



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ANÁLISE DO RISCO MÉDICO APRESENTADO PELOS PACIENTES
OBSERVADOS POR MÉDICOS DENTISTAS FORMADOS NA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária*

Por

Aura Esther Romero Arria Neiva Rosa

Setembro 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ANÁLISE DO RISCO MÉDICO APRESENTADO PELOS PACIENTES
OBSERVADOS POR MÉDICOS DENTISTAS FORMADOS NA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária*

Orientador: Professor Doutor Jorge Galvão Martins Leitão
Co-Orientadores: Professor Doutor José Maria Suárez Quintanilla e
Mestre Helder José Martins Esteves

Por
Aura Esther Romero Arria Neiva Rosa

Setembro 2011

AGRADECIMENTOS

Aos Médicos Dentistas,
cuja disponibilidade e colaboração
foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Francisco Rocha,
pela inestimável ajuda, imprescindível e permanente.

A minha irmã,
pelo seu tempo, apoio e carinho.

Aos meus pais,
pelos valores transmitidos e incondicional incentivo.

À minha avó e restantes familiares,
pelo suporte e entusiasmo.

Aos docentes do Departamento de Ciências da Saúde da UCP,
pela instrução e conhecimentos transmitidos.

Ao Professor Doutor José Quintanilla,
pela sua orientação e suporte.

Ao Dr. Helder Esteves,
pelo precioso apoio, orientação e ensinamentos
ao longo deste percurso.

Ao Professor Doutor Jorge Leitão,
pelo modelo de conhecimento e sabedoria.

Resumo

Introdução: As características da população que procura a prestação de serviços médico-dentários têm, nos últimos anos, sofrido alterações. Torna-se cada vez mais frequente o atendimento de pacientes medicamente comprometidos. Para evitar que ocorram complicações, os médicos dentistas devem conhecer o estado de saúde dos seus pacientes, através da realização de uma história clínica completa e sistematizada.

Objectivos: Identificar a prevalência de antecedentes médicos (patologias sistémicas e regimes terapêuticos), e avaliar segundo a classificação da ASA o nível de risco médico dos pacientes que solicitam tratamentos médico-dentários.

Materiais e métodos: Foi aplicado um questionário EMRRH aos pacientes de 24 médicos dentistas, que completaram a sua Licenciatura ou Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Universidade Católica Portuguesa, entre os anos de 2006-2010. Determinou-se a frequência das patologias, medicações e o nível de risco médico segundo a classificação ASA. Para o tratamento estatístico da informação colectada utilizaram-se os testes Mann-Whitney, T, Kolmogorov-Smirnov, Rho de Spearman, Kendall's tau-b, Levéne, Phi e Cramer's V.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 796 pacientes, sendo que destes, 54,8% (n=437) tinham antecedentes médicos relevantes para a prática da medicina dentária. Existiam diferenças estatisticamente significativas, entre a média das idades da população com, e sem antecedentes médicos ($p < 0,001$) e uma correlação positiva entre o número de antecedentes e a idade do participante. A análise do risco médico segundo a classificação ASA demonstrou que dos 796 participantes, 45,2% (n=359) pertenciam à classe ASA I; 32,0% (n=255) à classe ASA II; 10,9% (n=87) à classe ASA III e 11,9% (n=95) à classe IV, verificando-se que os valores mais elevados de nível ASA estavam relacionados com o aumento da idade dos participantes. Entre as várias patologias, a hipertensão foi a observada com maior frequência (16,1%), seguida das arritmias cardíacas (10,2%), angina de peito (8,7%) e reacções alérgicas a fármacos ou dispositivos médicos (8,2%). A prevalência de tratamentos medicamentosos foi de 35,5%, sendo a maioria referente à terapêutica antihipertensora (12,2%).

Conclusão: A realização de uma história clínica completa e sistematizada, aliada à determinação do nível de risco médico de cada paciente, permite a identificação das condições fisiopatológicas que requerem modificações do plano de tratamento dentário evitando emergências médicas. O questionário EMRRH, por reunir as valências mencionadas, é considerado uma ferramenta útil para a boa prática da Medicina Dentária.

Palavras-chave: História Clínica; Antecedentes Médicos, Estado de Saúde; Pacientes Medicamente Comprometidos; Tratamentos Médico-Dentários; Emergências Médicas; Risco Médico.

Abstract

Introduction: The population seeking dental care has been changing over the recent years. The frequency of treatments in medically compromised patients has increased. To prevent complications, dentists should know the health status of their patients by performing a complete and systematic medical history.

Objective: To evaluate the prevalence of medical background (systemic diseases and drug therapy) and identify the level of medical risk of patients seeking dental care by using ASA classification.

Material and methods: The questionnaire EMRRH was applied to patients treated by 24 graduated dentists from Universidade Católica Portuguesa between 2006 and 2010. The frequency of diseases, medications and the level of medical risk according to ASA were determined. The tests: Mann-Whitney, T, Kolmogorov-Smirnov, Spearman Rho, Kendall's tau-b, Levéne, Phi and Cramer's V were included in the statistical analysis of the collected information.

Results: A total number of 796 patients were registered. From these, 54.8% (n=437) had an important medical background for the dental care practice. There were significant differences between the average age of the population with or without former medical problems ($p < 0,001$) and a positive correlation between the number of antecedents and the age of the participant. The analysis of risk according to the ASA classification showed that out of 796 patients, 45.2% (n=359) were within ASA I group; 32.0% (n=255) were classified in group II; 10.9% (n=87) in group III and 11.9% (n=95) in group IV. It was observed that the highest ASA values were associated to the increasing age of the participant. Among the diverse pathologies the one with the highest percentage was hypertension (16.1%) followed by cardiac arrhythmia (10.2%), angina (8.7%) and allergies to drugs or medical devices (8.2%). The prevalence of drug treatments was 35.5%, mostly related to antihypertensive therapy (12.2%).

Conclusion: A complete and systematic medical history, combined with the medical risk assessment of each patient, allows the identification of pathophysiological conditions that require modifications of the dental treatment plan to prevent medical emergencies. The questionnaire EMRRH, holds together the valences mentioned therefore it is considered a useful tool for good practice of dentistry.

Key-words: *Medical History; Medical Background; Health Status; Medically Compromised Patients; Dental Care; Medical Emergencies; Medical Risk.*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Epidemiologia das patologias crónicas	3
1.2. Patologias/condições crónicas mais prevalentes na prática da Medicina Dentária e as suas implicações.....	6
1.2.1. Doenças cardiovasculares.....	7
1.2.2. Palpitações e arritmias cardíacas	13
1.2.3. Insuficiência cardíaca	14
1.2.4. Doenças do endocárdio e válvulas cardíacas.....	15
1.2.5. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica	16
1.2.6. Distúrbios plaquetares e coagulopatias	17
1.2.7. Patologia hepática.....	18
1.2.8. Doença renal.....	21
1.2.9. Doenças respiratórias crónicas	23
1.2.10. Diabetes <i>mellitus</i>	27
1.2.11. Doenças da glândula tiróide	29
1.2.12. Doença oncológica	31
1.2.13. Epilepsia.....	33
1.2.14. Hiperventilação	34
1.2.15. Perdas Transitórias de Consciência.....	35
1.2.16. Alergias a medicamentos e dispositivos médicos.....	36
1.2.17. Medicação	37
1.2.18. Gravidez	38
1.3. História clínica	39
1.4. Fundamentação e justificação do tema do estudo	40
2. OBJECTIVOS.....	43
3. MATERIAIS E MÉTODOS	47
3.1. Delineamento experimental.....	49
3.2. Materiais e instrumentos	49
3.2.1. Declaração de consentimento informado	49
3.2.2. Software de aplicação do questionário	49
3.2.3. Questionário impresso	50
3.2.4. Questionário para caracterização do paciente	50
3.2.5. Questionário <i>European Medical Risk Related History (EMRRH)</i>	50
3.2.6. SPSS (versão 18.0).....	51

3.2.7.	GPower 3.1	51
3.3.	Métodos	51
3.3.1.	Tipo de estudo	51
3.3.2.	Distribuição do questionário.....	51
3.3.3.	Amostra	52
3.3.4.	Cálculo da amostra	52
3.3.5.	Tratamento estatístico.....	53
4.	RESULTADOS	57
5.	DISCUSSÃO.....	77
6.	CONCLUSÃO	95
7.	BIBLIOGRAFIA.....	99
8.	ANEXOS.....	a
8.1.	Anexo A – Consentimento informado.....	c
8.2.	Anexo B – Questionário <i>European Medical Risk Related History</i> (EMRRH) em formato Excel®	e
8.3.	Anexo C – Questionário <i>European Medical Risk Related History</i> (EMMRH) impresso	g
8.4.	Anexo D – Mensagem de correio electrónico	k
8.5.	Índice de Tabelas.....	m
8.6.	Índice de Figuras	o
8.7.	Índice de abreviaturas.....	q

***ANÁLISE DO RISCO MÉDICO APRESENTADO PELOS PACIENTES
OBSERVADOS POR MÉDICOS DENTISTAS FORMADOS NA UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA***

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Epidemiologia das patologias crónicas

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define as patologias crónicas como: doenças de longa duração e geralmente de progressão lenta (1).

Representam a principal causa de mortalidade prematura e morbidade na Europa e nos restantes países do Mundo. Estima-se que a proporção de óbitos no Mundo devido a doenças crónicas aumentará de 59% em 2002 para 69% em 2030 (2). Nos países desenvolvidos, verificou-se em geral que, em 2002, as doenças crónicas foram responsáveis por 87% dos óbitos, tendo sido apenas 7% atribuídos a doenças transmissíveis ou deficiências nutricionais e 6% a lesões (3). No grupo etário menor que 60 anos, 72% dos óbitos deveram-se a doenças crónicas ou doenças não transmissíveis, as doenças transmissíveis representaram 8% e as lesões 21%. Há ainda a referir neste grupo etário que, 68% dos DALYs (disability-adjusted life year) resultaram de doenças crónicas (1,4).

A probabilidade de desenvolver uma doença crónica potencialmente debilitante aumenta com a idade, devido à progressiva acumulação e exposição a factores de risco durante a vida (5).

O processo de envelhecimento pode ser definido como: “o resultado de progressivas e generalizadas alterações na função, o que leva a perda da resposta adaptativa ao stress e a um aumento do risco de doenças relacionadas com a idade” (6). Portanto, existe um processo degenerativo, que apresenta um carácter progressivo nas alterações celulares, levando a transformações que aumentam a vulnerabilidade dos que envelhecem, mas não necessariamente tornando-os mais frágeis (7).

A coexistência de doenças crónico-degenerativas está intimamente relacionada com o processo de envelhecimento. Entretanto, este processo não é apenas biológico. O conjunto de transformações degenerativas inclui também alterações a nível social e psicológico (7).

Embora não exista actualmente uma teoria concreta que explique o processo biológico do envelhecimento, pode afirmar-se que esses mecanismos biológicos actuam em conjunto com factores hereditários e externos, como presença de patologias e o estilo de vida (3).

Segundo as Nações Unidas, no ano 2000, havia 650 milhões de pessoas no Mundo com idade superior a 65 anos, e estima-se que em 2025 este número aumente para 1,2 bilhões, atingindo os 2 bilhões em 2050. O envelhecimento da população mundial tem como principais causas: a diminuição da fertilidade e o aumento da esperança média de vida (8).

Em Portugal, o número de pessoas com idade superior a 65 anos aumentou consideravelmente nos últimos 40 anos, subindo de 8% para 16% entre 1961 e 2001, acompanhando o aumento da esperança média de vida. Na realidade, as projecções demográficas mais recentes estimam que este número volte a aumentar para cerca de 32% do total da população em 2050 (9).

Até aos anos 60, as doenças crónicas eram consideradas um problema apenas da população mais idosa ou abastada. Actualmente, nos países desenvolvidos, verifica-se um aumento das doenças crónicas que afectam igualmente pessoas pobres, jovens e indivíduos de meia-idade (1,4). Estes achados sugerem que as patologias crónicas não podem continuar a ser consideradas apenas um problema da população idosa (1,10).

Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento da eficácia dos tratamentos de patologias pediátricas, tanto congénitas como adquiridas. Contudo, muitas destas crianças não se encontram totalmente curadas (ex. fibrose cística), padecendo das sequelas da patologia (ex. artrite reumatóide juvenil) ou do tratamento (11).

Recentes evidências nos Estados Unidos demonstram um aumento rápido, a partir dos anos 60, do número de crianças e adolescentes com problemas de saúde crónicos, como consequência dos níveis crescentes de obesidade (5).

Prevê-se que a diabetes do tipo II, desencadeada por obesidade, possa tornar-se nos próximos 10 anos, na forma mais prevalente de diabetes diagnosticada em adolescentes. Isto acarreta implicações tanto para a saúde individual, como para a Saúde Pública. Estes pacientes apresentam com frequência falta de compreensão e colaboração, estado psicológico debilitado, risco aumentado de nefropatia, retinopatia e doença cardiovascular quando comparadas com crianças com diabetes do tipo I (12).

O aumento de patologias crónicas nas idades mais jovens reflecte-se, posteriormente, em taxas elevadas das mesmas condições na fase adulta (11,13).

O tipo de patologias está também a alterar-se. Se tradicionalmente, dentro das patologias crónicas encontravam-se incluídas as doenças cardiovasculares, a diabetes, a asma ou a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), à medida que as taxas de sobrevivência e duração de outras doenças têm aumentado, tem-se incluído também neste grupo vários tipos de neoplasias, VIH/SIDA, doenças mentais (como a depressão, a esquizofrenia e a demência) e incapacidades, como a perda de visão e artroses (1,4).

O futuro da prevalência das doenças crónicas pode ser projectado através do conhecimento aumentado dos seus factores de risco, estilos de vida associados e predisposição genética dos indivíduos (1,3).

Globalmente os factores de risco externos das doenças crónicas são a hipertensão, o tabagismo, hipercolesterolemia, o baixo consumo de vegetais e frutas, excesso de peso e obesidade, sedentarismo e alcoolismo (1).

Actualmente, a maioria das doenças crónicas não ocorre de forma isolada. O número de pessoas com patologias múltiplas tem aumentado, criando uma gama diversa e complexa, e por vezes contraditória, de necessidades aos afectados e aos prestadores de cuidados de saúde (5).

A ocorrência simultânea de várias condições médicas na mesma pessoa denomina-se multimorbilidade. Este termo é frequentemente utilizado como sinónimo de comorbilidade, contudo, este último refere-se mais especificamente a condições que ocorrem como consequência de uma condição inicial. Não existe, ainda, consenso na forma como qualificar e quantificar a multimorbilidade (5).

As patologias crónicas necessitam de atenção complexa e assistência social a longo termo, coordenada por diferentes profissionais de saúde com acesso a medicamentos e equipamentos (4).

As suas implicações económicas são graves reduzindo a produtividade laboral, a capacidade de obtenção de rendimentos, os salários e aumentando a instabilidade no emprego, sendo causa de reforma prematura (1).

1.2. Patologias/condições crónicas mais prevalentes na prática da Medicina Dentária e as suas implicações

A Medicina Dentária actual encontra-se em evidente evolução desde há 20 anos, não só porque surgiram alterações nas técnicas e procedimentos efectuados, mas também, devido ao tipo de pacientes que agora procura tratamento médico-dentário (14).

No passado, o problema do risco médico nos consultórios médicos dentários não era tido como um factor importante. A maioria das pessoas que necessitavam de tratamentos de saúde oral era saudável. Aqueles que não o eram, frequentemente morriam prematuramente ou permaneciam em regime de internamento hospitalar (15), antes de necessitarem de tratamentos dentários significativos, ou apenas lhes eram executadas exodontias (16). Os avanços da medicina, têm permitido que um maior número de doentes com patologias sistémicas esteja agora a receber tratamento em ambulatório, este facto, aliado ao aumento da longevidade sem alteração da idade média provável de desenvolvimento de doenças crónicas (58 anos nas mulheres e 59,5 anos homens), reflecte-se no tipo de população que procura cuidados de saúde oral (17).

Como resultado, os médicos dentistas têm agora de enfrentar decisões mais sérias e complexas que afectam não só a qualidade de vida dos seus pacientes, mas também a sua longevidade (16).

Ao realizar tratamentos em pacientes medicamente comprometidos, o médico dentista deve ter pleno conhecimento do seu estado de saúde e da terapêutica implementada, uma vez que frequentemente são necessários ajustes no plano de tratamento médico-dentário, de forma a reduzir o risco de complicações médicas agudas (15).

Estudos têm revelado que, globalmente, os médicos dentistas podem não estar suficientemente treinados para detectar e lidar com estes problemas (18,19).

1.2.1. Doenças cardiovasculares

Hipertensão arterial

A hipertensão é uma elevação anormal da tensão arterial, sendo por vezes fatal, se permanecer sem tratamento. Os doentes com hipertensão podem não manifestar sintomas durante vários anos. Contudo, esta é responsável por diversos danos nos principais órgãos, incluindo o coração, o cérebro, os rins e os olhos. Nos adultos, a hipertensão define-se como uma tensão arterial sistólica constante, igual ou superior a 140 mm Hg, e/ou uma tensão arterial diastólica constante, igual ou superior a 90 mm Hg (14,20).

A hipertensão é um factor de risco bem estabelecido para as doenças cardiovasculares. Estima-se que seja responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes prematuras no Mundo, contribuindo para o aparecimento de 62% das doenças cérebro-vasculares, e de 49% dos casos de doença isquémica cardíaca (21).

O *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* no seu sétimo relatório (JNC 7), apresenta uma revisão das *guidelines* de 1997, onde redefine a tensão arterial “normal” como menor que 120/80 mm Hg e introduzindo a “pré-hipertensão” como uma nova categoria (120-139/80-89 mm Hg) (Tabela 1) (22).

Tabela 1 Classificação da tensão arterial segundo o JNC 7

Classificação da hipertensão	Pressão arterial sistólica (mm Hg)	Pressão arterial diastólica (mm Hg)
Normal	< 120	e < 80
Pré-hipertensão	120 – 139	ou 80 – 89
Estadio 1 Hipertensão	140 – 159	ou 90 – 99
Estadio 2 Hipertensão	≥ 160	ou ≥ 100

O médico dentista deve desempenhar um papel importante na detecção desta condição, podendo ser o primeiro a verificar que um paciente apresenta valores elevados de tensão arterial ou sintomas de hipertensão. Além disso, o médico dentista é igualmente útil na monitorização dos doentes já diagnosticados e medicados, constatando se de facto a

hipertensão se encontra controlada, uma vez que podem existir falhas na terapêutica devido à falta de adesão a esta pelo paciente, ou por uma inapropriada prescrição: selecção do medicamento ou posologia (14).

Durante a realização da história clínica, é importante ter em atenção que, ocasionalmente, os pacientes não referem ter hipertensão arterial, apesar de tomarem medicação, geralmente utilizada para este fim. Além disso, os pacientes podem encontrar-se a receber tratamento para condições derivadas da hipertensão (14).

Ao providenciar tratamentos médico-dentários a paciente hipertensos, a principal preocupação consiste no facto de que, durante o tratamento, o doente desenvolva uma elevação aguda da pressão arterial que pode desencadear um enfarte do miocárdio ou acidente vascular cerebral (AVC) (23).

Apesar disso, o risco dos tratamentos médico-dentários de rotina em pacientes com hipertensão arterial é baixo, ou seja, pacientes com tensão arterial menor que 180/110 mm Hg podem ser submetidos a qualquer tratamento dentário (cirúrgico e não-cirúrgico). Enquanto que estes tratamentos em pacientes com valores de tensão arterial igual ou superior a 180/110 mm Hg, devem ser adiados e o paciente encaminhado ao médico assistente com a maior brevidade possível (Tabela 2) (14).

Tabela 2 Recomendações para prestação de tratamentos médico-dentários em pacientes com hipertensão arterial.

Pressão arterial (mm Hg)	Tratamento médico-dentário recomendado	Encaminhamento médico
≤ 120/80	Nenhum requerimento	Não
> 120/80 mas < 140/90	Nenhum requerimento	Recomendar consulta com o médico.
≥ 140/90 mas < 160/100	Nenhum requerimento	Recomendar consulta com o médico.
≥ 160/100 mas < 180/110	Nenhum requerimento, mas considerar a medição da tensão arterial durante a realização do tratamento	Encaminhar o paciente directamente para o médico (1 mês)
≥ 180/110	Adiar o tratamento	Encaminhar o paciente o mais brevemente possível; Se o paciente apresentar sintomas, encaminhar imediatamente.

Ao tratar doentes hipertensos, o médico dentista deve ter em conta algumas considerações como medidas de redução do stress e ansiedade e a prevenção de interacções medicamentosas, uma vez que, o uso excessivo de vasoconstritor combinado com alguns medicamentos anti-hipertensores, como os agentes β -bloqueadores não selectivos, pode desencadear um aumento agudo da tensão arterial (24). Deve-se ainda estar ciente dos efeitos secundários dos mesmos, que podem ser responsáveis por xerostomia, lesões na cavidade oral, hiperplasia gengival e predispor o paciente a hipotensão ortostática (14,23).

Doença cardíaca isquémica

A principal causa subjacente das doenças cardíacas isquémicas consiste na formação de placas de ateroma nas artérias coronárias. A aterosclerose resulta da acumulação anormal de depósitos lipídicos e tecido fibroso na túnica interna das artérias, provocando espessamento das suas paredes e estreitamento do seu lúmen, com conseqüente diminuição do suprimento de sangue e oxigénio (25).

A isquemia resulta de um desequilíbrio entre as necessidades e o fornecimento de oxigénio ao miocárdio, tendo subjacente, em regra, uma obstrução, parcial ou total, de uma artéria coronária. Pensa-se que, a dor associada a esta situação pode dever-se à estimulação das terminações simpáticas do coração por metabolitos acumulados, provenientes do miocárdio isquémico (26).

Nas várias síndromes isquémicas agudas do miocárdio – angina estável, angina instável e enfarte agudo do miocárdio – a dor por elas desencadeada tende a ser semelhante na qualidade e na localização, mas costuma ser diferente, de uma para a outra, no que se refere sobretudo à intensidade, à extensão da irradiação, à duração, aos factores desencadeantes e aos que aliviam, e aos sintomas acompanhantes (26).

Desta forma, em qualquer das três situações acima referidas a dor é geralmente descrita como “sensação de peso ou aperto”, tipicamente, esta não se instala de forma súbita, mas atinge uma intensidade máxima após um crescendo. Habitualmente a dor é retrosternal, com irradiação para a porção anterior do pescoço, mandíbula e ao longo do bordo cubital do braço esquerdo (26).

A dor na angina de peito estável é, em regra, desencadeada pelo esforço e tem a duração de 3 a 10 minutos a contar do momento em que o doente interrompe ou diminui o esforço, pode também ser desencadeada por stress emocional, ou pelo aumento do retorno venoso ao coração a partir dos membros inferiores quando o doente está deitado, este último é o desencadeante da angina de decúbito. Caracteristicamente, a dor da angina estável é aliviada em poucos minutos, por nitroglicerina sublingual (20,26).

A angina instável consiste numa angina que sofreu um agravamento, traduzido por um aumento da frequência ou da duração dos episódios anginosos, ou por estes passarem a ser desencadeados por esforços mais ligeiros do que anteriormente ou a ocorrer em repouso. É

considerada característica da angina instável a dor com as características semelhantes às da angina típica, mas com duração superior a 10 minutos ou surgindo em repouso (20,26).

O enfarte agudo do miocárdio é provocado pela oclusão súbita de uma artéria coronária devido, geralmente, ao rompimento de uma placa aterosclerótica, o que conduz à total falta de irrigação e oxigenação (necrose) de uma determinada área do músculo cardíaco (25). Caracteriza-se por uma dor que normalmente aparece em repouso, intensa e que não responde à nitroglicerina sublingual, com uma duração superior a 15 minutos. Frequentemente verifica-se irradiação da dor, sendo acompanhada dos seguintes sinais e sintomas: sensação de fraqueza, náuseas, vômitos, ansiedade, palidez e suores frios (26).

Antes de realizar tratamentos em doentes com antecedentes de doença cardíaca isquémica, o médico dentista deve, em primeiro lugar, analisar a gravidade da patologia, o tipo e magnitude do procedimento médico-dentário a realizar, e o grau de ansiedade e estabilidade do doente (14).

Geralmente, nos pacientes com angina estável, os tratamentos dentários necessários podem ser realizados, desde que as devidas medidas preventivas sejam tomadas. Estas incluem: um protocolo de redução do stress e ansiedade, consultas de curta duração, disponibilidade de nitroglicerina durante a consulta e uso limitado de vasoconstritor na anestesia local, não sendo também aconselhável a sua colocação no fio de retracção. Já na angina instável e nos doentes que sofreram enfarte do miocárdio há menos de um mês, os procedimentos médico-dentários electivos devem ser adiados e, se de facto for necessário intervir, o médico dentista deve restringir-se a tratamentos conservadores, limitando-se ao alívio da dor, controlo de infecção e hemorragia (14).

Após um enfarte do miocárdio pode existir um risco aumentado de instabilidade cardíaca, arritmias e ocorrência de novo enfarte, se os danos no controlo da condução eléctrica do coração não forem muito graves, este risco diminui com o passar do tempo. Estudos anteriores indicavam que os tratamentos médico-dentários não deviam ser realizados nos primeiros seis meses após um enfarte do miocárdio devido aos riscos descritos anteriormente (27–29). Actualmente, os trabalhos mais recentes sugerem que as intervenções médico-dentárias só necessitam ser adiadas por quatro a seis semanas após a ocorrência de um enfarte de miocárdio não complicado, esta redução do tempo de risco é justificada pelo melhoramento na atempada instituição de terapêutica, que promove a fibrinólise e

revascularização (30). Contudo, ao prestar cuidados médico-dentários nestes doentes o médico dentista deve implementar as mesmas medidas preventivas que se aplicam no acaso da angina, estando também consciente que normalmente existe algum grau de falência cardíaca associada (14).

Os doentes com cardiopatia isquêmica encontram-se muitas vezes medicados com antiagregantes plaquetares ou anticoagulantes (14). Estas terapêuticas medicamentosas têm sido frequentemente associadas com o aumento do tempo de sangramento, e risco de hemorragias pós-operatórias. Porém, usualmente são possíveis de controlar através da implementação de medidas hemostáticas locais (31).

Assim, para a realização de procedimentos cirúrgicos médico-dentários a terapia com antiagregantes plaquetares não deve ser suspensa. O mesmo se aplica para os pacientes a realizar terapia com anticoagulantes orais, todavia, neste último caso, o valor do INR (*International Normalized Ratio*) deve ser determinado no dia da cirurgia, a qual poderá ser realizada, se o INR tiver um valor de 3,5 ou inferior (31).

As complicações embólicas apresentam uma probabilidade três vezes superior de ocorrerem em doentes que interromperam a terapêutica com anticoagulantes, face à probabilidade de serem desencadeadas complicações hemorrágicas em doentes que não interromperam a terapêutica (32).

O médico dentista deve ter conhecimentos sobre a forma de como actuar, caso um episódio de angina ou enfarte, tenha lugar no seu consultório.

O estudo inglês, sobre a prevalência de emergências na prática da Medicina Dentária, na Inglaterra, verificou que em média, cada médico dentista depara-se com 0,17 episódios de angina de peito por ano, correspondendo desta forma, a uma das complicações mais comuns no consultório. Por sua vez, as emergências médicas associadas ao enfarte do miocárdio apresentam baixa incidência, 0,003 casos por médico dentista por ano (33). No estudo realizado por Smeets e col., 2,4% das complicações em consultórios médico-dentários corresponderam a episódios de angina de peito, 1% a enfarte do miocárdio e 1,4% de AVC (34).

