técnicos de anestesia, instrumentos e técnicas operatórias, a frequência de pacientes ansiosos ou com medo não têm diminuído com tal evolução[16].

As cardiopatias graves de maior preocupação ao cirurgião-dentista são a insuficiência cardíaca, arritmias e cardiopatia isquêmica[2,7]. A insuficiência cardíaca é a incapacidade do coração de funcionar corretamente, podendo resultar de quaisquer distúrbios funcionais ou estruturais que prejudiquem a capacidade do ventrículo de se encher de sangue ou ejetá-lo[7]. Desta forma, o coração torna-se incapaz de atender às demandas metabólicas do organismo[1,2]. Para o atendimento destes pacientes, o nível de estresse deve ser constantemente controlado, seja por uso de sedação consciente, ansiolíticos ou consultas curtas[4]. Caso o médico considere perigoso o atendimento ambulatorial do paciente, por ser de risco elevado, o procedimento deverá ser feito em ambiente hospitalar[7].

A arritmia cardíaca é qualquer variação do batimento cardíaco normal, incluindo distúrbios de contração, ritmo e frequência, cuja prevalência atinge 3,8% da população acima dos 60 anos[8]. A maioria das arritmias representa pouca preocupação para o paciente ou o dentista, sendo que a maioria dos procedimentos eletivos seja realizada sem a necessidade da permissão do médico responsável[8]. Porém, arritmias importantes são associadas a um alto risco de evento cardíaco grave, como infarto de miocárdio, angina instável ou morte súbita[7]. Com isso é importante à identificação destes pacientes, seja por sinais apresentados ou na própria anamnese, buscando sempre um controle da ansiedade efetivo assim como monitoramento do pulso do paciente[2,7,15].

As doenças cardíacas isquêmicas são caracterizadas pela redução da corrente sanguínea coronariana e seu conseqüente fornecimento de oxigênio, com principal causa subjacente sendo a aterosclerose, embora o estresse, frio, doença periodontal e exercícios físicos também entram como fatores coadjuvantes[15,16]. Alguns estudos já realizados, resumem a apresentação clínica das cardiopatias isquêmicas, citando a angina *pectoris* como primeiro sintoma da obstrução parcial do lúmen dos vasos sanguíneos cardíacos e quando a obstrução é total, ocorre necrose tecidual do músculo cardíaco, sinal de infarto agudo do miocárdio[4].

A angina é descrita como um aperto ou pressão dolorosa, geralmente sobre o esterno, que tende a se irradiar para o braço esquerdo, pescoço, mandíbula e língua. Esta pode se classificar de acordo com seu padrão de estabilidade sintomática[2]. Quando é previsivelmente reproduzida com atividade física ou estresse emocional, é classificada como angina estável e tende a ter curta duração, inferior a cinco minutos, assim como aliviar após a remoção do fator desencadeante[2,15]. Por sua vez, a angina instável é definida como um início de dor mais intensa, que não cessa após a remoção do fator desencadeante, mas progride, e pode ser precipitada em repouso[2,15].

A importância de se ter conhecimento quanto ao diagnóstico de angina, assim como diferenciar um quadro estável do instável se faz ao cirurgião-dentista quando este tem a função de identificar como controlá-la[2,7]. Quando questionados, durante a pesquisa sobre o tempo considerado limite para a instabilidade de uma angina dentro do consultório odontológico, apenas 36,9% respondeu corretamente[7]. Este resultado torna-se preocupante pelo perigo carregado por este quadro, demonstrando a necessidade de cursos de aperfeiçoamento técnico-científico para as equipes de saúde bucal no conhecimento e manejo destes pacientes[8,9].

Ressalta-se ainda da importância de se estar presente em consultório medidas para aliviar a dor no peito. Caso o procedimento não seja protelado, a posição de escolha do paciente é a semi-supina, com cuidado na hipotensão ortostática que pode ocorrer quando o paciente for levantar e constante manejo do estresse[8]. Na ocorrência de angina, o procedimento deve ser cessado e um vasodilatador coronariano ser administrado de maneira sublingual juntamente com oxigênio[9,10]. Se a dor continuar por mais de 05 minutos, um segundo comprimido sublingual é usado e, na persistência desta por mais quinze minutos, o paciente deve ser transferido para tratamento hospitalar com suspeita de IM[4,7,8,].

