



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL – CSTR
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

Dayse Hanna Maia Oliveira

**CONDUTA CLÍNICA E CIRÚRGICA DO CIRURGIÃO-
DENTISTA FRENTE AO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO**

Patos – PB

2016

DAYSE HANNA MAIA OLIVEIRA

**CONDUTA CLÍNICA E CIRÚRGICA DO CIRURGIÃO-
DENTISTA FRENTE AO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha.

Patos – PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

O48c Oliveira, Dayse Hanna Maia
 Conduta clínica e cirúrgica do cirurgião-dentista frente ao paciente hipertenso e diabético / Dayse Hanna Maia Oliveira. – Patos, 2016.
 53f.: il. color.

 Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

 "Orientação: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha".

Referências.

 1. Hipertensão. 2. Diabetes mellitus. 3. Cirurgia bucal. I. Título.

CDU 616.314-089

DAYSE HANNA MAIA OLIVEIRA

**CONDUTA CLÍNICA E CIRÚRGICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE AO
PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO**

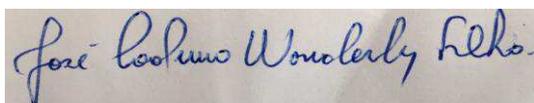
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 17/10/16

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Prof. José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

AGRADECIMENTOS

Glorifico a **Deus** em primeiro lugar, por ter me suprido em todos os âmbitos e nunca me deixar desistir. Nos momentos difíceis, nos quais pensei que com meus pés não conseguiria andar, Ele em seus braços me levou, e em meio a distância da família, se tornou meu melhor e maior amigo.

Sou grata aos meus pais, **Francisco João Oliveira Neto e Roberlânia Carlos Maia**, que almejavam comigo esse sonho. Na verdade, o primeiro sonho foi o deles, que desejaram filhos para serem seus legados de vida e, por isso, não mediram esforços para dar-lhes o melhor. Por tudo isso, eu os amo muito e afirmo que essa conquista não é minha, mas nossa.

Agradeço também aos meus irmãos, **Renata Maia e Caio Felipe** pelo amor e companheirismo que mesmo de longe me faziam entender o verdadeiro sentido de irmandade.

À minha dupla em clínica e amiga **Cyntia Franciele Leite Souza**, que por muitos anos foi minha companheira nos momentos importantes de desafios e conquistas.

Aos meus amigos, **Marcia Santos, Luana Neres, Talita Melo, Fernanda Albuquerque, Ana Karla, Kaline Lays, Rafaela Abrantes, Evalena Cabral, Cícera Alane, Tamara Gama, Mayara Limeira, Aristóteles de Brito, Larissa Lima e Édila Cavalcante**, por tantos momentos de alegria.

Ao **Gap** (Grupo de Adoração ao Pai), suporte e refrigério diário do Senhor no ambiente universitário.

Aos professores **Marco Antônio Dias da Silva e Andresa Costa Pereira**, por todo apoio empregado no início da graduação e às professoras **Manuella Carneiro Almeida Santos, Elizandra Silva da Penha e Luanna Abílio Diniz Melquíades de Medeiros**, por tantos ensinamentos durante as monitorias e projeto de iniciação científica.

Ao meu orientador, **Julierme Ferreira Rocha**, por todo aprendizado e oportunidade dada no desenvolver deste trabalho.

E a todos os demais que de maneira direta ou indireta contribuíram para esta conquista.

“Agora, glória seja dada a Deus, que pelo seu grandioso poder que operando em nós é capaz de fazer muito mais do que jamais ousaríamos pedir ou mesmo imaginar, infinitamente além de nossas mais altas orações, anseios, pensamentos ou esperanças.”

Efésios 3:20

RESUMO

Antes da realização de procedimentos cirúrgicos, é necessário observar o quadro de saúde geral do paciente, atentando para as condições sistêmicas que necessitam de cuidados especiais, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. O objetivo deste trabalho foi avaliar a conduta dos cirurgiões-dentistas atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Patos, Paraíba, frente ao atendimento clínico e cirúrgico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Foram elaborados dois modelos de questionários, sendo um subjetivo e outro objetivo, contendo, em ambos, seis questões de mesmo teor de conhecimento. Inicialmente, foi aplicado o questionário subjetivo, seguido do questionário objetivo. Os dados obtidos foram submetidos à luz da estatística descritiva, testes qui-quadrado e exato de Fisher com significância de 5%. Em um universo de trinta e nove cirurgiões-dentistas, a amostra passou a ser constituída por trinta e seis profissionais de ambos os gêneros. Constatou-se que a maioria dos entrevistados obteve conhecimento considerado insatisfatório, com 61,1% e 86,2% de erros nos questionários objetivos e subjetivos, respectivamente. Não houve associação estatisticamente significativa nas respostas obtidas nos dois modelos de questionários. Concluiu-se que os cirurgiões-dentistas avaliados apresentam conhecimento não satisfatório para a realização de atendimento clínico e/ou cirúrgico ao paciente portador de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

Descritores – Hipertensão; Diabetes Mellitus; Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Before performing surgical procedures, is necessary to observe the general health condition of the patient, paying attention to the clinical conditions that can inspire special care, as hypertension and diabetes mellitus. Objective of this study was to evaluate the conduct of the dentists the Basic Health Units in the city of Patos, Paraíba, in front of the clinical and surgical care of patients with hypertension and / or diabetes. Two models of questionnaires were developed, one subjective and the other objective, containing both, six questions of the same knowledge content. Initially the subjective questionnaire, followed by the objective questionnaire was applied. The data were submitted in the light of descriptive statist and Chi-square test and Fisher's exact with 5% significance. In a universe of thirty-nine dentists, the sample has to be made up of thirty-six professionals of both genders. It was found that most respondents obtained knowledge considered unsatisfactory, with 61.1% and 86.2% of errors in objective and subjective questionnaires, respectively. There was no statistically significant association in the responses obtained in the two types of questionnaires. It was concluded that the evaluated dentists have no adequate knowledge for conducting clinical care and / or surgical treatment for patients with hypertension and / or diabetes mellitus.

Keywords - Hypertension; Diabetes Mellitus; Oral Surgery.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização do perfil acadêmico dos cirurgiões-dentistas das UBS de Patos, PB, Brasil (jun/ago 2016).	28
Tabela 2	Percentuais das especialidades encontradas.	28
Tabela 3	Percentual por resposta correta e incorreta nos questionários objetivos e subjetivos. Análise estatística comparativa entre as respostas utilizando o valor de p.	29
Tabela 4	Índices de desempenho dos cirurgiões-dentistas por acerto.	30

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

AAS cido Acetil Salicílico

AINES Anti-inflamatórios não-esteroidais

AHA American Heart Association

ASA American Society of Anesthesiologist

COX Cicloxigenase

DM Diabetes Mellitus

ECA Enzima de Conversão da Angiotensina

HA Hipertensão Arterial

INR Razão Normalizada Internacional

PA Pressão Arterial

PGs Prostaglandinas

QO Questionário Objetivo

QS Questionário Subjetivo

UBS Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
REFERÊNCIAS	19
3 ARTIGO.....	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
APÊNDICES	
APÊNDICE A	39
APÊNDICE B	40
APÊNDICE C	41
ANEXOS	
NORMAS DA REVISTA	43

1 INTRODUÇÃO

Para executar qualquer procedimento cirúrgico, é necessário sempre observar o quadro de saúde geral do paciente, atentando para todas as condições clínicas (CANEPPELE et al., 2011). A anamnese, quando bem executada, é uma ferramenta fundamental no processo investigativo de alguma anormalidade (OLIVEIRA, SIMONE, RIBEIRO, 2010).

O cirurgião-dentista, por sua vez, precisa saber identificar uma doença crônica, podendo, até mesmo, auxiliar no diagnóstico desta ao observar os sinais e sintomas incomuns (SOUZA et al., 2007). Para um tratamento cirúrgico adequado, a observação das condições sistêmicas do paciente se torna fundamental para a possível detecção de algo que possa aspirar cuidados especiais, como a hipertensão e a diabetes (CANEPPELE et al., 2011).

A diabetes mellitus é uma doença metabólica crônica, produto da insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada pela baixa ou pela ausência da sua produção pelo pâncreas e/ou pela falta de resposta dos tecidos periféricos, ou ainda, pela ação de anticorpos que provocam sua destruição (FERNANDES, 2013), sendo o mais grave problema endócrino-metabólico em vários países (FARDIN et al., 2009).

Já a hipertensão é uma condição caracterizada pela elevação anormal da pressão arterial que quando não controlada pode acarretar sérias complicações (CANEPPELE et al., 2011; SOUZA et al., 2007; OLIVEIRA, SIMONE, RIBEIRO, 2010), como o aumento da morbidade e mortalidade por doenças cerebrovasculares, cardiovascular e renal (SOUZA et al., 2007), tornando-a um dos principais agravos da saúde pública no Brasil e no mundo (SOUZA et al., 2007; CANEPPELE et al., 2011; OLIVEIRA, SIMONE, RIBEIRO, 2010; COSTA et al., 2013).

Estima-se que aproximadamente 30 milhões de pessoas no Brasil apresentam hipertensão, sendo que metade destes não sabe que são portadores dessa condição (OLIVEIRA, SIMONE, RIBEIRO, 2010; COSTA et al., 2013). Além disso, é uma das doenças sistêmicas mais frequente nos consultórios odontológicos (NASCIMENTO et al., 2011; COSTA et al., 2013), o que torna este assunto fundamental para a odontologia. No que se refere a diabetes, é importante conhecer sua fisiopatologia para a realização de um procedimento cirúrgico seguro e responsável (FERNANDES, 2013).

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus possuem em comum fatores de risco como obesidade e sedentarismo, possibilidade de tratamento baseado em mudanças nos hábitos de vida, cronicidade que requerem acompanhamento permanente, ambas são geralmente assintomáticas e necessitam de controle rigoroso para evitar complicações, entre outros

(IBGE, 2013). É comum encontrar pacientes que apresentem em conjunto as duas patologias, motivo que pode ser utilizado para justificar a realização de um trabalho com abordagem delas em conjunto.

É de suma importância que os odontólogos estejam cientes das consequências e/ou possíveis complicações que podem surgir durante o atendimento cirúrgico de pacientes comprometidos sistemicamente, ou ainda, em decorrência da terapia medicamentosa instituída aos mesmos devido as possíveis interações medicamentosas, como por exemplo, com os anti-hipertensivos, podendo comprometer sua ação (COSTA et al., 2013).

Além disso, o paciente diabético em um quadro de infecção orofacial, por exemplo, pode exacerbar sua condição hiperglicêmica, o que provocaria distúrbios de cicatrização retardando o processo de reparo (SOUZA et al., 2007; MEIRELES et al., 2010), além de alterações fisiológicas que diminuem a reatividade imunológica (GROSS et al., 2002). A fragilidade do sistema imune do diabético aumenta a susceptibilidade às infecções, o que gera uma série de limitações para a realização de intervenções cruentas (FARDIN et al., 2009).