Deve, também, estar consciente que os medicamentos utilizados para tratar as doenças cardíacas isquémicas podem levar a alterações na cavidade oral, como xerostomia, disgeusia e estomatite (14).

1.2.2. Palpitações e arritmias cardíacas

As palpitações constituem, juntamente com a dispneia e a dor no peito, uma das queixas que com mais frequência levam o doente a procurar o cardiologista, contudo, muitos destes casos não são devidamente diagnosticados e as necessárias medidas terapêuticas não são implementadas (35).

As palpitações definem-se como a percepção consciente dos batimentos cardíacos por parte do paciente, como uma sensação desagradável de pulsação, movimento no peito e/ou áreas adjacentes. Está associado a desconforto, sentimento de alarme e menos comumente a dor (35,36).

A etiologia das palpitações pode ser dividida em 5 grupos principais: arritmias cardíacas, cardiopatia estrutural, alterações psicossomáticas, patologias sistémicas e medicamentosas. Contudo, é comum uma etiologia multifactorial (35).

As arritmias consistem numa variação anormal dos batimentos cardíacos, com contracção miocárdica ventricular ou auricular, de ritmo ou frequência alterada (14).

O stress e a ansiedade podem desencadear um episódio de arritmia cardíaca num paciente susceptível. Estes doentes possuem um risco aumentado de angina de peito, enfarte do miocárdio, AVC ou insuficiência cardíaca (14).

Assim, o médico dentista deve adoptar as medidas recomendadas de redução do stress e ansiedade, e ter atenção na utilização de anestesia local com vasoconstritor, principalmente se o doente se encontrar medicado com bloqueadores β não selectivos (14).

Os pacientes com arritmias podem necessitar de aparelhos reguladores do ritmo cardíaco (*pacemakers* e desfibrilhadores), pelo que é necessário ter cuidado com a utilização de equipamentos eléctricos que possam causar interferência electromagnética, como o eletrobisturi e alguns tipos de ultra-sons (14).

Os pacientes com arritmias podem também encontrar-se medicados com anticoagulantes ou digitálicos. Estes últimos podem provocar episódios de arritmia quando

combinados com vasoconstritores, e possuem uma estreita margem de segurança, pelo que podem desencadear toxicidade, o que é especialmente preocupante em pacientes idosos, com hipotireoidismo, insuficiência renal, desidratação, hipocalcemia e hipomagnesemia. O médico dentista deve assim, estar atento a sinais de toxicidade, nomeadamente: hipersalivação, náuseas, vômitos, cefaleias, alterações da visão e sonolência (14).

Alguns medicamentos antidirítmicos podem provocar manifestações orais como xerostomia, disgeusia, reacções liquenóides e hiperplasia gengival (14).

1.2.3. Insuficiência cardíaca

A Insuficiência cardíaca consiste numa síndrome que ocorre em indivíduos que, devido a alguma anomalia cardíaca, herdada ou adquirida, desenvolvem um conjunto de sintomas (dispneia e fadiga) e sinais (edema, ferveres) clínicos, consecutivos à falência hemodinâmica. Na Tabela 3 encontram-se as causas mais comuns subjacentes à insuficiência cardíaca (14,20).

Tabela 3 Etiologias mais comuns da insuficiência cardíaca.

Causas mais comuns da insuficiência cardíaca
Doença coronária
Hipertensão
Cardiomiopatia
Valvulopatia cardíaca
Miocardite
Endocardite infecciosa
Doença cardíaca congénita
Hipertensão pulmonar
Embolia pulmonar
Patologia endócrina

A insuficiência cardíaca é uma patologia com elevada prevalência nos países ocidentais. A sua incidência tem vindo a aumentar devido às melhorias no tratamento das doenças cardiovasculares, que proporcionam uma taxa de sobrevivência maior em eventos de isquemia aguda, como por exemplo: casos de enfarte do miocárdio. Da mesma forma, o crescente envelhecimento da população também contribui para o aumento da incidência desta patologia, uma vez que, esta afecta principalmente as pessoas mais idosas (37,38).

Os doentes com insuficiência cardíaca sintomática, ou não controlada, podem desenvolver um agravamento dos sintomas, com falência aguda, arritmia, enfarte do miocárdio e AVC. Assim, de forma a evitar uma situação de emergência no consultório, os tratamentos médico-dentários, nestes pacientes, devem restringir-se ao controlo de infecção, hemorragia e dor (14).

O médico dentista deve ter em atenção que estes doentes podem apresentar dificuldades respiratórias, e por vezes não toleraram a posição supina na cadeira. Além disso, podem padecer de outras patologias base, como hipertensão e doença coronária, bem como, encontrarem-se medicados com agentes bloqueadores β não selectivos e digitálicos, pelo que o médico dentista deve tomar os devidos cuidados, mencionados em epígrafe, estando atento a manifestações orais causadas por este tipo de medicação (14).

1.2.4. Doenças do endocárdio e válvulas cardíacas

As doenças das válvulas cardíacas resultam principalmente de dois tipos de anomalias mecânicas. A estenose valvular, na qual estas apresentam um estreitamento e rigidez anormal, e a incapacidade de fechar completamente, que se denomina incompetência valvular ou regurgitação. Todavia, ambas podem coexistir. Os factores desencadeantes destas condições incluem condições congénitas, que podem provocar morte precoce, ou, menos graves, nas quais o doente sobrevive até à idade adulta (25).

As válvulas cardíacas tendem a degenerar-se com a idade. Pode ocorrer dilatação do anel valvular, degeneração do tecido conjuntivo de suporte, ou destruição aguda devido a inflamação necrosante (endocardite infecciosa). A cicatrização pós-inflamatória, particularmente associada à febre reumática, é também uma causa *major* de valvulopatia (25).

As válvulas cardíacas danificadas, independentemente da causa subjacente, são mais susceptíveis à formação de trombos e colonização por bactérias. As válvulas afectadas com

maior frequência nesta condição são as do lado esquerdo do coração – a válvula mitral e aórtica (25).

O médico dentista ao atender doentes com valvulopatias, deve ter os devidos cuidados com as alterações hemodinâmicas presentes nestas condições, causadas pela patologia em si, assim como, resultantes da medicação prescrita. Para além disso, procedimentos para a prevenção da endocardite infecciosa podem ser necessários (14).

1.2.5. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica

A endocardite infecciosa consiste numa infecção microbiana da superfície endotelial do coração ou das válvulas cardíacas, que frequentemente ocorre na proximidade de defeitos congénitos ou adquiridos. Pode ainda ocorrer uma infecção, clínica e patologicamente semelhante, no endotélio das artérias, normalmente adjacente a um defeito vascular, ou a um aparelho protético (14).

As bactérias são o factor etiológico mais frequente. Não obstante, fungos e outros microrganismos podem também estar envolvidos (14,25).

Para que esta patologia se desenvolva, é necessário que ocorra um episódio de bacteriemia e a presença de vegetações no endocárdio (25).

A endocardite infecciosa tem sido classificada em: subaguda e aguda, sendo esta última definida como uma doença febril que provoca rapidamente lesão das estruturas cardíacas, com disseminação hematogénica para locais extra-cardíacos, que pode ser fatal no prazo de semanas. A endocardite subaguda segue um curso indolente, raramente causa infecção metastática e progride gradualmente, excepto se for complicada com um evento embólico importante ou pela ruptura de um aneurisma micótico (20).

Devido à arbitrariedade desta classificação, actualmente tem-se optado por uma classificação baseada no microrganismo envolvido e no tipo de válvula infectada (endocardite de válvula nativa ou protética) (14).

A profilaxia consiste no conjunto de medidas que têm como finalidade prevenir ou atenuar as doenças, as suas complicações e consequências. A profilaxia antibiótica baseia-se na prevenção, através da administração local e/ou sistémica de agentes antimicrobianos (20).

Na Medicina Dentária, a profilaxia antibiótica sistémica prévia à realização de determinados procedimentos invasivos, tem sido utilizada na prevenção da endocardite infecciosa. Porém, existe pouca base científica que comprove a efectividade da realização desta medicação (39,40).

Além disso, estudos têm verificado bacteriemias espontâneas ou associadas à mastigação ou higiene oral, que podem ser mais significativas que os tratamentos dentários (14).

Contudo, uma vez que esta condição sistémica apresenta uma morbidade e mortalidade significativa, é de difícil tratamento (14). A necessidade de realização de profilaxia antibiótica, prévia a determinados procedimentos, não deve ser menosprezada, e para tal, o médico dentista deve seguir de forma rigorosa as *guidelines* recomendadas (39). Em Portugal a OMD recomenda a utilização das *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia (41).

1.2.6. Distúrbios plaquetares e coagulopatias

As doenças hemorrágicas podem ser classificadas em doenças da parede vascular (por exemplo no síndrome de Cushing), e patologia plaquetar, que por sua vez se divide segundo a sua etiologia em congénitas (raras) ou adquiridas (como as doenças mielodisplásticas, a supressão medular pela quimioterapia, doenças hepáticas e medicamentosas), e segundo o tipo, em trombocitopenias (nas quais a quantidade das plaquetas está reduzida e trombocitopatias (perturbações qualitativas das plaquetas) (25).

Temos ainda, as patologias da coagulação, estas também se dividem em congénitas, das quais fazem parte as doenças hereditárias que resultam da deficiência de factores da coagulação, nas quais a hemorragia pode variar de leve a grave, dependendo do factor específico afectado e do grau de deficiência do mesmo (como na hemofilia A e B); as coagulopatias relacionadas com medicamentos (heparina, varfarina e dicumarol); e por último, as coagulopatias resultantes de doenças sistémicas como a deficiência de vitamina K e patologia hepática (25).

Ao prestar cuidados médico-dentários, a um paciente que refira tendência para a hemorragia, o médico dentista deve, em primeiro lugar, rever pormenorizadamente a história clínica do doente, os seus antecedentes familiares e pessoais de problemas hemorrágicos,

incluindo antecedentes de hemorragias após exodontias, e tentar identificar o uso de medicamentos e doenças sistémicas, que interfiram na hemostase, e/ou história de alcoolismo (42).

Apesar dos doentes com doença hemorrágica leve ou moderada, poderem não apresentar sintomas, estes podem estar presentes nas situações mais graves, pelo que o médico dentista deve questionar o doente sobre história regressa de epistáxis, gengivorragias, ferimentos que sangram facilmente, hemorragia prolongada com pequenos cortes, fluxo menstrual excessivo, ou hematúria (42).

Além disso, o médico dentista deve estar consciente que as doenças hemorrágicas podem ter manifestações na cavidade oral, como petéquias, equimoses, gengivorragias, hiperplasia gengival hiperémica nas leucemias e dentes castanhos por depósitos de hemossiderina (42).

A necessidade de fazer alterações ao plano de tratamento destes doentes vai depender do tipo e do carácter invasivo do procedimento dentário, e do tipo e gravidade da doença hemorrágica, podendo, por vezes, ser aconselhável a prestação de cuidados médico-dentários em ambiente hospitalar (42).

Assim, de forma a prestar tratamentos seguros, o médico dentista deve, quando considerar pertinente, colher informação junto do médico assistente e/ou requerer a realização de exames laboratoriais. O médico dentista deve também ter atenção ao prescrever medicamentos, pois alguns podem causar interacções medicamentosas (43,44).

1.2.7. Patologia hepática

As patologias hepáticas podem ser atribuídas a várias causas, incluindo hábitos de vida e outras condições ou infecções adquiridas (14). Estas incluem principalmente: a esteatose hepática, as hepatites, a cirrose hepática e o cancro do fígado.

A esteatose hepática consiste na acumulação de ácidos gordos e triglicéridos nas células hepáticas. A principal causa da esteato-hepatite é o consumo de bebidas alcoólicas, mas também pode surgir, com menos frequência, em pessoas sem história de alcoolemia. Neste caso, afecta geralmente mulheres, podendo ou não estar associada a obesidade, diabetes e a determinados medicamentos (20).

As hepatites caracterizam-se pela inflamação do fígado, como resultado de infecções ou outros factores etiológicos. A hepatite vírica, a infecção por mononucleose, a sífilis secundária e a tuberculose são exemplos de hepatites de causa infecciosa. As hepatites não infecciosas podem resultar da exposição excessiva ou prolongada a substâncias tóxicas, mais comumente ao consumo de álcool (25). A cirrose está principalmente relacionada com o consumo excessivo de álcool e com a infecção crónica pelo vírus da hepatite C (45,46).

O álcool tem um efeito tóxico sobre os hepatócitos. A cirrose alcoólica tende a desenvolver-se, depois de uma década ou mais anos de ingestão alcoólica acentuada, embora seja possível que o “consumo social” também conduza ao aparecimento de cirrose. Normalmente a cirrose alcoólica é precedida por surtos repetidos e relativamente assintomáticos de hepatite alcoólica. (47).

O cancro do fígado, normalmente não surge como neoplasia primária, mas como local frequente de metastização. Se o cancro tiver de facto origem no fígado, este está normalmente associado ao vírus da hepatite B e C, ou à doença hepática avançada quando a cirrose está instalada (25).

Existem ainda doenças hepáticas de origem genética (ex. hemocromatose e doença de Wilson) e de carácter auto-imune (ex. cirrose biliar primária e a hepatite auto-imune) (20).

Os principais sinais e sintomas de doença hepática encontram-se resumidos na Tabela 4.

Tabela 4 Achados típicos de doença hepática.

Principais sinais e sintomas de doença hepática	
Icterícia	Ascite
Hepatomegália dolorosa	Edema
Esplenomegália	Circulação colateral abdominal
Aranhas vasculares	Hálito hepático
Eritema palmar	<i>Flapping</i> tremor
Equimoses e tendência para hemorragia	Estado confusional
Atrofia muscular	Coma
Hipertrofia parotídea bilateral	Contratura de Dupuytren
Ginecomastia	Atrofia testicular

No consultório médico-dentário, os principais cuidados com pacientes com doenças hepáticas advêm da possibilidade de ocorrência de infecção cruzada, de uma maior tendência à hemorragia, e das alterações no metabolismo de determinados fármacos (14,25).

De forma a evitar a contaminação pelas formas infecciosas de hepatite, o médico dentista e toda a sua equipa, devem encontrar-se devidamente imunizados, e aplicar sempre as medidas preventivas de controlo da infecção cruzada. No caso de ocorrência de acidente com objectos cortantes ou perfurantes, deve existir um protocolo previamente estabelecido o qual tem de ser imediatamente implementado (14).

Ao realizar tratamentos em pacientes com doenças hepáticas, o médico dentista deve ter em atenção a história clínica, e a presença de sinais e sintomas indicativos de comprometimento hepático, referenciando o paciente a um médico, ou pedindo informações médicas sobre o estado de saúde actual do doente, sempre que considerar pertinente (14).

Devido à possível tendência à hemorragia, pode ser necessário efectuar exames laboratoriais complementares, antes da realização de procedimentos invasivos (ex. contagem

de plaquetas e determinação do valor do INR). Estes devem ser executados da forma menos traumática possível, e com a aplicação das medidas necessárias de controlo da hemostase. O médico dentista deve ainda dosear adequadamente a prescrição de medicamentos e a administração de substâncias que tenham metabolismo hepático (14,43,44).

Os pacientes alcoólicos geralmente só frequentam os consultórios médico-dentários quando necessitam de tratamento de emergência e normalmente são pouco cooperantes (14).

Geralmente apresentam uma higiene oral insatisfatória, com acumulação abundante de placa bacteriana, cálculos, língua saburosa, índices de CPOD elevados e tendência para desenvolver infecções oportunistas e queilite angular (14).

Os médicos dentistas devem informar os seus pacientes dos riscos associados ao consumo abusivo de álcool, questionando-o sobre esta situação e prestando-lhe aconselhamento. Deve ainda realizar um exame intra-oral completo, uma vez que, o alcoolismo é um factor de risco importante para o desenvolvimento de carcinoma de células escamosas (14,48).

1.2.8. Doença renal

As doenças renais constituem um grupo de várias condições, incluem distúrbios infecciosos, inflamatórios, obstrutivos, vasculares e neoplásicos. As características da doença renal são hematuria, proteinúria persistente, piúria, edema, disúria e dor no flanco. Os sintomas específicos variam com o tipo de distúrbio (25).

A insuficiência renal crónica consiste na redução irreversível e normalmente progressiva da função renal bilateral, pela deterioração dos nefrónios. A sua etiologia é suportada por glomerulonefrites, diabetes *mellitus*, doenças vasculares, infecção crónica ou patologia poliquística. Os rins perdem a capacidade de remover adequadamente os produtos metabólicos do sangue, de regular a composição de electrólitos no organismo e de estabelecer o equilíbrio ácido-base (25).

A maior causa de morte nos doentes com doença renal não resulta propriamente da falência renal, mas das complicações associadas a esta patologia. A falência renal pode afectar múltiplos sistemas: cardiovascular, nervoso, hematológico, gastrointestinal, dermatológico, respiratório e endócrino (14). As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos doentes com insuficiência renal crónica terminal (49,50).

O tratamento da insuficiência renal crónica envolve vários aspectos. Tratamento específico de acordo com a etiologia subjacente, prevenção de agressões secundárias, estratégias para a diminuição da perda da função renal, manutenção de um bom estado nutricional, para além da prevenção das complicações inerentes à própria insuficiência renal crónica, como é o caso das alterações do metabolismo mineral e da doença óssea renal. Apesar da optimização terapêutica, a perda da função renal é inexorável e na sua fase terminal – falência renal – é necessário o uso de terapêuticas de substituição da função renal, que incluem a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (14,20,25).

Assim, em pacientes a realizar terapia conservadora, o médico dentista deve manter-se em contacto com o médico do doente, de forma a permanecer informado sobre o estado de progressão da doença renal, e/ou sobre o seu controlo. Devem ser evitados os tratamentos médico-dentários em ambulatório, caso a insuficiência renal esteja num estado avançado ou descontrolada (14,51,52).

O médico dentista deve ter especial cuidado, pois estes pacientes podem apresentar uma maior tendência para a hemorragia e/ou encontrar-se anémicos, sendo por vezes necessário requerer à realização de exames laboratoriais antes de executar tratamentos invasivos, que devem ser o menos traumáticos possível (14,51,52).

A tensão arterial destes pacientes tem de ser cuidadosamente monitorizada, e ao prescrever medicamentos, o médico dentista deve evitar aqueles que causem nefrotoxicidade, e se necessário ajustar as doses dos que possuam metabolismo renal (14,51,52).

Em pacientes a realizar diálise, que tenham hipofunção adrenal e se encontrem a tomar corticoesteróides, pode ser necessário um reforço da dose quando tratamentos complexos forem realizados, de forma a evitar uma crise adrenal. Além disso, as consultas devem ser agendadas de maneira a não coincidir com as sessões de diálise (idealmente para o dia seguinte) (14,51,52).

As manifestações orais mais comuns nos pacientes com insuficiência renal são: palidez da mucosa oral, petéquias e equimoses, xerostomia, disgeusia, estomatite, osteodistrofia dos maxilares (translucidez óssea e perda da lâmina dura) e hipoplasia de esmalte (em pacientes que desenvolveram insuficiência renal muito jovens) (14,51).

1.2.9. Doenças respiratórias crónicas

As doenças respiratórias crónicas representam uma vasta gama de doenças graves. As principais incluem a asma e as alergias respiratórias, a DPOC, as doenças pulmonares ocupacionais, a síndrome de apneia do sono e a hipertensão pulmonar (53).

As patologias respiratórias crónicas têm um impacto adverso na qualidade de vida e provocam incapacidades nos indivíduos afectados (53).

Entre os factores de risco encontramos (53):

- Fumo do tabaco e outras formas de poluição em espaços fechados;
- Alergenos;
- Agentes ocupacionais;
- Doenças congénitas ou adquiridas;
- Viver a elevada altitude.

A prevenção destes factores de risco tem um impacto significativo na morbilidade e mortalidade destas doenças. Existem medidas preventivas eficazes. No entanto, as doenças respiratórias crónicas evitáveis e os seus factores de risco não são alvo de atenção suficiente por parte dos profissionais de saúde, dos governos e dos doentes e suas famílias, sendo subvalorizadas e insuficientemente diagnosticadas, tratadas e prevenidas (53).

Os sintomas respiratórios estão entre as principais causas de consultas nos centros de cuidados de saúde primários. Os principais sinais e sintomas que envolvem o sistema respiratório encontram-se sumariados na Tabela 5 (54).

Tabela 5 Sinais e sintomas que envolvem o sistema respiratório.

Sinais e sintomas respiratórios
Hemorragia das vias respiratórias Epistáxis Hemoptise
Tosse
Anomalias da respiração Dispneia Estridor Sibilos/pieira Hiperventilação Espirro
Odinofagia e dor torácica
Outros sinais e sintomas envolvendo os sistemas circulatório e respiratório: Asfixia Pleurisia Paragem respiratória (falência cardio-respiratória) Expectoração anormal

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)

A DPOC é uma síndrome clínica que engloba a bronquite crónica e o enfisema, na qual os pacientes desenvolvem insuficiência respiratória progressiva, mesmo após a eliminação dos factores contributivos e instituição da terapêutica (20). Ocorrem também alterações das concentrações sanguíneas dos gases respiratórios – oxigénio e dióxido de carbono (25).

A bronquite crónica é uma condição associada à excessiva produção de muco traqueobrônquico, suficiente para causar tosse crónica produtiva durante pelo menos 3 meses, em 2 anos consecutivos (25).

O enfisema é definido como a distensão anormal permanente das vias aéreas distais aos bronquíolos acompanhada da destruição das paredes/septos dos alvéolos pulmonares (25).

Dependendo do tipo de DPOC predominante (bronquite crónica ou enfisema), o paciente costuma apresentar características clínicas diferentes. A bronquite crónica está frequentemente associada à tosse com produção abundante de expectoração. Os pacientes são normalmente sedentários, com excesso de peso, cianóticos, edematosos e sem fôlego. Enquanto que, no enfisema os doentes exibem dispneia grave, tosse sem expectoração, e verifica-se ainda, aumento da sua caixa torácica e perda de peso. Contudo, muitos pacientes apresentam elementos das duas condições (14).

As exacerbações são mais frequentes à medida que a doença progride, e na maioria dos casos, desencadeadas por infecções respiratórias, muitas das quais com componente bacteriana. Também podem ser desencadeadas por insuficiência ventricular esquerda, arritmia cardíaca, pneumotórax, pneumonia e tromboembolismo pulmonar (20).

O tabagismo é o principal factor de risco para o desenvolvimento de DPOC, a cessação é a melhor medida preventiva, e a melhor forma de prolongar a sobrevida dos pacientes com DPOC já diagnosticada. Todavia, não é o único factor contributivo. Existem também factores genéticos, a exposição passiva ao fumo do tabaco, a exposição ocupacional a químicos e poeiras, a poluição ambiental, nomeadamente em espaços fechados, bem como, infecções graves das vias respiratórias durante a primeira infância (14).

Ao prestar cuidados médico-dentários em pacientes com DPOC, o médico dentista deve, em primeiro lugar, através de uma história clínica completa, identificar o grau de gravidade e de controlo da doença, com o intuito de adiar os tratamentos não urgentes em pacientes que se apresentem instáveis (com infecção das vias respiratórias, dispneia ou tosse produtiva) (14,55).

Nos pacientes que se encontram estáveis, os tratamentos médico-dentários podem ser realizados sem inconvenientes, apenas tendo em atenção que as substâncias que causam depressão respiratória devem ser evitadas, bem como a posição supina do paciente na cadeira, optando antes por colocá-lo sentado, ou na posição semi-supina, prevenindo o desconforto respiratório e a ortopneia (14,55).

O médico dentista deve ter especial atenção na colocação de instrumental dentário na cavidade oral do paciente, fazendo-o de forma cuidadosa, de maneira a evitar a sensação de obstrução da respiração. Se possível, os diques de borracha não devem ser utilizados em doentes com DPOC grave (14).

O médico dentista deve estar consciente das interações medicamentosas entre certos broncodilatadores (teofilina) e antibióticos macrólidos, que podem levar à toxicidade, pelo que a sua prescrição tem de ser evitada (14).

Asma

A asma é actualmente considerada em todo o Mundo como um importante problema de Saúde Pública, afectando milhões de pessoas de todas as faixas etárias, podendo em alguns casos ser fatal. Apresenta um enorme impacto na qualidade de vida do doente e da sua família, com custos económicos importantes (56).

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, caracterizada por episódios recorrentes de dispneia paroxística, pieira à expiração devido à constrição dos brônquios, tosse e secreções brônquicas mucóides viscosas. Os episódios podem ser precipitados pela aspiração de alérgenos ou poluentes, infecções, ar frio, fármacos, exercício físico ou stress emocional (14,25).

O melhor método de prevenção de um episódio de asma no consultório médico-dentário, consiste na realização de uma história clínica completa, que permita identificar os pacientes asmáticos, e assim determinar as características da doença respiratória, como por exemplo o seu tipo, factores desencadeantes, nível de controlo durante uma crise, medicação prescrita e existência ou não de emergências anteriores, associadas à prestação de cuidados de saúde (14,57).

As medidas de redução do stress e ansiedade devem ser aplicadas, e o paciente instruído para trazer consigo todos os medicamentos que utiliza, para controlar as crises asmáticas (14,57).

À semelhança do que acontece na DOPC, o médico dentista deve evitar a prescrição de antibióticos macrólidos em pacientes medicados com teofilina, e estar consciente que em pessoas susceptíveis os anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) podem desencadear crises asmáticas (14,57).

Existem ainda várias alterações da saúde oral associadas à asma ou a medicação utilizada para o seu controlo, sobre as quais o médico dentista deve estar informado, como uma maior incidência de cárie dentária, alterações da mucosa oral e gengivite, redução da quantidade de saliva e aumento da prevalência de alterações da morfologia orofacial (57).

Prevê-se que a incidência de emergências médicas associadas a crises asmáticas em consultórios médico-dentários, seja de 0,06 casos por médico dentista em cada ano (33).

1.2.10. Diabetes mellitus

A diabetes consiste num distúrbio complexo do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, que resulta primariamente da falta relativa, ou completa, da secreção de insulina pelas células β do pâncreas, ou de defeitos nos receptores de insulina. Divide-se principalmente em duas categorias: diabetes do tipo I ou insulino-dependente, e diabetes do tipo II ou não insulino-dependente (25).

A diabetes do tipo I, na qual a destruição celular normalmente leva à total deficiência de insulina, surge geralmente durante a infância e juventude, apresentando tendência familiar. Normalmente, a redução das células β produtoras de insulina, está associada a uma reacção inflamatória mediada por células, e desencadeada por uma resposta auto-imune (diabetes do tipo I mediada imunologicamente). Existe apenas uma pequena quantidade de casos nos quais isto não se verifica, não sendo possível associar a insulinopenia com qualquer outra etiologia (diabetes tipo I idiopática) (25,58,59).

A diabetes do tipo II afecta principalmente a população adulta estando associada ao envelhecimento, obesidade e sedentarismo. Surge principalmente em mulheres com prévia diabetes gestacional e em indivíduos com hipertensão ou dislipidemia. A sua prevalência geralmente varia entre os diferentes subgrupos raciais/étnicos, e está normalmente associada a uma forte predisposição genética (maior do que a da diabetes do tipo I) (25,58,59).

Os pacientes com diabetes do tipo II apresentam resistência à acção da insulina, pelo que necessitam de maiores quantidades de secreção de insulina, para que se realize o normal metabolismo da glicose. Eventualmente, as capacidades produtoras das células β são ultrapassadas e instala-se o estado clínico de diabetes (25,58,59).

