

## MANEJO DO PACIENTE COM PICO HIPERTENSIVO EM ODONTOLOGIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

### MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE PEAK IN DENTISTRY: LITERATURE REVIEW

Caroline Santos de Jesus<sup>1</sup>  
Robson Vidal de Andrade<sup>2</sup>

**RESUMO:** A hipertensão arterial sistêmica (HAS), enquanto condição de alta prevalência na população, pode manifestar descontrole por meio de picos de pressão arterial, configurando uma intercorrência significativa durante procedimentos odontológicos. O ambiente clínico odontológico, por sua natureza potencialmente estressor, associado a fatores como ansiedade e dor, representam um elemento desencadeante para elevações tensionais críticas. O objetivo do presente estudo propõe-se a realizar uma revisão de literatura acerca das estratégias de manejo direcionadas ao paciente que apresenta pico hipertensivo no consultório odontológico, com ênfase na conduta imediata e nos protocolos baseados em evidências. Foi conduzida uma revisão de literatura por meio de busca sistemática nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, Ebsco, Google Acadêmico, Embase e Scopus, no período de 2010 a 2025. Foram incluídos 18 artigos originais e de revisão, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordavam especificamente a etiologia, os fatores de risco, o diagnóstico e as condutas relacionadas a picos hipertensivos durante o atendimento odontológico. A revisão destacou que a aferição da pressão arterial e a anamnese detalhada são essenciais para prevenção e avaliação de risco. O manejo do pico hipertensivo envolve interromper o procedimento, reposicionar o paciente, oferecer suporte emocional e, se necessário, usar anti-hipertensivos de ação rápida, como captopril ou nifedipina. Diferenciar entre urgência (manejo no consultório) e emergência (encaminhamento imediato) é crucial. A capacitação contínua em suporte básico de vida e o uso criterioso de vasoconstritores também são fundamentais para a segurança do paciente. Conclui-se que o manejo seguro do paciente com pico hipertensivo em Odontologia depende da adoção de protocolos sistemáticos, que englobam desde a prevenção até o atendimento da crise. A educação permanente e a integração com a saúde sistêmica do paciente são imprescindíveis para uma prática clínica baseada em evidências e segura.

7893

**Palavras-chave:** Hipertensão. Emergências Hipertensivas. Odontologia. Manejo do Paciente. Pressão Arterial.

<sup>1</sup>Discente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

<sup>2</sup>Docente do curso de Odontologia da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia.

## I. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a pré-hipertensão configuram-se como um problema de saúde pública em virtude de sua alta prevalência em escala global. Dados epidemiológicos apontam que a HAS é responsável por cerca de 8,5 milhões de óbitos ao ano e é a principal enfermidade causadora de mortes no mundo. Estima-se que cerca de 1 bilhão de adultos convivam com essa condição, a qual apresenta taxas crescentes especialmente em países em desenvolvimento, onde a atenção primária em saúde pública enfrenta grandes desafios. Este cenário é agravado pelo envelhecimento populacional e pela adoção de estilos de vida urbanos, que ampliam a exposição a fatores de risco como sedentarismo e obesidade (Giannini, Yugar e Vilela, 2014; Zou et al., 2021).

A HAS configura-se como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, refletindo o cenário mundial de saúde. Apresentando uma prevalência elevada com impacto significativo na morbimortalidade da população brasileira e acometendo uma parcela entre 25% a 30%, com predominância no público do sexo masculino do que feminino (Malta et al., 2018; Giannini, Yugar e Vilela, 2014; Souza e Júnior, 2014).

A prática de primeiros socorros existe desde a antiguidade, com registros no Egito por volta de 1500 a.C., onde se usavam talas e faixas para imobilizar fraturas. Na Grécia Antiga, Hipócrates, o "pai da medicina", enfatizou a necessidade de intervenção rápida no tratamento de feridas. O termo "primeiros socorros" surgiu no século XIX com o suíço Henry Dunant, que, após testemunhar a Batalha de Solferino (1859), propôs a criação de sociedades voluntárias para assistência em guerra. Sua ideia levou à fundação da Cruz Vermelha em 1863. A expressão foi oficializada em 1878 pela St. John Ambulance Association, que adaptou os princípios militares para acidentes cotidianos, definindo a assistência crítica prestada antes da ajuda profissional (Fiorini e Manso, 2021; Braga 2005; Dunant, 1862; Pearn, 1994).