A endocardite infecciosa (EI) é uma infecção que ocorre nos tecidos endoteliais cardíacos de sujeitos com alguma predisposição congênita ou adquirida, que possui alta taxa de mortalidade. Atualmente, a American Heart Association propôs em sua diretriz que, a necessidade de profilaxia antibiótica é tida apenas em raros casos de condições cardíacas de alto risco[3]. Dentre elas, citam-se valvas protéticas, quadro prévio de endocardite infecciosa, doença cardíaca congênita

e presença de receptores de transplantes cardíacos que desenvolvem valvulopatia cardíaca[7].

A terapêutica profilática para endocardite em consultório é feita em dose única via oral de 2g de amoxicilina, uma hora antes do procedimento, ou como segunda opção a clindamicina 600mg. Apesar da cardiopatia de alto risco, nem todos os procedimentos demandam a profilaxia antibiótica. Segundo a AHA, apenas procedimentos dentais que envolvam a manipulação de tecidos gengivais, região periapical do dente ou perfuração da mucosa oral, como biópsias. A profilaxia dental, quando esperado sangramento, também se enquadra como risco da EI[6].

Desta forma, quando perguntados quais condutas odontológicas necessitariam de profilaxia prévia, as respostas tendiam a ser incompletas ou incorretas. Na possibilidade de múltipla escolha, 92% dos profissionais optaram pelas exodontias e técnicas periodontais, um bom resultado, porém apenas 64% e 60%, respectivamente, escolheram pela biópsia e procedimentos endodônticos periapicais. Ainda, apenas 12% adotaram a profilaxia dental como procedimento de risco, opção esta correta, e inferior a alternativa de acesso endodôntico, item este incorreto (selecionado por 44% dos profissionais). Percebe-se que, pelo assunto ser controverso, e passível de constante atualização, há a necessidade dos profissionais buscarem se reciclar periodicamente, assim como havia sido proposto em um estudo semelhante[2].

A maior dúvida dentre os dentistas acerca do tratamento aos portadores de doenças cardiovasculares é sobre o uso de vasoconstrictores durante a anestesia deste grupo. Estudos atuais têm demonstrado segurança no uso de adrenalina 1:100.000, cujo limite é dois tubetes por sessão[5]. Porém, o vasopressor de escolha para estes pacientes é a felipressina, com limite de até cinco tubetes por sessão, uma vez que não age sobre os receptores á e â adrenérgicos, acarretando nenhuma alteração na pressão arterial[15]. Além disso, os benefícios de uma anestesia profunda conseguida com o uso de vasoconstrictores superam seus riscos quando usados no limite estabelecido, afinal as catecolaminas liberadas endogenamente, numa situação de estresse, são mais perigosas que as exógenas[12].

Na questão relacionada à quantidade limite de tubetes com adrenalina para o uso em cardiopatas, 54,2% acertaram, demonstrando um índice de acerto menor do que aquele apresentado em outro estudo similar, que afirmara a ausência de dúvidas quanto à utilização de vasoconstrictores em 75% de seus entrevistados[6]. Esta média relativamente baixa de acertos demonstra a dúvida persistente quanto ao assunto, expressando a necessidade da busca de informações atualizadas para a atuação na atenção primária.

CONCLUSÃO

Analisando as respostas dos profissionais da atenção básica de Campina Grande, fica evidente a necessidade de educação permanente e atualização destes sobre os mais variados assuntos do tema em questão, concordando com a opinião unânime dos próprios dentistas entrevistados.

ABSTRACT

The correct evaluation of patients with cardiovascular disease is based on a careful anamnesis and on the previous knowledge of the main coronary diseases and its sequels. This study aims to evaluate the knowledge of dentists working in primary health care in the city of Campina Grande about patients with cardiovascular disease. For this purpose, from a population of 36 dentists, a convenient sample of 25 professionals (69.4%) was analyzed in the form of a self-administered questionnaire. Most professionals is formed more than 10 years, all of which make use of anxiety handling, especially an honest conversation (96%). As for the prevention of infective endocarditis has been demonstrated doubt as to the procedures where antibiotic prophylaxis is needed in severe heart disease. Other issues that professionals demonstrated theoretical unpreparedness were the diagnosis of hypertension, which only 64% of dentists pointed out correctly; time of stable angina pectoris (36.9%) and the safe amount of anesthetic with vasoconstrictor epinephrine to the cardiac patient (54.2%). Conclusion: According to the analysis of the responses and its comparison with the literature, highlighting the need to implement a continuing education.