A diabetes gestacional surge como um estado de diabetes clínica, ou de início de intolerância à glicose durante a gravidez, que aumenta a possibilidade de ocorrência de

aborto. Geralmente, esta condição volta ao normal após o nascimento da criança, mas a paciente apresentará um risco aumentado de desenvolver diabetes nos 5 a 10 anos seguintes (14).

Os pacientes com diabetes apresentam um risco aumentado de desenvolverem doença cardiovascular, que afecta tanto os vasos sanguíneos de pequeno como de grande calibre, microangiopatias e macroangiopatias respectivamente (25).

A macroangiopatia diabética consiste na arteriosclerose das grandes artérias cerebrais, coronárias e dos membros inferiores, pelo que, o AVC, o enfarte do miocárdio e a doença vascular periférica, constituem as principais causas de morte entre os pacientes diabéticos (25).

A microangiopatia leva a três principais manifestações: a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia periférica (25).

A diabetes *mellitus* apresenta sintomas característicos como a polidipsia, poliúria, visão turva e perda de peso. Em casos mais graves pode desenvolver-se cetoacidose, ou um estado hiperosmolar não-cetótico que pode conduzir à letargia, coma e, na ausência de tratamento adequado, à morte (58,59).

Na maioria das vezes os sintomas não são graves, por vezes ausentes, pelo que conseqüentemente, pode estar presente uma hiperglicemia prolongada o suficiente para causar alterações patológicas e funcionais, antes de ser feito o diagnóstico (58,59).

No consultório médico-dentário os pacientes com diabetes *mellitus* devem ser sujeitos a uma rigorosa história clínica, a qual deve identificar o tipo de diabetes diagnosticado, e as medidas de controlo e monitorização que estão a ser utilizadas (14,60).

O médico dentista deve estar atento aos sinais e sintomas típicos da diabetes, de forma a verificar se esta está estável, ou, no caso de estes estarem presentes num paciente não diagnosticado, encaminhá-lo imediatamente para um médico (14).

As possíveis complicações orais da diabetes devem ser identificadas e devidamente tratadas, estas incluem: doença periodontal progressiva, gengivite, abscessos periodontais, xerostomia, síndrome da boca ardente, glossodínia, disgeusia, deficiências na cicatrização de lesões, infecções, úlceras orais, candidíase e outras infecções fúngicas (14,60,61).

O médico dentista e a sua equipa devem saber quais as informações a prestar ao paciente, com a finalidade de se evitarem episódios de hipoglicemia, e como proceder caso estes ocorram durante o tratamento, uma vez que este tipo de emergência médica é uma das mais comuns nos consultórios médico-dentários (14,34,60,62).

Assim, num doente diabético bem controlado não são necessárias alterações no seu plano de tratamento, a não ser que este apresente complicações frequentemente associadas à diabetes, como: hipertensão, falência cardíaca, enfarte do miocárdio, angina de peito e falência renal (nestes casos as respectivas alterações necessárias devem ser implementadas) (14).

1.2.11. Doenças da glândula tiróide

Os principais distúrbios da tiróide são a hiperfunção da glândula (hipertiroidismo), a hipofunção da glândula (hipotiroidismo), as tiroidites e as lesões neoplásicas (14,20,25).

O hipotiroidismo consiste na secreção insuficiente de hormonas tiroideias, devida à insuficiência da glândula tiroideia (hipotiroidismo primário), ou à existência de doença hipofisária ou hipotalâmica (hipotiroidismo secundário). Pode ainda ocorrer hipotiroidismo transitório na tiroidite silenciosa ou subaguda. Em regiões em que não existe carência de iodo, as causas mais frequentes são doença auto-imune e factores iatrogénicos (20,63).

Os sintomas de hipotiroidismo incluem letargia, cabelo e pele secos, intolerância ao frio, queda de cabelo, dificuldade de concentração, memória deficiente, obstipação, ligeiro aumento de peso com falta de apetite, dispneia, voz rouca, câibras musculares e menorragia. Na palpação poderá existir bócio, ou pelo contrário a glândula apresentar-se atrofica e não palpável. O quadro pode evoluir para um estado hipotérmico e estuporoso (coma mixedematoso) com depressão respiratória, que pode ser desencadeada pela exposição ao frio, traumatismo, infecções e pela administração de narcóticos (20,63).

No hipertiroidismo ou tirotoxicose, as causas do excesso das hormonas tiroideias incluem: o hipertiroidismo primário (doença de Graves, bócio multinodular, adenoma tóxico, excesso de iodo); a destruição da tiróide (tiroidite subaguda, tiroidite silenciosa, radiações); fontes extratiroideias de hormonas da tiróide e o hipertiroidismo secundário (20,64).

Os sintomas incluem nervosismo, irritabilidade, intolerância ao calor, sudorese excessiva, palpitações, fadiga e fraqueza, perda de peso com aumento do apetite, diarreia e

oligomenorreia. Os doentes estão ansiosos, agitados ou inquietos. A pele é quente e húmida, e as unhas das mãos podem desprender-se do leito ungueal (unhas de Plummer). Pode haver retracção das pálpebras e atraso palpebral (20,25,64).

Na doença de Graves, em geral, a tiróide está difusamente aumentada para duas a três vezes o seu volume normal, podendo existir um sopro ou frémito (25,64).

Na tiroidite subaguda, a tiróide está extremamente hipersensível e aumentada, com dor referida na mandíbula ou orelha, às vezes acompanhada de febre e precedida por uma infecção das vias respiratórias superiores. Podem existir nódulos solitários ou múltiplos no adenoma tóxico, ou no bócio multinodular tóxico (20).

As neoplasias da tiróide podem ser benignas (adenomas), ou malignas (carcinomas). As características que sugerem carcinoma incluem crescimento recente ou rápido de um nódulo ou massa, história de irradiação do pescoço, envolvimento de gânglios linfáticos e fixação a tecidos circundantes. O aumento da glândula pode causar compressão e desvio da traqueia ou do esófago, e sintomas obstrutivos (20).

O médico dentista, para além de realizar uma história clínica completa que despiste alterações da glândula tiroideia, deve incluir a sua palpação na realização do exame extra-oral dos pacientes, bem como verificar se existem cicatrizes cirúrgicas na região anterior do pescoço, e observar a zona posterior da língua com o objectivo de detectar tecido lingual tiroideu (14,65).

O médico dentista deve estar informado sobre as características clínicas das doenças da tiróide, de forma a detectá-las quando estas não estão diagnosticadas, ou não se encontram devidamente controladas, referenciando o paciente a um médico sempre que considerar necessário. Os tratamentos médico-dentários não urgentes devem ser adiados, até que a situação médica do doente seja controlada (14,65).

Nos pacientes com hipotiroidismo grave, não tratado, os medicamentos depressores do sistema nervoso central: sedativos e narcóticos, bem como as situações stressantes: traumas, procedimentos cirúrgicos ou infecções, devem ser evitados, pois podem precipitar coma mixedematoso. O médico dentista deve reconhecer os sintomas desta condição e iniciar a terapia de emergência, caso esta ocorra no seu consultório (63,65).

As crianças com hipotireoidismo podem apresentar lábios espessos, macroglossia, atraso na erupção dos dentes e consequente má oclusão. Nos adultos a única manifestação oral do hipotireoidismo adquirido é a macroglossia (63,65).

Os doentes com hipertireoidismo não tratado, ou indevidamente controlado encontram-se em risco de desenvolver crises tioróticas, que podem ser desencadeadas pela realização de procedimentos cirúrgicos, ou por infecção oral aguda. Pelo que cabe ao médico dentista, à semelhança do que acontece com o coma mixedematoso, ser capaz de reconhecer as características clínicas destas crises, e iniciar os tratamentos de emergência (14,64,65).

O médico dentista tem ainda de ter consciência, de que o hipertireoidismo aumenta os riscos de desenvolver hipertensão arterial, angina de peito, insuficiência cardíaca congestiva e arritmias, e verificar quais os fármacos prescritos ao doente de forma a evitar interações (14,64,65).

Os doentes com hipertireoidismo podem desenvolver osteoporose do osso alveolar, e apresentar tendência para o desenvolvimento de cárie dentária, doença periodontal progressiva, perda prematura dos dentes decíduos, com erupção, também prematura, dos permanentes (63,65).

Os pacientes com tireoidites podem apresentar dor irradiada na mandíbula, ouvido e região occipital, obrigando a que o diagnóstico diferencial seja estabelecido (14). Os doentes com cancro da tiróide, que realizaram radioterapia, podem apresentar alterações na cavidade oral próprias deste tipo de tratamento, e necessitar dos respectivos cuidados médico-dentários (66).

1.2.12. Doença oncológica

A doença oncológica, ou cancro, é uma condição caracterizada pelo crescimento descontrolado de células anaplásicas, que tendem a invadir o tecido adjacente e a metastizar para locais distantes do corpo. As características malignas destas células advêm de três factores: a proliferação descontrolada, a capacidade de angiogénese e de se alastrarem para outros tecidos (14).

Distingue-se cada tipo de cancro pela sua natureza, local ou evolução clínica da lesão. Trata-se de uma situação crónica, muitas vezes debilitante e, outras tantas vezes fatal, com condicionantes muito próprios. Por um lado, os tratamentos cirúrgicos, de quimioterapia e de

radioterapia, permitem aumentar o tempo de vida dos doentes oncológicos e mesmo atingir situações de cura, mas por outro, são estes mesmos, os que fomentam alguns dos maiores estigmas associados à doença (14,67).

O cancro da cavidade oral inclui uma grande variedade de neoplasias. Mais de 90% dos casos são atribuídos ao carcinoma de células escamosas, 9% aos carcinomas que se desenvolvem no tecido glandular salivar e outros tipos teciduais, como os sarcomas e lipomas, e o restante 1% corresponde a metástases oriundas de tumores noutras partes do corpo (14).

Mais de 75% dos casos de cancro oral estão relacionados com o tabaco e abuso de álcool, principalmente usados em simultâneo, sendo o HPV (*Human Papiloma Virus*) também um factor contributivo importante (68).

Normalmente, em cerca de 85% dos casos, o cancro oral é diagnosticado em fases avançadas, o que torna difícil a sua cura, sendo assim responsável por uma elevada taxa de mortalidade, com uma taxa de sobrevida de aproximadamente 50% (68).

O médico dentista desempenha um papel importante no tratamento de pacientes com cancro, não só porque ao realizar de forma sistemática um completo exame intra e extra-oral, contribui para a detecção precoce de neoplasias da cabeça e pescoço, mas também porque os cuidados médico-dentários devem estar integrados no plano de tratamento de um paciente com o diagnóstico de cancro já estabelecido (14,69,70).

O médico dentista deve assim, ter conhecimento sobre o tipo de terapia anticancerígena à qual o paciente vai ser submetido, e quais as possibilidades da doença ser controlada (14).

Idealmente, todos os pacientes que vão iniciar terapêutica anticancerígena, com efeitos secundários na cavidade oral, devem ser encaminhados ao médico dentista e realizar todos os tratamentos médicos dentários, que caso não sejam executados tornem a saúde oral do paciente susceptível a futuras complicações (71).

Da mesma forma, o médico dentista deve estar presente durante e após a terapia oncológica, com o intuito de controlar os efeitos adversos da quimioterapia e da radioterapia da região da cabeça e pescoço, que induzem alterações nas glândulas salivares, pele, ossos, músculos, articulações, mucosa oral e dentição, apresentando como consequências clínicas:

hipossalivação/xerostomia, mucosite, disgeusia, cáries de radiação, dermatite, trismus e osteorradionecrose (14,71).

1.2.13. Epilepsia

A epilepsia não é uma entidade única ou uniforme. Definida como uma afecção crónica, caracterizada pela repetição espontânea de crises epiléticas. A epilepsia é um termo que engloba múltiplas manifestações anormais, incluindo um grupo de distúrbios neurológicos que se caracteriza por ataques convulsivos, distúrbios sensoriais, comportamento anormal, e perda de consciência (20,72).

As crises de epilepsia resultam de uma descarga eléctrica não controlada, proveniente de células nervosas do córtex cerebral. As causas subjacentes são diversas e não totalmente conhecidas, estas englobam, desde as que têm carácter hereditário, e que aparecem em indivíduos sem qualquer outra patologia neurológica, às que são secundárias a lesões prévias do córtex cerebral (20,72).

De forma a evitar uma crise epilética no consultório, o médico dentista deve respeitar as medidas preventivas, incluindo o conhecimento adequado do paciente e da sua doença, alcançado através de uma história clínica completa, que inclua o máximo de informação possível sobre: as crises epiléticas, o grau de controlo sobre estas, as suas manifestações, a sua etiologia (se conhecida), os seus factores desencadeantes, a data de início, a frequência com que ocorrem, a data da última crise e a utilização ou não de medicação (14,73).

Assim, os tratamentos médico-dentários não urgentes devem ser adiados em pacientes que não se encontrem controlados (73).

Para além de conhecimentos preventivos, o médico dentista e a sua equipa são profissionalmente obrigados a saber como proceder no caso de uma crise epilética (14).

O médico dentista deve ainda estar consciente dos possíveis efeitos tóxicos da medicação anticonvulsionante e das suas manifestações, tal como a fenitoína que pode desencadear hiperplasia gengival, comprometendo a saúde periodontal (14,73).

Os episódios convulsivos podem originar lesões traumáticas na cavidade oral, como traumatismos dentários e lacerações da língua e lábios (14).

1.2.14. Hiperventilação

A hiperventilação consiste numa frequência de ventilação pulmonar maior da que é metabolicamente necessária para a realização das trocas gasosas. Resulta do aumento da frequência respiratória, do volume corrente, ou de uma combinação de ambos, causando assim, excessiva ingestão de oxigénio e expulsão de dióxido de carbono (20).

A dispneia é a queixa mais frequente nos doentes com hiperventilação. Contudo, outros sintomas podem estar associados, nos casos em que a hipocapnia secundária à hiperventilação, causa um determinado grau de alcalose, o que faz com que a vasoconstrição cerebral daí resultante possa determinar o aparecimento de outros sintomas do foro neurológico, tais como tonturas, alterações visuais, síncope e convulsões (26).

A hiperventilação pode ser desencadeada por lesões no sistema nervoso central, acidose metabólica, ansiedade, fármacos, hipoxemia, hipoglicemia, coma hepático e sépsis. Pode ainda ocorrer em algumas afecções pulmonares (em particular doença intersticial, edema pulmonar, asma e DPOC), e em patologias cardíacas, como na falência cardíaca congestiva e no enfarte do miocárdio (20).

A hiperventilação é uma ocorrência relativamente comum nos consultórios médico-dentários. O estudo realizado por Smeets e col. descreveu uma prevalência de 11,1% de casos de hiperventilação, num total de 208 complicações, ocorridas em consultórios médico-dentários (34). Resulta normalmente de um episódio de ansiedade ou stress emocional. É possível preveni-la se o médico dentista a identificar através do diálogo com os seus pacientes, com particular atenção sobre os mais susceptíveis a desenvolver uma crise ansiosa, colocando em prática as devidas medidas de redução do stress e ansiedade (14).

Contudo, se de facto o paciente desenvolver um episódio de hiperventilação, o médico dentista deve saber como actuar, interrompendo os tratamentos que estavam a ser executados, e realizando os procedimentos necessários, para acalmar e regular o ritmo respiratório do paciente. Sempre que um episódio de hiperventilação suceda no consultório, e assim que este seja resolvido, o médico dentista deve discutir com o paciente os factores que o desencadearam, de forma a prevenir que este não ocorra novamente (14).

Caso a respiração do paciente não volte ao normal após os devidos procedimentos, o doente deve ser encaminhado para o hospital, pois outras causas, para além da ansiedade, podem estar subjacentes ao episódio de hiperventilação desenvolvido (14).

1.2.15. Perdas Transitórias de Consciência

A síncope define-se como a perda transitória de consciência por redução da irrigação sanguínea do cérebro. Acompanhada de colapso postural e recuperação espontânea. Pode ocorrer de modo súbito, sem aviso, ou ser precedida por sintomas pré-sincopais como sensação de cabeça vazia, fraqueza, náuseas, visão turva, zumbidos ou sudação (20).

A lipotímia refere-se aos sintomas prodrômicos que precedem a perda de consciência na síncope. O doente com síncope apresenta palidez, pulso fraco, rápido ou irregular, e a respiração pode ser quase imperceptível. A recuperação da consciência é imediata, se o doente for mantido em posição horizontal e a perfusão cerebral restabelecida (20,26).

A diminuição transitória da irrigação cerebral é, habitualmente, devida a um dos três mecanismos gerais: perturbações do tónus vascular ou da volemia, incluindo síncope vasovagal e hipotensão postural, afecções cardiovasculares incluindo arritmias cardíacas ou, menos frequentemente, doença vascular cerebral. Não é raro a causa de síncope ser multifactorial (20).

A hipotensão ortostática é uma redução excessiva da pressão arterial ao adoptar-se a posição vertical, o que provoca uma diminuição do fluxo sanguíneo ao cérebro e consequente desmaio. Os episódios de hipotensão ortostática ocorrem, habitualmente, por efeitos secundários dos fármacos, sobretudo os que se administram para combater problemas cardiovasculares, em especial, nos idosos (ex. os diuréticos, os nitratos, os antagonistas do cálcio e os inibidores da enzima de conversão da angiotensina), e por perturbações do sistema neurovegetativo, quer periféricas (diabetes, nutricionais, e amiloidose), quer centrais (atrofia sistémica múltipla e doença de Parkinson). Alguns casos são idiopáticos (20,26).

A síncope vasovagal é muitas vezes recidivante e pode ser provocada por ambiente quente ou apinhado, álcool, fadiga, dor, fome, posição prolongada em pé ou situações de muito stress (20). Esta é a causa mais frequente de perda transitória de consciência, sendo responsável por aproximadamente metade de todos os episódios de síncope (33). Segundo o estudo de Smeets e col., as síncofes são a principal causa de emergência médica nos

consultórios médico-dentários (34). Corresponderem a 23,1% das complicações verificadas, das quais as mais frequentes são a hipotensão ortostática e a síncope vasovagal, tendo-se verificado, neste mesmo estudo, uma prevalência de 5,8% e 14,9%, respectivamente.

1.2.16. Alergias a medicamentos e dispositivos médicos

A reacção alergia é uma resposta de hipersensibilidade a um alérgeno, ao qual um organismo foi anteriormente exposto, e para o qual desenvolveu anticorpos. A exposição subsequente causa a libertação de histamina, e uma variedade de sintomas incluindo, urticária, edema, *rash* cutâneo, dispneia, broncoespasmo, diarreia, renite, sinusite, laringoespasmo e anafilaxia (14,25).

Ao prestar cuidados de saúde, o médico dentista deve saber identificar os pacientes com história pregressa verdadeira de reacção alérgica a medicamentos ou materiais médico-dentários, de forma a prevenir uma situação de emergência. Para tal, deve basear-se numa história clínica exaustiva e criteriosa, com o objectivo de identificar exactamente qual a substância que desencadeou a reacção, e a forma como esta se manifestou (14). Se as dúvidas permanecerem e se não for possível optar por um plano terapêutico alternativo, o médico dentista pode solicitar a realização de investigação *in vivo* com testes cutâneos e provas de provocação, e investigação *in vitro* com testes laboratoriais (74).

A penicilina é a causa mais frequente de reacções alérgicas medicamentosas e anafilaxia (74).

As reacções adversas aos AINEs incluem hemorragias gastrointestinais, insuficiência renal, hepatotoxicidade, reacções cutâneas e respiratórias e, ainda, a anafilaxia. Apesar de estruturalmente diferentes, os AINEs têm a capacidade de originar broncoconstrição, urticária e angioedema (14,74).

Os doentes que têm reacções adversas durante a administração de anestesia local são com frequência diagnosticados erradamente como alérgicos aos anestésicos locais. Normalmente, estes efeitos adversos são o resultado de síncope vasovagal ou da acção da adrenalina. As reacções alérgicas aos anestésicos locais usados em Medicina Dentária são raras, e, quando de facto existe uma reacção imunológica a estas substâncias, a dermatite de contacto é a forma mais frequente de manifestação (74,75).

Estudos têm demonstrado que profissionais de saúde e pacientes estão em risco de desenvolver reacções de hipersensibilidade ao látex, e outros componentes das luvas de borracha e materiais relacionados (76). A maior parte das reacções alérgicas a este material são de hipersensibilidade tardia, manifestando-se como dermatites de contacto. No entanto, também podem ocorrer reacções de hipersensibilidade imediata mais graves, como colapso cardiovascular e anafilaxia, tanto nos pacientes como nos médicos dentistas sensibilizados (14).

O médico dentista deve assim saber identificar os sinais e sintomas da reacção alérgica aguda e anafilaxia, de forma a saber lidar com esta situação caso ela se apresente no seu consultório, aplicando as medidas de emergência recomendadas (14).

1.2.17. Medicação

Portugal é um dos países com maior consumo de medicamentos *per capita*. O consumo de medicamentos implica para além de um forte encargo para o Serviço Nacional de Saúde, riscos para o doente (77).

À medida que as pessoas envelhecem acumulam diagnósticos e, conseqüentemente, medicações. Além disso, muitos estados patológicos exigem 2 ou mais fármacos para serem controlados, como por exemplo a osteoporose, a insuficiência cardíaca, a hipertensão e a doença cardíaca isquémica (78).

O conceito de polimedicação é definido como a utilização de vários medicamentos, prescritos e/ou de automedicação. Apesar das definições precisas variarem bastante, este termo utiliza-se mais frequentemente, quando são tomadas regularmente 4 ou mais substâncias (79). A polimedicação pode levar ao desenvolvimento de interacções medicamentosas e/ou reacções adversas, consoante o número de medicamentos administrados (80).

O médico dentista ao prestar cuidados de saúde a doentes medicados ou polimedicados deve, em primeiro lugar, rever atentamente com o paciente os medicamentos que este se encontra a tomar. Este procedimento permite ao profissional adquirir informação sobre o estado de saúde geral do doente, já que, frequentemente, este não é capaz de o comunicar de forma efectiva. O médico dentista tem ainda que inquirir sobre a existência de medicação para

situações de emergência, como antianginosos ou inaladores no caso de crise asmática, para que estes estejam disponíveis durante a realização da consulta (81).

O médico dentista deve conhecer quais os medicamentos, que podem interferir com a realização dos tratamentos médico-dentários ou comprometer o seu prognóstico, como a título de exemplo os anticoagulantes para o primeiro caso, e os imunossuppressores para o segundo (14,81).

Alguns medicamentos têm efeitos secundários com manifestação na cavidade oral, estes incluem; a xerostomia por antidepressivos, anti-hipertensores e diuréticos; as infecções fúngicas oportunistas associadas a imunossuppressores e antibióticos; a mucosite por anticancerígenos; a alteração da cor dos dentes pela acção de fluoretos e tetraciclina; a osteonecrose por bifosfonatos; entre outras alterações orais como a estomatite, a disgeusia, a hiperplasia gengival e as reacções liquenóides (81).

Ao prescrever medicamentos, o médico dentista deve verificar se estes não interferem com a situação médica do doente, ou se interagem com a sua medicação regular (81).

Por último, para evitar situações de toxicidade o médico dentista deve conhecer a margem de segurança dos medicamentos e estar ciente que pacientes idosos ou com patologias sistémicas que alterem o seu metabolismo, podem estar impedidos de tomar determinadas substâncias ou necessitar de reajustes das doses (14,81).

1.2.18. Gravidez

Ao prestar cuidados em pacientes grávidas, o médico dentista deve, como sempre, realizar uma história clínica completa, que inclua questões sobre o seu estado de saúde geral, medicação prescrita, uso de tabaco, álcool ou outras drogas, presença de diabetes gestacional, hipertensão arterial, enjoos matinais e história de aborto. Deve ainda, fazer a medição da tensão arterial antes de qualquer procedimento (14).

O plano de tratamento médico-dentário da paciente grávida deve ter como objectivo, estabelecer um nível de higiene e saúde oral óptimo, o que consiste essencialmente num programa de controlo da placa bacteriana, de forma a minimizar a severidade das alterações orais inflamatórias induzidas pelas mudanças hormonais, já que, apesar da gravidez não causar doença periodontal, pode agravar a existente (82). Isto é importante, pois estudos têm demonstrado que a doença periodontal na gravidez aumenta o risco de parto prematuro e de

baixo peso do recém-nascido (83,84). Além disso, tem-se verificado que a existência de um microbiota oral pouco cariogénico durante a gestação traduz-se num menor risco de desenvolvimento de cáries na criança (14).

O médico dentista deve então, prestar cuidados preventivos na paciente grávida, e fornecer informações sobre hábitos de higiene oral e alimentação pouco cariogénica (14,84).

Os tratamentos médico-dentários, que não se limitem a cuidados profiláticos e que não sejam urgentes, não devem ser realizados durante o primeiro trimestre de gestação, pois este é o período no qual o feto está mais susceptível ao stress e às consequentes malformações teratogénicas, e no qual ocorrem cerca de 50 a 75% dos abortos espontâneos (82).

O segundo trimestre e as primeiras semanas do terceiro são os mais seguros para realizar tratamentos médico-dentários. No final do terceiro, a consulta pode ser muito desconfortável para a grávida. Deve-se dar primazia às consultas curtas, tendo em atenção o posicionamento cuidadoso da paciente na cadeira dentária, de forma a evitar a hipotensão supina (82).

Não se devem realizar radiografias, principalmente no primeiro trimestre, mas caso tenham de ser efectuadas, o uso do avental e colar de chumbo é obrigatório (14).

Preferencialmente, não deveriam ser administrados medicamentos durante a gravidez, principalmente no decorrer do primeiro trimestre, mas como isto nem sempre é possível, o médico dentista deve seguir as indicações da *U.S. Food and Drug Administration* (85) quando necessitar de prescrever analgésicos ou antibióticos, bem como, para escolher o anestésico local (14,82).

1.3. História clínica

Como já vimos, o registo da história clínica do paciente antes da execução de um tratamento dentário, constitui uma ferramenta importante na detecção de patologias base nos pacientes (15).

A elaboração de um questionário verbal, com algumas perguntas gerais sobre o estado de saúde do paciente, como frequentemente acontece, é insuficiente (15).

Os pacientes muitas vezes não compreendem a conexão entre os seus problemas de saúde e o tratamento dentário. Quando são inquiridos “se está bem de saúde”, 95% de uma

população responde “sim”. Após verificação, 32% encontravam-se medicamente comprometidos. Num outro estudo, 7% respondeu “não” e no entanto, em 5% destes pacientes, as suas condições médicas não interferiam com o tratamento médico-dentário (15).

Geralmente, os médicos dentistas utilizam questionários curtos, de forma a obter informação sobre o estado de saúde geral dos seus pacientes. Estes são rápidos e fáceis de realizar, mas possuem uma forte desvantagem, pois o risco médico sobre o tratamento dentário que se pretende realizar, não é facilmente determinado. Para obter informação deste tipo, o médico dentista deve realizar questões suplementares. A pertinência destas perguntas para a identificação de possíveis riscos médicos depende dos conhecimentos do médico dentista, e da sua interpretação do stress físico e psicológico envolvido em determinado tratamento (86).

Para uniformizar esta recolha de dados, foi criado o EMRRH (*European Medical Risk Related History*), desenvolvido e validado por Abraham-Inpijn e col. desde 1998 (17), com o objectivo de servir de ferramenta preventiva, certificando a segurança médica dos doentes nos consultórios dentários na Europa. Foi desenhado para registar patologias que podem interferir com o tratamento dentário, indicar o grau de risco médico envolvido, e recomendar as medidas que devem ser tomadas pelos médicos dentistas.