As emergências médicas podem acontecer durante ou antes do atendimento odontológico, pois o mesmo não está imune a intercorrências dos pacientes e a equipe juntamente com o cirurgião-dentista devem estar preparados para identificar e conduzir situações de urgência e emergência. As ocorrências variam de situações de urgência que exigem atenção imediata, mas não necessariamente ameaçam a vida imediatamente, e as de caráter de emergências com risco de morte iminente (Fiocruz 2003; Malamed 2015).

Segundo Malamed as complicações cardiovasculares, em especial os picos hipertensivos, destacam-se pela íntima relação com o estresse e a ansiedade frequentemente desencadeados

pelo ambiente odontológico, com incidência alta de 75% dos casos. A natureza invasiva dos procedimentos, medos pré existentes, apreensão do paciente na possibilidade de sentir dor, cria um cenário lúdico que desestabiliza o emocional do paciente. Dentre essas eventuais ocasiões de urgências e emergências destacam-se a sícope, crises convulsivas, reações alérgicas aos anestésicos, obstrução das vias aéreas, hipoglicemia, disfunções cardiovasculares e crises de asma, exigindo atenção rápida e preparo da equipe odontológica (Malamed, 2015; Hanna et al., 2014; Giannini, Yugar e Vilela, 2014; Souza e Júnior, 2014).

O vínculo estabelecido entre profissional e o paciente pode influenciar o sucesso ou insucesso de um tratamento. Realizar uma coleta segura do prontuário odontológico assegura a fidedignidade ética e legal dos atos clínicos. A anamnese constitui uma avaliação técnica primordial, sendo o primeiro contato entre paciente e cirurgião-dentista, através desta é possível traçar um planejamento estratégico seguro para adaptado tanto a indivíduos saudáveis quanto àqueles com comorbidades como a HAS. No contexto do paciente hipertenso a anamnese detalhada configura-se como estratégia de prevenção primária, pois a identificação de um paciente hipertenso pode avaliar o risco de uma possibilidade de uma crise hipertensiva. O conhecimento da medicação prescrita ao paciente, hábitos do paciente, identificação de sinais e sintomas de níveis pressóricos habituais e não habituais, agendamento de sessões preferencialmente pela manhã, limitação da duração do atendimento e a escolha de anestésicos seguros conduzem o tratamento odontológico seguro (De Lima Amorim et al., 2016; De Moraes, 2012).

7895

A cirurgia oral representa um fator potencialmente estressante dado a sua natureza invasiva, expectativa de dor, visualização da mesa cirúrgica, receio do tratamento pode desencadear uma reação neural negativa de medo. A resposta neurológica inicia-se a ativação do hipotálamo, que estimula a glândula pituitária a liberação de adrenalina, noradrenalina e cortisol. Esses hormônios mediadores induzem reação de autopreservação, promovendo taquicardia e direcionamento do fluxo sanguíneo para os membros e diminuição de neurotransmissores como serotonina e endorfina, preparando o corpo para reações imediatas de defesa frente a uma ameaça. O aumento súbito e sintomático dos níveis pressóricos, pode evoluir para uma emergência hipertensiva, colocando em risco o bem-estar do paciente e desestabilizando o fluxo da sessão clínica (Santos et al., 2009; De Moraes, 2012).

Perante este cenário, o profissional cirurgião-dentista deve ser capaz de reconhecer e diagnosticar precocemente o pico hipertensivo, bem estabelecer um protocolo de ações e

condutas para um manejo eficiente. O manejo do pico hipertensivo inclui intervenções não farmacológicas, como acalmar o paciente e ajuste postural, quando necessário a administração de anti-hipertensivos de ação rápida. A ausência de protocolos definidos ou capacitação adequada pode resultar em condutas errôneas ou redução pressórica excessiva, aumentando os riscos ao paciente (Branco, 2025).