UNITERMS: Evaluation; Cardiovascular disease; Dentistry.

REFERÊNCIAS

1.Rosa MCR, Rosa MRF, Zen GRP, Paskulin AG. Cardiopatias congênitas e malformações extracardíacas. Rev Paul Pediatr 2013; 31(2):243-251.

2. Ramos MMB, de Mendonça MR, Pellizzer EP, Okamoto AC, Júnior E GJ. Associação entre a doença periodontal e doenças sistêmicas crônicas-revisão de literatura. Arch Health Invest. 2013; 2(1):24-31.

3.Rasella D, Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ 2014; 3(349):g4014.

4. Leite KM, Pasinato JK, Cecconello R, Dallanora

LMF, Dea BE, Comunello SMH. Relato de caso: risco cirúrgico odontológico de um paciente cardiopata. Ação Odonto 2014; 2(3): 8-13.
5. Misturini L, Tatto T, Amaral RC, Ramos GO, Cecconello R, Comunello SMH, Dallanora LMF, Dallanora FJ. Doenças cardiovasculares e sua interação com a odontologia – relato de caso clínico. Ação Odonto 2017; 2:13-16.
6. Fabris V, Scortegagna AR, Oliveira GR, Scortegagna GT, Malmann F. Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o uso de anestésicos locais em pacientes: diabéticos, hipertensos, cardiopatas, gestantes e com hipertireoidismo. J Oral Invest 2018; 7(1):33-51.
7. Bernardino Junior R, Tolentino AB, Ferreira GT, Silva D, Strini P, et al. Pressão arterial antes, durante e após atendimento em serviço de urgência odontológica. ROBRAC 2014; 23(65):108-112.
8. de Araújo JSS, Régis CT, Gomes RGS, Silva CS, Abath CMB, et al. Cardiopatia congênita no nordeste brasileiro: 10 anos consecutivos registrados no estado da Paraíba, Brasil. Rev Bras Cardiol 2014; 27(1):13-19.
9. Gomes MN, Maciel MG, Torres RS, Barbosa SNAA. Relação entre Variáveis de Pacientes Cardiopatas. Int J Cardiovasc Sci 2015;28(5):392-399.
10. Figueiredo, EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Diretrizes e Fundamentos. Módulo político gestor. [entre 2010 e 2014].
11. Galvão NI, Vilela RFJTJ, Orlandi BMM, Ferraz RF, Costa FAA, Fagundes DJ. Determinação do risco cardiovascular em população de check-up espontâneo através do escore de Framingham. Rev Bras Cardiol 2013; 26(5):356-363.
12. Quirino CSP, Maranhão RVA, Giannini DT. Síndrome metabólica em pacientes atendidos em programa de reabilitação cardíaca. Rev Bras Cardiol 2014; 27(3):180-188.
13. Lobato TAA, Torres RS, Guterres AS, Mendes WAA, Maciel AP, et al. Indicadores antropométricos de obesidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Rev Bras Cardiol 2014; 27(3):203-212.
14. Marcadenti A, Oliveira VG, Bertoni VM, Wittke E, Dourado LP, et al. Resistência à insulina e indicadores antropométricos em pacientes com síndrome coronariana aguda. Rev Bras Cardiol 2013; 26(4):259-266.
15. Costa MAS, Figueiredo Neto JA, Sousa JCB, Almeida AL, Casanovas RC. Apolipoproteínas, lipídeos, proteína-C ultrassensível e gravidade da doença arterial coronariana. Rev Bras Cardiol 2013; 26(3):158-166.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

RAFAELLA BASTOS LEITE
Programa de Pós-graduação em Patologia Oral - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, Brasil. Av. Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova – Natal/RN. CEP: 59056-000.
Telefone: +55 84 32154138/ +55 83 998092884.
E-mail: rrafaella_bastos@hotmail.com