Também é necessário estar atento quanto o uso dos vasoconstritores em hipertensos, sendo algo que requer conhecimento, visto que podem provocar o aumento da pressão arterial (OLIVEIRA, SIMONE, RIBEIRO, 2010; COSTA et al., 2013).

Devido a importância do assunto acima mencionado, cabe ao cirurgião-dentista a responsabilidade de eliminar focos de infecção de origem bucal que contribuem na descompensação metabólica como também de evitar qualquer conduta que possa comprometer o estado geral de saúde do paciente.

Para tal, é de extrema importância que o cirurgião-dentista possua o conhecimento exato a respeito dos cuidados especiais para o tratamento cirúrgico do paciente diabético e hipertenso, diminuindo o risco de intercorrências durante e após o atendimento. Um excelente instrumento para conhecer o perfil desses profissionais é a pesquisa em campo com o auxílio de questionários direcionados sobre o assunto.

Portanto, objetivou-se neste trabalho avaliar a conduta dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Patos-PB frente ao atendimento cirúrgico de pacientes diabéticos e/ou hipertensos, visando a realização segura do mesmo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Do ponto de vista odontológico, um dos tipos de pacientes considerados especiais são aqueles portadores de alterações sistêmicas ou que fazem uso de medicamentos e portanto, necessitam de cuidados específicos durante os procedimentos cirúrgicos. As alterações sistêmicas podem influenciar no plano terapêutico e por isso, é extremamente importante que o dentista as conheça para que possa planejar o tratamento sem causar danos ao paciente (SOUZA et al., 2007).

Entre as doenças sistêmicas mais comuns que afetam a população mundial encontram-se a hipertensão e o diabetes (FARDIN et al., 2009; OLIVEIRA, SIMONE, RIBEIRO, 2010; COSTA et al., 2013). O diabetes atinge cerca de nove milhões de brasileiros, o que equivale a 6,2% da população adulta, na maioria mulheres (IBGE, 2013). Já a hipertensão afeta de 21,4% da população adulta acima de 18 anos de idade (IBGE, 2013).

A hipertensão, no estágio I, é caracterizada pela elevação anormal da pressão sanguínea sistólica em repouso, entre 140-159mmHg e/ou da pressão sanguínea diastólica entre 90-99mmHg que normalmente é assintomática (CANEPPELE et al., 2011; COSTA et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2011). No estágio II, a sistólica está entre 160-179mmHg e/ou a diastólica entre 100-109mmHg, no III a sistólica estaria acima de 180mmHg ou a diastólica acima de 110mmHg (COSTA et al., 2013). A condição hipertensiva acomete aproximadamente 10 a 20% dos pacientes que frequentam os consultórios odontológicos (SOUZA et al., 2007; COSTA et al., 2013) e, dependendo do grau, pode impossibilitar o tratamento odontológico (SOUZA et al., 2007).

A diabetes mellitus possui etiologia relacionada com aspectos imunológicos e metabólicos, inicialmente caracterizada por hiperglicemia, resultante de anomalias na secreção e/ou na ação da insulina (GROSS et al., 2002; SOUZA et al., 2007; FARDIN et al., 2009). Ao longo do tempo, o paciente não controlado pode apresentar uma série de manifestações clínicas como aumento da susceptibilidade às infecções oportunistas e alteração do metabolismo do colágeno, diminuindo a capacidade de cicatrização (FARDIN et al., 2009; FERNANDES, 2013).

Aproximadamente 3% a 4% dos pacientes adultos que se submetem a tratamento odontológico possuem diabetes, geralmente do tipo 1, apresentando como sintomas principais polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso (SOUZA et al., 2007; FARDIN et al., 2009; CANEPPELE et al., 2011).

O teste oral de tolerância à glicose é referência no diagnóstico do diabetes e é realizado 2h após a ingestão de 75g de glicose onde é constatado o diabetes ou tolerância à glicose diminuída com valores de glicose $\geq 200\text{mg/dl}$ ou ≥ 140 e $<200\text{mg/dl}$, respectivamente. Quando este não puder ser realizado, opta-se por utilizar a medida da glicose plasmática em jejum de oito horas, que tem como diabetes ou glicose alterada quando os valores forem $\geq 126\text{mg/dl}$ ou ≥ 110 e $<126\text{mg/dl}$, respectivamente (GROSS et al., 2002).

Quando a glicose estiver aumentada, não é recomendado realizar nenhum procedimento cirúrgico devido a maior susceptibilidade a infecções graves (FARDIN et al., 2009; FERNANDES, 2013), que se originam da própria microbiota bucal quando em intimidade com os tecidos no decorrer de procedimentos cruentos ou pela extensão de processos infecciosos de origem odontogênica (FARDIN et al., 2009). Portanto, para pacientes diabéticos descompensados, é indicado que antes de qualquer procedimento cirúrgico seja realizada profilaxia antibiótica para minimizar as chances de ocorrer qualquer infecção pós-operatória (CANEPPELE et al., 2011; FERNANDES, 2013).

A amoxicilina é o antibiótico de primeira escolha para a terapia oral (SOUSA et al., 2003), por ser bem absorvido no trato gastrointestinal e possuir níveis séricos altos e sustentados (ROCHA et al., 2010). Para profilaxia recomenda-se a administração oral em dose única de 2g de amoxicilina para adultos e 50 mg/kg para criança uma hora antes do procedimento. Para alérgicos à penicilina, cefalexina ou cefalosporina de 1ª geração, clindamicina, azitromicina ou claritromicina são recomendadas (BRANCO, VOLPATO, ANDRADE, 2007; ROCHA et al., 2010).

A falta de irrigação sanguínea é um dos principais fatores limitantes para a eficácia da antibioticoterapia, o que é encontrado no paciente diabético descompensado. Recomenda-se, assim, que cirurgias orais eletivas devem ser proteladas em pacientes cujo controle do diabetes não se mostrar adequado (FARDIN et al., 2009). Também, para diabéticos, não é aconselhável a utilização de anestésicos com vasoconstritores adrenérgicos (FERNANDES, 2013), por provocar a quebra de glicogênio em glicose podendo ocasionar um quadro de hiperglicemia (FARDIN et al., 2009; CARVALHO et al., 2013). Quando compensado o paciente diabético pode realizar qualquer procedimento cirúrgico (FERNANDES, 2013).

Quando na primeira consulta, é recomendado para qualquer paciente a aferição da pressão arterial antes de intervenções cirúrgicas na tentativa de evitar problemas trans-operatórios (GROSS et al., 2002; FERRAZ et al., 2007; COSTA et al., 2013). Em pacientes com pressão arterial de 120/80 mmHg e inferior a 130/85 mmHg as intervenções podem ser realizadas (GROSS et al., 2002). Paciente em repouso com pressão arterial sistólica igual ou

maior que 200 mmHg ou pressão diastólica maior que 115 mmHg não deve ser submetido a tratamento odontológico eletivo até que o quadro pressórico seja regularizado (MALAMED, 2013). O valor limite de referência para o atendimento na cadeira odontológica do paciente hipertenso é de 160/100 mmHg (ARAÚJO, GABRIELLI, MEDEIROS, 2007).

Uma vez conhecido os valores pressóricos considerados normais, o dentista poderá elaborar o plano de tratamento de acordo com a condição hipertensiva de cada paciente, além de auxiliar no diagnóstico da doença, quando frente a alguma anormalidade de valores (SOUZA et al. 2007).

No que se refere aos vasoconstritores, estes são substâncias adicionadas as soluções anestésicas que têm a capacidade de aumentar o tempo de contato destas com a membrana nervosa celular retardando sua absorção. Essa ação prolonga a duração do efeito anestésico e reduz a toxicidade sistêmica (SIQUEIRA, ROCHA, CARVALHO, 2008). Além disso, os vasoconstritores podem promover hemostasia localizada (CANEPPELE et al. 2011).

A adrenalina é um dos vasoconstritores mais potentes e comumente utilizados na prática odontológica (SIQUEIRA, ROCHA, CARVALHO, 2008). Esta, por sua vez, pode provocar aumento da frequência cardíaca, dilatação das artérias coronarianas com aumento do fluxo sanguíneo, aumento da pressão sistólica e, quando em pequenas e grandes doses, causar diminuição e aumento da pressão diastólica, respectivamente (MALAMED, 2013).

Sabe-se que o uso de vasoconstritor em hipertensos pode provocar o aumento da pressão arterial (SIQUEIRA, ROCHA, CARVALHO, 2008; OLIVEIRA, SIMONE, RIBEIRO, 2010; COSTA et al., 2013), porém quando utilizado em doses apropriadas pode ser utilizado com segurança (MALAMED, 2013). A dose máxima de adrenalina (epinefrina) recomendada por sessão para pacientes saudáveis (ASA I) e para aqueles com doenças cardiovasculares significativas (ASA III ou IV) é 0,2 mg (200 µg) e 0,04 mg (40 µg), respectivamente (PINELLE, et al., 2005; MALAMED, 2013). Para pacientes ASA III e ASA IV é recomendado, concomitantemente, para um anestésico com adrenalina de 1:100.000 (18 µg) e 1:200.000 (9 µg), uma quantidade máxima de 2 e 4 tubetes por sessão (MALAMED, 2013).

Malamed (1993) e Benett (1986), concordam quanto ao uso de adrenalina para pacientes com problemas cardiovasculares, porém a dose deve ser reduzida no volume e na concentração (dose máxima total para um adulto de 70kg seria de 0,04mg por consulta). Em um tubete para uso odontológico, a concentração de vasoconstritor na proporção de 1:50.000 contém 0,02mg de adrenalina por ml de solução anestésica. A concentração de 1:100.000 contém 0,01mg por ml (MALAMED, 2013).

A dor e o estresse causados por uma anestesia ineficiente podem provocar alterações na frequência cardíaca, na pressão arterial e gerar arritmias, mais prejudiciais do que os possíveis efeitos provocados pela quantidade de vasoconstritores (SIQUEIRA, ROCHA, CARVALHO, 2008). Segundo Malamed (2013), a quantidade de epinefrina liberada devido ao estresse pré-operatório, por exemplo, pode ser mais elevada que a quantidade exógena decorrente da anestesia que alcança a circulação sanguínea.

A secreção endógena normal de catecolaminas pelas supra-renais é de cerca de 7,0µg/min de epinefrina, mas durante uma situação de estresse, a liberação pode chegar a 280µg/min. Essa quantidade é 15 vezes maior que o conteúdo de um tubete de anestésico contendo epinefrina a 1:100.000 (18µg) (MALAMED, 2013).

De acordo com a American Dental Association and American Heart Association, em pacientes saudáveis, complicações sérias ocorrem em doses acima de 0,5 mg de adrenalina 50 ml da solução 1:100.000) e fatalidades, em doses acima de 4 mg (400 ml da solução 1:100.000) (SIQUEIRA, ROCHA, CARVALHO, 2008). A dose média de adrenalina IM ou IV (na concentração de 1:1000 ou 1:10.000), empregada no tratamento da anafilaxia ou parada cardíaca é de 0,5 a 1 mg, enquanto 1 tubete anestésico odontológico com adrenalina a 1:100.000 contém apenas 0,018 mg (MALAMED, 2013).