Nesse sentido, esta revisão de literatura justifica-se pela necessidade de consolidar e sintetizar o conhecimento científico atual sobre o tema, oferecendo aos profissionais de Odontologia um embasamento científico seguro para a conduta clínica. O artigo compilou e analisou as evidências científicas disponíveis sobre a etiologia, os fatores de risco, o diagnóstico e as estratégias de manejo do paciente que apresenta pico hipertensivo como intercorrência durante procedimentos odontológicos.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): um problema de saúde pública

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a doença arterial sistêmica como uma doença silenciosa e com elevadas taxas de morbimortalidade, com tendência a incidência progressiva em escala global. Estima-se que esta patologia mortal e silenciosa afeta cerca de 1,28 bilhão de indivíduos adultos no mundo. Esse cenário epidemiológico da incidência em alta escala é consequência direta ao estilo de vida sedentário, obesidade, envelhecimento populacional, uso de drogas ilícitas, drogas licitas, apneia obstrutiva do sono, tabagismo e dieta baseada em alimentos ultraprocessados com alto consumo de sódio e potássio. Somados a estes riscos, vale citar riscos para predisposição de HAS correlacionados a: perfil genético do indivíduo, adultos acima de 50 anos e prevalência no sexo masculino (Malachias, 2016; Brandão et al., 2025).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia de etiologia multifatorial, caracterizando um aumento da pressão sanguínea contra a parede dos vasos sanguíneos. A HAS não é transmissível, é crônica caracterizada pela elevação dos níveis pressóricos com valores iguais ou superiores a 140 mmHg para a pressão sistólica e/ou 90 mmHg para a diastólica. A doença crônica HAS é associada a outras patologias, sendo um dos fatores precursores de doenças cardiovasculares, infarto do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca (IC) e doença renal. Atualmente, a classificação dos valores pressóricos

da HAS não há um consenso mundial único, sendo periodicamente revisada por diferentes diretrizes nacionais e internacionais (Radovanovic et al., 2014; Malachias, 2016).

Conforme a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), considera-se Pressão Arterial normal quando a PAS é menor que 120 mmHg e a PAD menor que 80 mmHg. A categoria de Pré-Hipertensão foi definida para incluir pacientes com PAS entre 120-129 mmHg e/ou PAD entre 80-84 mmHg. A evolução para estágios de hipertensão se dá da seguinte forma: Estágio 1 (PAS 140-159 e/ou PAD 90-99), Estágio 2 (PAS 160-179 e/ou PAD 100-109) e Estágio 3 (PAS  $\geq 180$  e/ou PAD  $\geq 110$ ). O ambiente odontológico, frequentemente associado a medo e apreensão, pode ser um potente gatilho para essa resposta, podendo mascarar a pressão arterial real do paciente ou precipitar um pico hipertensivo em indivíduos predispostos. Essa elevação aguda da PA relacionada ao contexto é comumente chamada de "hipertensão do jaleco branco", um fenômeno que, embora nem sempre denote HAS crônica, sinaliza um maior risco cardiovascular e requer atenção e monitoramento (Radovanovic et al., 2014; Malachias, 2016; Brandão et al., 2025).

Do ponto de vista fisiopatológico, a HAS resulta de uma interação multifatorial envolvendo predisposição genética, condições ambientais e alterações neuro-humorais, que culminam na desregulação dos mecanismos de controle da PA. Os principais determinantes incluem o aumento do débito cardíaco e/ou da resistência vascular periférica. Em fases iniciais, pode predominar um estado de alto débito, mediado pela hiperatividade do sistema nervoso simpático e pela ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), favorecendo a retenção sódio e água, além do aumento da contratilidade cardíaca. Com a evolução da doença, observa-se remodelamento estrutural da parede vascular, hipertrofia da musculatura lisa e estreitamento do lúmen, o que consolida a resistência vascular elevada e torna a hipertensão menos dependente do volume intravascular (Luize et al., 2024).

7897

As lesões em órgão-alvo são as complicações crônicas da HAS de caráter progressivo, podem afetar o coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos. No coração, a sobrecarga pressórica resulta em hipertrofia ventricular esquerda, condição que pode progredir para insuficiência cardíaca, além de contribuir para a aceleração da aterosclerose coronariana. No cérebro, é o principal fator de risco para AVC isquêmico ou hemorrágico. Nos rins, a hipertensão lesa os glomérulos, levando à nefroesclerose hipertensiva e, potencialmente, à insuficiência renal terminal. O conhecimento dessas complicações é essencial para o cirurgião-dentista, pois enfatiza a gravidade da doença de base do paciente e a necessidade de um manejo pré-operatório

criterioso para evitar picos tensionais que possam precipitar eventos agudos (Kollias et al., 2016; Bianco et al., 2014).