1.4. Fundamentação e justificação do tema do estudo

Existe um número significativo de indivíduos medicamente comprometidos, que procuram cuidados de saúde oral. Isto deve-se ao facto de, nos últimos anos, os avanços da Medicina e uma maior eficácia dos regimes terapêuticos disponíveis, terem aumentado a esperança média de vida. Porém, a idade média provável de desenvolvimento de doenças crónicas não sofreu alteração, ainda que patologias anteriormente mortais, sejam agora de carácter crónico.

Estas condicionantes médicas podem exigir alterações do plano de tratamento médico-dentário, devido aos seus efeitos directos nos tecidos orais, preocupações associadas à bacteriemia, alterações da hemostase, comprometimento do sistema imunológico e interações medicamentosas, ou ainda ao facto de diminuírem a tolerância do paciente a intervenções médico-dentárias, ou limitarem as suas capacidades em manter uma correcta higiene oral.

A realização de uma história clínica completa e sistematizada, permite ao médico dentista, adquirir informação sobre o estado de saúde geral, e terapêuticas às quais os seus doentes estão a ser submetidos, além de contribuir para a prevenção de possíveis emergências clínicas, durante a realização de tratamentos médico-dentários.

As emergências médicas ocorrem com alguma frequência nos consultórios. Geralmente estas não constituem ameaça para a vida do paciente, tratando-se, por exemplo, de síncope e crises de hipertensão. Contudo, existem também relatos de casos com consequências mais graves (enfarte, paragem cardio-respiratória), incluindo casos fatais.

A chave para o sucesso, na abordagem de pacientes medicamente comprometidos, consiste na avaliação e determinação do risco médico, de forma a verificar se o paciente tolera, com segurança, todos os tratamentos programados

O questionário EMRRH, não só consiste numa história clínica ampla e rigorosa, mas também, proporciona ao médico dentista, informação sobre o grau de risco médico associado a cada paciente. Assim, é possível distinguir quais os doentes que podem ser submetidos a procedimentos médico-dentários sem qualquer contra-indicação, daqueles que necessitam de uma revisão atenciosa do seu plano de tratamento.

Apesar de existirem estudos efectuados em vários países Europeus, não foram encontrados na MEDLINE[®] quaisquer estudos relacionados com a utilização deste tipo de questionário na prática da Medicina Dentária em Portugal.

OBJECTIVOS

2. OBJECTIVOS

Este estudo teve como objectivos:

- Identificar a prevalência das patologias não englobadas no foro oral (médico dentário), dos pacientes que necessitam de tratamento dentário, e recorrem a médicos dentistas formados pelo Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa.
- Identificar os tratamentos medicamentosos e respectivos tipos farmacológicos, a que estão submetidos concomitantemente os pacientes tratados por médicos dentistas, formados pelo Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa.
- Avaliar segundo a classificação da ASA o risco médico dos pacientes tratados por médicos dentistas formados pelo Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa.

MATERIAIS E MÉTODOS

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Delineamento experimental

Este trabalho consistiu num estudo piloto descritivo exploratório do tipo transversal e individualizado. Foi distribuído em papel ou formato digital um questionário EMRRH para ser aplicado aos pacientes de médicos dentistas, que completaram a sua Licenciatura ou Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Universidade Católica Portuguesa, entre os anos de 2006-2010. Realizou-se a respectiva análise estatística dos dados colectados, os quais incluíam as características da população (género, idade, profissão e grau de escolaridade), frequências das patologias, tratamentos medicamentosos e nível de risco médico segundo a classificação ASA.

3.2. Materiais e instrumentos

3.2.1. Declaração de consentimento informado

Tendo por objectivo, garantir a veracidade dos participantes no estudo, e assegurar os seus direitos, foi elaborada uma declaração de consentimento informado (ANEXO-A), que foi enviada por correio, ou entregue directamente, em simultâneo com o questionário, aos médicos dentistas colaborantes neste estudo.

3.2.2. Software de aplicação do questionário

Para a realização deste estudo, foi desenvolvido uma aplicação de *software* especialmente para este efeito, com base no Excel[®] (ANEXO-B).

A aplicação é constituída por 10 separadores, cada um correspondendo a um paciente diferente. Os médicos dentistas tiveram de substituir o número do participante pelas iniciais do seu nome, o que permitiu relacioná-lo com o respectivo consentimento informado.

Este procedimento podia levar à quebra do anonimato, pelo que era explicado no cabeçalho, tanto do questionário como do consentimento informado, que as informações colectadas seriam tratadas anonimamente, e que se destinavam unicamente para fins relacionados com este estudo.

3.2.3. Questionário impresso

O mesmo questionário contido no documento Excel[®] anteriormente descrito, foi impresso e entregue aos médicos dentistas com os quais foi possível estabelecer um contacto directo (ANEXO-C).

3.2.4. Questionário para caracterização do paciente

O questionário inicia-se com uma secção de caracterização do paciente, onde são colectados dados sobre o seu género, idade, profissão e grau de escolaridade.

3.2.5. Questionário *European Medical Risk Related History* (EMRRH)

Este estudo irá basear-se numa adaptação para a Língua Portuguesa do questionário EMRRH.

O questionário EMRRH, propriamente dito, contém um total de 21 perguntas, a maioria de resposta fechada, exceptuando as relativas aos valores de tensão arterial, neoplasias e medicação, às quais é permitida uma resposta aberta – pela grande variedade de respostas possíveis. Cada questão principal é seguida por uma ou mais sub-questões, adicionadas com o objectivo de estabelecer o grau de severidade do problema introduzido pela questão principal, estas só serão respondidas se a resposta à pergunta principal for positiva (17,18).

As respostas às perguntas médicas estão ligadas a uma versão modificada do sistema de classificação de pacientes, da *American Society of Anesthesiologists* (ASA). Esta versão classifica os pacientes a partir do risco potencial ao tratamento dentário e dá aos médicos dentistas, indicações sobre o tratamento ou ajustes necessários (17,18).

Existem 4 categorias de risco da ASA, de interesse ao médico dentista (17,18,87):

Quando um paciente não indica nenhum problema de saúde que interfira com o tratamento dentário é identificado como pertencente a classe ASA I, ou seja, todas as questões principais foram respondidas negativamente.

Um paciente com comprometimento sistémico leve a moderado que não interfira com as suas actividades diárias é classificado como ASA II. Este paciente pode ser submetido a terapia dentária de rotina, com protocolo de redução de stress e as medidas preventivas necessárias.

Um paciente com um comprometimento sistémico grave, mas não incapacitante, é classificado como pertencente a ASA III. O tratamento dentário necessita de ser cuidadosamente modificado, acompanhado de um protocolo de redução de stress e do tempo de consulta médica e encaminhamento para o médico assistente.

Um paciente com comprometimento sistémico grave, que limita as suas actividades diárias constituindo uma constante ameaça a vida, é classificado como ASA IV. Nestes pacientes apenas devem ser realizados tratamentos de emergência. Os restantes requerem consulta médica e hospitalização.

3.2.6. SPSS (versão 18.0)

O *software* SPSS foi utilizado para o tratamento estatístico dos dados obtidos.

3.2.7. GPower 3.1

O programa GPower 3.1 foi utilizado para o cálculo da amostra com base no universo disponível (88,89).

3.3. Métodos

3.3.1. Tipo de estudo

Este estudo piloto consistiu num estudo descritivo exploratório do tipo transversal e individualizado.

3.3.2. Distribuição do questionário

O questionário em formato digital foi anexado a uma mensagem de correio electrónico (ANEXO-D). Os endereços foram obtidos através dos registos, dos antigos alunos do Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa.

A mensagem do e-mail foi personalizada, e enviada sem as palavras “questionário”/“inquérito” no assunto, com o objectivo de potenciar o número de respostas (90).

A obtenção do consentimento informado destes questionários foi feita através do envio de uma carta com RSF (resposta sem franquia).

Questionários impressos foram entregues directamente aos médicos dentistas, com os quais foi possível estabelecer um contacto pessoal.

3.3.3. Amostra

A amostra é constituída pelos pacientes, maiores de 18 anos, tratados pelos médicos dentistas colaboradores formados pelo Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa, do primeiro (2000-2006) até ao último curso (2005-2010) e que não exerçam a sua actividade profissional na cidade de Viseu. Identificaram-se 165 médicos dentistas potenciais candidatos a colaborarem com o estudo.

3.3.4. Cálculo da amostra

Com base no universo disponível, utilizou-se o programa GPower 3.1 para calcular a amostra (88,89) através da fórmula:

z tests - Logistic regression

Options: Large sample z-Test, Demidenko (2007) with var corr

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	= One
	Odds ratio	= 1.3
	Pr(Y=1 X=1) H0	= 0.2
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.9
	R ² other X	= 0
	X distribution	= Normal
	X parm μ	= 0
	X parm σ	= 1
Output:	Critical z	= 1.6448536
	Total sample size	= 783
	Actual power	= 0.9000457

A amostra calculada foi de 783 pacientes.*

* Agradecimento ao Assistente Estatístico.

3.3.5. Tratamento estatístico

Para o tratamento estatístico usámos o *software* SPSS® (versão 18.0).

O intervalo de confiança utilizado foi de 95%.

Descrição das variáveis

- *Sexo* (Masculino = 1 e Feminino = 2).
- *Ocupação* (Estudante = 1; Trabalhador = 2; Doméstica = 3; Desempregado = 4; Reformado, limite de idade = 5; Reformado, invalidez = 6).
- *Nível de estudos* (Básico (até ao 9º ano, inclusive) = 1; Médio = 2; Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento) = 3).

Quantitativas contínuas:

- *idade* (valores ≥ 18 anos).

Catégoricas ordinais:

- *nível de estudos* (valores de 1,2,3);
- *grupos etários* com valores de 1 (18-44), 2 (45-64) e 3 (≥ 65);
- *risco médico* com valores de ASA, 1, 2, 3 e 4;
- *número de complicações* - soma das questões EMRRH respondidas “sim”.

Catégoricas nominais:

- *ocupação* (com valores de 1-6);
- dicotómicas:
 - *sexo* (masculino=1 e feminino=2);
 - 66 repostas às questões que compõem o EMRRH (Sim=1, Não=0);
 - *antecedentes médicos* é uma variável calculada (paciente sem respostas “sim” corresponde um valor de 0, com respostas “sim” corresponde o valor 1);
 - *pacientes com 1 complicação* é uma variável calculada (valores 0,1);
 - *pacientes com 2 ou mais complicações* é uma variável calculada (valores 0,1).

Estatística descritiva

Para a variável *idade*, determinou-se a média, desvio padrão, amplitude, valores mínimo e máximo.

Para as restantes variáveis, determinaram-se as suas frequências e valores absolutos e relativos (percentagem) em relação ao total da amostra.

Análise comparativa

- *Idade* dos pacientes com *antecedentes médicos* e *sem antecedentes médicos* usou-se o teste de Mann-Whitney.
- *Número de complicações* e *sexo* usou-se o teste T.

Para a comparação dos valores das variáveis quantitativas utilizou-se o seguinte método: verificação da normalidade das distribuições através dos testes de Kolmogorov-Smirnov (se o respectivo nível crítico fosse menor do que o pré-estabelecido $p < 0,05$ rejeitava-se a hipótese nula, a distribuição não era considerada semelhante a uma distribuição normal) e prova de Levéne (se o respectivo nível crítico fosse inferior a $p < 0,05$ rejeitava-se a hipótese nula (há homogeneidade das variâncias) e considerávamos que não havia homogeneidade entre as variâncias das distribuições).

Análise correlacional

Aplicou-se entre as variáveis quantitativas *idade* e *número de complicações*.

Após análise da normalidade das distribuições usámos os testes de Rho de Spearman, não paramétrico.

- Para as correlações entre risco médico com nível de estudos e grupo etário e número de complicações e nível de estudos usou-se Kendall's tau-b.
- Associações entre nível de risco e ocupação, sexo e hipertensão usou-se Phi e Cramer's V.

Regressão

Para estudar a influência dos factores idade, sexo, nível de estudos e profissão no risco médico verificou-se se havia condições para a aplicação da regressão ordinal uma vez que a variável dependente (ASA) era do tipo discreta, ordinal com quatro valores (1,2,3, e 4). Determinou-se o ajustamento do modelo para a função Log-Log negativo (classes de Y de menor ordem são as mais frequentes) (91–93), e a sua qualidade usando os testes de Qui-quadrado de Pearson e da Deviance. Se não fosse possível usar-se-ia a regressão Categorical multinomial logística (94).

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Com base no universo disponível – pacientes de médicos dentistas graduados pela Licenciatura ou Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa desde o primeiro (2000-2006) até ao último curso (2005-2010), a amostra necessária calculada foi de 783 pacientes, e a amostra alcançada foi de 796 pacientes.

Dos 165 médicos dentistas potenciais colaboradores com o estudo, 15% (n=24) concordaram em participar, 3% (n=5) fizeram-no através do software enviado por e-mail e 12% (n=19) através do questionário impresso (Figura 1).

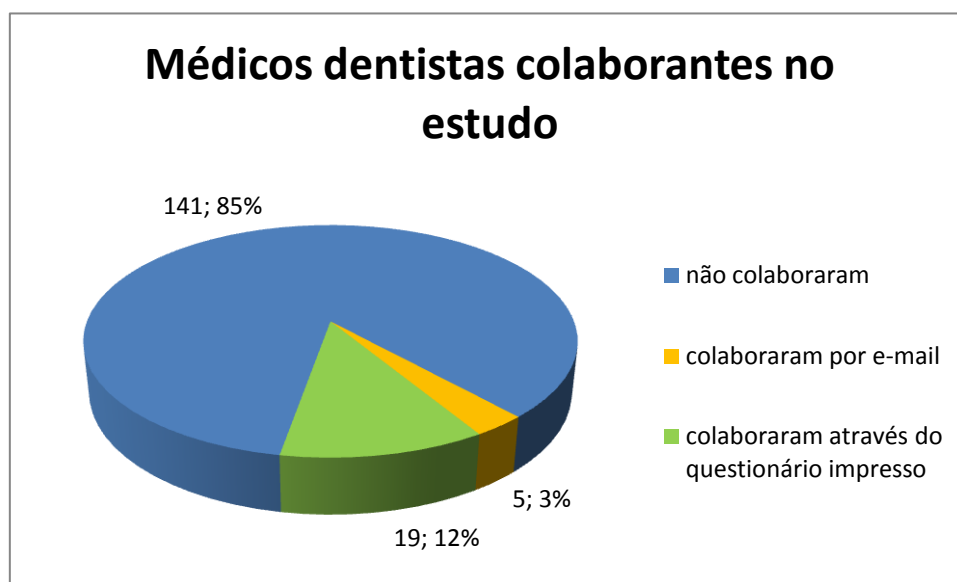


Figura 1 Distribuição da amostra de médicos dentistas potenciais colaboradores no estudo

A maior quantidade de questionários foi recolhida na região de Lisboa, correspondendo a 15,6% (n=124) da amostra, seguida de Almada (8,8%; n=70), Aveiro (8,3%; n=66) e Guarda (7,9%; n=63) (Figura 2).



Figura 2 Distribuição dos questionários válidos por localidade (n=796)

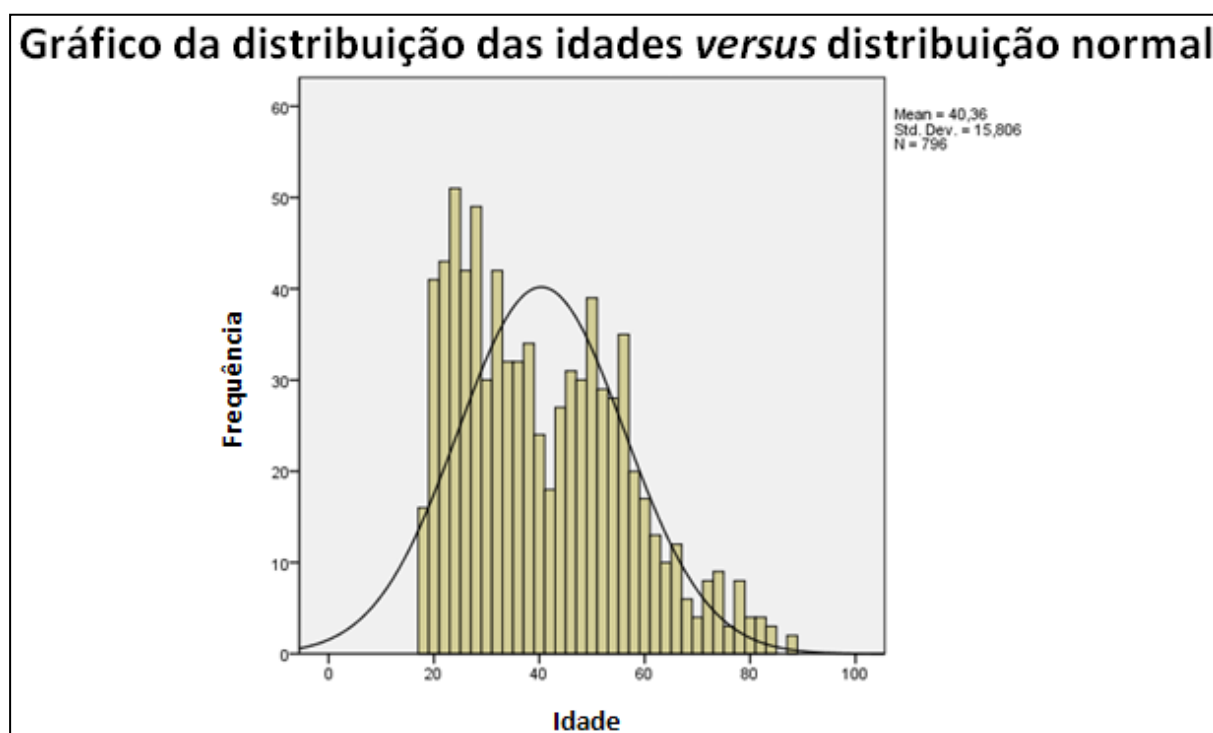


Figura 3 Frequência das idades dos participantes *versus* a distribuição normal

A média das idades dos pacientes participantes foi de $40,4 \pm 15,8$ anos tendo o mais novo 18 anos e o mais idoso 87 anos. O gráfico da distribuição da frequência das idades não foi o esperado, pois não coincide com a distribuição normal (Figura 3).

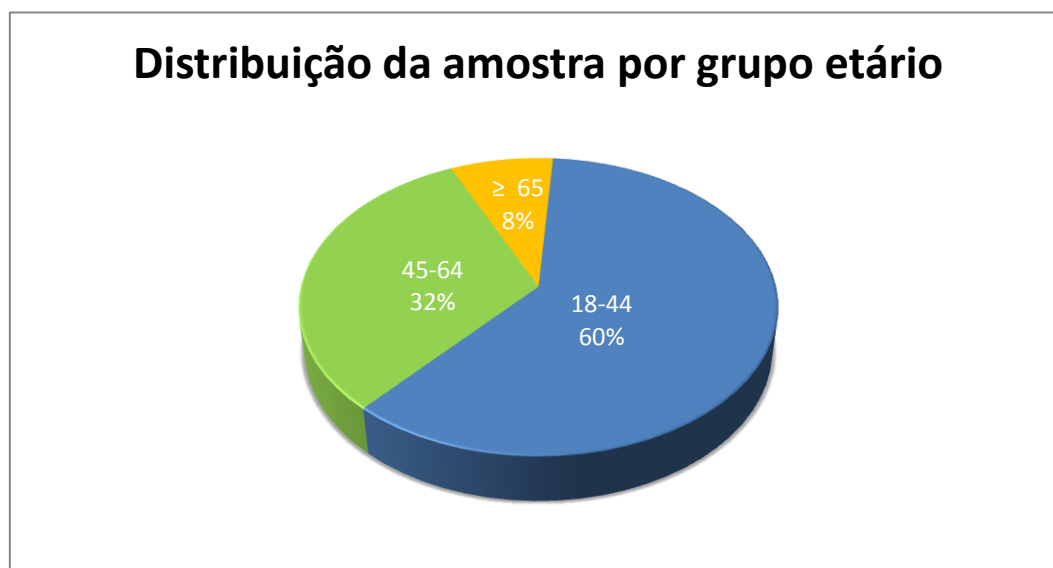


Figura 4 Distribuição da amostra por grupo etário (n=796)

Ao distribuir a amostra por grupos etários, constatou-se que a maioria, 60% (n=481) dos inquiridos apresentavam idades compreendidas entre os 18 e os 44 anos, seguidamente encontrava-se o grupo dos 45 aos 64 anos com 32% (n=252) e por último, os pacientes com idade igual ou superior a 65 anos com 8% (n=63) (Figura 4).

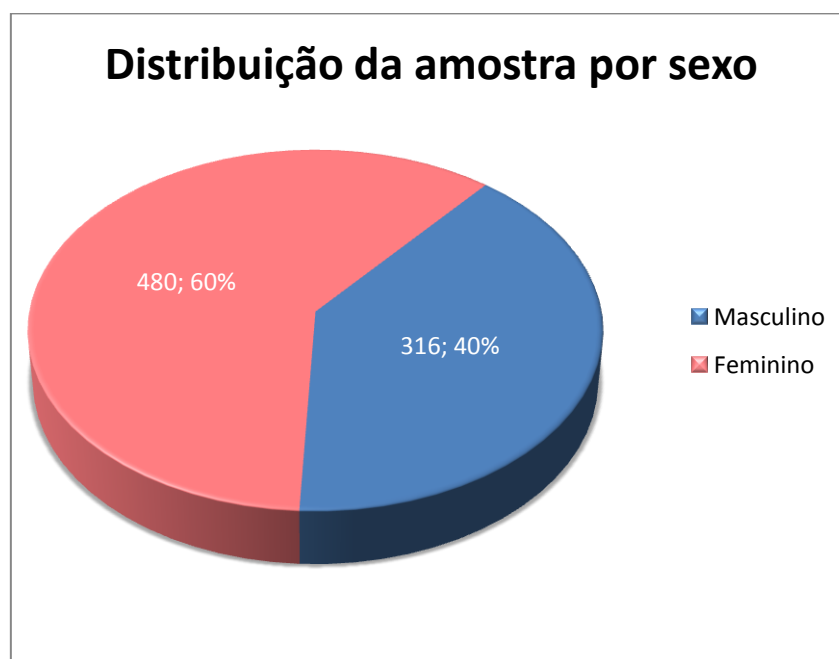


Figura 5 Distribuição da amostra por sexo (n=796)

Da amostra total 40% (n=316) dos participantes eram homens, com uma média de idades de $41,6 \pm 16,2$ anos tendo o mais novo 18 anos e o mais idoso 87 anos, e 60% (n=480) eram mulheres, com idade média de $39,6 \pm 15,5$ anos e com idades compreendidas entre os 18 e os 84 anos (Figura 5).

Do estudo das ocupações verificou-se que, a maioria dos participantes eram trabalhadores, correspondendo a 67,3% (n=536) da população estudada, seguidamente 14,2% (n=113) dos participantes eram estudantes, 7,8% (n=62) aposentados, 5,9% (n=47) desempregados, 3,9% (n=31) domésticas e 0,9% (n=7) reformados por invalidez (Figura 6).

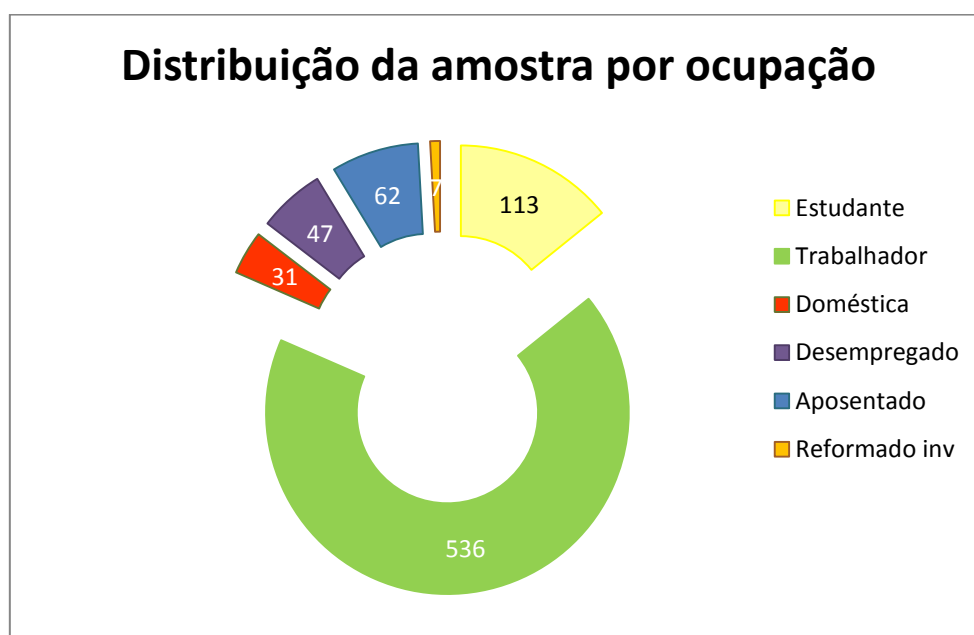


Figura 6 Distribuição da amostra por ocupação (n=796)

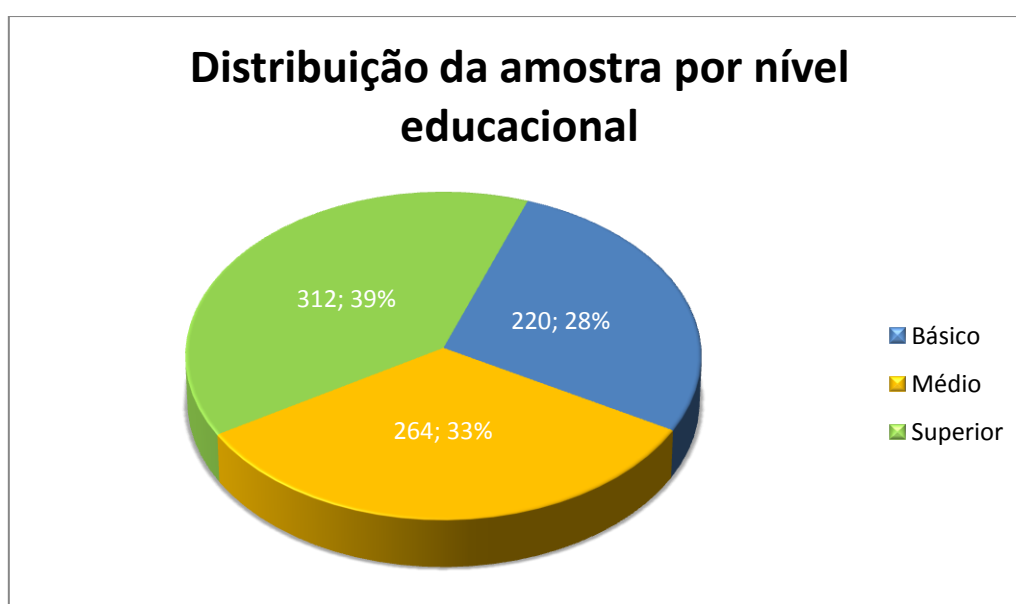


Figura 7 Distribuição da amostra por nível educacional (n=796)

Destaca-se ainda que, 39% (n=312) dos participantes tinham um nível de estudo superior, 33% (n=264) nível médio e 28% (n=220) nível básico ou analfabetos (Figura 7).