Há contraindicações absolutas ao uso de vasoconstritores como nos casos de angina pectoris instável, infarto do miocárdio recente (até 6 meses), acidente vascular cerebral recente, hipertensão grave não-tratada ou não-controlada, hipertireoidismo não-controlado, diabetes mellitus não-controlado (SIQUEIRA, ROCHA, CARVALHO, 2008).

Para o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial alguns medicamentos são muito utilizados: como a hidroclorotiazida ou furosemida (diuréticos), propranolol (betabloqueador), captopril (ECA), metildopa (Inibidor adrenérgico), nifedipino (Bloqueador dos canais de cálcio) e o minoxidil, vasodilatador de ação direta, para os casos mais graves (BERGAMASCHI et al., 2008; NIGRO, FORTES, 2005; IBGE, 2014).

O Captopril é um inibidor da enzima de conversão da angiotensina (ECA) e tem indicação para hipertensos portadores de diabetes por não prejudicar a sensibilidade à insulina e o perfil lipídico do plasma. Já o propranolol foi o primeiro betabloqueador sintetizado e ainda é o mais usado (IBGE, 2013), o qual reduz a pressão por diversos mecanismos, incluindo o aumento de prostaglandinas circulantes (BERGAMASCHI et al., 2008).

Esses medicamentos necessitam das prostaglandinas renais para executar o seu mecanismo de ação, pois elas modulam a vasodilatação, a filtração glomerular, a secreção tubular de sódio/água e o sistema renina-angiotensina-aldosterona, fatores esses fundamentais

para o controle da pressão arterial (NIGRO, FORTES, 2005; BERGAMASCHI et al., 2008). É importante salientar que o uso prolongado de medicamentos anti-hipertensivos, pode afetar a condução da prática odontológica (SOUZA et al. 2007), podendo provocar diminuição da secreção salivar, xerostomia e hiperplasia gengival (COSTA et al., 2013).

Sabendo, ainda, que a prevalência de hipertensão arterial é alta no país, é muito frequente o uso concomitante de AINES e anti-hipertensivos no mesmo paciente, o que pode provocar o aparecimento de interações medicamentosas clinicamente significativas (CARVALHO et al., 2013).

Os anti-inflamatórias não esteroidais (AINES) incluindo os antipiréticos e analgésicos estão entre as mais prescritas no Brasil (NASCIMENTO, PIGOSO, 2013; BERGAMASCHI et al., 2008; SILVA JÚNIOR, 2014). Os AINES são capazes de inibir a produção de prostaglandinas através da competição com o sítio ativo da enzima ciclooxigenase (COX) que, como consequência, diminuindo sua síntese (BERGAMASCHI et al., 2008; SILVA JÚNIOR, 2014; CARVALHO, BORGATTO, LOPES, 2010). Além disso, há contraindicação do seu uso por provocar a retenção de sódio e consequente aumento do volume de líquido intravascular com elevação da pressão arterial (CARVALHO, BORGATTO, LOPES, 2010).

Existem os inibidores seletivos da COX-1 (aspirina), os inibidores não seletivos da COX (diclofenaco e ibuprofeno), os seletivos da COX-2 (nimesulida) e os inibidores altamente seletivos da COX-2 (celecoxib, etoricoxibe, lumiracoxibe). A inibição da enzima COX provoca a redução sistêmica e renal da síntese de prostaglandinas, sendo a principal causa da elevação da pressão arterial (SILVA JÚNIOR, 2014).

Portanto, todos os AINES podem antagonizar de maneira parcial ou total a terapia anti-hipertensiva, podendo até chegar a gerar crises hipertensivas (NASCIMENTO, PIGOSO, 2013; SILVA JÚNIOR, 2014). Outros medicamentos com ação analgésica e antipirética, como a dipirona e o paracetamol, também podem interferir na ação dos anti-hipertensivos (SILVA JÚNIOR, 2014).

Os não-esteroidais possuem a capacidade de reduzir ação anti-hipertensiva dos betabloqueadores (propranolol) e inibidores da enzima conversora de angiotensina (captopril) e ainda diuréticos (furosemida) (CARVALHO, BORGATTO, LOPES, 2010).

Para paciente hipertensos, a expectativa de dor leve ou moderada pode ser tratada com AINES do tipo paracetamol ou dipirona, por até 24 horas, mas até mesmo esses, podem interferir na ação dos anti-hipertensivos (NASCIMENTO, PIGOSO, 2013). Já quando a expectativa de dor for de moderada a intensa pode-se prescrever AINES do tipo diclofenaco de

potássico ou naproxeno, por até 4 dias (COSTA et al., 2013). De qualquer modo, é preciso discutir o caso com o cardiologista do paciente (TERRA, GOULART, BAVARESCO, 2011).

A ingestão de AINES por mais de uma semana por pacientes que fazem terapia anti-hipertensiva pode interferir diretamente na sua ação e reduzir a eficácia do tratamento. Assim, para aqueles que fazem uso de ECA, Beta bloqueadores e/ou diuréticos e necessitam do tratamento com AINES, estes devem ser administrados por no máximo 4 dias (BERGAMASCHI et al., 2008). Os fármacos analgésicos, anti-inflamatórios utilizados em odontologia são considerados seguros, quando em posologias e tempos adequados (BERGAMASCHI et al., 2008).

O ácido acetil salicílico (AAS) é um AINE do grupo dos salicilatos, e possui efeitos terapêuticos bem conhecidos como agente analgésico, antitérmico, anti-inflamatório. Além disso, possui uma propriedade de redução ou impedimento da adesão plaquetária, sendo por isso, muito empregado para a prevenção primária ou secundária de infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e tromboembólicos. O ácido acetilsalicílico inibe a aderência das plaquetas ao colágeno (KREISNER et al., 2003).

O AAS é uma substância rotineiramente utilizado devido ao seu efeito cardioprotetor prevenindo recidivas em pacientes com história de infarto do miocárdio, angina instável ou trombose coronária (BERGAMASCHI et al., 2008). De acordo com Roth et al. (1975) e Majerus (1983), o AAS inibe o sistema cicloxigenase plaquetária, bloqueando a produção de tromboxano, fundamental para a formação do trombo. Diferente dos outros anti-inflamatórios não-esteroidais, o AAS é um inibidor irreversível da cicloxigenase plaquetária, a partir do momento em que as plaquetas não sintetizam novas enzimas, persistindo seu efeito durante sete a dez dias, tempo de renovação da vida plaquetária (KREISNER et al., 2003).

Ao longo dos anos o ácido acetilsalicílico tem sido identificado como fator de risco para complicações hemorrágicas durante a execução procedimentos cirúrgicos ou cruentos. Ainda, hoje, é muito predominante a ideia de risco de hemorragia em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos quando em uso desses tipos de drogas (KREISNER et al., 2003).

Classicamente se preconizava a interrupção do uso quatro a cinco dias antes de uma cirurgia eletiva, ou se a condição clínica exigir a manutenção do efeito anticoagulante, este deve ser substituído pela heparina, que possui uma meia-vida mais curta, podendo ser suspensa horas antes do procedimento (KREISNER et al., 2003).

O estudo de Kreisner et al. (2003) afirma que existe uma controvérsia quanto ao risco hemorrágico de pacientes que fazem uso crônico de AAS. Isso foi justificado pelo duplo risco iminente de tromboembolismo pela interrupção da medicação, ou de hemorragia pela

continuidade da terapia. Porém, neste mesmo estudo, foi concluído que a tendência atual é de que esses pacientes possam submeter-se normalmente a procedimentos cirúrgicos sem a necessidade de interrupção do tratamento, desde que realizada uma boa técnica cirúrgica, com medidas locais que reduza os riscos de acidentes hemorrágicos. Exames laboratoriais e avaliação médica especializada são importantes auxiliares na indicação ou contra-indicação desses casos.

Uma das complicações mais temidas, é a hemorragia trans ou pós-operatória, a qual na maioria das vezes pode ser prevenida, desde que seja realizada uma adequada anamnese (KREISNER et al., 2003). Segundo Miloro et al. (2008), existem maneiras para estimular a vasoconstrição, entre as quais está a compressão mecânica, a aplicação de gelo ou as substâncias colocadas no interior do alvéolo (Hemostop ®, Gelfoam ®, Surgicel ®, Avitene ®).

Diante dos riscos de possíveis complicações cirúrgicas que os portadores de diabetes e hipertensão apresentam, e dos cuidados especiais que são necessários durante o tratamento, se torna necessário que os cirurgiões-dentistas estejam aptos para o atendimento seguro e correto dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.; GABRIELLI, M. F. R.; MEDEIROS, P. J. **Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial**. São Paulo: Ed. Santos, 2007.

BRANCO, F. P.; VOLPATO, M. C.; ANDRADE, E. D. Profilaxia da endocardite bacteriana na clínica odontológica—o que mudou nos últimos anos. **Rev Periodontia**, v. 17, n. 3, p. 23-29, 2007.

BERGAMASCHI, C. C. et al. Interações medicamentosas: analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos (Parte II). **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, v. 7, n. 2, p. 9 – 18, 2008.

CANEPPELE, T. M. F. et al. Conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o atendimento de pacientes especiais: hipertensos, diabéticos e gestantes. **Journal of Biodentistry and Biomaterials, São Paulo**, n. 1, p. 31-41, 2011.

CARVALHO, V. A. P.; BORGATTO, A. F.; LOPES, L. C. Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas de São José dos Campos sobre o uso de anti-inflamatórios não esteróides. **Ciênc Saúde Colet**, v. 15, n. Supl 1, p. 1773-1782, 2010.

CARVALHO, B. et al. O emprego dos anestésicos locais em Odontologia: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 2, p. 178-181, 2013.

COSTA, A. N. F. et al. Conduta Odontológica em Pacientes Hipertensos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 287-292, 2013.

SILVA JÚNIOR, E. D. Interação medicamentosa entre antiinflamatórios não-esteróides e anti-hipertensivos em pacientes hipertensos internados em um hospital público: uma abordagem em farmacovigilância. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 18, 2014.

SIQUEIRA, A. L.; ROCHA, F. S.; CARVALHO, Q. A. Uso de anestésicos locais com vasoconstritor em pacientes hipertensos. 4ª Semana do Servidor e 5ª Semana Acadêmica. Uberlândia, UFU 30 anos, 2008.

SOUSA, R. R. et al. O paciente odontológico portador de Diabetes Mellitus: uma revisão da literatura. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 71-77, 2003.

FARDIN, A. C. et al. Cuidados especiais no atendimento cirúrgico de pacientes diabéticos. **Rev Odontol**, v. 9, p. 524-33, 2009.

FERNANDES, F. B. B. O paciente diabético no consultório odontológico. **International Journal of Science Dentistry**, v. 1, n. 6, p. 19-26, 2013.

FERRAZ, E. G. et al. Avaliação da variação da pressão arterial durante o procedimento cirúrgico odontológico. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 36, n. 3, p. 223-229, 2007.

GROSS, J. L. et al. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 46, n. 1, p. 16-26, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.