## 2.2 Crises Hipertensivas: urgência vs. emergência

As crises hipertensivas pode ocorrer durante o tratamento odontológico, principalmente em pacientes ansiosos ou com histórico de hipertensão. A correta diferenciação entre urgência e emergência hipertensiva é fundamental para a conduta do cirurgião-dentista e para a segurança do paciente. Os termos "urgência" e "emergência" no contexto médico se diferem de acordo com a presença de risco iminente à vida. Uma emergência é uma condição de instabilidade clínica que ameaça a vida ou a função de órgãos de forma imediata, exigindo intervenção terapêutica em minutos ou poucas horas para evitar um desfecho fatal. A urgência refere-se a uma situação aguda que requer atenção médica em um prazo mais curto, entre 24 a 48 horas e sem risco eminent de morte (Fiocruz, 2003; Moura et al., 2018; Astarita et al., 2020).

As crises hipertensivas são categorizadas em dois quadros distintos: a emergência e a urgência hipertensiva, podendo estar associada ou não a lesão de órgão-alvo. A emergência hipertensiva é caracterizada pelo aumento da PA superior a 180/120 mmHg e acompanha lesão aguda de órgão-alvo, como AVC, dor torácica ou dispneia. Este quadro constitui uma ameaça iminente à vida, demandando redução controlada da PA em ambiente hospitalar, geralmente com agentes parenterais, dentro de minutos a uma hora (Santos et al., 2009; Pergoraro; Oliveira, 2015; Astarita et al., 2020).

7898

Em contrapartida, a urgência hipertensiva também se apresenta com níveis pressóricos severamente elevados de PA superior a 180/120 mmHg, entretanto há ausência de sinais e sintomas que indiquem lesão aguda de órgão-alvo. Neste cenário, o paciente pode relatar cefaleia, ansiedade, epistaxe ou palpitações. O manejo da urgência hipertensiva permite uma redução mais gradual da pressão arterial, ao longo de 24 a 48 horas, com medicamentos orais de ação rápida, como a nifedipina ou o captopril, sendo que o tratamento pode ser instituído e monitorado na própria clínica odontológica e seguido de encaminhamento para avaliação médica (Pergoraro; Oliveira, 2015; Santos et al., 2009).

No ambiente odontológico, a principal causa para o desencadeamento de uma crise hipertensiva é a combinação de ansiedade e estresse com a dor aguda, frequentemente associada à anestesia local ineficaz ou ao ato cirúrgico propriamente dito. A conduta do profissional deve priorizar a interrupção imediata do procedimento, o acalmar do paciente, o posicionamento em

sedestação e a reavaliação da PA. A correta distinção entre os dois quadros é fundamental, pois direciona a conduta: enquanto a emergência exige encaminhamento médico imediato, muitas vezes com ativação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), a urgência pode ser manejada no consultório, com posterior referenciamento (Hanna et al., 2014; Moura; De Carvalho e De Barros Silva., 2018).

### 2.3 O paciente hipertenso no Ambiente Odontológico

A abordagem preventiva constitui o pilar fundamental para a segurança do paciente no ambiente odontológico. A aferição da PA no inicio de cada consulta é um procedimento obrigatório e ao estabelecer os valores basais do indivíduo permite identificar estados de alerta hipertensivo que poderiam passar despercebidos. A detecção de níveis tensionais iguais ou superiores a 140/90 mmHg, parâmetro amplamente reconhecido pela diretrizes clínicas, impõe a necessidade de uma reavaliação imediata e uma análise criteriosa do contexto clínico global. Nesses casos, baseando-se no princípio da precaução e no julgamento profissional, pode-se recomendar o adiamento de procedimentos eletivos, uma conduta prudente que visa minimizar riscos e garantir em condições estáveis e seguras para o bem-estar do paciente (Salim et al., 2015; Ferraz et al., 2007; Giovani et al., 2025).