Da amostra, 54,8% (n=437) dos participantes tinham antecedentes médicos e 45,2% (n=359) não apresentavam antecedentes (Figura 8). A média das idades dos participantes com história de antecedentes foi de $44,3 \pm 16,9$ anos, tendo o mais novo 18 anos e o mais idoso 87 anos. No grupo sem antecedentes médicos, a média das idades foi de $35,5 \pm 12,8$ anos, compreendidas entre os 18 e os 79 anos. A prova de Levéne demonstrou que, para $p < 0,05$ não existia homogeneidade entre as variâncias (idade e antecedentes). O teste de Mann-Whitney com $U(796)=54739$, $p < 0,001$, indicou que os participantes com antecedentes eram significativamente mais velhos que os sem antecedentes ($p < 0,05$).

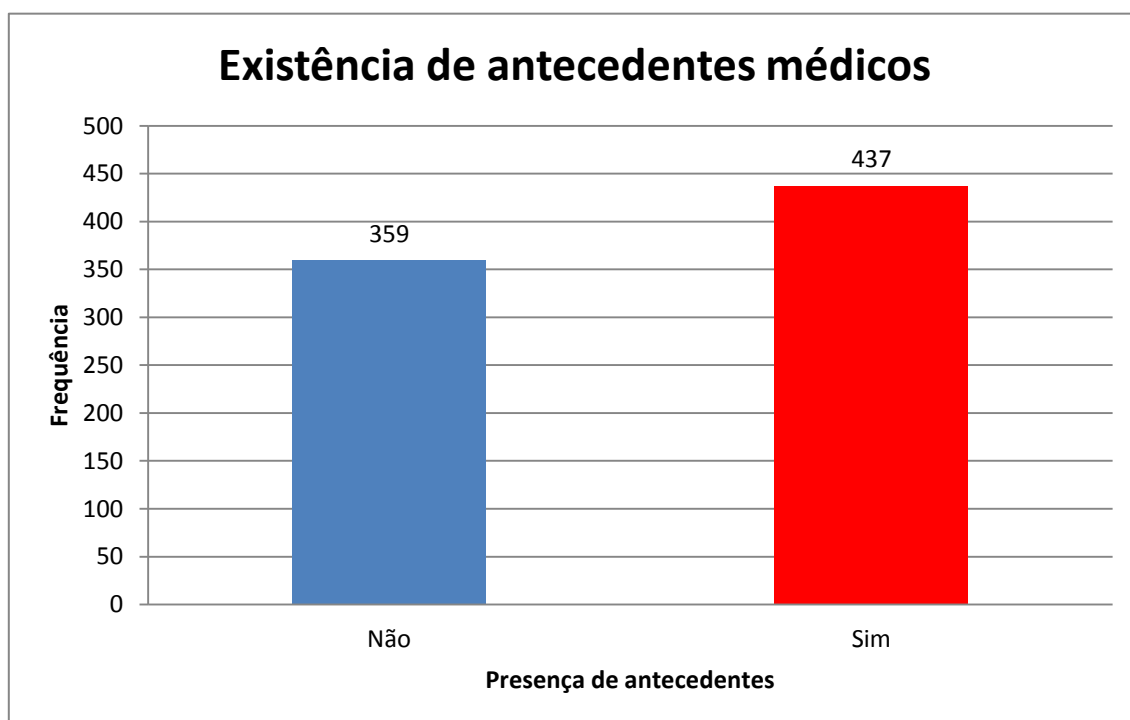


Figura 8 Presença de antecedentes médicos na população estudada (n=796)

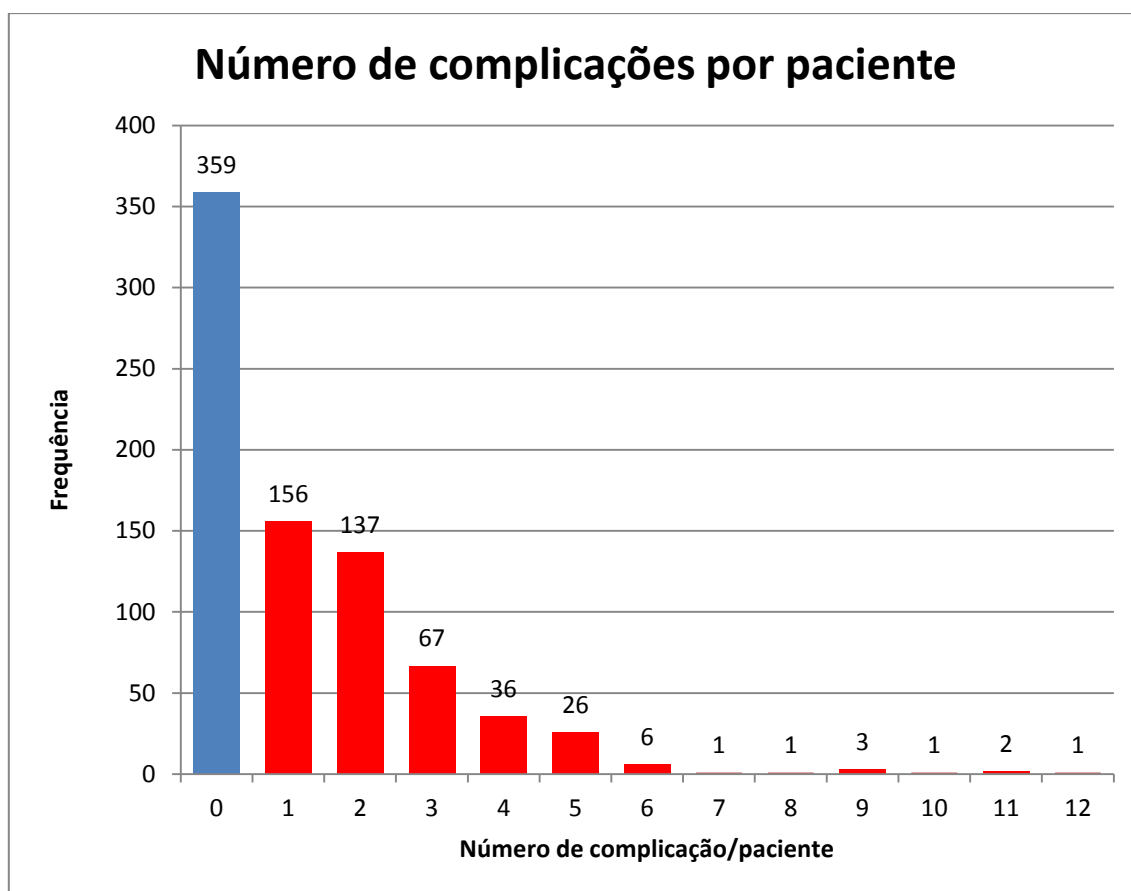


Figura 9 Distribuição da frequência de complicações por paciente

Dos pacientes participantes 19,6% (n=156) apresentavam apenas uma complicação e 35,3% (n=281) apresentavam duas ou mais complicações médicas (Figura 9).

Para $p < 0,05$ a prova de Levéne indicou que existia homogeneidade de variâncias entre sexo e idade e número de complicações. O teste T com $t(794)=1,739$, $p=0,082$ e $t(794)=1,878$, $p=0,061$ respectivamente, indicou que não existiam diferenças significativas entre as médias de idades e do número de complicações entre homens e mulheres para $p < 0,05$.



Figura 10 Distribuição dos pacientes por número de complicações segundo a idade (cada círculo amarelo representa 1 paciente)

Ao correlacionar a idade dos pacientes e o número de complicações médicas presentes (Figura 10), obtivemos um coeficiente Rho de Spearman com $R(796)=0,360$ e $p<0,001$ indicativo de que os pacientes mais idosos tinham também um maior número de complicações, apresentando uma correlação típica (95).

Na Tabela 6, pode observar-se as complicações estudadas e a frequência com que estas foram encontradas na população analisada.

Na amostra estudada, a complicação médica encontrada com maior frequência (16,1%) foi a hipertensão arterial afectando 16,1% ($n=128$) dos doentes inquiridos; 3,1% ($n=4$) apresentavam medições normais de tensão arterial; 22,7% ($n=29$) tinham valores compreendidos entre 120-139 mm Hg ou 80-89 mm Hg; 23,4% ($n=30$) mencionaram valores entre 140-159 mm Hg ou 90 a 99 mm Hg; 13,3% ($n=17$) apresentavam tensão arterial entre 160-179 mm Hg ou 100-109 mm Hg; e por último, 18,8% ($n=24$) tinham valores iguais ou superiores a 180 ou 110 mm Hg. Houve ainda uma percentagem (18,8% $n=24$) de pacientes que não souberam referir os valores (Tabela 7).

Tabela 6 Distribuição dos antecedentes médicos presentes na população estudada

		Frequência	Porcentagem (%)
Antecedentes n=796	Hipertensão	128	16,1
	Arritmias	81	10,2
	Angina de peito	69	8,7
	Alergias	65	8,2
	Disfunções tiroideias	48	6,0
	Patologia hepática	43	5,4
	DPOC	40	5,0
	Asma	37	4,6
	Diabetes	34	4,3
	Coagulopatias	31	3,9
	Lipotímias	30	3,8
	Valvulopatias	30	3,8
	Doença renal	20	2,5
	Cancro	18	2,3
	Enfarte do miocárdio	17	2,1
	Hiperventilação	15	1,9
	Insuficiência cardíaca	9	1,1
	Gravidez	9	1,1
Epilepsia	8	1,0	
Profilaxia antibiótica	6	0,8	

Tabela 7 Distribuição dos valores de tensão arterial na população hipertensa

		Frequência	Porcentagem (%)
Valores de tensão arterial n=128	<120 e <180 mm Hg	4	3,1
	120-139 ou 80-89 mm Hg	29	22,7
	140-159 ou 90-99 mm Hg	30	23,4
	160-179 ou 100-109 mm Hg	17	13,3
	≥180 ou ≥110	24	18,8
	Valor desconhecida	24	18,8

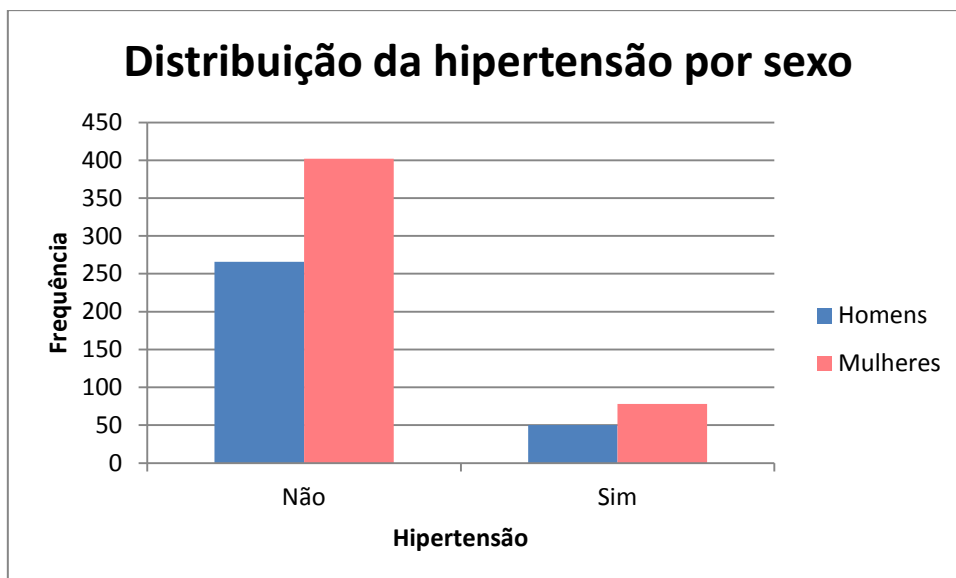


Figura 11 Prevalência de hipertensão segundo o sexo

Dentro da população total estudada, 9,8% (n=78) eram mulheres com hipertensão e 6,3% (n=50) homens (Figura 11), não havendo diferença na proporção da prevalência de hipertensão nas mulheres e nos homens, com $\Phi(796)=0,006$, $p=0,872$.

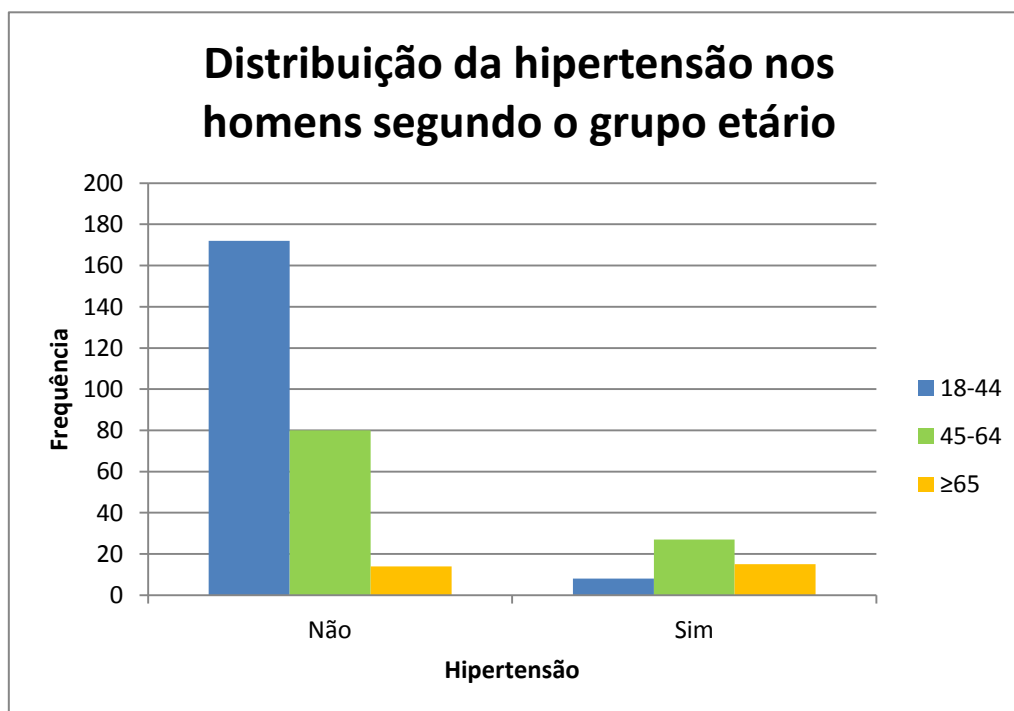


Figura 12 Distribuição da frequência de hipertensão nos homens segundo o grupo etário

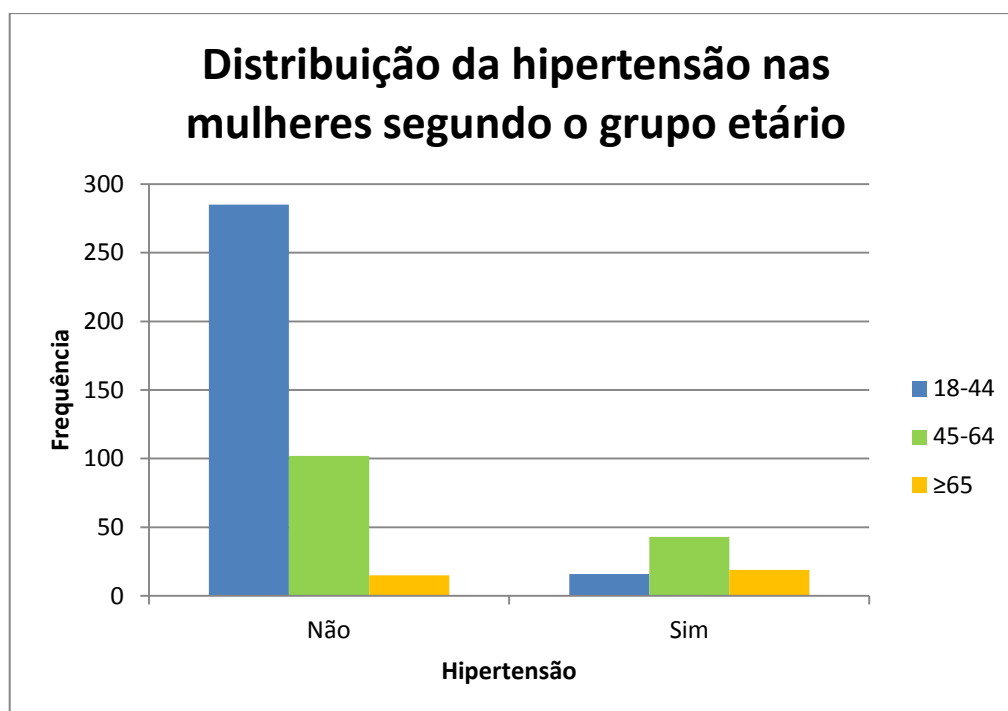


Figura 13 Distribuição da frequência de hipertensão nas mulheres segundo o grupo etário

Ao analisar a presença de hipertensão por grupos etários, constatou-se que, tanto nos homens como nas mulheres, existe um maior número de pessoas hipertensas nos grupos etários mais velhos do que no mais jovem (Figuras 12 e 13).

Seguidamente verificou-se que, 10,2% (n=81) dos pacientes da amostra apresentavam arritmias cardíacas; 5,4% (n=43) afirmaram necessitarem de repousar ao desenvolverem os episódios de arritmia; 5,0% (n=40) desenvolviam sintomas de lipotímia e 2,3% (n=18) responderam afirmativamente às duas situações.

A angina de peito estava presente em 8,7% (n=69) dos participantes; 3,4% (n=27) tinham as suas actividades limitadas; 1,6% (n=13) relataram um agravamento recente da sua condição e 0,6% (n=5) já tinham sentido dor torácica em repouso (angina instável).

A quarta complicação mais prevalente foi as alergias a medicamentos ou dispositivos médicos, afectando 8,2% (n=65) dos inquiridos; 3,8% (n=30) já tinham necessitado de internamento hospitalar no decurso de uma reacção alérgica e 0,6% (n=5) desenvolveram reacções de hipersensibilidade durante um tratamento médico-dentário.

Seis por cento dos participantes (n=48) apresentavam disfunções da glândula tiroideia, deste: 52,1% (n=25) padeciam de hipotiroidismo; 33,3% (n=16) de hipertiroidismo e 14,6% (n=7) tinham doença da tiróide doutra índole ou desconheciam a sua causa.

Da amostra total, 5,4% (n=43) declararam que padeciam de patologia hepática.

Os sintomas compatíveis com DPOC estavam presentes em 5,0% (n=40) da população estudada; 1,9% (n=15) afirmou ter dificuldades respiratórias depois de realizar algum esforço (subir 20 degraus) e 0,5% (n=4) ao executar actividades físicas normais do quotidiano, como trocar de roupa.

Em continuação constatou-se que, 4,6% (n=37) dos pacientes participantes tinham asma e 0,9% (n=7) afirmou ter concomitantemente dificuldades respiratórias. Do total de doentes asmáticos, 70,3% (n=26) encontravam-se medicados para controlo desta situação.

A diabetes estava presente em 4,3% (n=34) da população estuda, desta, 0,6% (n=5) consistia em pacientes insulino dependentes e 0,8% (n=6) em casos de diabetes descontrolada.

As coagulopatias estavam presentes em 3,9% (n=31) da população; 1,0% (n=8) já tinha tido episódio de hemorragia prolongada após a realização de uma cirurgia ou ferimento e 1,5% (n=12) referiu tendência para a formação de hematomas.

Dos pacientes com tendência para a hemorragia, 19,4% (n=6) encontravam-se medicados com anticoagulantes; 9,7% (n=3) tomavam ácido acetilsalicílico (aspirina) e 3,2% (n=1) estavam medicados com ambos. Constatou-se ainda que, 70,1% (n=19) dos pacientes medicados com anticoagulantes não referiram tendência aumentada para a hemorragia.

Da amostra total, 3,8% (n=30) dos participantes mencionaram episódio de perda transitória de consciência durante a realização de tratamento médico ou médico-dentário.

A mesma percentagem de participantes, 3,8% (n=30), referiu ter doença valvular; 0,4% (n=3) afirmaram terem realizado cirurgia cardíaca ou valvular nos 6 meses que antecederam a consulta; 0,5% (n=4) eram portadores de *pacemakers*; 0,1% (n=1) mencionou que a febre reumática era a origem da patologia cardíaca e 1,5% (n=12) referiu limitações nas suas actividades físicas.

Da amostra, 2,5% (n=20) apresentava doença renal. Dez por cento (n=2) dos pacientes que referirem ter esta patologia, realizavam tratamento com diálise. Nenhum paciente mencionou ter realizado transplante renal.

Tabela 8 Tipos de patologias oncológicas presentes na população estudada

		Frequência	Percentagem (%)
Doença oncológica n=796	Mama	5	0,6
	Próstata	5	0,6
	Cólon	3	0,4
	Colo do útero	2	0,3
	Cavidade oral	2	0,3
	Ovário	1	0,1
	Melanoma	1	0,1
	Tiróide	1	0,1
	Fígado	1	0,1

A doença oncológica estava presente em 2,3% (n=18) da população total. A Tabela 8 apresenta a distribuição dos tipos de cancro observados (de notar que houve pacientes que referiram padecer de mais que um tipo de cancro); 0,9% (n=7) mencionaram ter feito tratamento com medicamentos anticancerígenos ou quimioterápicos e/ou transplante de medula óssea, mas apenas um doente, soube mencionar o nome do fármaco prescrito (tamoxifeno). Um paciente (0,1%) afirmou ter realizado radioterapia na região da cabeça e pescoço.

Do total de pacientes questionados, 2,1% (n=17) afirmaram ter antecedentes de enfarte do miocárdio; 1,4% (n=11) encontrava-se com as suas capacidades físicas limitadas e 0,4% (n=3) mencionou história de enfarte nos 6 meses que antecederam a consulta.

Em continuação, 1,9% (n=15) dos inquiridos referiram ter episódios de hiperventilação.

Da amostra, 1,1% (n=9) dos participantes mencionaram padecer de insuficiência cardíaca e 0,5% (n=4) referiu dispneia em decúbito dorsal.

Da população das mulheres estudada (n=480), 1,9% (n=9) destas encontravam-se grávidas.

Um por cento (n=8) dos pacientes participantes afirmaram padecer de epilepsia, destes, 37,5% (n=3) referiram ter episódios de epilepsia apesar de se encontrarem medicados.

Por último, 0,8% (n=6) dos doentes da amostra necessitavam de realizar profilaxia antibiótica. Destes 100% (n=6) afirmaram ter valvulopatias.

Relativamente à questão sobre medicação prescrita (Tabela 9), verificou-se que, 35,2% (n=280) dos participantes no estudo encontravam-se medicados.

Tabela 9 Regimes medicamentosos prescritos referidos pela população estudada

		Frequência	Percentagem (%)
Medicamentos prescritos n=796	Anti-hipertensores	97	12,2
	Antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos	76	9,5
	Tratamento de patologia cardíaca	39	4,9
	Aspirina	36	4,5
	Antidiabéticos	26	3,3
	Anti ou hipocoagulantes	26	3,3
	Antialérgicos	18	2,3
	Antibióticos ou antimicrobianos	17	2,1
	Medicamentos para doenças reumáticas intestinais e pele	16	2,0
	Corticosteróides	10	1,3
	Quimioterápicos	7	0,9
	Imunossuppressores	1	0,1

A maior percentagem 12,2% (n=97) correspondeu aos pacientes medicados com anti-hipertensores. Seguidamente, 9,5% (n=76) da população total tomava antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos; 4,9% (n=39) estavam medicados para o tratamento de patologia cardíaca e 4,5% (n=36) dos participantes tomavam ácido acetilsalicílico (aspirina).

Observou-se uma prevalência de 3,3% (n=26) de pacientes medicados com antidiabéticos. O mesmo valor encontrou-se nos doentes que tomavam anti ou hipocoagulantes.

Seguidamente, encontravam-se os doentes medicados com antialérgicos com uma prevalência de 2,3% (n=18) e os medicados com antimicrobianos ou antibióticos com 2,1% (n=17).

Dois por cento (n=16) da população encontrava-se a tomar medicação contra doenças reumáticas, intestinais e de pele; 1,3% (n=10) estava medicada com corticoesteróides (sistémicos ou tópicos); 0,9% (n=7) encontravam-se a realizar tratamento com quimioterapia ou anticancerígenos e 0,1% (n=1) com imunossuppressores.

Tabela 10 Regimes medicamentosos não sugeridos no questionário EMRRH.

		Frequência	Porcentagem (%)
Outras medicações n=796	Contraceptivos orais	29	3,6
	Antidislipídicos	26	3,3
	Antiasmáticos	26	3,3
	Medicamentos para a disfunção tiroideia	16	2,0
	Protectores gástricos	9	1,1
	Tratamento da osteoporose	7	0,9
	AINEs e analgésicos de acção central	6	0,8
	Antiepilépticos e anticonvulsivantes	4	0,5
	Medicamentos para as disfunções géniturinárias (próstata)	4	0,5
	Medicamentos omeopáticos/suplementos vitamínicos	3	0,4
	Medicamentos contra a insuficiência venosa	3	0,4
	Medicamentos para o tratamento da gota	2	0,3
	Medicamentos contra litíase biliar	1	0,1
	Tratamento da síndrome de Menier	1	0,1
	Anti-parkinsonianos	1	0,1
	Metabolismo do cálcio	1	0,1
	Tratamento do glaucoma	1	0,1
Antipsicótico	1	0,1	

Constatou-se ainda que, 14,7% (n=117) da população total encontrava-se medicada com outros medicamentos, não mencionados no questionário (Tabela 10); 3,6% (n=29) tomavam contraceptivos orais; 3,3% (n=26) estavam medicados com antidislipídicos e esta mesma prevalência, verificou-se para os antiasmáticos. Dois por cento (n=16) dos pacientes inquiridos encontravam-se medicados para disfunções tiroideias. Observou-se ainda, a prevalência de outras medicações com menor frequência, estas também se encontram referenciadas na Tabela 10. De salientar que 1% (n=8) não soube especificar os regimes farmacológicos que realizavam.

A análise do risco médico, segundo a classificação da ASA, indicou que, dos 796 pacientes observados neste estudo: 45,2% (n=359) pertenciam ao nível ASA I (não tinham antecedentes médicos); 32,0% (n=255) foram classificados como ASA II; 10,9% (n=87) como ASA III e 11,9% (n=95) como ASA IV (Figura 14).

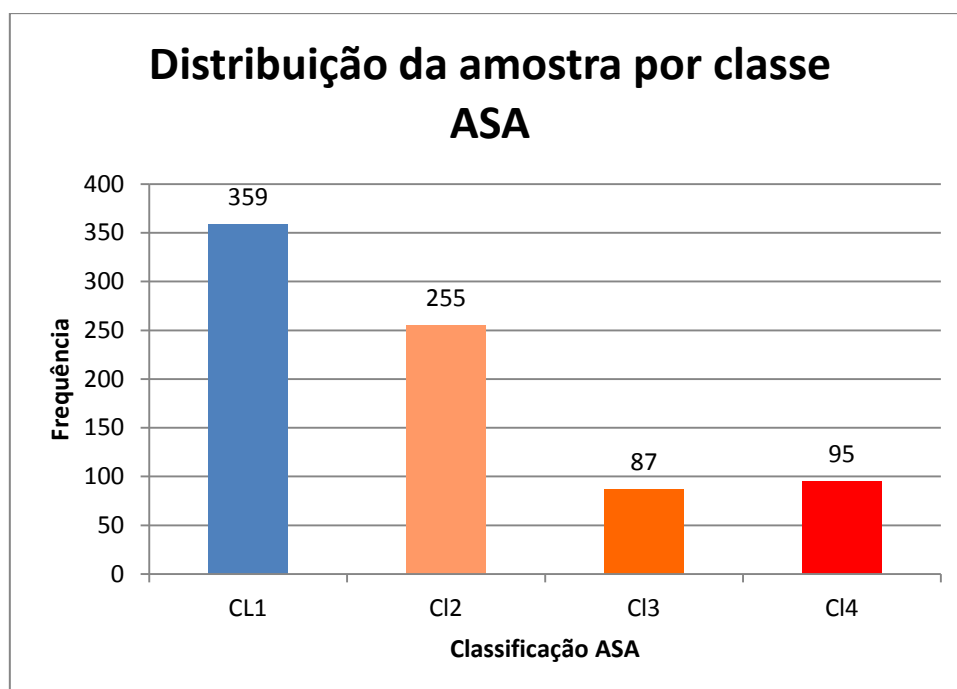


Figura 14 Distribuição da população segundo a classe ASA

Ao comparar a distribuição das classes ASA por grupos etários (Figura 15) verificou-se que, o nível ASA I predominava nos indivíduos mais jovens e diminuía com o envelhecimento. Nas restantes classes ASA, constatou-se uma redução no número de pacientes mais jovens e aumento da prevalência nas idades mais avançadas. O teste Kendall's tau-b com $t(796)=0,239$, $p<0,001$, indicou que existe uma relação estatisticamente significativa ($p<0,05$). Observando-se que aos valores mais elevados de ASA correspondem também valores mais elevados de grupo etário. Existindo uma correlação positiva típica.