KREISNER, P. E. et al. Procedimentos cirúrgicos em pacientes que fazem uso de ácido acetilsalicílico ou anticoagulantes orais. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo**, v. 8, n. 1, p. 22-27, 2003.

MALAMED, S. F. **Manual de anestesia local**. Rio de Janeiro, Brasil, Elsevier. 2013.

MEIRELES, G. C. S. et al. A influência do diabetes Mellitus Tipo I na cronologia do reparo de queimaduras. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 2, n. 1, p.77-86, 2010.

MILORO, M. et al. **Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson**. São Paulo: Editora Santos, 2008.

NASCIMENTO, É. M. do et al. Abordagem odontológica de pacientes com hipertensão - um estudo de intervenção. **RFO UPF**, v. 16, n. 1, p. 30-35, 2011.

NASCIMENTO, D. M.; PIGOSO, A. A. Interação medicamentosa entre antihipertensivos e anti-inflamatórios não esteroidais. **Revista Científica da FHOIUNIARARAS**, v.1, n.1, p. 14-17, 2013.

NIGRO, D.; FORTES, Z. B. Efeitos farmacológicos dos diuréticos e dos bloqueadores dos canais de cálcio. **Rev Bras Hipertens**, v. 12, n. 2, p. 103-107, 2005.

OLIVEIRA, A. E. M.; SIMONE, J. L.; RIBEIRO, R. A. Pacientes hipertensos e a anestesia na Odontologia: devemos utilizar anestésicos locais associados ou não com vasoconstritores. **HU Revista**, v. 36, n. 1, p. 69-75, 2010.

PINELLI, L. A. P. et al. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. **Rev. odonto ciênc**, v. 20, n. 47, p. 69-74, 2005.

ROCHA, L. M. A. et al. Conhecimentos e condutas para prevenção da endocardite infecciosa entre cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 17, n. 44, 2010.

SOUZA, M. O. F. et al. Incidência de alterações sistêmicas e uso de medicamentos em pacientes atendidos em clínica odontológica. **Conscientiae Saúde**, v. 6, n. 2, p. 305-311, 2007.

TERRA, B. G.; GOULART, R. R.; BAVARESCO, C. S. O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v. 14, n. 2, p. 149-161, 2011.

3 ARTIGO

Cirurgia Bucomaxilo

CONDUTA CLÍNICA E CIRÚRGICA DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE AO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO

CLINICAL MANAGEMENT AND SURGICAL DENTIST FRONT OF THE
HYPERTENSIVE PATIENT AND DIABETIC

*Dayse Hanna Maia Oliveira¹, Julierme Ferreira Rocha², José Cadmo Wanderley
Peregrino de Araújo Filho³, Eduardo Dias Ribeiro⁴, Eduardo Hochuli Vieira⁵.*

- 1. Graduanda do Curso de Odontologia, Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: dayse.hmaia@gmail.com, Tel: (83) 999043100.*
- 2. Professor Doutor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: juliermerocha@hotmail.com, Tel: 3511-3068/(83) 9975-7868.*
- 3. Professor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: cadmoaraujo@hotmail.com.*
- 4. Professor Doutor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: eduardo_ufpb@hotmail.com.*
- 5. Professor de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial da Universidade Estadual de São Paulo “Júlio de Mesquita Filho”, Campus Araraquara, São Paulo. E-mail: hochuli@foa.unesp.br. Tel: 3511-3068.*

RESUMO

Antes da realização de procedimentos cirúrgicos, é necessário observar o quadro de saúde geral do paciente, atentando para as condições sistêmicas que necessitam de cuidados especiais, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. O objetivo deste trabalho foi avaliar a conduta dos cirurgiões-dentistas atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Patos, Paraíba, frente ao atendimento clínico e cirúrgico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Foram elaborados dois modelos de questionários, sendo um subjetivo e outro objetivo, contendo, em ambos, seis questões de mesmo teor de conhecimento. Inicialmente, foi aplicado o questionário subjetivo, seguido do questionário objetivo. Os dados obtidos foram submetidos à luz da estatística descritiva, testes qui-quadrado e exato de Fisher com significância de 5%. Em um universo de trinta e nove cirurgiões-dentistas, a amostra passou a ser constituída por trinta e seis profissionais de ambos os gêneros. Constatou-se que a maioria dos entrevistados obteve conhecimento considerado insatisfatório, com 61,1% e 86,2% de erros nos questionários objetivos e subjetivos, respectivamente. Não houve associação estatisticamente significativa nas respostas obtidas nos dois modelos de questionários. Concluiu-se que os cirurgiões-dentistas avaliados apresentam conhecimento não satisfatório para a realização de atendimento clínico e/ou cirúrgico ao paciente portador de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

Descritores – Hipertensão; Diabetes Mellitus; Cirurgia Bucal.

ABSTRACT

Before performing surgical procedures, is necessary to observe the general health condition of the patient, paying attention to the clinical conditions that can inspire special care, as hypertension and diabetes mellitus. Objective of this study was to evaluate the conduct of the dentists the Basic Health Units in the city of Patos, Paraíba, in front of the clinical and surgical care of patients with hypertension and / or diabetes. Two models of questionnaires were developed, one subjective and the other objective, containing both, six questions of the same knowledge content. Initially the subjective questionnaire, followed by the objective questionnaire was applied. The data were submitted in the light of descriptive statist and Chi-square test and Fisher's exact with 5% significance. In a universe of thirty-nine dentists, the sample has to be made up of thirty-six professionals of both genders. It was found that most respondents obtained knowledge considered unsatisfactory, with 61.1% and 86.2% of errors in objective and subjective questionnaires, respectively. There was no statistically significant association in the responses obtained in the two types of questionnaires. It was concluded that the evaluated dentists have no adequate knowledge for conducting clinical care and / or surgical treatment for patients with hypertension and / or diabetes mellitus.

Keywords - hypertension; Diabetes Mellitus; Oral Surgery.

INTRODUÇÃO

Para a realização de todo procedimento cirúrgico bucal, a avaliação da história médica é um passo inicial fundamental para estabelecer qualquer plano de tratamento. É necessário sempre observar o quadro de saúde geral do paciente, atentando para todas as condições clínicas que podem aspirar cuidados especiais, como por exemplo, a hipertensão arterial (HA) e a diabetes mellitus (DM)¹.

A hipertensão é uma doença caracterizada pela elevação anormal da pressão sanguínea arterial que se apresenta quando a sistólica é maior que 140 mmHg e/ou a diastólica maior que 90 mmHg, quando em repouso. Esta condição é considerada um dos principais agravos da saúde pública mundial, afetando cerca de 20% a 30% da população adulta na maioria dos países desenvolvidos, com aumento da prevalência com o avanço da idade².

Pacientes hipertensos que fazem uso de medicações anti-hipertensivas estão diretamente ligados ao atendimento odontológico, uma vez que alguns medicamentos podem causar efeitos colaterais na cavidade oral³. Além disso, tais fármacos quando ingeridos em associação com os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES) diminuem sua eficiência, podendo causar aumento da pressão sanguínea, fato que requer a atenção do dentista. A hipertensão é a quarta condição médica mais frequente na clínica odontológica⁴.

Além da hipertensão, outra condição comum e que afeta milhares de pessoas é a diabetes mellitus. Esta é caracterizada como uma alteração metabólica crônica que se apresenta por um quadro anormal da glicemia e distúrbios metabólicos envolvendo hidratos de carbono, lipídios e proteínas, que desencadeia complicações agudas e crônicas devido à falta absoluta ou relativa de insulina que é provocada pela destruição auto-imune das células beta-pancreáticas produtoras ou pela resposta diminuída dos tecidos^{5,6,7}.

Existem dois tipos de diabetes: a tipo 1, que resulta de uma deficiência absoluta de insulina, apresentando como sintomas principais polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso, e a tipo 2, que se origina de resistência e um defeito secretor da insulina⁵.

É importante que os cirurgiões-dentistas conheçam as possíveis complicações que podem ocorrer diante do atendimento do paciente diabético⁶, pois a hiperglicemia prejudica a cicatrização das feridas e a função dos leucócitos aumentando a susceptibilidade a infecções^{5,6,8}. Recomenda-se a verificação do valor glicêmico do paciente antes de qualquer cirurgia oral. A diabetes potencializa o risco de desenvolver patologias bucais incluindo infecções agudas, periodontite, e até mesmo, condições pré-malignas e malignas⁹.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, foi estimado que no Brasil, 6,2% (9,1 milhões) e 21,4% (31,3 milhões) da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes e hipertensão, respectivamente^{10,11}. Na região nordeste o percentual apresentado no que concerne aos diabéticos foi de 5,4% e 19,4% de hipertensos¹⁰. Estima-se que o número de hipertensos pode chegar a um bilhão de pessoas em todo o mundo. Destes, metade desconhece a existência da doença devido seu caráter assintomático em muitos casos³.

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção básica à saúde realizada pela equipe multiprofissional conduza atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado para os pacientes portadores de (HA) e (DM)¹². É comum encontrar pacientes que apresentem em conjunto as duas patologias, o que dá maior relevância ao assunto acima mencionado.

Cabe ao cirurgião-dentista evitar qualquer conduta que possa comprometer o estado geral de saúde do paciente⁵. Um excelente instrumento para conhecer o perfil desses profissionais é a pesquisa em campo com o auxílio de questionários direcionados sobre o assunto, o qual optou-se para se utilizar nesse estudo.

É extremamente importante possuir o conhecimento exato a respeito dos cuidados especiais durante o tratamento cirúrgico e das possíveis complicações advindas de algo inadequadamente realizado, diminuindo assim, o risco de intercorrências durante e após o atendimento. Diante do exposto, notou-se a necessidade de avaliar a conduta dos cirurgiões-dentistas das Unidades Básicas de Saúde da cidade de Patos-PB frente ao atendimento clínico e/ou cirúrgico de pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

METODOLOGIA

O universo dessa pesquisa foi composto pelos cirurgiões-dentistas que trabalham nas 39 Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas na cidade de Patos, Paraíba, e que realizam periodicamente procedimentos clínicos odontológicos. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que se negaram a participar ou não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e os que se encontravam em período de afastamento durante o período de realização da pesquisa.

A coleta de dados foi obtida através de dois modelos de questionários, sendo um subjetivo, aplicado inicialmente e outro objetivo entregue posteriormente (Tabela 3). Ambos continham sete questões de igual teor de conhecimento e que buscavam analisar a conduta dos

cirurgiões-dentistas frente ao atendimento clínico e cirúrgico dos pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Cada pergunta do questionário objetivo continha quatro opções de resposta, sendo apenas uma correta. As questões foram elaboradas tomando por base as referências (Malamed (2013), AHA (American Heart Association) e American Diabetes Association).