7899

O controle da dor é imprescindível, a anestesia local em pacientes hipertensivos requer cuidados específicos no que diz respeito a escolha do vasoconstritor, priorizando a menor concentração eficaz e visando menor risco de complicações. O uso da técnica de aspiração negativa, administrar lentamente o anestésico e limitação quanto as doses é obrigatório. A literatura científica não contraindica o uso de vasoconstritores em pacientes com níveis pressóricos controlados durante procedimentos odontológicos, desde que respeitadas as doses recomendadas e o monitoramento adequado (Mallamed. 2016; Dos Santos, 2017; Bresegheello et al., 2021).

O uso de anestésicos locais com vasoconstritor para pacientes hipertensos controlados é considerado seguro desde que seja administrado em baixas concentrações 1:100.000 ou 1:200.000, limitando-se a 1 a 2 tubetes por sessão. Pacientes não controlados ou com HAS estágio 3 são procedimentos eletivos e devem ser adiados. Em casos de hipertensão não controlada ou estágio 3, procedimentos eletivos devem ser adiados. Quando a intervenção for emergencial ou o controle pressórico for inadequado, a alternativa mais segura é o uso de anestésicos sem vasoconstritor, como a Mepivacaína 3%. Apesar de sua duração ser mais curta, essa opção

elimina os riscos de efeitos hemodinâmicos associados aos vasoconstritores (Mallamed. 2016; Giovani et al., 2025).

O manejo adequado do pico hipertensivo no consultório odontológico requer conhecimento específico sobre primeiros socorros, iniciando-se pelo reconhecimento imediato dos sinais e sintomas que podem incluir cefaleia, tontura, visão turva, epistaxe, dispneia, dor torácica, agitação ou sudorese. Após o reconhecimento dos sinais o profissional deve realizar a aferição imediata da PA com esfigmomanômetro para a classificação correta de caráter de urgência ou emergência. Diante da elevação significativa da pressão arterial mesmo adotando todas as medidas preventivas, uma atuação sequencial imediata e calma deve ser realizada para garantir a segurança do paciente (Oigman, 2014; Pergoraro; De Oliveira, 2015)

O cirurgião-dentista deve optar inicialmente pelas medidas não farmacológicas, o procedimento deve ser interrompido imediatamente. Em seguida o paciente deve ser reposicionado em uma posição mais confortável e sentado. As técnicas de acalmar e suporte emocional para o paciente são fundamentais como instruir ao paciente para realizar respirações lentas e profundas para redução dos níveis pressóricos. Conforme estabelecido em protocolos, a pressão arterial deve ser reavaliada após um intervalo de 5 a 10 minutos para monitorar a resposta às medidas iniciais (Dos Santos; Ferriello; Terra, 2017; Pimentel et al., 2014).

7900

Em pacientes que permanecem assintomáticos, porém com pressão arterial persistentemente elevada acima de 180/110 mmHg após medidas iniciais, pode-se considerar a intervenção farmacológica. Os anti-hipertensivos de ação rápida por via sublingual, como Nifedipina 10mg, Captopril 25mg via oral, constituem as opções de eleição, exigindo criteriosa avaliação risco-benefício antes da administração e monitoramento contínuo dos sinais vitais até a completa estabilização do quadro. Ressalta-se que esta conduta possui caráter exclusivamente paliativo para controle da crise aguda, não substituindo em nenhuma hipótese a indispensável avaliação e acompanhamento médico subsequente (Kullak; Barbosa; Reis; 2022; De Macedo et al., 2025).

O pronto reconhecimento de que a situação evoluiu para uma emergência além da capacidade de manejo no consultório é crucial para a segurança do paciente. O acionamento imediato do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) é imperativo quando a pressão arterial permanece igual ou superior a 180/110 mmHg e está associada a sinais sugestivos de dano agudo a órgão-alvo. Entre os sinais de alarme incluem-se: cefaleia intensa e súbita, dor torácica ou palpitações, dispneia, alterações visuais ou neurológicas, náuseas e vômitos, bem

como qualquer suspeita de complicações graves como edema agudo de pulmão, dissecção de aorta ou encefalopatia hipertensiva (Barroso et al., 2021; Pinto et al., 2022).