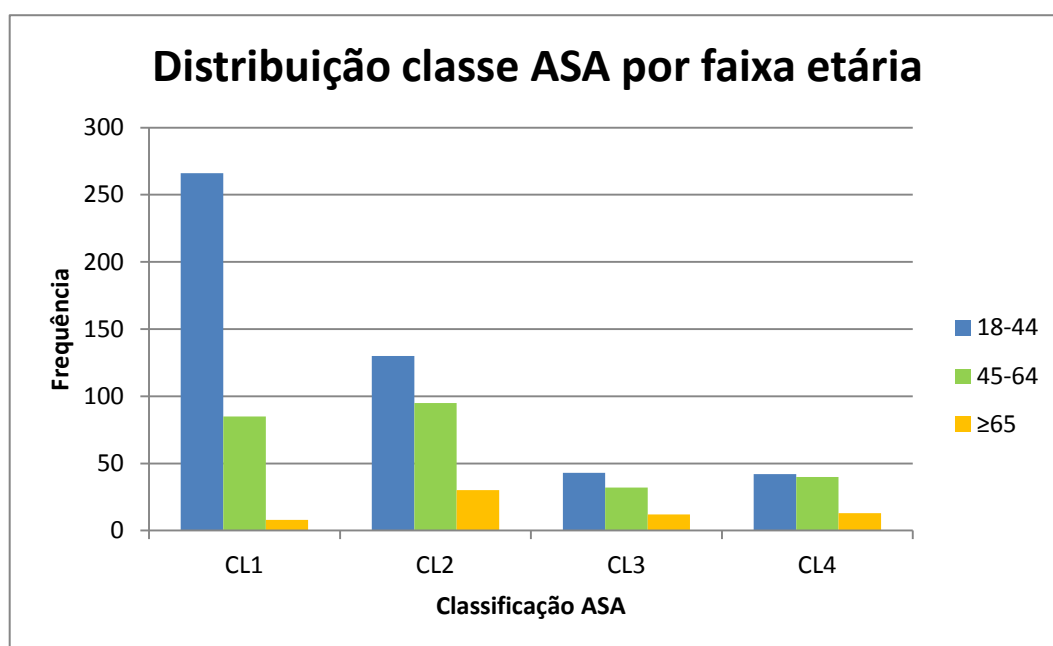


Figura 15 Relação entre a classe ASA e o grupo etário

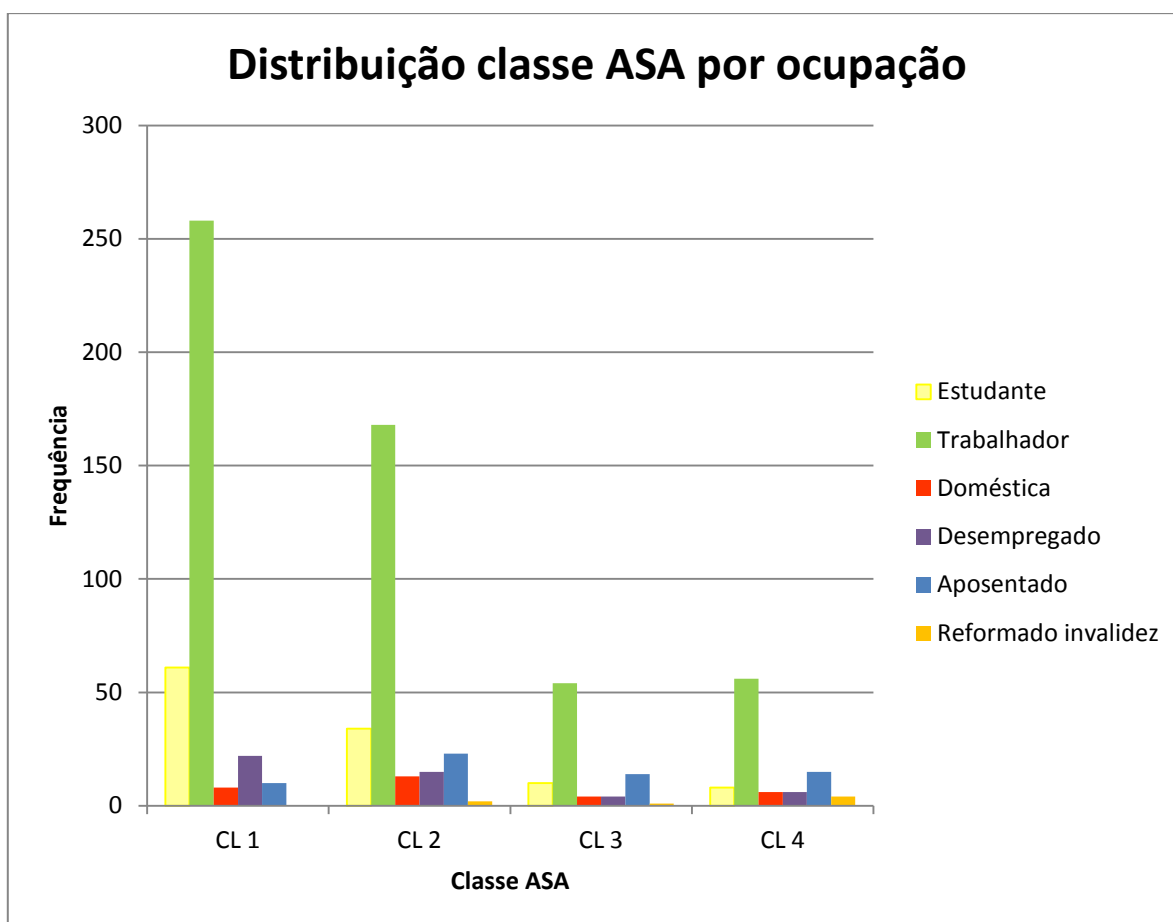


Figura 16 Distribuição dos pacientes segundo a classe ASA e ocupação

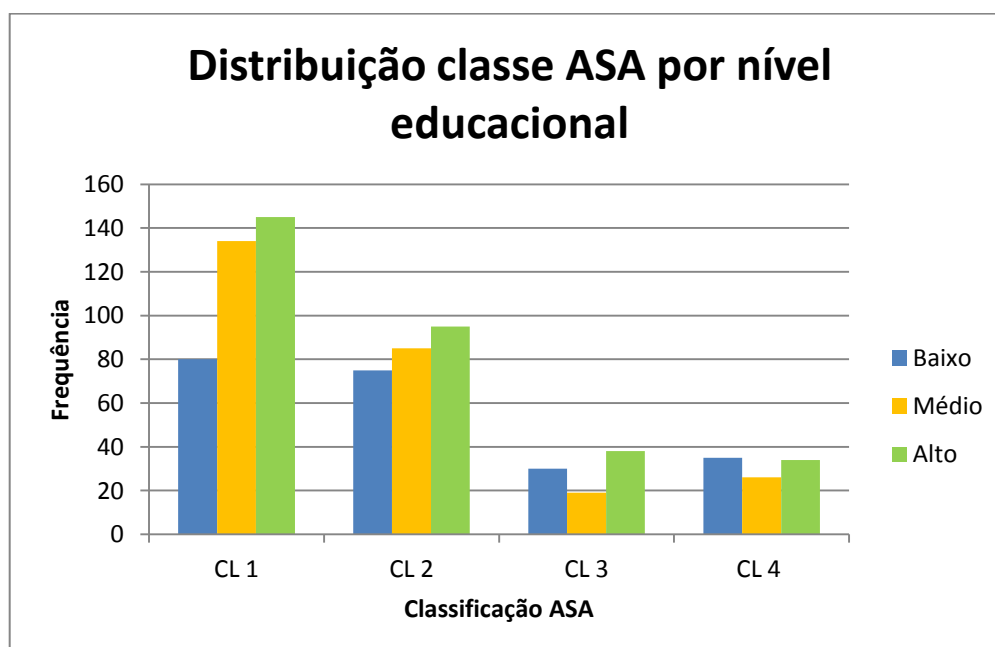


Figura 17 Distribuição dos pacientes segundo a classe ASA e o nível de educação

Na distribuição dos pacientes por classe ASA e ocupação (Figura 16) o teste Cramer's V com $r(15)=0,152$, $p<0,001$ indicou que a variável classe ASA está associada às diferentes ocupações contudo, o grau dessa associação é fraco.

O mesmo acontece com a distribuição da classe ASA por nível educacional (Figura 17), aqui, o teste de Kendall's tau-b com $t(796)=-0,064$ e $p=0,044$ indicou que existe uma tendência para os pacientes com maior nível de estudos apresentarem risco mais baixo, porém, apesar de o valor da significância ficar abaixo de $p<0,05$ o efeito dado pelo coeficiente é considerado baixo sendo o grau de associação muito fraco (95).

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Analisámos os pacientes de 15% dos médicos dentistas, graduados com Licenciatura ou Mestrado Integrado em Medicina Dentária, pelo Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa entre os anos de 2006-2010. Segundo estudos com abordagens semelhantes, o número de cooperantes é determinado através de um processo de selecção “natural”, o qual distingue os médicos dentistas que se revelam interessados nas componentes médicas e que são capazes de gerir o seu tempo de trabalho de forma a solicitar a participação dos pacientes (15,18).

Obtivemos uma amostra constituída por 796 pacientes, num estudo com uma metodologia semelhante à aplicada no nosso trabalho e no qual foram entrevistados 29 424 pacientes de consultórios médico-dentários, realizou-se concomitantemente a avaliação da disponibilidade dos pacientes abordados em participar no estudo, constatando-se que no geral a maioria dos pacientes cooperou, com uma percentagem de rejeição de apenas 4,6% (15).

A média de idades dos pacientes participantes ($40,36 \pm 15,81$) foi superior à encontrada em estudos anteriores com metodologia comparável (15,96,97), o que pode ser justificado, pela crescente tendência para o envelhecimento da população. Em Portugal, o número de pessoas com idade superior a 65 anos aumentou consideravelmente nos últimos 40 anos, subindo de 8% para 16% entre 1961 e 2001, acompanhando o aumento da esperança média de vida. As projecções demográficas mais recentes estimam que este número volte a inflacionar para cerca de 32% do total da população em 2050 (9). Porém, o grupo etário com maior prevalência foi o compreendido entre os 18 e 44 anos, tal pode dever-se a uma maior consciencialização para a saúde oral nas faixas etárias mais novas. Isto fez com que, ao analisar o gráfico da distribuição da frequência das idades, este não tenha sido o esperado, não coincidindo com a distribuição normal.

Com base nos dois últimos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), realizados em parceria, pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), constata-se que em Portugal Continental, a proporção de indivíduos com 2 e mais anos de idade, que já consultou pelo menos uma vez um profissional de saúde oral (médico dentista, estomatologia, higienista ou outro técnico de saúde oral), foi de 84,2% em 1998/1999, e de 86,3% em 2005/2006. As mulheres utilizaram mais estas consultas tanto em 1998/1999 (86,2% *versus* 82,0% nos homens), como em 2005/2006 (88,8% *versus* 83,6%

nos homens). O mesmo indicador, mas referenciando os 12 meses que antecederam as entrevistas, nas quais se basearam os estudos, aumentou de 32,1% em 1998/1999 para 40,3% em 2005/2006, estimando-se, neste último caso, proporções por sexo novamente superiores para as mulheres (47,6% *versus* 44,9% nos homens) (98,99). Estes dados estão de acordo com os obtidos neste estudo, no qual se constatou que 60% dos participantes eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino.

A maioria da população apresentava estudos superiores (39%), e pertencia à classe trabalhadora (63%), pelo que inferimos tratar-se de uma amostra constituída por indivíduos com alguma capacidade económica. O INS 2005/2006 verificou que, da população que nunca consultou um profissional de saúde oral, 12,2 % indicaram como razão, o custo elevado desses serviços (98).

Os resultados obtidos no nosso estudo demonstram uma alta prevalência (54,8%) de pacientes que possuíam algum antecedente médico significativo, que poderia influenciar a prática clínica. Constatando-se ainda que, os pacientes incluídos no grupo com antecedentes médicos eram significativamente mais velhos que os sem antecedentes, $p < 0,001$. Esta relação pode ser justificada pelo facto de que a probabilidade de desenvolver uma doença crónica aumenta com a idade, devido à progressiva acumulação e exposição a factores de risco (5). Assim, o desenvolvimento de antecedentes médicos está intimamente relacionado com o processo de envelhecimento (7). Para além disso, verificou-se que existia uma correlação entre a idade dos participantes e o número de complicações médicas presentes, os pacientes mais idosos tinham também um maior número de complicações, uma vez que à medida que as pessoas envelhecem vão concomitantemente acumulando diagnósticos.

Da população estudada, a complicação médica encontrada com maior frequência (16,1%) foi a hipertensão arterial. No ano 2000, a hipertensão afectava um quarto da população mundial adulta, ou seja, cerca de 1 bilião de pessoas. As estimativas apontam para um aumento de 29,0% até ao ano de 2025 (100). Em Portugal, o Estudo da Prevalência, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial desenvolvido por Macedo e col., com dados de 2003 e progressivamente actualizados, apontou para uma prevalência de 45,6% de portugueses hipertensos, sendo que destes: 46,1% estão cientes de o ser, 33,9% estão tratados, e quando tratados, 7,6% estão controlados (101). O estudo efectuado por Macedo e col. constatou também uma tendência para o aumento da hipertensão arterial com a idade, observando-se uma prevalência mínima de 19,0% no grupo dos inquiridos com menos de 35

anos (26,2% no sexo masculino e 12,4% no sexo feminino), e uma prevalência máxima de 78,9% no grupo dos inquiridos com mais de 65 anos (79,0% no sexo masculino e 78,7% no sexo feminino). A prevalência da hipertensão foi superior no sexo masculino em todas as classes etárias, excepto na dos 64 ou mais anos, onde a discrepância entre os sexos tende a atenuar-se (101). Outro estudo, realizado também em Portugal, que tinha como objectivo estudar a prevalência autodeclarada de algumas doenças crónicas, na população residente em unidades de alojamento do Continente, e com uma amostra de 2820 indivíduos com 18 ou mais anos constatou que, 18,2% dos inquiridos declararam ter tensão arterial aumentada. Essa percentagem foi significativamente mais elevada no sexo feminino e no grupo etário dos 65-74 anos de idades (102). No nosso estudo constatámos uma maior prevalência de mulheres hipertensas (9,8%) do que homens (6,3%), mas sem diferença significativa. Comprovou-se também uma maior percentagem de hipertensão nas faixas etárias mais velhas, comparativamente ao grupo etário compreendido entre os 18 e os 44 anos de idade.

O segundo antecedente médico com maior prevalência (10,2%) foi a arritmia cardíaca (a qual foi despistada através do sintoma de palpitação cardíaca em repouso).

O estudo de uma população de 1454 indivíduos idosos activos e independentes revelou que o sintoma de palpitação é comum (23,6%), nos quais um terço tem como causa subjacente, arritmias cardíacas (103). Das arritmias cardíaca graves, a mais comum e persistente é a fibrilhação auricular. Estima-se que atinja cerca de 0,4% da população geral e 5% dos indivíduos acima dos 65 anos de idade, com valores ligeiramente superiores para o sexo masculino (104,105). A prevalência da fibrilhação auricular aumenta na presença de condições como: hipertensão arterial, doença valvular, diabetes, cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca, obesidade e apneia do sono, entre outras (14). Em Portugal, os resultados do estudo FAMA, mostraram que a prevalência de fibrilhação auricular na população com mais de 40 anos é de 2,5%, e de 6,6% em pessoas com mais de 70 anos (106).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e de incapacidade a nível mundial. De entre estas, a doença cardíaca isquémica é responsável por um total de 12,8% das mortes a nível mundial, e por cerca de 18% dos DALYs nos países desenvolvidos, e de 10% nos países em desenvolvimento. Relativamente às doenças cérebro-vasculares, estas correspondem à segunda maior causa de morte no Mundo (10,8%) (107–109). Em Portugal, as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de morte, sendo responsáveis por cerca de 31,9% do total de óbitos. Destas, as mortes por doenças cérebro-vasculares (13,6%)

representam mais do dobro das cardiopatias isquémicas (7,2%), afectam principalmente as mulheres, e têm a maior expressão nas idades avançadas, ocorrendo 42% dos óbitos a partir dos 65 anos (110,111).

A prevalência de angina de peito varia a nível mundial, mas em média afecta cerca de 6,7% das mulheres e 5,7% dos homens (112). Segundo o INS em 2005/2006, 1,63% da população total portuguesa apresentava história pregressa de AVC, e 1,28% de enfarte do miocárdio. No que diz respeito a esta última condição patológica, 31% eram mulheres e 69% homens, verificando-se também um aumento da prevalência com a idade (98). No nosso estudo, as doenças cardíacas isquémicas estavam divididas em angina de peito e enfarte do miocárdio, não estando incluídas questões sobre antecedentes de AVC. A angina de peito ocupou o terceiro lugar das prevalências encontradas, estando presente em 8,7% dos participantes, e o enfarte do miocárdio em 2,1%.

A quarta complicação mais prevalente encontrada no nosso estudo foi a alergia a medicamentos e dispositivos médico-dentários, afectando 8,2% dos participantes.

Em Portugal, existem poucos estudos epidemiológicos sobre reacções adversas a fármacos, incluindo reacções de hipersensibilidade a estas substâncias. Contudo, estima-se que 4 a 7% das reacções alérgicas sejam provocadas pela ingestão de medicamentos (74).

A penicilina é a causa mais frequente de reacções alérgicas medicamentosas e anafilaxia. A prevalência de alergia à penicilina é de 2 a 10%, em relação aos tratamentos efectuados (74).

Em relação à sensibilização ao látex no total da população portuguesa (sem incluir os profissionais de saúde e outras profissões de risco), pensa-se que a prevalência não excede 1%. Todavia, estes resultados não são consensuais (76).

No nosso estudo, constatámos que 0,6% dos pacientes referiram ter tido um episódio de alergia aguda no consultório médico-dentário. O estudo de Smeet e col. verificou que, de um total de 208 complicações registadas em consultórios médico-dentários, as reacções anafiláticas corresponderam a 1,9% (34).

Segundo a Sociedade Europeia da Tiróide (113), 1 em cada 10 portugueses, ou seja 10% da população, padece de doenças da tiróide, afectando significativamente mais as mulheres que os homens. No nosso estudo, 6% da população apresentava história de

disfunção da glândula tiroideia, sendo que destes: 52,2% padeciam de hipotiroidismo (3,1% do total de população estudada), 33,3% de hipertiroidismo (2,0% do total de população estudada), e 14,6% (0,9% do total da população estudada) tinham doença da tiróide de outra índole ou desconheciam a sua causa.

No estudo da prevalência autodeclarada de algumas doenças crónicas em Portugal (102), numa população de 2820 indivíduos, foram referidos 110 casos de doença da tiróide, o que correspondeu a uma percentagem ponderada de 3,8%. Observou-se uma maior percentagem no sexo feminino (6,6%), e nos grupos etários que abrangem as idades compreendidas entre 35 e 75 anos (5,0% a 5,6%). Todas estas diferenças revelaram-se com significado estatístico.

Quanto à incidência e prevalência de doentes com hipotiroidismo e hipertiroidismo, não encontramos estudos viáveis, que nos indicassem as suas características epidemiológicas em Portugal. Na Grã-Bretanha, observou-se a prevalência de 25 a 30 casos de hipertiroidismo por cada 10 000 mulheres, com uma idade média na altura do diagnóstico de 48 anos, e uma incidência de 3 novos casos por 1000 mulheres por ano. Estes estudos demonstram que o hipertiroidismo é 10 vezes mais comum nas mulheres do que nos homens (114). Nos Estados Unidos da América, a incidência desta doença tem sido descrita como sendo de 1 caso por cada 1000 mulheres por ano, verificando-se também uma prevalência mais baixa nos homens (64). Quanto ao hipotiroidismo, na Grã-Bretanha, este tem uma incidência de 3 novos casos a cada ano por 1000 mulheres, e uma prevalência de 14 em cada 1000 mulheres, e de 1 em cada 1000 homens. A idade média na altura do diagnóstico é de 57 anos, e um terço de todos os casos, tem como causa subjacente à excisão cirúrgica ou radiação (63). Nos Estados Unidos da América, afecta cerca de 1 a 2% da população em geral, e é 5 vezes mais comum do que o hipertiroidismo. Estima-se que 10% das mulheres com idade superior aos 40 anos têm deficiência das hormonas da tiróide devido a patologia autoimune. À semelhança do que acontece com o hipertiroidismo, o hipotiroidismo é também mais frequente nas mulheres que nos homens (63). A incidência de doenças da tiróide é 10 vezes maior nas áreas com deficiência de iodo (63). Em Portugal, um estudo populacional visando conhecer a ingestão iodada em todo o país, através da determinação das iodúrias nas grávidas, concluiu que, de uma maneira global, apenas cerca de 20% das grávidas estudadas apresentavam iodúrias dentro dos valores considerados satisfatórios, e que cerca de 20% tinham iodúrias muito baixas (115).

Relativamente ao cancro da tiróide, os dados indicam que este está a aumentar em Portugal, e apesar de ser considerado na maior parte das vezes pouco agressivo, pode comprometer a qualidade de vida dos doentes (116,117). Estima-se que anualmente o cancro da tiróide seja diagnosticado a mais de 600 pessoas, das quais 5-10% acabam por falecer. A incidência do carcinoma da tiróide nas mulheres é superior à registada nos homens, afectando 436 mulheres e 199 homens anualmente (116).

No nosso estudo, da amostra total, 5,4% declararam que padeciam de patologia hepática. Na Europa, as mortes por patologia hepática e cirrose são responsáveis por metade das mortes causadas directamente por doenças do sistema digestivo (118). Em Portugal, a cirrose hepática é a décima principal causa de morte, sendo responsável por cerca 2000 óbitos todos os anos, e pela incapacidade de milhares de outras pessoas, à medida que o fígado perde gradualmente as suas capacidades. A cirrose está principalmente relacionada com o consumo excessivo de álcool, e com a infecção crónica pelo vírus da hepatite C (45,46). A ingestão de bebidas alcoólicas é um hábito enraizado na nossa cultura, sendo o álcool, a droga de abuso mais frequente em Portugal. Sessenta por cento dos portugueses ingerem bebidas alcoólicas regularmente, e 10% apresentam problemas ligados ao álcool (47). A hepatite C crónica causa uma inflamação do fígado que pode acabar por conduzir à cirrose. De facto, 5-25% dos doentes com hepatite C crónica evoluem para cirrose em 20 anos (119). Em Portugal, estima-se que a prevalência na população geral do anticorpo para o vírus da hepatite C seja de 1,5% (120). A hepatite B crónica, que causa uma lesão com um mecanismo fisiopatológico semelhante à hepatite C crónica, é a principal causa de cirrose no Mundo. No entanto, é menos comum em Portugal, e nos demais países industrializados (46).

Anualmente, em Portugal, o cancro do fígado é diagnosticado em mais de 477 pessoas, sendo a sua incidência maior nos homens do que nas mulheres, afectando 329 homens e 148 mulheres por cada ano (116).

Na Europa, as doenças respiratórias são a segunda causa de morte, depois das doenças cardiovasculares. Em Portugal, constituem a terceira causa de morte, correspondendo a 11,6% dos óbitos em 2009, e juntamente com os tumores malignos, apresentam uma mortalidade crescente (110,121).

As doenças respiratórias afectam centenas de milhões de pessoas em todo o Mundo. Destas, mais de 50% vivem em países de baixos ou médios rendimentos, ou pertencem a

populações desfavorecidas. Verifica-se ainda um aumento destas patologias entre as crianças e os idosos (53).

A OMS estima que a DPOC atinja 210 milhões de pessoas em todo o Mundo, sendo cerca de 64 milhões casos sintomáticos (122).

Segundo o estudo *Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis* (123), a prevalência a nível mundial desta patologia é de aproximadamente 9 a 10% em adultos com 40 ou mais anos.

No nosso estudo, encontrámos uma prevalência de sintomas compatíveis com DPOC, em 5% do total da população estudada.

Os dados mais recentes, apontam para que a prevalência de DPOC na população portuguesa com idades compreendidas entre os 35 e os 70 anos de idade, seja de 5,34%, sendo mais prevalente nos homens (6,3%) do que nas mulheres (4,5%). A amostra utilizada para este estudo foi de 1384 indivíduos, tendo sido descrita como representativa do total da população de Portugal (121).

Outro estudo (124), realizado com base nos dados do INS 2005/2006 e do projecto Pneumobil de 2001 (125), que tinha uma amostra de 14 002 indivíduos, verificou uma prevalência de 5,27% nos homens, e de 4,03% nas mulheres. Observou-se também que, a prevalência e incidência desta doença começam a ser mais elevadas depois dos 60 anos de idade, aumentando progressivamente. Foi apresentada uma estimativa de uma taxa de incidência de 3,14 casos por 1000 homens, e 1,66 casos por 1000 mulheres.

Como já foi mencionado, o fumo do tabaco é um factor de risco *major* para o desenvolvimento de DPOC. Os últimos estudos sobre o tabagismo em Portugal, indicaram uma prevalência de indivíduos fumadores de 20,2%, e de ex-fumadores de 15,7%, tendo-se verificado de 1998 para 2005, uma diminuição dos homens fumadores e um aumento dos ex-fumadores, e por outro lado, um aumento do número de mulheres tanto fumadoras como ex-fumadoras. Com base nestes dados, estima-se que em Portugal 78% dos casos de DPOC sejam atribuíveis ao tabagismo (124).

Actualmente, a asma afecta cerca de 300 milhões de pessoas em todo o Mundo, e as estimativas apontam para um aumento de 50% da prevalência global a cada década (126).

A prevalência da asma varia muito geograficamente. Porém, verifica-se que esta é maior nos países desenvolvidos (> 10%) do que nos países em desenvolvimento, observando-se um aumento da sua prevalência nas regiões em desenvolvimento, à medida que estas se vão industrializando (126).

A Europa Ocidental tem uma das prevalências mais altas de asma, 13,0% entre as crianças, e 8,4% entre os adultos (127,128).

Em Portugal, estima-se que a prevalência de asma seja de cerca de 10%, o que corresponde a aproximadamente 1 milhão de portugueses asmáticos (129).