Os dados obtidos foram tabulados e processados pelo Microsoft Excel®2013, sendo submetidos à luz da estatística descritiva. Comparando as respostas obtidas pelos dois modelos de questionários foram utilizados os testes qui-quadrado e exato de Fischer com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 36 (trinta e seis) cirurgiões-dentistas. Destes, 41,7% apresentavam mais de dez anos de formação e 80,5% possuíam pós-graduação (Tabela 1), obtendo o maior percentual os que possuíam especialização em saúde da família com 27,5%. (Tabela 2). Em contrapartida, apenas dois profissionais possuíam aperfeiçoamento em cirurgia oral menor e um, especialização em cirurgia bucomaxilofacial, estando estes, inseridos no grupo de profissionais que continham mais de uma especialidade.

Tabela 1 - Caracterização do perfil acadêmico dos cirurgiões-dentistas das UBS de Patos, PB, Brasil (jun/ago 2016).

Variáveis	1 a 3	4 a 6	7 a 9	A partir de 10
Há quantos anos é formado?	22,2%	25%	11,1%	41,7%
	Sim		Não	
Possui pós-graduação?	80,5%		19,5%	

Fonte: Autoria Própria.

Tabela 2 - Percentuais por especialidades encontradas.

Pós-graduação	%
Odontopediatria	6,9
Saúde da Família	27,5
Ortodontia	13,8
Implantodontia	6,9
Endodontia	6,9
Odontologia do trabalho	3,5
Mais de uma especialidade	34,5

Fonte: Autoria Própria.

A Tabela 3 sumariza os resultados obtidos com os dois modelos de questionários utilizados. Na análise comparativa entre as respostas objetivas e subjetivas emitidas, não houve associação estatisticamente significante ($p > 0.05$).

Tabela 3 - Percentual por resposta correta e incorreta nos questionários objetivos e subjetivos. Análise estatística comparativa entre as respostas utilizando o valor de p.

Variáveis	Objetivo		Subjetivo		Valor de p ⁽¹⁾
	C (%)	E (%)	C (%)	E (%)	
1. Qual a pressão arterial máxima recomendada para a realização de um procedimento cirúrgico?	11,1	88,9	5,5	94,5	0.43
2. Qual a dose máxima de vasoconstrictor (Adrenalina) que pode ser administrada em um paciente hipertenso controlado em uma sessão clínica?	13,8	86,2	5,5	94,5	0.42
3. Qual o limite máximo recomendado de glicose em jejum para a realização do procedimento cirúrgico no paciente diabético?	19,5	80,5	5,5	94,5	0.15
4. Para realização de procedimento cirúrgico em pacientes diabéticos, existe a necessidade de efetuar profilaxia antibiótica? Se sim, qual a medicação de primeira escolha e a dose recomendada?	50	50	27,7	72,3	0.05
5. Quais os medicamentos frequentemente utilizados na prática odontológica que podem interferir na ação medicamentosa dos anti-hipertensivos?	22,2	77,8	19,5	80,5	0.77
6. Para o caso paciente cardiopata que faz uso diário de Ácido Acetil Salicílico, existe a necessidade de suspender a medicação no pré-operatório? Porquê?	27,7	72,3	16,7	83,3	0.25

Fonte: Autoria Própria.

C- Questões Corretas/ E- Questões Erradas.

Feita a análise do desempenho geral dos profissionais tendo como parâmetro o número de acertos por questionário, foi definido como obtendo conhecimento insuficiente (0 a 1 acertos), regular (2 a 3 acertos), muito bom (4 a 5 acertos) e excelente (6 acertos). A maioria dos entrevistados apresentaram desempenho insatisfatório, sendo 61,1% no questionário objetivo e 86,2% no subjetivo. Apenas um profissional obteve desempenho considerado excelente em ambos os questionários, que corresponde a 2,7% dos entrevistados (Tabela 4).

Tabela 4 - Índices de desempenho dos cirurgiões-dentistas por acerto.

	Objetivo (%)	Subjetivo (%)
Insatisfatório	61,1	86,2
Regular	30,6	8,4
Satisfatório	5,6	2,7
Excelente	2,7	2,7

Fonte: Autoria Própria.

DISCUSSÃO

Após a análise dos dados obtidos através da avaliação dos questionários objetivos (QO) e subjetivos (QS) dos 36 cirurgiões-dentistas que participaram da pesquisa, obteve-se os resultados percentuais das questões corretas e incorretas.

Na primeira questão, que abordava qual o valor pressórico máximo para a realização segura de procedimento cirúrgico, o percentual de erros foi de 88,9% (QO) e 94,5% (QS) (Tabela 3). Quando em pacientes com pressão arterial de 120/80 mmHg e inferior a 130/85 mmHg, valor pressórico considerado normal, as intervenções podem ser realizadas normalmente¹³. O valor limite de referência para o atendimento na cadeira odontológica do paciente hipertenso é de 160/100 mmHg¹⁴, quando acima disto o mesmo não deve ser submetido a tratamento odontológico eletivo até que o quadro pressórico seja regularizado¹³.

Quando questionados sobre o limite máximo recomendado de glicose em jejum para a realização segura de procedimento cirúrgico no paciente diabético, 80,5% (QO) e 94,5% (QS) demonstraram desconhecer essa informação (Tabela 3). Segundo a American Diabetes Association, o valor para se estabelecer o diagnóstico da diabetes é o limite glicêmico de 126 mg/dL, considerado o máximo recomendado em casos de abordagens cirúrgicas^{5,9}.

Para tal diagnóstico, o cirurgião-dentista pode solicitar o teste oral de tolerância à glicose, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde é considerado referência no diagnóstico do diabetes^{5,9}. Quando este não puder ser realizado, como em casos de urgências, por exemplo, opta-se por utilizar a medida da glicose plasmática em jejum, obtida através do glicosímetro, aparelho eletrônico de fácil manuseio. Este tem como diabetes ou glicose

alterada quando os valores forem $\geq 126\text{mg/dl}$ ou ≥ 110 e $<126\text{mg/dl}$, respectivamente¹⁵. Abordagens cirúrgicas eletivas em pessoas com diabetes descontrolada devem ser prorrogadas até que se estabeleça o índice de controle glicêmico aceitável⁶.

Quando não controlada a diabetes oferece risco de desenvolver complicações orais devido sua maior susceptibilidade à infecções^{5,8}. O estudo de Stoeckle (2008), obteve como resultado que os diabéticos eram 4,4 vezes mais propensos a infecção na corrente sanguínea do que em não-diabéticos¹⁶. Além disso, a má cicatrização oral e a regeneração tardia dos tecidos moles e ósseos que adiam a cura em pacientes diabéticos são complicações conhecidas durante a cirurgia oral⁷, por isso, a importância do controle glicêmico do paciente, antes do procedimento, esteja em nível considerado aceitável.

A terceira pergunta do questionário era referente à profilaxia antibiótica em diabéticos, onde os entrevistados desta pesquisa responderam em 50% (QO) e 72,3% (QS) que não era necessário sua realização (Tabela 3). A maioria das infecções orofaciais em humanos se originam de infecções odontogênicas, tornando a prescrição de antibióticos por dentistas um aspecto importante da prática odontológica. Antibióticos profiláticos atuam reduzindo a chance de complicações pós-operatórias locais, como infecção ou complicações sistêmicas graves como a endocardite infecciosa¹⁷.

Devido o risco de infecções orais mais susceptíveis nos diabéticos devido à falhas na imunidade⁵, é exigido a realização de profilaxia antibiótica no pré-cirúrgico, que por sua vez, também ajuda na prejudicada e retardada cicatrização de feridas¹⁸. Pesquisas têm mostrado que esta é uma prática clínica comum^{19,17}.

De acordo com o relatório da American Dental Association, é recomendado a realização de profilaxia antibiótica para os pacientes com diabetes insulino-dependente ou algum quadro de imunossupressão para os casos de procedimentos cirúrgicos.¹⁹

A penicilina é o antibiótico considerado padrão ouro no tratamento de infecções odontogênicas, incluindo amoxicilina, metronidazol e clavulanato¹⁷. Embora existam muitos antibióticos e combinações de antibióticos que podem ser utilizados na profilaxia, quem obteve uma aceitação geral da recomendação da American Heart Association (AHA) foi a amoxicilina¹⁹. Aconselha-se o uso de 2g uma hora antes do procedimento, sendo considerada a escolha preferencial na terapia oral por ter boa absorção no trato gastrointestinal e proporcionar níveis séricos altos e sustentados, aumentando a chance da medida preventiva²⁰.

Ainda mais, quando perguntados sobre qual medicação poderia provocar alguma forma interação medicamentosa danosa aos fármacos anti-hipertensivos, 77,8% (QO) e 80,5% (QS) demonstrou desconhecer o assunto, respondendo de forma incorreta (Tabela 3). Sabe-se

que as medicações que podem provocar aumento da pressão arterial (PA) são os anti-inflamatórios não-esteroidais²¹. Os AINES podem alterar a PA em todos os pacientes, sendo os hipertensos os de maior risco. Há numerosos estudos que tem como enfoque os efeitos adversos dos anti-inflamatórios não-esteroidais sobre a pressão arterial e a diminuição da eficiência dos medicamentos anti-hipertensivos^{21,22}.

Os AINES estão entre as drogas mais prescritas no Brasil.⁷ Por seu consumo elevado, devido a alta prevalência de HA no país, é muito comum na prática clínica encontrar o uso associado entre eles e os fármacos anti-hipertensivos²².

O mecanismo pelo qual os AINES pode promover a hipertensão não é totalmente compreendido, mas acredita-se ser devido à inibição da síntese de prostaglandina (PG), através da competição com o sítio ativo da enzima cicloxigenase (COX). As PGs atuam na resposta inflamatória, na modulação da dilatação vascular renal e sistêmica, na filtração glomerular, secreção tubular de sódio e água, do sistema renina-angiotensina-aldosterona, além de serem protetoras da mucosa gástrica. Sua inibição pode provocar retenção de sódio e consequente aumento do volume de líquido intravascular e elevar os níveis de aldosterona no soro, provocando edema, hipertensão arterial, diminuição da função renal, entre outros²¹.

Quando indagados sobre o valor da dose máxima recomendada de vasoconstrictor adrenalina para o caso de pacientes hipertensos foi constatado, que 86,2% (QO) e 94,5% (QS) respondeu de forma incorreta (Tabela 3). Sabe-se que o uso de adrenalina (epinefrina) para pacientes com problemas cardiovasculares é recomendado, porém a dose deve ser reduzida no volume e na concentração sendo a dose máxima total para um adulto de 70kg de 0,04mg por consulta¹³.

De acordo com a American Dental Association e American Heart Association, complicações sérias, em pacientes normais, ocorrem em doses acima de 0,5 mg (50 mL da solução 1:100.000) de adrenalina e fatalidades com doses acima de 4 mg (400 mL da solução 1:100.000)¹⁶.

A quantidade de epinefrina liberada devido ao estresse pré-operatório, pode ser mais elevada que a quantidade exógena decorrente da anestesia local. A secreção endógena normal de catecolaminas pelas supra-renais é de cerca de 7,0µg/min de epinefrina, mas durante uma situação de estresse, a liberação pode chegar a 280µg/min, quantidade 15 vezes maior que o conteúdo de um tubete de anestésico contendo epinefrina a 1:100.000 (18µg)¹³.