Durante o período de espera pelo socorro especializado, o cirurgião-dentista deve manter o paciente em repouso, monitorizado continuamente e prestando todo o suporte básico necessário. A transição do cuidado deve ser feita de forma organizada; ao chegar a equipe médica, um relatório conciso e preciso deve ser fornecido, contendo o histórico do ocorrido, a cronologia dos sinais vitais aferidos e um registro detalhado de todos os medicamentos administrados. Esta comunicação eficiente é vital para a continuidade do atendimento e a segurança do paciente (Da Hora et al., 2019).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

Para a elaboração desta revisão de literatura descritiva foi conduzida uma busca sistemática nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, Ebsco, Google Acadêmico, Embase e Scopus, abrangendo o período de 2010 a 2025, com o objetivo de sintetizar as evidências científicas disponíveis sobre o manejo do paciente com pico hipertensivo no ambiente odontológico. Foram utilizados descritores controlados e seus sinônimos, combinados relacionados aos termos: “hipertensão”, “crise hipertensiva”, “procedimentos odontológicos”, “emergências médicas” e “manejo”. Foram selecionados 18 artigos para discussão da literatura. 7901

Foram incluídos artigos originais e de revisão, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem especificamente a etiologia, os fatores de risco, o diagnóstico e as estratégias de manejo de picos hipertensivos durante o atendimento. Foram excluídos estudos fora do período delimitado, artigos incompletos ou indisponíveis, relatos de caso sem relevância clínica ampla e literatura cinzenta não indexada. A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas: triagem inicial por título e resumo, seguida de leitura integral dos textos elegíveis, a partir da qual os dados foram extraídos e sintetizados de forma narrativa, permitindo uma análise crítica e contextualizada do tema.

### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão de literatura selecionada permite uma compreensão objetiva e estratificada do manejo do paciente com pico hipertensivo no ambiente odontológico. Os resultados corroboram a premissa de que a segurança do paciente é diretamente proporcional à adoção de um protocolo sistemático, que se inicia na prevenção e se estende ao manejo da crise e ao encaminhamento adequado.

A aferição da PA constitui procedimento indispensável tanto na consulta inicial quanto nas sessões de retorno, configurando-se não apenas como medida de segurança, mas principalmente como imperativo ético na prática odontológica (Amaral et al., 2022; Arieta, 2015). Este procedimento, de execução simples, representa a primeira barreira de proteção contra intercorrências relacionadas à hipertensão.

A anamnese detalhada, ao abranger não apenas o diagnóstico de HAS, mas também a adesão terapêutica, o uso de fármacos e o histórico de picos tensionais, constitui ferramenta essencial para a estratificação adequada do risco. A identificação precoce de pacientes hipertensos de alto risco possibilita a adoção de medidas preventivas, como o agendamento em horários menos estressantes, sessões clínicas mais curtas e o contato proativo com o médico assistente, promovendo integração e segurança na conduta odontológica (Pegoraro; De Oliveira, 2015).

A literatura aponta que o pico hipertensivo é uma intercorrência relativamente comum durante procedimentos odontológicos, exigindo do cirurgião-dentista conhecimento técnico para sua identificação e manejo adequados. O aumento súbito da PA no consultório odontológico está relacionado à ativação do sistema nervoso simpático, geralmente desencadeada por ansiedade, medo da dor ou estresse inerentes ao atendimento odontológico. 7902 Assim, a abordagem desse evento deve ir além do tratamento farmacológico, priorizando o controle dos fatores psicogênicos e a correta diferenciação entre urgência e emergência hipertensiva (Barreto, 2019; Southerland et al., 2016).

A discussão do estudo de Santos et al. (2017) revela um cenário preocupante no que se refere à capacitação dos cirurgiões-dentistas para o manejo de emergências médicas, especialmente em situações de pico hipertensivo. A ausência de treinamento prático e de disciplinas voltadas ao suporte básico de vida durante a formação acadêmica compromete a atuação segura desses profissionais diante de intercorrências potencialmente fatais.