No âmbito do *European Community Respiratory Health Survey* (130), verificou-se uma prevalência de asma de 4,3% em cerca de 2000 indivíduos adultos, entre os 20 e 44 anos de idade na cidade do Porto, e em Coimbra uma prevalência de 6,0%.

No nosso estudo encontrámos uma prevalência de doentes asmáticos de 4,6%.

No estudo observacional de algumas patologias crónicas em Portugal, constatou-se uma prevalência de asma/bronquite crónica de 8,6%, com diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários. Foi nos dois grupos mais idosos (dos 65 aos 74 anos e dos 75 ou mais anos), que se verificaram as maiores percentagens, logo seguidos do grupo de 15-24 anos (102).

A diabetes *mellitus* estava presente em 4,3% da população estudada no nosso trabalho.

A nível mundial, em 2010, estima-se que a prevalência de adultos (entre os 20 e os 79 anos de idade) com diabetes tenha sido de 6,4%, afectando 285 milhões de pessoas, prevendo-se um aumento para 7,7%, e 439 milhões de pessoas afectadas no ano 2030 (131). Assim, antevê-se que entre os anos 2010 e 2030, ocorra um agravamento de 69% dos casos de diabetes nos países desenvolvidos, e de 20% nos em vias de desenvolvimento (131). Da mesma forma, prevê-se que a diabetes deixará de ser a 11^a causa de morte a nível mundial em 2002 (1,7%), passando a ser a 6^a em 2030 (3,1%) (2).

O estudo da observação de algumas patologias crónicas em Portugal (102), constatou uma percentagem de diabéticos autodeclarados de 5,3%, sem diferenças significativas quanto ao sexo, ainda que, relativamente à idade, se tenham verificado diferenças significativas entre os grupos etários, com os grupos etários mais idosos a apresentarem as maiores percentagens.

O estudo PREVADIAB, realizado também em Portugal, com uma amostra de 5167 indivíduos representativos da população nacional, descreveu uma prevalência de 11,7% de diabetes em adultos com idades compreendidas entre os 20-79 anos, dos quais 6,6% estavam diagnosticados, enquanto que 5,1% desconheciam que padeciam desta patologia. Conclui-se portanto que, 43,6% da população portuguesa com diabetes, não sabe que é diabética (132). Neste mesmo estudo constatou-se que, a diabetes afectava significativamente mais os homens (14,2%) do que as mulheres (9,5%), e que existia uma relação inversa, entre o nível educacional e a prevalência da diabetes – quanto mais elevado o nível educacional menor é a prevalência da diabetes (132).

Dos indivíduos com diabetes, 84,2% têm uma ou mais doenças crónicas associadas. De entre estas patologias, encontram-se a hipertensão arterial em 50,4%; a doença isquémica cardíaca em 18,5%; a patologia renal em 11,2% e a doença hepática em 10,2% dos casos (133). A hipercolesterolemia (LDL Colesterol \geq 100mg/80 mm Hg) está presente em 85,7% dos indivíduos com diabetes (132).

A prevalência da diabetes gestacional em Portugal Continental foi em 2009, de 3,9 % da população parturiente (133).

No nosso estudo, 3,9% da população referiu tendência para a hemorragia.

Das coagulopatias congénitas, a doença de von Willebrand é a mais comum, afectando cerca de 0,8 a 1% da população, seguida da hemofilia A e da hemofilia B (42,134).

Nos Estados Unidos da América, a prevalência da hemofilia é de cerca de 1 caso em cada 20 000 pessoas, mas devido à sua transmissão genética pode haver predominância geográfica. A doença de von Willebrand afecta 1 pessoa em cada 800 – 1000 indivíduos (20).

No segundo semestre de 2010, a Associação Portuguesa de Hemofilia e de Outras Coagulopatias Congénitas, tinha um total de 723 pessoas com hemofilia registadas, com o maior número encontrado no distrito do Porto, 189 indivíduos (135).

No nosso estudo constatámos que das pessoas que referiam tendência para a hemorragia, 19,4% encontravam-se medicadas com anticoagulantes, 9,7% tomavam ácido acetilsalicílico (aspirina) e 3,2% estavam medicados com ambos. Estas terapêuticas medicamentosas têm sido frequentemente associadas com o aumento do tempo de sangramento, e risco de ocorrência de hemorragias pós-operatórias (31).

As perdas transitórias de consciência, durante a realização de procedimentos médicos, tiveram uma prevalência no nosso estudo de 3,8%.

A síncope vasovagal é a causa mais frequente de perda transitória de consciência, sendo responsável por aproximadamente metade de todos os episódios de síncope, e ocorrendo cerca de 2 vezes por ano, por médico dentista (33).

Segundo o estudo de Smeet e col. (34), as síncofes são a principal causa de emergência médica nos consultórios médico-dentários, correspondendo a 23,1% das complicações verificadas. Destas, as mais frequentes são: a hipotensão ortostática e a síncope vasovagal, tendo-se verificado, neste mesmo estudo, uma prevalência de 5,8% e 14,9%, respectivamente.

Relativamente às valvulopatias, estas estavam presentes em 3,8% da população estudada. Em Portugal, não existem dados epidemiológicos viáveis, relativos a estas condições.

Nos Estados Unidos da América, um estudo com uma amostra de 11 911 indivíduos da população total, constatou a presença de valvulopatias de grau moderado a grave em 615 adultos, sem diferenças entre sexos, e com a prevalência aumentando com a idade, de 0,7% entre os 18 e 44 anos, a 13,3% no grupo de 75 ou mais anos (136).

Os antecedentes médicos de febre reumática são um condicionante *major* para o desenvolvimento de valvulopatias (25). No nosso trabalho apenas 1 paciente mencionou esta patologia, como a causa subjacente ao seu problema cardíaco.

Algumas das condições valvulares podem predispor ao desenvolvimento de endocardite infecciosa, e por isso, necessitar de procedimentos profiláticos antes da realização de determinados tratamentos médico-dentários (14).

A endocardite infecciosa tem, nos países desenvolvidos, uma incidência estimada de 1,2 a 6,2 casos cada 100 000 indivíduos por ano. Apresenta-se como mais elevada nos idosos, cujo risco de contrair endocardite após substituição valvular é de 1,5 a 3% nos 12 meses seguintes, e de 3 a 6% a 5 anos (20).

No nosso estudo, 6 pacientes, 0,8% da população, afirmaram necessitar de realizar profilaxia antibiótica antes da realização de determinados tratamentos médico-dentários, e destes 6, todos referiam concomitantemente, ter algum tipo de alteração das válvulas

cardíacas. Há dados que indicam que, apenas 50% dos pacientes com antecedentes de endocardite em válvulas nativas sabe que possui uma lesão cardíaca propensa à infecção (20).

Segundo a Associação Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI's, em Portugal são implantados por ano cerca de 7000 *pacemakers* e 720 cardiodesfibriladores implantáveis (CDI's) (137). No nosso trabalho, 4 pacientes afirmaram ser portadores de *pacemakers*.

Relativamente à doença renal, constatou-se que esta afectava 2,5% da população estudada, e que 10% dos pacientes que referiram esta patologia realizavam diálise.

Segundo o Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, estima-se que entre 500 a 800 mil pessoas no país, tenham algum grau de comprometimento da função renal, não estando, a maior parte delas, identificadas. Uma em cada dez pessoas sofre de doença renal crónica, e todos os anos são registados cerca de 2500 novos casos de insuficiência renal crónica terminal, existindo actualmente 16 mil doentes com a forma mais grave da doença renal crónica, ou seja, a necessitar de diálise (cerca de 10 mil), ou transplantados renais (6 mil) (138).

A insuficiência renal crónica pode ser o resultado de múltiplas patologias, nomeadamente as glomerulonefrites crónicas em 30% dos casos, a diabetes *mellitus* em 15-20%, doenças vasculares incluindo a hipertensão arterial em 15%, e a doença poliquística em 10% (25,139).

As doenças oncológicas estavam presentes em 2,3% da população total estudada.

Segundo o INS 2005/2006, a prevalência de tumores malignos/cancro foi de 1,9% na população portuguesa (98). No estudo observacional sobre a prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal Continental, a prevalência autodeclarada de doença oncológica foi de 2,0% (102).

A nível mundial em 2008, verificaram-se cerca de 12.7 milhões de novos casos de cancro, e 7.6 milhões de mortes devidas a esta causa (116).

A prevalência de cancro no Mundo tem vindo a aumentar, e esta tendência irá manter-se nas próximas décadas, como consequência de inúmeros factores como, o envelhecimento e o crescimento da população, a manutenção de factores de risco (tabaco, obesidade, alcoolismo), a melhoria dos métodos de diagnóstico, e mesmo, o aumento da eficácia dos tratamentos (67).

Em Portugal, os cancros representam a segunda causa de morte, tendo sido responsáveis por 22,2% do total de óbitos em 2006. No entanto, para a população entre os 45 e 74 anos, a mortalidade por cancro passa para a primeira posição, correspondendo a mais de 30% dos óbitos nessas idades (111,140).

No nosso estudo, as neoplasias mais frequentes foram as da mama (0,6%), próstata (0,6%), cólon (0,4%), colo do útero (0,3%) e cavidade oral (0,3%).

Os dados mais recentes relativos à incidência do cancro em Portugal, revelam que em 2008 os mais frequentes foram os cancros do cólon e recto (16,1%), da mama (12,3%), da próstata (11,9%), da traqueia, brônquios e pulmão (7,6%) e do estômago (6,7%) que, em conjunto, representam 54,6% do total de casos novos registados nesse ano (116,140,141).

Em Portugal, o cancro do lábio e cavidade oral teve, em 2008, uma incidência de 2,4% e uma taxa de mortalidade de 1,4%, atingindo significativamente mais os homens do que as mulheres, e pacientes com idades superiores a 45 anos (116).

No que diz respeito a pacientes com antecedentes de hiperventilação, a prevalência encontrada no nosso estudo foi de 1,9%.

O estudo realizado por Smeets e col. descreveu uma prevalência de 11,1% de casos de hiperventilação, num total de 208 complicações ocorridas em consultórios médico-dentários (34).

A insuficiência cardíaca tem uma prevalência de 2% na população americana e de 1,8% na população europeia (142).

No nosso trabalho verificámos que, esta estava presente em 1,1% dos participantes.

Estudos europeus demonstraram que a prevalência desta síndrome aumenta com a idade, atingindo valores na ordem de 13,6% para indivíduos com 75 anos de idade. De acordo com o estudo português EPICA, a prevalência estimada de insuficiência cardíaca em indivíduos com idades compreendidas entre os 60-69 anos ronda os 7,63%, sendo de 12,67% para indivíduos entre os 70-79 anos, e de 16,14% para os que têm mais de 80 (143).

Nos idosos a insuficiência cardíaca afecta mais as mulheres do que os homens, ao contrário do que se verifica nas faixas etárias inferiores (144).

O *European Heart Failure Survey*, realizado em pacientes com mais de 70 anos, indicou que 27% destes tinham diabetes *mellitus*, 16% insuficiência renal crónica e 32% patologia pulmonar (37).

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais frequentes a nível mundial, conjuntamente com a patologia vascular cerebral, as demências e as cefaleias (14,145).

A epilepsia afecta cerca de 50 milhões de pessoas em todo o Mundo, e a sua incidência varia geograficamente, devido a factores genéticos e ambientais. Em média, nos países desenvolvidos apresenta uma incidência de 50 em cada 100 000 habitantes por ano, enquanto que, nos países em vias de desenvolvimento a incidência é maior, afectando entre 100-190 em 100 000 habitantes por ano (145,146).

Em Portugal, os estudos feitos demonstram que a prevalência aproxima-se dos cinco doentes por 1000 habitantes, estimando-se um total de cerca de 50 000 doentes na população. Nesses mesmos estudos, a incidência aproxima-se dos 50 novos doentes com epilepsia, por 100 000 habitantes por ano (72).

No nosso trabalho, 1% dos participantes padeciam de epilepsia.

Relativamente à medicação, 35,2% da população estudada referiu encontrar-se medicada por prescrição médica. Este valor pode ser explicado, pelo número também elevado de pacientes com antecedentes médicos.

O médico dentista deve estar informado sobre a medicação que os seus pacientes estão a realizar, pois este procedimento permite-lhe adquirir informação sobre o estado de saúde geral do doente, uma vez que, frequentemente, este não é capaz de o comunicar de forma efectiva. Além disso, determinadas terapêuticas medicamentosas podem interferir com os procedimentos médico-dentários, comprometer o seu prognóstico, e/ou provocar alterações na cavidade oral. Por último, ao prescrever medicamentos o médico dentista deve verificar sempre se estes não interferem com a terapêutica realizada pelo doente, de forma a evitar iatrogenias (14,81).

Em Portugal, segundo o INS 2005/2006, nesse mesmo período, 52,3% da população portuguesa tomou medicamentos adquiridos por receita médica, sendo que destes, 63,5% eram mulheres e 40,0% homens. Ao analisar os resultados obtidos por grupos etários verificou-se que, a proporção de pessoas que tomou medicamentos prescritos, aumentou com

o envelhecimento, com valores próximos dos 30% até aos 24 anos, de 58,6% no grupo etário intermédio (45-54 anos) e de 86,5% para os idosos avançados (75 e mais anos) (98).

O estudo de Pinto e col., com uma população de 41 1193 indivíduos, e com base também nos dados do INS, constatou que, relativamente à quantidade de medicamentos consumidos por dia, existia igualmente uma tendência crescente com a idade. Assim, em indivíduos com idade inferior a 14 anos a média de medicamentos por dia foi de $1,27 \pm 0,57$, subindo para $3,05 \pm 1,8$, em idades superiores ou iguais a 65 anos. A prevalência de polimedicação em indivíduos com mais de 64 anos foi de 18,8%, e nos indivíduos com menos de 15 anos foi de 0,2%. No total, 5,5% dos indivíduos da população eram polimedicados por prescrição médica (147).

Entre os vários motivos que levavam os participantes a consumir medicamentos, a hipertensão (17,7%) foi o mais frequente, seguido das dores articulares (10,4%), da hipercolesterolemia (10,0%), dos antidepressivos, dos ansiolíticos e hipnóticos (8,3%) e outras patologias cardiovasculares (7,45%) (147).

Comparativamente, no nosso estudo, verificámos que a medicação mais prevalente foi igualmente a antihipertensora (12,2% da população total), seguida dos medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos (9,5%), e dos utilizados no tratamento da patologia cardíaca (4,9%). Os antidislipidémicos apresentaram uma prevalência de 3,3% na população analisada.

Depois de conhecer a prevalência das diferentes patologias, classificaram-se os pacientes com antecedentes médicos, segundo o sistema ASA. Verificámos que, 45,2% dos participantes pertenciam ao nível ASA I; 32,0% foram classificados como ASA II; 10,9% como ASA III e 11,9% como ASA IV. Observando-se ainda, uma relação estatisticamente significativa entre o crescente nível de risco ASA e a idade dos participantes, constatando-se que aos valores mais elevados de ASA correspondiam também valores mais elevados de grupo etário.

Têm sido realizados vários estudos com metodologia semelhante à aplicada no nosso trabalho noutros países.

Entre eles temos um estudo holandês, no qual foram entrevistados 29 424 pacientes de consultórios médico-dentários, com uma média de idades de 37,1 anos, onde se constatou que 78% tinham risco ASA I; 12,7% ASA II; 5,7% ASA III e 3,5% ASA IV. Constatou-se ainda

que nas classes ASA II-IV, existia um aumento significativo da frequência com o envelhecimento. Este resultado é consistente com o observado para a classe ASA I, onde existia uma diminuição da frequência com o aumento da idade. Na população estudada, o antecedente mais frequente foi a alergia a medicamentos e dispositivos médicos, com uma frequência de 8,7 %, seguida da patologia cardíaca com 6,8%, hipertensão arterial (4,4%), patologias respiratórias crónicas (3,2%) e distúrbios endócrinos (2,2%) (15). Comparativamente, no nosso trabalho a patologia mais frequente foi a hipertensão arterial (16,1%), e as reacções alérgicas a medicamentos e dispositivos médicos ficaram em quarto lugar, afectando 8,2% da população estudada.

Outro estudo, realizado na Bélgica, onde os 248 pacientes estudados apresentavam uma média de idades de 47 anos, observou-se uma frequência de 57% para o nível ASA I; 25% ASA II; 11% ASA III e 7% ASA IV (148). Na Bélgica, a patologia cardíaca (13%) foi a mais prevalente, seguida da hipertensão arterial 9% e das doenças endócrinas 8% (149).

Em 2004, na Faculdade de Odontologia da Universidade de Sevilha, Espanha, foi realizado um estudo em 716 pacientes, com uma média de idades de 36,8 anos, constatando-se que 69,4% da população total encontrava-se no grupo ASA I; 17,31% ASA II; 9,49% ASA III e 2,51% ASA IV. À semelhança do que observámos no nosso trabalho, a média de idades encontrada nos pacientes com antecedentes médicos (ASA II-IV) ($49,4 \pm 19,6$ anos), foi significativamente superior à média encontrada nos pacientes que não apresentavam antecedentes (ASA I) ($31,2 \pm 19,0$ anos). Em conformidade com o nosso trabalho, nesta população, a patologia mais frequente foi a hipertensão arterial (13,8%), seguida das alergias a medicamentos e dispositivos médicos (8,37%), arritmias (7,82%) e patologia respiratória (7,82%). Também se verificou uma prevalência significativa de indivíduos medicados com receita médica, 25% da população total (96).

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Dentro das limitações do nosso estudo, concluímos que:

- A maioria dos participantes (54,8%) possuía algum antecedente médico importante que poderia influenciar a prática clínica.
- Existiam diferenças estatisticamente significativas, entre a média das idades da população com, e sem antecedentes médicos e uma correlação positiva entre o número de antecedentes e a idade do participante.
- Segundo a classificação da ASA, 45,2% dos inquiridos pertenciam à classe ASA I; 32,0% à classe ASA II; 10,9% à classe ASA III e 11,9% à classe ASA IV, verificando-se que os valores mais elevados de nível ASA estavam relacionados com o aumento da idade dos participantes.
- A patologia mais prevalente foi a hipertensão arterial, seguida das arritmias cardíacas, angina de peito e as reacções alérgicas a fármacos ou dispositivos médicos.
- A prevalência de tratamentos medicamentosos na população estudada foi de 35,5%, sendo a maioria referente à terapêutica antihipertensora, seguida dos antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos e fármacos utilizados no tratamento de patologias cardíacas.

BIBLIOGRAFIA

7. BIBLIOGRAFIA

1. Busse R, Blümel M, Scheller Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges [Internet]. The European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
2. Mathers CD, Loncar D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: data sources, methods and results. WHO; 2005.
3. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO; 2005.
4. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2004 Jun 2;291(21):2616–22.
5. Nolte E, Mckee M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. McGraw-Hill; 2008
6. Kirkwood TBL. Evolution of ageing. *Mechanisms of Ageing and Development*. 2002 Abr;123(7):737–45.
7. Campostrini E. *Odontogeriatrics*. 1st ed. Revinter; 2004.
8. *World Population Ageing 2009*. United Nations; 2010.
9. Carrilho MJ, Gonçalves C. Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001. *Rev Est Dem*. 2004;36:175–91.
10. Mathers CD, Lopez A, Stein C, Ma Fat D, Rao C, Inoue M, et al. Deaths and disease burden by cause: global burden of disease estimates for 2001 by World Bank Country Groups; 2005.
11. van der Lee JH, Mookink LB, Grootenhuis MA, Heymans HS, Offringa M. Definitions and Measurement of Chronic Health Conditions in Childhood. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 2007 Jun 27;297(24):2741–51.
12. Haines L, Wan KC, Lynn R, Barreyy TG, Shield JPH. Rising Incidence of Type 2 Diabetes in Children in the U.K. *Diabetes Care*. 2007 Mai;30(5):1097–101.
13. Enriquez R, Persky V, Hartert T. Trends in Asthma Prevalence and Recommended Number of Childhood Immunizations Are Not Parallel. *Pediatrics*. 2007 Jan;119(1):222–3.
14. Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. *Dental Management of the Medically Compromised Patient*. 7th ed. Mosby; 2007.
15. Smeets EC, de Jong KJM, Abraham-Inpijn L. Detecting the Medically Compromised Patient in Dentistry by Means of the Medical Risk-Related History: A Survey of 29,424 Dental Patients in the Netherlands. *Preventive Medicine*. 1998 Jul;27(4):530–5.
16. Jolly DE. Recognition of medical risk in the dental patient. *Anesth Prog*. 1995;42:90–2.

17. Abraham-Inpijn L, Smeets EC, Russell JG, Abraham EA. Introductory notes regarding a European Medical Risk Related History questionnaire (EMMRH) designed for use in dental practice. *Br Dent J.* 1998 Nov 14;185(9):445–8.
18. Abraham-Inpijn L, Russell G, Abraham DA, Bäckman N, Baum E, Bullón-Fernández P, et al. A patient-administered Medical Risk Related History questionnaire (EMRRH) for use in 10 European countries (multicenter trial). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008 Mai;105(5):597–605.
19. Greenberg MS. Improving dental treatment for the medically complicated patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005 Fev;99(2):133–4.
20. Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L. *Harrison Manual de Medicina.* 16th ed. McGraw-Hill; 2006.
21. Oliveira-Martins S, Oliveira T, Gomes JFF, Caramona M, Cabrita J. Factores associados à hipertensão arterial nos utentes de farmácias em Portugal. *Revista de Saúde Pública.* 2011;45(1):136–44.
22. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension.* 2003;42(6):1206–52.
23. Yagiela JA, Haymore TL. Management of the hypertensive dental patient. *CDA Journal.* 2007 Jan;35(1):51–9.
24. Bader JD, Bonito AJ, Shugars DA. A systematic review of cardiovascular effects of epinephrine on hypertensive dental patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 Jun;93(6):647–53.
25. McMahon RFT, Sloan P. *Essentials of pathology for dentistry.* 1st ed. Churchill Livingstone; 2000.
26. Ducla Soares JL. *Semiologia Médica - Princípios, métodos e interpretação.* 1st ed. Lidel; 2007.
27. Rao TL, Jacobs KH, El-Etr AA. Reinfarction following anesthesia in patients with myocardial infarction. *Anesthesiology.* 1983 Dez;59(6):499–505.
28. Steen PA, Tinker JH, Tarhan S. Myocardial Reinfarction After Anesthesia and Surgery. *JAMA: The Journal of the American Medical Association.* 1978 Jun 16;239(24):2566–70.
29. Tarhan S, Moffitt EA, Taylor WF, Giuliani ER. Myocardial infarction after general anesthesia. *Anesth. Analg.* 1977 Jun;56(3):455–61.
30. Shah KB, Kleinman BS, Sami H, Patel J, Rao TLK. Reevaluation of Perioperative Myocardial Infarction in Patients With Prior Myocardial Infarction Undergoing Noncardiac Operations. *Anesthesia & Analgesia.* 1990 Set;71(3):231–5.
31. Pototski M, Amenábar JM. Dental management of patients receiving anticoagulation or antiplatelet treatment. *Journal of Oral Science.* 2007;49(4):253–8.

32. Marques MS, Almeida AP, Lopes MG. A Terapêutica Anticoagulante em Cirurgia Oral – Revisão da Literatura. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2005;46:31–6.
33. Girdler NM, Smith DG. Prevalence of emergency events in British dental practice and emergency management skills of British dentists. *Resuscitation*. 1999 Jul;41(2):159–67.
34. Smeets EC, Keur I, Oosting J, Abraham-Inpijn L. Acute Medical Complications in 277 General Dental Practices. *Preventive Medicine*. 1999 Mai;28(5):481–7.
35. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L, Blanc JJ, Blomstrom-Lundqvist C, Mont L, et al. Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. *Europace*. 2011;13(7):920–34.
36. Abbott AV. Diagnostic approach to palpitations. *American Family Physician*. 2005 Fev;71(4):743–50.
37. Cleland JGF, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al. The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. *European Heart Journal*. 2003;24:442–63.
38. Lloyd-Jones DM. Lifetime Risk for Developing Congestive Heart Failure: The Framingham Heart Study. *Circulation*. 2002 Nov;106(24):3068–72.
39. Tong DC, Rothwell BR. Antibiotic prophylaxis in dentistry: a review and practice recommendations. *The Journal of the American Dental Association*. 2000;131(3):366–74.
40. 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;138(4):458–74.
41. Vahanian A, Baumgartner H, Bax J, Butchart E, Dion R, Filippatos G, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease. *European Heart Journal*. 2007 Jan 1;28(2):230–68.
42. Greenberg M, Glick M, Ship JA. *Burket's Oral Medicine*. 11th ed. BC Decker; 2008.
43. Lockhart PB, Gibson J, Pond SH, Leitch J. Dental management considerations for the patient with an acquired coagulopathy. Part 1: Coagulopathies from systemic disease. *Br Dent J*. 2003 Oct 25;195(8):439–45.
44. Lockhart PB, Gibson J, Pond SH, Leitch J. Dental management considerations for the patient with an acquired coagulopathy. Part 2: Coagulopathies from drugs. *Br Dent J*. 2003 Nov 8;195(9):405–501.
45. WHO. Mortality Country Fact Sheet. 2006;
46. Harvard Medical School. Cirrose [Internet]. [citado 2011 Ago 11];Available from: [http://harvard.umic.pt/portal/server.pt/community/Doencas/Doencas\\$Detail?idDoencas=AZD0107_018](http://harvard.umic.pt/portal/server.pt/community/Doencas/Doencas$Detail?idDoencas=AZD0107_018)
47. Matos LC. Doença Hepática Acoólica (DHA). *Rev Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 2006;13(3):207–16.

48. Miller PM, Ravenel MC, Shealy AE, Thomas S. Alcohol screening in dental patients: The prevalence of hazardous drinking and patients' attitudes about screening and advice. *The Journal of the American Dental Association*. 2006 Dez 1;137(12):1692–8.
49. Sarnak MJ. Kidney Disease as a Risk Factor for Development of Cardiovascular Disease: A Statement From the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. *Circulation*. 2003 Out;108(17):2154–69.
50. Schiffrin EL, Lipman ML, Mann JFE. Chronic Kidney Disease: Effects on the Cardiovascular System. *Circulation*. 2007 Jul;116(1):85–97.
51. Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral and Dental Aspects of Chronic Renal Failure. *Journal of Dental Research*. 2005 Mar;84(3):199–208.
52. Raja K, Coletti DP. Management of the Dental Patient with Renal Disease. *Dental Clinics of North America*. 2006 Out;50(4):529–45.
53. WHO. Vigilância global, prevenção e controlo das Doenças Respiratórias Crónicas - uma abordagem integradora; 2007.
54. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) in Occupational Health; 2006.
55. Hupp WS. Dental management of patients with obstructive pulmonary diseases. *Dent Clin North Am*. 2006 Out;50(4):513–27.
56. Plácido JL. A asma a nível nacional e mundial: perspectivas actuais e tendências de evolução. *Revista Portuguesa de clínica Geral*. 2004;20:583–7.
57. Steinbacher D, Glick M. The dental patient with asthma: An update and oral health considerations. *The Journal of the American Dental Association*. 2001;132(9):1229–39.
58. WHO - Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. 1999.
59. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2010 Jan;33(Supplement 1):S62–9.
60. Lalla RV, D'ambrosio JA. Dental management considerations for the patient with diabetes mellitus. *The Journal of the American Dental Association*. 2001 Out 1;132(10):1425–32.
61. Ship JA. Diabetes and oral health: an overview. *The Journal of the American Dental Association*. 2003 Out;134(Supplement 1):4S-10S.
62. Anders PL, Comeau RL, Hatton M, Neiders ME. The Nature and Frequency of Medical Emergencies Among Patients in a Dental School Setting. *J Dent Educ*. 2010 Abr 1;74(4):392–6.
63. Little JW. Thyroid disorders. Part II: hypothyroidism and thyroiditis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2006;102(2):148–53.
64. Little JW. Thyroid disorders. Part I: hyperthyroidism. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2006;101(3):276–84.