As doses de um anestésico local usado na odontologia são geralmente mínimas, e os efeitos sistêmicos são, portanto, incomuns²³. A utilização do vasoconstrictor prolonga a ação do anestésico promovendo maior conforto e tranquilidade ao paciente durante o atendimento².

Diante do questionamento sobre a necessidade de suspensão o Ácido Acetil Salicílico (AAS) antes da realização de qualquer procedimento cirúrgico, 72,3% (QO) e 83,3% (QS) responderam que era necessário sua suspensão, sendo está considerada uma resposta incorreta por nosso estudo (Tabela 3). O AAS é o agente antiplaquetário mais vulgarmente usado em todo o mundo, dada o seu favorável risco-benefício e custo-benefício²⁴. Ele e outros agentes anti-plaquetas são comumente prescritos em casos de desordens cardíacas, podendo aumentar o risco de hemorragias²⁵.

Este fármaco atua inibindo irreversivelmente a função plaquetária, com tempo de ação que persiste por aproximadamente dez dias, que é o tempo de meia-vida das plaquetas²⁵, tempo este onde podem ocorrer os efeitos adversos após a suspensão da terapia anticoagulante²⁴.

Estudos relatam que a suspensão do tratamento anticoagulante é algo sem fundamentação científica e baseado em mitos. Esse estudo mostrou que existe pouca ou nenhuma diferença em termos de perda de sangue após dental cirurgia entre os pacientes que recebem terapia anticoagulante e os que não recebem, cujo coagulação é normal²⁶.

Outra pesquisa analisou a quantidade e a gravidade de sangramento associado a procedimentos ambulatoriais de cirurgia oral menor em pacientes sem alteração do seu regime de anticoagulação regular em comparação entre pacientes que nunca tomaram tal medicação e aqueles que cessaram a terapia antes da cirurgia. O sangramento foi analisado através de esponjas cirúrgicas e uma balança eletrônica com medição no pré-operatório e pós-cirúrgico. Nos resultados não foi observado diferença significativa entre os grupos em análise²⁷.

De acordo com a pesquisa de Brennan (2008), que buscou determinar se havia associação entre o AAS e aumento de sangramento durante e após uma extração dentária, observou que não há nenhuma indicação de descontinuar a medicação para os indivíduos que necessitem de extração de um único dente, ou procedimentos odontológicos semelhantemente invasivos²⁵. Além disso, Biondi-Zoccai (2006) concluiu que não se deve aderir a suspensão do AAS devido a implicação de prognóstico ruim e elevado risco de acidente cardiovascular²⁴.

O sangramento durante ou após a cirurgia oral de procedimentos odontológicos menores como exodontias e cirurgias reconstrutivas em pacientes anticoagulados em sua maioria não são incidentes de perda sanguínea grave, e que podem ser facilmente controlados através de medidas locais hemostáticas como pressão ao morder uma gaze, sutura, aplicação tópica trombina, aplicação de esponjas de gelatina, oxidados celulose e colágeno micro cristalina que são agentes hemostáticos úteis^{1,2428,26}.

O AAS aumenta moderadamente o sangramento intra e pós-operatório, portanto, a prática comum de retirada de agentes antiplaquetários deve ser repensado devido o aumento da incidência de eventos trombóticos em pacientes nos quais o tratamento foi interrompido²⁴. Estudo sugere que a alteração do regime de anticoagulação não é necessária para pacientes com INR (Razão Normatizada Internacional) de 3,0 ou menos²⁷.

Já pacientes que seram submetidos a cirurgias maiores, como as cardíacas, por exemplo, aconselha-se a interrupção do anticoagulante três dias antes da intervenção, com a re-instituição não mais tarde que três dias depois, e utilizando um anticoagulante parenteral, como heparina não fracionada ou de baixo peso molecular, como suporte de tratamento antitrombótico²⁴.

Dando continuidade ao estudo, esperava-se que a presença de alternativas de multipla escolha presentes nos questionários objetivos garantisse um maior percentual de acertos quando em comparação aos questionários subjetivos. Quando realizada à análise comparativa entre os questionários, a qual apesar de ter demonstrado um maior percentual de acertos nos questionários objetivos quando em comparação aos subjetivos, não se observou uma associação estatística significativa, que pode estar relacionada ao expressivo percentual de erros em ambos os questionários. De maneira geral, notou-se um desconhecimento sobre os assuntos abordados.

Outro fator que pode ter influenciado nesse resultado foi o número limitado da amostra, visto a quantidade de cirurgiões-dentistas que participaram da pesquisa. É provável, que diante de uma amostra mais expressiva, se possa encontrar um estatístico significativamente relevante na aplicação de questionários subjetivos e objetivos.

Com relação ao nível de conhecimento dos profissionais sobre os cuidados no atendimento cirúrgico com os pacientes hipertensos e diabéticos, obtiveram desempenho considerado insatisfatório em 61,1% (QO) e 86,2% (QS) e apenas 2,7% dos cirurgiões-dentistas obteve performance considerado excelente (Tabela 4). Esses valores podem estar associados ao fato de que 41,7% dos entrevistados é formado a mais que 10 anos, e apesar de 80,5% possuir pós-graduação (Tabela 1), há entre estes apenas dois profissionais com aperfeiçoamento em cirurgia oral menor e um especialista em cirurgia bucomaxilofacial.

Pesquisa semelhante visando verificar o conhecimento dos profissionais das UBS de Patos-PB no atendimento a usuários com hipertensão arterial (HA), concluiu que os cirurgiões-dentistas apresentaram um conhecimento relativamente adequado, porém ainda necessitando de maiores esclarecimentos sobre o tema, para suprir suas dificuldades²⁹.

CONCLUSÃO

Através da análise dos dados foi possível observar que a maioria dos cirurgiões-dentistas avaliados não apresentaram conhecimento satisfatório para a realização de atendimento clínico e/ou cirúrgico ao paciente com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

REFERÊNCIAS

1. Jowett NI, Cabot LB. Patients with cardiac disease: considerations for the dental practitioner. *British Dental Journal*, 6 september 2000, v. 189. n. 6, p. 297-302.
2. Holm SW; Cunningham LLJR; Bensadoun, E.; Madsen, M. J. Hypertension: classification, pathophysiology, and management during outpatient sedation and local anesthesia. *J Oral Maxillofac Surg*, 2006, v. 64, n. 1, p. 111-121.
3. Ogunlewe MO, James O, Ajuluchukwu JNA, Ladeinde AL, Adeyemo WL, Gbotolorun O M. Evaluation of haemodynamic changes in hypertensive patients during tooth extraction under local anaesthesia. *West Indian Med J*, 2011, v. 60, n. 1, p. 91-95.
4. Arsati F, Montalli VA, Flávio FM, Ramacciato JC, Da Cunha FL, Cecanho R, et al. Brazilian dentists attitudes about medical emergencies during dental treatment. *Int Dent Educ*, 2010, v. 74, n. 6, p. 661-666.
5. American Diabetes Association et al. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 2006, v. 29, n. 1, p. S43.
6. Javed F, Romanos GE. Impact of diabetes mellitus and glycemic control on the osseointegration of dental implants: a systematic literature review. *Journal of periodontology*, 2009, v. 80, n. 11, p. 1719-1730.
7. Abiko Y, Selimovic D. The mechanism of protracted wound healing on oral mucosa in diabetes: Review. *Bosn J Basic Med Sci* 2010, v. 10, n. 3, p. 186–191.
8. Al-maskari AY, Al-maskari MY, Al-sudairy S. Oral manifestations and complications of diabetes mellitus: a review. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 2011, v. 11, n. 2, p. 179.
9. Skamagas M, Breen TL, Leroith D. Update on diabetes mellitus: prevention, treatment, and association with oral diseases. *Oral diseases*, 2008, v. 14, n. 2, p. 105-114.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Brasília-DF 2013 [cited 2016 Set 13]. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.

11. Plano nacional de saúde. Ministério da saúde. Brasília-DF 2016. [cited 2016 Set 20]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/PlanoNacionalSaude_2016_2019.pdf

12. Helena ETS, et al. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. Saúde e Sociedade, 2010, v. 19, n. 3, p. 614-626.

13. Malamed SF. Manual de anestesia local. Elsevier. 2013, Rio de Janeiro, Brasil.

14. Araújo A, Gabrielli MFR, Medeiros PJ. Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. São Paulo: Ed. Santos, 2007.

15. American Diabetes Association et al. Executive summary: standards of medical care in diabetes. Diabetes Care, 2008, v. 31, n. Supplement 1, p. S5-S11.

16. Stoeckle M, et al. The role of diabetes mellitus in patients with bloodstream infections. Swiss medical weekly, 2008, v. 138, n. 35, p. 512.

17. Dar-odeh NS, Abu-Hammad AO, Al-Omiri MK, Khraisat AS, Shehabi AA, et al. Antibiotic prescribing practices by dentists: a review. Therapeutics and clinical risk management, 2010, v. 6, p. 301-306.

18. Ship JA. Diabetes and oral health: an overview. JADA. American Dental Association. All rights reserved, 2003, v. 134, p. 4S-10S.

19. Lockhart PB, Loven B, Brennan MT, Fox PC. The evidence base for the efficacy of antibiotic prophylaxis in dental practice. The Journal of the American Dental Association, 2007, v. 138, n. 4, p. 458-474.

20. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of Infective Endocarditis. Circulation, 2007 may 19, v. 116, n. 15, p. 1736-1754.

21. Kumar B, Swee ML. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug Use in a Patient With Hypertension: A Teachable Moment. *JAMA internal medicine*, 2015, v. 175, n. 6, p. 892-893.
22. Kalafutova S, Juraskova B, Vlcek J. The impact of combinations of non-steroidal anti-inflammatory drugs and anti-hypertensive agents on blood pressure. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*, 2013, v. 23, n. 6, p. 993-1000.
23. Finder RL, Moore PA. Adverse drug reactions to local anesthesia. *Dental Clinics*, 2002, v. 46, n. 4, p. 747-757.
24. Biondi-zoccai GGL et al. A systematic review and meta-analysis on the hazards of discontinuing or not adhering to aspirin among 50 279 patients at risk for coronary artery disease. *European heart journal*, 2006, v. 27, n. 22, p. 2667-2674.
25. Brennan MT, et al. Aspirin use and post-operative bleeding from dental extractions. *Journal of dental research*, 2008, v. 87, n. 8, p. 740-744.
26. Wahl MJ. Myths of dental surgery in patients: receiving anticoagulant therapy. *The Journal of the American Dental Association*, 2000, v. 131, n. 1, p. 77-81.
27. Campbell JH, Alvarado F, Murray RA. Anticoagulation and minor oral surgery: should the anticoagulation regimen be altered?. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2000, v. 58, n. 2, p. 131-135.
28. Spyropoulos AC, Douketis JD. How I treat anticoagulated patients undergoing an elective procedure or surgery. *Blood*, 2012, v. 120, n. 15, p. 2954-2962.
29. Vale IMS, et al. Abordagem dos cirurgiões-dentistas do Estratégia de Saúde da Família do município de Patos-PB a usuários com hipertensão arterial. *RFO UPF*, 2014, v. 19, n. 3, p. 297-303.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise dos dados foi possível observar que a maioria dos cirurgiões-dentistas avaliados não apresentaram conhecimento satisfatório para a realização de atendimento clínico e/ou cirúrgico ao paciente com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.



APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE/UFCEG
CURSO DE ODONTOLOGIA

FORMULÁRIO OBJETIVO

Há quantos anos é formado (a) _____ Possui pós-graduação? Não () Sim ()

Qual? _____

1) Qual a pressão arterial máxima recomendada para a realização de um procedimento cirúrgico? a) 130x90mmHg para paciente saudável () c) 160x100mmHg para qualquer paciente () b) 140x90mmHg para paciente hipertenso () d) 140x90mmHg para qualquer paciente ()
2) Qual a dose máxima de vasoconstrictor (Adrenalina) que pode ser administrada em um paciente hipertenso controlado em uma sessão clínica? a) 0,2 mg () c) 0,02 mg () b) 0,4 mg () d) 0,04 mg ()
3) Qual o limite máximo recomendado de glicose em jejum para a realização do procedimento cirúrgico no paciente diabético? a) 90 mg/dl () c) 120 mg/dl () b) 100 mg/dl () d) 126 mg/dl ()
4) Para realização de procedimento cirúrgico em pacientes diabéticos, existe a necessidade de efetuar profilaxia antibiótica? Se sim, qual a medicação de primeira escolha e a dose recomendada? Sim () Não () a) Amoxicilina 2g/1 hr antes do procedimento () c) Clindamicina 600mg/1 hr antes do procedimento () b) Amoxicilina 1g/1 hr antes do procedimento () d) Metronidazol 500mg/1 hr antes do procedimento ()
5) Quais os medicamentos frequentemente utilizados na prática odontológica que podem interferir na ação medicamentosa dos anti-hipertensivos? a) Nimesulida () c) Paracetamol () b) Ibuprofeno () d) Todos anteriormente mencionados ()
6) Para o caso paciente cardiopata que faz uso diário de Ácido Acetil Salicílico, existe a necessidade de suspender a medicação no pré-operatório? Porquê? Sim () Não () a) Risco de hemorragia () c) Risco de acidentes tromboembólicos () b) Dificuldade de cicatrização () d) Risco de suspensão é maior e desnecessário ()



APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE /UFCEG

CURSO DE ODONTOLOGIA

FORMULÁRIO SUBJETIVO

- 1) Qual a pressão arterial máxima recomendada para a realização de um procedimento cirúrgico?

- 2) Qual a dose máxima de vasoconstrictor (Adrenalina) que pode ser administrada em um paciente hipertenso controlado em uma sessão clínica?

- 3) Qual o limite máximo recomendado de glicose em jejum para a realização do procedimento cirúrgico no paciente diabético?

- 4) Para realização de procedimento cirúrgico em pacientes diabéticos, existe a necessidade de efetuar profilaxia antibiótica? Se sim, qual a medicação de primeira escolha e a dose recomendada?

- 5) Quais os medicamentos frequentemente utilizados na prática odontológica que podem interferir na ação medicamentosa dos anti-hipertensivos?

- 6) Para o caso paciente cardiopata que faz uso diário de Ácido Acetil Salicílico, existe a necessidade de suspender a medicação no pré-operatório? Porquê?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do projeto: **Conduta clínica e cirúrgica do cirurgião-dentista frente ao paciente hipertenso e diabético**

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha

Pesquisador Acadêmico: Dayse Hanna Maia Oliveira

Prezado (a) senhor (a):

Somos pesquisadores do Curso de Graduação em Odontologia/UFMG e estamos realizando um estudo com o objetivo de avaliar a conduta dos cirurgiões-dentistas das UBS da cidade de Patos-PB frente ao atendimento cirúrgico de pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão, visando a realização segura do mesmo, e para tanto, gostaríamos de contar com a sua participação. Garantimos considerar os princípios da ética em pesquisa com seres humanos (autonomia, beneficência, não maleficência, respeito e justiça) conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde na sua Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Informamos que esta pesquisa não oferecerá riscos previsíveis à saúde física, mental e espiritual do Sr.(a), que a participação é voluntária, que não haverá pagamento para isto, e que o(a) Sr.(a) não será prejudicado de nenhuma forma caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o(a) prejudique. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros) que os pesquisadores acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio e desde já agradecemos sua colaboração.

Contato com os pesquisadores:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador: Julierme Ferreira Rocha; Curso de Odontologia da Universidade Federal de

Campina Grande, Patos, Brasil. Tel: 3511-3068/9975-7868. E-mail:
juliermerocha@hotmail.com

Atenciosamente, Julierme Ferreira Rocha _____.

Autorização

Após ter sido informado dos meus direitos como participante e sobre a finalidade da pesquisa
“Conduta clínica e cirúrgica do cirurgião-dentista frente ao paciente hipertenso e diabético” DOU O MEU CONSENTIMENTO.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Em, _____ de _____ de 2016.

ANEXOS

NORMAS DA REVISTA BRAZILIAN ORAL RESEARCH

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Missão, escopo e política de submissão
- Apresentação do manuscrito
- Características e formatação dos tipos de manuscritos
- Termo de transferência de direitos autorais e declarações de responsabilidade
- Custo para publicação
- Exemplos de referências

MISSÃO, ESCOPO E POLÍTICA DE SUBMISSÃO

A *Brazilian Oral Research* - BOR (versão online ISSN 1807-3107) é a publicação oficial da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO (Divisão brasileira da *International Association for Dental Research* - IADR). A revista tem classificação B1 Qualis Capes (Odontologia), Fator de Impacto™ 0,937 (Institute for Scientific Information - ISI), é revisada por pares (sistema duplo-cego) e tem como missão disseminar e promover o intercâmbio de informações sobre as diversas áreas da pesquisa odontológica e com acesso aberto, modalidade dourada, sem embargo.

A **BOR** convida à submissão os seguintes tipos de artigos originais e de revisão, nas seguintes tipologias: Pesquisa Original (artigo completo ou *Short Communication*), Revisão Crítica da Literatura, Revisão Sistemática (e Meta-Análise), além de Cartas ao Editor. Todas as submissões deverão ser exclusivas à **BOR**.

A submissão dos manuscritos, e de toda documentação relacionada, deve ser realizada exclusivamente pelo ScholarOne Manuscripts™, através do link de submissão online (<http://mc04.manuscriptcentral.com/bor-scielo>).

O processo de avaliação do conteúdo científico do manuscrito será iniciado somente após o atendimento dos requisitos descritos nestas Instruções aos Autores. O manuscrito em desacordo com estes requisitos será

devolvido ao autor de correspondência para adequações.

Importante: Após ser aceito por seu mérito científico, todo manuscrito deverá ser submetido a uma revisão gramatical e estilística do idioma inglês. Para conhecer as empresas recomendadas, entre em contato com bor@sbpgo.org.br. Os autores deverão encaminhar o texto revisado juntamente com o certificado de revisão fornecido pela empresa de edição escolhida. **Não serão aceitas revisões linguísticas realizadas por empresas que não forneçam o certificado.** Exceção a esta regra é feita quando o autor de correspondência é *native English speaker*.

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

O texto do manuscrito deverá estar redigido em inglês e fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC, DOCX ou RTF).

Cada uma das figuras (inclusive as que compõem esquemas/compos) deverá ser fornecida em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Fotografias, micrografias e radiografias deverão ser fornecidas em formato TIFF, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais deverão ser fornecidos em formato PDF, em arquivo individual e separado, conforme as recomendações descritas em tópico específico.

Arquivos de vídeo poderão ser submetidos, respeitando as demais especificidades, inclusive o anonimato dos autores (para fins de avaliação) e respeito aos direitos dos pacientes.

Importante: o ScholarOne™ permite que o conjunto dos arquivos somem no máximo 10 MB. No caso de a inclusão do arquivo de vídeo acarretar em tamanho superior, é possível informar o link de acesso ao vídeo. Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Um termo de consentimento esclarecido, assinado pelo paciente, quanto ao uso de sua imagem deverá ser fornecido pelo(s) autor(es) quando solicitado pela **BOR**. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

As seções do manuscrito devem ser apresentadas observando-se as

características específicas de cada tipo de manuscrito: folha de rosto (*Title Page*), introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos e referências.

Folha de rosto (*Title Page*; dados obrigatórios)

- Indicação da especialidade*, ou área de pesquisa, enfocada no manuscrito.

*Anatomia; Biologia Craniofacial; Biologia Pulpar; Bioquímica; Cariologia; Ciências do Comportamento; Cirurgia Bucomaxilo; Controle de Infecção; Dentística; Disfunção Temporomandibular; Estomatologia; Farmacologia; Fisiologia; Imaginologia; Implantodontia - Clínica Cirúrgica; Implantodontia - Clínica Protética; Implantodontia Básica e Biomateriais; Imunologia; Materiais Dentários; Microbiologia; Oclusão; Odontogeriatrics; Odontologia Legal; Odontologia Social; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia; Patologia Oral; Periodontia; Prótese; Saúde Coletiva; Terapia Endodôntica.

- Título informativo e conciso, limitado a um máximo de 110 caracteres incluindo espaços.
- Nomes completos e por extenso de todos os autores, incluindo os respectivos números de telefone e endereços eletrônicos (email). Recomenda-se aos autores confrontar seus nomes anotados na Folha de Rosto (*Title Page*) com o perfil criado no ScholarOne™, de modo a evitar incompatibilidades.
- A participação de cada um dos autores deverá ser justificada por escrito em folha separada, observando-se os critérios de autoria e co-autoria adotados pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis em <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>
- Dados de afiliação institucional/profissional de todos os autores, incluindo universidade (ou outra instituição), faculdade/curso, departamento, cidade, estado e país, apresentados de acordo com as normas internas de citação estabelecidas pela instituição de cada um dos autores. Verificar se as afiliações foram inseridas corretamente no ScholarOne™.

Resumo: deve ser apresentado na forma de um parágrafo único estruturado (mas sem sub-divisões em seções), contendo proposição do trabalho, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta *Special characters* para caracteres especiais, se aplicável.

Descritores: devem ser fornecidos de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais, escolhidos dentre os descritores cadastrados em <http://decs.bvs.br/> ou <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> (não serão aceitos sinônimos).

Texto Principal

Introdução: deve apresentar o estado da arte do assunto pesquisado, a relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou área, identificando suas limitações e possíveis vieses. O objetivo do estudo deve ser apresentado concisamente ao final dessa seção.