A etapa inicial e mais relevante na condução de episódios hipertensivos consiste na distinção entre urgência e emergência hipertensiva. A emergência hipertensiva, condição de risco iminente à vida, caracteriza-se por elevação acentuada da PA, geralmente  $>180/120$  mmHg e acompanhada de sinais de lesão aguda em órgãos-alvo, como encefalopatia hipertensiva, AVC, insuficiência cardíaca aguda ou síndrome coronariana aguda (Vilela-Martin,; Yugar-Toledo, 2019). Nessas circunstâncias, a conduta do cirurgião-dentista deve ser imediata:

suspender o procedimento, posicionar o paciente adequadamente e acionar o serviço de emergência médica (SAMU 192).

Em contrapartida, a urgência hipertensiva, ou pico hipertensivo, apresenta níveis tensionais similares, porém na ausência de sinais ou sintomas de disfunção aguda de órgão-alvo (Malachias et al., 2016). É esta a situação mais comumente enfrentada na clínica odontológica. O manejo inicial, portanto, deve ser conservador, centrado na estabilização do paciente e na investigação de sintomas de alarme, como cefaleia intensa, dor torácica, dispneia ou alterações visuais.

Diante de um paciente com PA elevada, a abordagem inicial deve ser sistemática. A prioridade é a estabilização do paciente através da aplicação do protocolo A-B-C (Vias Aéreas, Respiração, Circulação) e da interrupção imediata do procedimento. O posicionamento do paciente em sedestação ou semi-sedestação é crucial, pois reduz a pré-carga cardíaca e alivia a dispneia, diferentemente da posição supina, que pode agravar o desconforto ao paciente (Pinto et al., 2022; American Dental Association, 2022).

Da Silveira, Da Conceição e Germano (2023) abordam a segurança do uso de vasoconstritores em pacientes hipertensos, demonstrando, por meio de um ensaio clínico robusto, que a epinefrina na concentração de 1:100.000 utilizada em exodontias não provoca elevação significativa nos níveis séricos de catecolaminas, nem desencadeia arritmias graves ou episódios de isquemia em indivíduos com hipertensão controlada. As leves alterações cardiovasculares observadas foram atribuídas ao estresse do procedimento e não ao anestésico, reforçando a segurança de seu uso quando associado a uma técnica adequada e ao controle prévio da PA.

7903

Kim et al. (2022) identificaram as crises hipertensivas como a emergência médica mais frequente em consultórios odontológicos, evidenciando que a questão ultrapassa os limites da farmacologia. A alta prevalência da hipertensão na população, associada ao estresse provocado pelo atendimento odontológico, favorece a ocorrência desses episódios. O achado de que 23% dos pacientes em crise não possuíam diagnóstico prévio reforça o papel do cirurgião-dentista na detecção precoce da doença. Contudo, o estudo aponta uma falha operacional relevante: a maioria dos casos tratava-se de urgências e não de emergências reais. Essa confusão acarreta desperdício de recursos e intervenções desnecessárias. Tal cenário reforça a importância da criação de protocolos claros para o manejo adequado dessas situações clínicas.

Esta necessidade de criação de protocolos e educação é um consenso entre a literatura. Gutiérrez Lizardi et al. (2019) e Valtellini e Ouanounou (2023) defendem que o manejo seguro começa com a anamnese detalhada e a correta aferição dos sinais vitais, que devem ser monitorados antes, durante e após procedimentos invasivos. A classificação atualizada da PA é fundamental para a tomada de decisão, definindo critérios claros para a suspensão de tratamentos eletivos e para a identificação de uma crise.

O controle farmacológico durante um pico hipertensivo deve ser feito com cautela. Galindo-Velázquez et al. (2023) relataram sucesso com o uso sublingual de Captopril em consultório. Já Stojak et al. (2025) destacam que, quando o estresse é o principal gatilho, o uso de benzodiazepínicos pode ser tão eficaz quanto os anti-hipertensivos tradicionais. No entanto, seu uso requer cuidado devido ao risco de sedação e depressão respiratória.