65. Pinto A, Glick M. Management of patients with thyroid disease: Oral health considerations. *The Journal of the American Dental Association*. 2002 Jul 1;133(7):849–58.
66. Little JW. Thyroid disorders. Part III: neoplastic thyroid disease. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2006;102(3):275–80.
67. Macedo A, Andrade S, Moital I, Moreira A, Pimentel FL, Barroso S, et al. Characterization of oncological disease: racional, objectives and methodology-perfil study. *Acta Med Port*. 2008;21(4):329–34.
68. Regezi J, Ciubba J, Jordan R. *Patologia oral – correlações clinicopatológicas*. 5th ed. Elsevier; 2008.
69. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*. 2009;45:309–16.
70. Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. *Oral Oncology*. 2010 Jun;46(6):407–10.
71. Naidu MUR, Ramana GV, Rani PU, Mohan IK, Suman A, Roy P. Chemotherapy-induced and/or radiation therapy-induced oral mucositis—complicating the treatment of cancer. *Neoplasia*. 2004;6(5):423–31.
72. Lima J. Epilepsia – a abordagem clínica. *Rev Port Clin Geral*. 2005;21:291–8.
73. Jacobsen PL, Eden O. Epilepsy and the dental management of the epileptic patient. *J Contemp Dent Pract*. 2008;9(1):54–62.
74. Pregal AL. Alergias medicamentosas - diagnóstico in vivo testes cutâneos. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia*. 2003;XI:185–8.
75. Malamed SF. Allergy and toxic reactions to local anesthetics. *Dent Today*. 2003 Abr;22(4):114–6, 118–21.
76. Miranda M. Grupos de Risco e Prevalência em Portugal - alergia ao látex. *Rev Port Imunoalergologia*. 2005;13(1):9–12.
77. Alto Comissariado da Saúde. *Atlas do Plano Nacional de Saúde - Despesas em Saúde e Consumo de Medicamentos*. 2009;
78. Woodford H. *Guia Prático Climepsi de Geriatria*. 1st ed. Climepsi; 2009.
79. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2007 Dez;5(4):345–51.
80. Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clin Geral*. 2011;27:176–82.
81. Jacobsen PL, Chávez EM. Clinical management of the dental patient taking multiple drugs. *J Contemp Dent Pract*. 2005;6(4):144–51.
82. Suresh L, Radfar L. Pregnancy and lactation. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics*. 2004 Jun;97(6):672–82.

83. Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, Jared HL, Lieff S, McKaig RG, et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2006 Jan;107(1):29–36.
84. Khader YS, Ta'ani Q. Periodontal Diseases and the Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight: A Meta-Analysis. *Journal of Periodontology*. 2005 Fev;76(2):161–5.
85. Pregnancy categories for prescription drugs. *FDA Drug Bull*. 1982 Dez;12(3):24–5.
86. de Jong KJM, Borgmeijer-Hoelen A, Abraham-Inpijn L. Validity of a risk-related patient-administered medical questionnaire for dental patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1991 Nov;72(5):527–33.
87. McCarthy F, Malamed S. Physical evaluation system to determine medical risk and indicated dental therapy modifications. *J Am Dent Assoc*. 1979 Ago 1;99(2):181–4.
88. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using GPower 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*. 2009;41(4):1149–60.
89. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. GPower 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*. 39(2):175–91.
90. Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Wentz R, et al. Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):MR000008.
91. Norusis M. *SPSS: Statistical procedures companion*. New York: Prentice Hall; 2006.
92. Long JS, Freese J. *Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata*. College Station, Texas: Stata Press; 2006.
93. Agresti A. *Categorical data analysis*. John Wiley and Sons; 2002.
94. Maroco J. *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Edições Sílabo; 2007.
95. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
96. Chandler-Gutiérrez L, Martínez-Sahuquillo A, Bullón-Fernández P. Evaluation of medical risk in dental practice through using the EMRRH questionnaire. *Med Oral*. 2004 Out;9(4):309–20.
97. de Jong KJ, Oosting J, Peters GJ, Abraham-Inpijn L. Detecting medical problems in dentistry: a survey of 4,087 patients in The Netherlands. *Eur J Med*. 1992 Abr;1(1):23–9.
98. Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *Quarto Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006*. 2009;
99. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. *Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999*. 2000;
100. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*. 2005;365(9455):217–23.

101. Macedo ME, Lima M, Silva A, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. *Journal of Hypertension*. 2005 Set;23(9):11661–6.
102. Branco MJ, Nogueira P, Contreiras T. Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental. 2005;
103. Lok NS, Lau CP. Prevalence of palpitations, cardiac arrhythmias and their associated risk factors in ambulant elderly. *International journal of cardiology*. 1996;54(3):231–6.
104. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang YC, Henault LE, Selby JV, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2001;285(18):2370–5.
105. Heeringa J, Kuip D, Hofman A, Kors J, Herpen G, Stricker B, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *European Heart Journal*. 2006 Mar;27:949–53.
106. Bonhorst D, Mendes M, Adragão P, de Sousa J, Primo J, Leiria L, et al. Prevalência de fibrilhação auricular na população portuguesa com 40 ou mais anos. Estudo FAMA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2010;29(3):331–50.
107. Mackay J, Mensah G, Mendis S, Greenlund K. *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. 1st ed. WHO; 2004.
108. WHO | Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. [citado 2011 Jul 25];Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
109. WHO | The top 10 causes of death [Internet]. [citado 2011 Jul 25];Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>
110. Instituto Nacional de Estatística. *As pessoas - 2009*. 2011;
111. Instituto Nacional de Estatística. *Revista de Estudos Demográficos - 2º Semestre de 2010*. 2010 Nov;
112. Hemingway H, Langenberg C, Damant J, Frost C, Pyorala K, Barrett-Connor E. Prevalence of Angina in Women Versus Men: A Systematic Review and Meta-Analysis of International Variations Across 31 Countries. *Circulation*. 2008 Mar;117(12):1526–36.
113. European Thyroid Association (ETA) [Internet]. [citado 2011 Ago 16];Available from: <http://www.eurothyroid.com/>
114. Weetman AP. Graves' disease. *N. Engl. J. Med*. 2000 Oct 26;343(17):1236–48.
115. Limbert E, Prazeres S, São Pedro M, Madureira D, Miranda A, Ribeiro M, et al. Iodine intake in Portuguese pregnant women: results of a countrywide study. *European Journal of Endocrinology*. 2010 Oct 1;163(4):631–5.
116. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. *GLOBOCAN 2008 Cancer Incidence and Mortality Worldwide*. International Agency for Research on Cancer. 2010;1.2(10).

117. Ferlay J, Bray F, Parkin DM, Pisani P. GLOBOCAN 2002 Cancer Incidence and Mortality Worldwide. International Agency for Research on Cancer. 2004;2.0(10).
118. WHO. Atlas of health in Europe. 2nd ed. World Health Organization; 2008.
119. Chen SL, Morgan TR. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. International journal of medical sciences. 2006;3(2):47–52.
120. Marinho RT, Moura MC, Giria JA, Ferrinho P. Epidemiological Aspects of Hepatitis C in Portugal. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2001 Set 1;16(9):1076–7.
121. Araújo A. Relatório Nacional das Doenças Respiratórias; 2008.
122. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. WHO; 2008.
123. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. European Respiratory Journal. 2006;28(3):523–32.
124. Borges M, Gouveia M, Costa J, dos Santos Pinheiro L, Paulo S, Vaz Carneiro A. Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Rev Port Pneumol. 2009;15(6):951–1004.
125. Ferreira JM, Matos MJ, Rodrigues F, Belo A, Brites H, Cardoso J, et al. Prevalência de obstrução numa população exposta ao fumo do tabaco – Projecto PNEUMOBIL. Rev Port Pneumol. 2009;15(5):803–46.
126. Braman SS. The Global Burden of Asthma. Chest. 2006 Jul 1;130(1 suppl):4S -12S.
127. Asher M, Keil U, Anderson H, Beasley R, Crane J, Martinez F, et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. European Respiratory Journal. 1995 Mar 1;8(3):483–91.
128. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald M, et al. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. European Respiratory Journal. 2008 Jan 1;31(1):143–78.
129. Gaspar Â, Almeida M, Nunes C. Asma grave: epidemiologia. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2006;29(2):60–9.
130. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). European Respiratory Journal. 1996 Abr 1;9(4):687–95.
131. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Research and Clinical Practice. 2010 Jan;87(1):4–14.
132. Gardete-Correia L, Boavida JM, Raposo JF, Mesquita AC, Fona C, Carvalho R, et al. First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. Diabetic Medicine. 2010 Ago 1;27(8):879–81.
133. Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: factos e números 2010. 2010;
134. Rodeghiero F, Castaman G, Dini E. Epidemiological investigation of the prevalence of von Willebrand's disease. Blood. 1987 Fev 1;69(2):454–9.

135. APH. Associação Portuguesa de Hemofilia e de outras coagulopatias congénitas – Quantos Somos, Onde Vivemos [Internet]. 2010 [citado 2011 Ago 26]; Available from: http://www.aphemofilicos.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=115
136. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez-Sarano M. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. *The Lancet*. 2006 Set 16;368(9540):1005–11.
137. APPPC. Associação Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI's - Arritmologia [Internet]. [citado 2011 Ago 27]; Available from: <http://www.apppc.pt/default.aspx?pg=f22c7d90-c5dc-48b1-a3f1-1a13a3414bdc>
138. Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Registo do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica Terminal. 2008;
139. Atkins RC. The epidemiology of chronic kidney disease. *Kidney Int*. 2005 Abr;67(S94):S14–8.
140. Gabinete de Informação e Prospectiva. Doenças Oncológicas em Portugal. 2009;
141. Instituto Português de Oncologia. Registo Oncológico Nacional. 2001;
142. Nessler J, Skrzyperk A. Chronic heart failure in the elderly: a current medical problem. *Pol Arch Med Wewn*. 2008;118(10):572–80.
143. Ceia F, Fonseca C, Mota T, Murais H, Matias F, Costa C, et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca em Portugal Continental: Novos dados do estudo EPICA. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 2004;23:15–22.
144. Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *The American journal of medicine*. 2005;118(4):342–8.
145. Sander JW, Shorvon SD. Epidemiology of the epilepsies. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1996 Nov 1;61(5):433–43.
146. Sander JW. The epidemiology of epilepsy revisited. *Curr. Opin. Neurol*. 2003 Abr;16(2):165–70.
147. Pinto A, Lobo V, Bação F, Nicolau HB. O consumo de Medicamentos e a Polimedicação em Portugal. 2010;
148. Abraham-Inpijn L. Local anesthesia and patients presenting with medical pathologies; the use of anamnesis in the prevention of medical complications in the dental office. *Rev Belge Med Dent (1984)*. 2000;55(1):72–9.
149. de Jong KJ, Abraham-Inpijn L, Vinckier F, Declerck D. The validity of a medical risk-related history for dental patients in Belgium. *Int Dent J*. 1997 Fev;47(1):16–20.

ANEXOS

8. ANEXOS

8.1. Anexo A – Consentimento informado

Declaração de consentimento informado:

O presente questionário tem como principal objectivo a determinação do estado geral de saúde do indivíduo que recorre à consulta de tratamento dentário.

Com base na informação que me foi dada declaro aceitar participar neste estudo.

Tive oportunidade para pôr todas as questões que me ocorreram relativamente a este estudo, tendo ficado esclarecido. Estou informado de que:

A minha participação é inteiramente voluntária.

Da minha opção por participar ou não participar neste estudo não pode resultar nenhuma alteração na qualidade dos cuidados que me são prestados.

A qualquer momento posso interromper a minha participação neste estudo.

Todos os dados recolhidos serão tratados anonimamente e apenas para os fins relacionados com este estudo.

Data ___/___/_____ Assinatura (rúbrica): _____ Nome
(apenas as iniciais): _____

Sexo: _____ ; Idade: _____ anos

8.2. Anexo B – Questionário *European Medical Risk Related History* (EMRRH) em formato Excel®

Para maiores de 18 anos

Declaração de consentimento informado (resposta obrigatória)	
O presente questionário tem como principal objectivo a determinação do estado geral de saúde do indivíduo que recorre à consulta de tratamento dentário.	
Com base na informação que me foi dada declaro aceitar participar neste estudo.	
Tive oportunidade para pôr todas as questões que me ocorreram relativamente a este estudo, tendo ficado esclarecido. Estou informado de que:	
<ul style="list-style-type: none"> o A minha participação é inteiramente voluntária. o Da minha opção por participar ou não participar neste estudo não pode resultar nenhuma alteração na qualidade dos cuidados que me são prestados. o A qualquer momento posso interromper a minha participação neste estudo. o Todos os dados recolhidos serão tratados anonimamente e apenas para os fins relacionados com este estudo. 	

R: Aceito participar?

Preencha os dados do QUESTIONÁRIO 2 e de seguida o do QUESTIONÁRIO 3 →

QUESTIONÁRIO 2		Responda abaixo
Data do preenchimento (dd-mm-aa) →		
Iniciais do nome do participante →		
Idade (ANOS) →		
Sexo (m=masculino; f= feminino)→		
Indique apenas 1 opção		Assinale com "X"
Estudante →		
Trabalhador →		
Doméstica →		
Desempregado →		
Reformado, limite de idade →		
Reformado, invalidez →		
Indique apenas 1 opção		Assinale com "X"
Básico (até ao 9º ano, inclusivê) →		
Médio →		
Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento) →		

QUESTIONÁRIO 3

Responda em primeiro lugar às perguntas numeradas (1, 2, 3, 4, 5, ...).

Responda às perguntas das alíneas (a), b), c) ...) apenas se respondeu SIM às primeiras.

1. Já sentiu dor torácica ao realizar esforço físico (angina de peito)?	<input type="text"/>
a) As suas actividades estão limitadas?	<input type="text"/>
b) As suas queixas aumentaram recentemente?	<input type="text"/>
c) Tem dor torácica em repouso?	<input type="text"/>
2. Já teve algum ataque cardíaco?	<input type="text"/>
a) As suas actividades estão limitadas?	<input type="text"/>
b) Teve algum ataque cardíaco nos últimos seis meses?	<input type="text"/>
3. Tem sopro cardíaco, doença de válvula cardíaca ou válvula cardíaca artificial?	<input type="text"/>
a) Sofreu alguma cirurgia cardíaca ou vascular no espaço dos últimos seis meses?	<input type="text"/>
b) É portador de "pace-maker" ou marca-passo?	<input type="text"/>
c) É portador de doença cardíaca reumática?	<input type="text"/>
d) As suas actividades estão limitadas?	<input type="text"/>
4. Tem palpitações no coração sem fazer esforços?	<input type="text"/>
a) Tem que se sentar, descansar, ou deitar durante as palpitações?	<input type="text"/>
b) Algumas vezes, sente falta de ar, vertigem ou palidez?	<input type="text"/>
5. Sofre de insuficiência cardíaca?	<input type="text"/>
a) Sente falta de ar em decúbito dorsal (deitado de costas para baixo)?	<input type="text"/>
b) Precisa de dois ou mais travesseiros nocturnos devido à insuficiência respiratória?	<input type="text"/>
6. Tem ou já teve hipertensão?	<input type="text"/>
Escreva os valores da última tensão arterial	

← Resposta Principal

← Resposta Principal

← Resposta Principal

← Resposta Principal

← Resposta Principal

← Resposta Principal

**ANÁLISE DO RISCO MÉDICO APRESENTADO PELOS PACIENTES
OBSERVADOS POR MÉDICOS DENTISTAS FORMADOS NA UCP**

7. Tem tendência para a hemorragia? a) Já teve alguma hemorragia que durasse mais de uma hora após uma cirurgia ou ferida? b) Já lhe apareceu alguma contusão espontânea?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
8. Sofre de epilepsia? a) Sente que está a piorar? b) Continua a ter ataques apesar da medicação?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
9. Sofre de asma? a) Toma medicamentos e/ou usa inaladores? b) Apresenta dificuldades respiratórias actualmente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
10. Tem outros problemas respiratórios ou tosse persistente? a) Tem dificuldade respiratória depois de subir 20 degraus? b) Tem dificuldade respiratória ao despir-se?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
11. Já teve alguma reacção alérgica à penicilina, aspirina, látex, material dentário ou outro qualquer? a) Isto exigiu tratamento médico ou hospitalar? b) Ocorreu durante a visita ao médico dentista?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
12. Sofre de diabetes? a) Toma insulina? b) A sua diabetes está descontrolada actualmente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
13. Sofre de doença da tiróide? a) A sua tiróide está hipoactiva? b) A sua tiróide está hiperactiva?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
14. Sofre, ou já sofreu de alguma doença hepática?	<input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
15. Sofre de alguma doença renal? a) Já fez diálise? b) Já fez transplante renal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
16. Já sofreu de cancro ou leucemia? Qual é a sua doença ? a) Já fez medicação ou transplante de medula óssea para o seu tratamento? Qual medicação: b) Já fez radioterapia para um tumor ou problema na cabeça ou pescoço?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
17. Sofre de hiperventilação?	<input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
18. Já desmaiou durante algum tratamento médico ou dentário?	<input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
19. Está a tomar medicamentos prescritos? a) Por alguma razão ou motivo? b) Por queixa cardíaca? c) Anticoagulantes? d) Hipertensão? e) Aspirina? f) Por alergia? g) Por diabetes? h) Prednisona, corticosteroides (sistémico ou tópico)? i) Medicamentos contra a rejeição de transplantes? j) Medicamentos contra doenças reumáticas, intestinais e pele? m) Contra o cancro ou doença sanguínea? n) Penicilina, antibióticos ou antimicrobianos? o) Para desordens do sono, depressão e ansiedade? p) Outras medicações? Indique quais.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
20. Tem que tomar algum antibiótico antes do tratamento dentário?	<input type="checkbox"/>	←Resposta Principal
21. Somente mulheres, está grávida?	<input type="checkbox"/>	←Resposta Principal

8.3. Anexo C – Questionário *European Medical Risk Related History* (EMMRH) impresso

O presente questionário tem como principal objectivo a determinação do estado geral de saúde do indivíduo que recorre à consulta de tratamento dentário.

Com base na informação que me foi dada declaro aceitar participar neste estudo.

Tive oportunidade para pôr todas as questões que me ocorreram relativamente a este estudo, tendo ficado esclarecido. Estou informado de que:

- A minha participação é inteiramente voluntária.
- Da minha opção por participar ou não participar neste estudo não pode resultar nenhuma alteração na qualidade dos cuidados que me são prestados.
- A qualquer momento posso interromper a minha participação neste estudo.
- Todos os dados recolhidos serão tratados anonimamente e apenas para os fins relacionados com este estudo.

Data ___/___/___ Assinatura (rúbrica): _____ Nome (apenas as iniciais): _____

Sexo: _____ ; Idade: ___ anos Código interno: _____

Assinale a Sua Opção com um “X”

Estudante ___	Desempregado ___	Básico (até ao 9º ano, inclusivé) ___
Trabalhador ___	Reformado, limite de idade ___	Médio ___
Doméstica ___	Reformado, invalidez ___	Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)___

- Responda em primeiro lugar às perguntas numeradas (1, 2, 3, 4, 5, ...).
- Responda às perguntas das alíneas (a), b), c) ...) apenas se respondeu SIM às primeiras.

1. Já sentiu dor torácica ao realizar esforço físico (angina de peito)? **Não Sim II**

a) As suas actividades estão limitadas? Não Sim III

b) As suas queixas aumentaram recentemente? Não Sim IV

c) Tem dor torácica em repouso? Não Sim IV

2. Já teve algum ataque cardíaco? **Não Sim II**

a) As suas actividades estão limitadas? Não Sim III

b) Teve algum ataque cardíaco nos últimos seis meses?	Não	Sim	IV
3. Tem doença de válvula cardíaca, sopro cardíaco ou válvula cardíaca artificial?	Não	Sim	II
a) Sofreu alguma cirurgia cardíaca ou vascular no espaço dos últimos seis meses?	Não	Sim	II
b) É portador de “pace-maker”?	Não	Sim	II
c) É portador de doença cardíaca de origem reumática?	Não	Sim	III
d) As suas actividades físicas estão limitadas?	Não	Sim	III
4. Tem palpitações no coração sem fazer esforços?	Não	Sim	II
a) Tem que se sentar, descansar, ou deitar durante as palpitações?	Não	Sim	III
b) Algumas vezes, sente falta de ar, vertigem ou palidez?	Não	Sim	IV
5. Sofre de insuficiência cardíaca?	Não	Sim	II
a) Sente falta de ar em decúbito dorsal (deitado de costas para baixo)?	Não	Sim	III
b) Precisa de dois ou mais travesseiros para dormir?	Não	Sim	IV
6. Tem ou já teve hipertensão?	Não	Sim	II
Escreva os valores da última medição da tensão arterial			
Max _____/Min _____			
7. Tem tendência para a hemorragia?	Não	Sim	II
a) Já teve alguma hemorragia que durasse mais de uma hora após uma cirurgia ou ferida?	Não	Sim	III
b) Já lhe apareceu alguma mancha azulada (pisaduras) sem motivo aparente?	Não	Sim	IV
8. Sofre de epilepsia?	Não	Sim	II
a) Sente que está a piorar?	Não	Sim	III
b) Continua a ter ataques apesar da medicação?	Não	Sim	IV
9. Sofre de asma?	Não	Sim	II
a) Toma medicamentos e/ou usa inaladores?	Não	Sim	III

b) Actualmente apresenta dificuldades respiratórias?	Não	Sim	IV
10. Tem outros problemas respiratórios ou tosse persistente?	Não	Sim	II
a) Tem dificuldade respiratória depois de subir 20 degraus?	Não	Sim	III
b) Tem dificuldade respiratória ao despir a sua roupa?	Não	Sim	IV
11. Já teve alguma reacção alérgica à penicilina, aspirina, luvas borracha, material dentário ou outro qualquer?	Não	Sim	II
a) Isto exigiu tratamento médico ou hospitalar?	Não	Sim	III
b) Ocorreu durante o tratamento ao médico dentista?	Não	Sim	IV
12. Sofre de diabetes?	Não	Sim	II
a) Toma insulina?	Não	Sim	II
b) A sua diabetes está descontrolada actualmente?	Não	Sim	III
13. Sofre de doença da tiróide?	Não	Sim	II
a) A sua tiróide funciona abaixo do normal (hipoactiva)?	Não	Sim	III
b) A sua tiróide acima do normal (hiperactiva)?	Não	Sim	IV
14. Sofre, ou já sofreu de alguma doença do fígado?	Não	Sim	II
15. Sofre de alguma doença dos rins?	Não	Sim	II
a) Já fez diálise?	Não	Sim	III
b) Já fez transplante renal?	Não	Sim	III
16. Já sofreu de cancro ou leucemia?	Não	Sim	II
Como se chama a sua doença _____			
a) Já fez medicação ou transplante de medula óssea para o seu tratamento?	Não	Sim	III
Qual medicação: _____			
b) Já fez radioterapia para um tumor ou doença na cabeça ou pescoço?	Não	Sim	IV

17. Sofre de hiperventilação (respiração acelerada)?	Não	Sim	II
18. Já desmaiou durante algum tratamento médico ou dentário?	Não	Sim	II
19. Está a tomar alguns medicamentos prescritos?	Não	Sim	II
a) Por alguma razão ou motivo?	Não	Sim	II
b) Por queixa cardíaca?	Não	Sim	
c) Anticoagulantes (regulador da coagulação do sangue)?	Não	Sim	
d) Hipertensão (tensão arterial alta)?	Não	Sim	
e) Aspirina?	Não	Sim	
f) Para a alergia?	Não	Sim	
g) Para a diabetes?	Não	Sim	
h) Toma corticosteroides (sistêmico ou tópico)?	Não	Sim	
i) Medicamentos contra a rejeição de transplantes?	Não	Sim	
j) Medicamentos contra doenças reumáticas, intestinais e pele?	Não	Sim	
m) Contra o cancro ou doença sanguínea?	Não	Sim	
n) Penicilina, antibióticos ou antimicrobianos?	Não	Sim	
o) Para alterações do sono, depressão e ansiedade?	Não	Sim	
p) Outras medicações? Indique quais. _____ _____	Não	Sim	
20. Tem que tomar algum antibiótico antes do tratamento dentário?	Não	Sim	II
21. Somente mulheres, está grávida?	Não	Sim	II

8.5. Índice de Tabelas

Tabela 1 Classificação da tensão arterial segundo o JNC 7	7
Tabela 2 Recomendações para prestação de tratamentos médico-dentários em pacientes com hipertensão arterial.	9
Tabela 3 Etiologias mais comuns da insuficiência cardíaca.....	14
Tabela 4 Achados típicos de doença hepática.	20
Tabela 5 Sinais e sintomas que envolvem o sistema respiratório.....	24
Tabela 6 Distribuição dos antecedentes médicos presentes na população estudada	66
Tabela 7 Distribuição dos valores de tensão arterial na população hipertensa.....	66
Tabela 8 Tipos de patologias oncológicas presentes na população estudada.....	70
Tabela 9 Regimes medicamentosos prescritos referidos pela população estudada.....	71
Tabela 10 Regimes medicamentosos não sugeridos no questionário EMRRH.....	72

8.6. Índice de Figuras

Figura 1 Distribuição da amostra de médicos dentistas potenciais colaboradores no estudo.....	59
Figura 2 Distribuição dos questionários válidos por localidade (n=796).....	60
Figura 3 Frequência das idades dos participantes <i>versus</i> a distribuição normal	60
Figura 4 Distribuição da amostra por grupo etário (n=796).....	61
Figura 5 Distribuição da amostra por sexo (n=796).....	61
Figura 6 Distribuição da amostra por ocupação (n=796)	62
Figura 7 Distribuição da amostra por nível educacional (n=796)	62
Figura 8 Presença de antecedentes médicos na população estudada (n=796).....	63
Figura 9 Distribuição da frequência de complicações por paciente	64
Figura 10 Distribuição dos pacientes por número de complicações segundo a idade (cada círculo amarelo representa 1 paciente).....	65
Figura 11 Prevalência de hipertensão segundo o sexo	67
Figura 12 Distribuição da frequência de hipertensão nos homens segundo o grupo etário	67
Figura 13 Distribuição da frequência de hipertensão nas mulheres segundo o grupo etário.....	68
Figura 14 Distribuição da população segundo a classe ASA	73
Figura 15 Relação entre a classe ASA e o grupo etário	73
Figura 16 Distribuição dos pacientes segundo a classe ASA e ocupação	74
Figura 17 Distribuição dos pacientes segundo a classe ASA e o nível de educação.....	74

8.7. Índice de abreviaturas

AINE – Anti-inflamatório não-esteróide

ASA – *American Society of Anesthesiologists*

AVC – Acidente vascular cerebral

CDI – Cardiodesfibriladores implantáveis

COPD – Chronic obstructive pulmonary disease

DALY – *Disability-adjusted life year*

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

EMRRH – *European Medical Risk Related History*

EPICA – *Epidemiology of heart failure in mainland Portugal*

FAMA – Fibrilhação Auricular em Portugal

HPV – *Human Papiloma Virus*

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – *International normalized ratio*

INS – Inquérito Nacional de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

JNC 7 – *7th Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*

LDL – *Low-density lipoprotein*

ODM – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PREVADIAB – Prevalência da diabetes em Portugal

RSF – Resposta sem franquia

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