Metodologia: devem ser fornecidas todas as características do material pertinente ao assunto da pesquisa (ex.: amostras de tecido, sujeitos da pesquisa). Os métodos experimentais, analíticos e estatísticos devem ser descritos de forma concisa, porém suficientemente detalhada para permitir que outros possam repetir o trabalho. Os dados de fabricantes ou fornecedores de produtos, equipamentos, ou softwares devem ser explicitados na primeira menção feita nesta seção, como segue: nome do fabricante, cidade e país. Os programas de computador e métodos estatísticos também devem ser especificados. A menos que o objetivo do trabalho seja comparar produtos ou sistemas específicos, os nomes comerciais de técnicas, bem como de produtos ou equipamentos científicos ou clínicos só devem ser citados nas seções de "Metodologia" e "Agradecimentos", de acordo com o caso. No restante do manuscrito, inclusive no título, devem ser utilizados os nomes genéricos. Nos manuscritos que envolvam radiografias, microrradiografias ou imagens de MEV, devem ser incluídas as seguintes informações: fonte de radiação, filtros e níveis de kV utilizados. Os manuscritos que relatem estudos em humanos devem incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida eticamente de acordo com a Declaração de Helsinki (*World Medical*

Association, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>). O número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://strobe-statement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da *CONSORT Statement* (<http://www.consort-statement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

Ensaio Clínico

Os ensaios clínicos segundo as diretrizes CONSORT disponíveis em www.consort-statement.org. O número de registro do ensaio clínico e o nome do registro da pesquisa serão publicados com o artigo.

Manuscritos que relatem a realização de estudos em animais devem também incluir comprovação de que a pesquisa foi conduzida de maneira ética, e o número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê Institucional de Ética deve ser citado. Caso a pesquisa envolva um registro gênico, antes da submissão, as novas sequências genéticas devem ser incluídas num banco de dados público, e o número de acesso

deve ser fornecido à **BOR**. Os autores poderão utilizar as seguintes bases de dados:

- GenBank: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Genbank/submit>
- EMBL: <http://www.ebi.ac.uk/embl/Submission/index.html>
- DDBJ: <http://www.ddbj.nig.ac.jp>

As submissões de manuscritos que incluam dados de *microarray* devem incluir a informação recomendada pelas diretrizes MIAME (*Minimum Information About a Microarray Experiment* - <http://www.mged.org/index.html>) e/ou descrever, na forma de itens, como os detalhes experimentais foram submetidos a uma das bases de dados publicamente disponíveis, tais como:

- ArrayExpress: <http://www.ebi.ac.uk/arrayexpress/>
- GEO: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/geo/>

Resultados: devem ser apresentados na mesma ordem em que o experimento foi realizado, conforme descrito na seção "Metodologia". Os resultados mais significativos devem ser descritos. Texto, tabelas e figuras não devem ser repetitivos. Os resultados com significância estatística devem vir acompanhados dos respectivos valores de p.

Tabelas: devem ser numeradas e citadas consecutivamente no texto principal, em algarismos arábicos. As tabelas devem ser submetidas separadamente do texto em formato DOC, DOCX ou RTF.

Discussão: deve discutir os resultados do estudo em relação à hipótese de trabalho e à literatura pertinente. Deve descrever as semelhanças e as diferenças do estudo em relação aos outros estudos correlatos encontrados na literatura, e fornecer explicações para as possíveis diferenças encontradas. Deve também identificar as limitações do estudo e fazer sugestões para pesquisas futuras.

Conclusões: devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos na pesquisa. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

Agradecimentos: as contribuições de colegas (por assistência técnica, comentários críticos etc.) devem ser informadas, e qualquer vinculação de autores com firmas comerciais deve ser revelada. Esta seção deve descrever a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa, incluindo os respectivos números de processo.

Plágio

A **BOR** emprega um sistema de detecção de plágio. Ao enviar o seu manuscrito para a Revista, este manuscrito poderá ser rastreado. Isto não tem relação com a simples repetição de nomes / filiações, mas envolve frases ou textos utilizados.

Referências: só serão aceitas como referências as publicações em periódicos revisados por pares. Não serão aceitos como referências manuscritos em processo de redação, dissertações, teses, ou resumos apresentados em congressos. Devem ser evitadas referências a livros.

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors*, conforme apresentadas em *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.

Grafia de termos científicos: nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal.

Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (<http://www.bipm.org> ou <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/unidLegaisMed.asp>). **Notas de rodapé no texto principal:** devem ser indicadas por meio de asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

Figuras: fotografias, micrografias e radiografias devem ter uma largura mínima de 10 cm, resolução mínima de 500 dpi, e devem ser fornecidas em formato TIFF. Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais devem ser fornecidas em formato PDF. Todas as figuras devem ser submetidas, individualmente, em arquivos separados (não inseridas no arquivo de texto). As figuras devem ser numeradas e citadas consecutivamente no corpo do texto, em algarismos arábicos. As legendas das figuras devem ser inseridas todas juntas no final do texto, após as referências.

CARACTERÍSTICAS E FORMATAÇÃO DOS TIPOS DE MANUSCRITOS

Pesquisa Original

Devem ser limitados a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Será aceito um máximo de 8 (oito) figuras e 40 (quarenta)

referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

Formatação - Arquivos de Texto

- Folha de rosto (*Title Page*)
- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Tabelas
- Referências - máximo de 40 referências
- Legendas de figuras

Formatação - Arquivos de figuras

- Figuras - máximo de 8 (oito) figuras, conforme descrito acima.

Resumo de Pesquisa Original (*Short Communication*)

Devem ser limitados a 10.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). É permitido um máximo de 2 (duas) figuras e 12 (doze) referências. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

Formatação - Arquivos de texto

- Folha de rosto
- Texto principal (10.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 100 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Tabelas
- Referências - máximo de 12 referências
- Legendas de figuras

Formatação - Arquivos de figuras

- Figuras - máximo de 2 (duas) figuras, conforme descrito acima.

Revisão Crítica de Literatura

A submissão desse tipo de manuscrito será realizada apenas a convite da Comissão de Publicação da BOR. Todos os manuscritos serão submetidos à revisão por pares. Esse tipo de manuscrito deve ter um conteúdo descritivo-discursivo, com foco numa apresentação e discussão abrangente de questões científicas importantes e inovadoras, e ser limitado a 30.000 caracteres incluindo espaços (considerando-se, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusão, agradecimentos, tabelas, referências e legendas de figuras). Incluir uma apresentação clara do objeto científico de interesse, argumentação lógica, uma análise crítica metodológica e teórica dos estudos e uma conclusão resumida. É permitido um máximo de 6 (seis) figuras e 50 (cinquenta) referências. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

Formatação - Arquivos de texto

- Folha de rosto
- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Descritores - de 3 (três) a 5 (cinco) descritores principais
- Introdução
- Metodologia
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Tabelas
- Referências - máximo de 50 referências
- Legendas de figuras

Formatação - Arquivos de figuras

- Figuras - máximo de 6 (seis) figuras, conforme descrito acima.

Revisão Sistemática e Meta-Análise

Ao resumir os resultados de estudos originais, sejam eles quantitativos ou qualitativos, esse tipo de manuscrito deve responder a uma questão específica, ser limitado a 30.000 caracteres, incluindo espaços, e seguir o estilo e formato Cochrane (www.cochrane.org). O manuscrito deve informar detalhadamente como se deu o processo de busca e recuperação dos trabalhos originais, o critério de seleção dos estudos incluídos na revisão e fornecer um resumo dos resultados obtidos nos estudos revisados (com ou sem uma abordagem de meta-análise). Não há limite para a quantidade de referências e figuras. Tabelas e figuras, caso sejam incluídas, devem apresentar as características dos estudos revisados, as intervenções que foram comparadas e respectivos resultados, além dos estudos excluídos da revisão. Demais tabelas e figuras pertinentes à revisão devem ser

apresentadas como descrito anteriormente. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

Formatação - Arquivos de texto

- Folha de rosto
- Texto principal (30.000 caracteres incluindo espaços)
- Resumo - máximo de 250 palavras
- Formulação da pergunta
- Localização dos estudos
- Avaliação crítica Coleta de dados
- Análise e apresentação dos dados
- Aprimoramento
- Atualização da revisão
- Referências - não há limite para a quantidade de referências
- Tabelas

Formatação - Arquivos de figuras

- Figuras - não há limite para a quantidade de figuras

Carta ao Editor

Cartas devem incluir evidências que sustentem a opinião do(s) autor(es) sobre o conteúdo científico ou editorial da BOR, e ser limitadas a 500 palavras. Figuras ou tabelas não são permitidas.

TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS E DECLARAÇÕES DE RESPONSABILIDADE

O manuscrito submetido para publicação deve ser acompanhado do Termo de Transferência de Direitos Autorais e Declarações de Responsabilidade, disponível no sistema online e de preenchimento obrigatório.

"CHECKLIST" PARA SUBMISSÃO INICIAL

- Arquivo de folha de rosto (*Title Page*, em formato DOC, DOCX ou RTF).
- Arquivo do texto principal (*Main Document*, manuscrito), em formato DOC, DOCX ou RTF.
- Tabelas, em formato DOC, DOCX ou RTF.
- Declaração de interesses e de financiamento, submetida em um documento separado e em formato PDF. (se aplicável)
- Justificativa para a participação de cada um dos autores, fornecida em um documento separado e em formato PDF.
- Fotografias, micrografias e radiografias (largura mínima de 10 cm e resolução mínima de 500 DPI) em formato TIFF. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/pub/filespec-images/>)
- Gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais em formato PDF.

- Cada uma das figuras deve ser submetida em arquivos separados e individuais (não inseridas no arquivo de texto).

Custo para publicação

Os autores não são submetidos a uma taxa de submissão de artigos e de avaliação.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Periódicos

Goracci C, Tavares AU, Fabianelli A, Monticelli F, Raffaelli O, Cardoso PC, et al. The adhesion between fiber posts and root canal walls: comparison between microtensile and push-out bond strength measurements. *Eur J Oral Sci.* 2004 Aug;112(4):353-61.

Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics.* 2005;115(2 Suppl):519-617. doi:10.1542/peds.2004-1441.

Usunoff KG, Itzev DE, Rolfs A, Schmitt O, Wree A. Nitric oxide synthase-containing neurons in the amygdaloid nuclear complex of the rat. *Anat Embryol (Berl).* 2006 Oct 27. Epub ahead of print. doi: 10.1007/s00429-006-0134-9

Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ.* 2005 Mar 26;330(7493):699. Epub 2005 Mar 9.

Artigos com Título e Texto em Idioma Diferente do Inglês
Li YJ, He X, Liu LN, Lan YY, Wang AM, Wang YL. [Studies on chemical constituents in herb of *Polygonum orientale*]. *Zhongguo Ahong Yao Za Zhi.* 2005 Mar;30(6):444-6. Chinese.

Suplementos ou Edições Especiais
Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res.* 2010 Aug;24 Spec Iss 1:26-32.

Periódicos Online
Barata RB, Ribeiro MCSA, De Sordi M. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de São Paulo, 1998. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(1):3-13 [cited 2008 Feb 23]. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11n1/01.pdf>.

Livros

Stedman TL. *Stedman's medical dictionary: a vocabulary of medicine and its allied sciences, with pronunciations and derivations.* 20th ed. Baltimore: Williams &

Wilkins; 1961. 259 p.

Livros

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

Online**Websites**

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. Brasília (DF): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [cited 2010 Nov 27]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>.

World Health Organization [homepage]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2011 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/en/>