É essencial saber diferenciar uma verdadeira emergência hipertensiva de uma pseudocrise. Pedrazini et al. (2022) e Diniz et al. (2024) ressaltam que elevações momentâneas da pressão, causadas por medo, dor ou ansiedade, não devem ser tratadas de forma agressiva com anti-hipertensivos, pois podem levar à perigosa queda da pressão. Nesses casos, o foco deve ser acalmar o paciente, controlar a dor e, se necessário, usar ansiolíticos leves. O uso de anti-hipertensivos deve ser reservado apenas quando houver sinais de lesão em órgãos vitais.

7904

Outro ponto importante para a segurança é o conhecimento sobre interações medicamentosas. A revisão de Kumar (2021) alerta que prescrições odontológicas de rotina, como AINEs, como o ibuprofeno, que podem antagonizar a ação de anti-hipertensivos, elevando a PA. Da mesma forma, os próprios anti-hipertensivos podem causar efeitos adversos orais, como xerostomia e hiperplasia gengival, exigindo do dentista conhecimento para identificá-los e maneá-los

Apesar das evidências e diretrizes existentes, o estudo de Arsati et al. (2010) revela uma realidade preocupante: muitos dentistas ainda não se sentem preparados para lidar com emergências. A baixa confiança em diagnosticar e tratar crises graves, aliada à falta de treinamento em suporte básico de vida, mostra uma fragilidade importante na formação. Esses dados reforçam a necessidade urgente de revisar os currículos de graduação e ampliar a oferta de capacitação continuada obrigatória para os profissionais da área.

Por fim, o trabalho de Pedrazini et al. (2022) posiciona o dentista como um agente ativo na vigilância cardiovascular, ao destacar que a simples aferição da PA em ambos os braços pode identificar diferenças sugestivas de estenose arterial, um marcador de risco cardiovascular

aumentado. Esta prática transcende o âmbito odontológico e integra o profissional à equipe multidisciplinar de saúde.

Em síntese, o manejo seguro do pico hipertensivo em Odontologia se inicia na prevenção, com anamnese e monitoramento (Gutiérrez Lizardi et al., 2019; Pedrazini et al., 2022), depende da aplicação de protocolos claros para diferenciar pseudocrise, urgência e emergência (Kim et al., 2022; Diniz et al., 2024), e exige conhecimento para intervenções farmacológicas seguras (Silveira et al., 2023; Kumar, 2021; Galindo-Velázquez et al., 2023). A capacitação permanente do cirurgião-dentista (Arsati et al., 2010) é, portanto, o elemento que integra todo o processo, sendo imperativa para a prática odontológica contemporânea e para a integralidade do cuidado ao paciente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura evidencia que o manejo do paciente com pico hipertensivo na Odontologia deve ser contínuo, iniciando-se na prevenção e estendendo-se ao atendimento emergencial. A segurança depende de protocolos bem definidos, baseados em anamnese detalhada, aferição correta da pressão arterial e distinção entre urgência, emergência e pseudocrise.

A capacitação permanente do cirurgião-dentista e o treinamento em suporte básico de vida são essenciais para garantir um atendimento seguro e integrado à saúde sistêmica do paciente. Além disso, torna-se indispensável o incentivo a novos estudos que aprofundem o conhecimento sobre o manejo adequado dessas situações, fortalecendo a prática clínica baseada em evidências.

7905

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIETA, Karina. Manejo del paciente cardiológico previo a procedimientos odontológicos. Hospital Central de las FFAA. Cardiomil, v. 1, p. 1-8, 2013.
- ARSATI, Franco et al. Brazilian dentists' attitudes about medical emergencies during dental treatment. *Journal of dental education*, v. 74, n. 6, p. 661-666, 2010.
- ASTARITA, Anna et al. Hypertensive emergencies and urgencies in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. *Journal of hypertension*, v. 38, n. 7, p. 1203-1210, 2020.
- BARRETO, Jaqueline Oliveira et al. ANALYSIS OF BLOOD PRESSURE VARIATION AND DENTAL ANXIETY IN ORAL SURGERIES: CASE-CONTROL STUDY, 2019.
- BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516-558-, 2021

BIANCO, Henrique Tria et al. Relevância de lesões em órgãos-alvo como preditores de mortalidade em pacientes com diabetes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 103, p. 272-281, 2014.

BRAGA, Henrique Faria; DE ABREU CAMARGO, Caio Lamunier. Fragmentos da história da medicina e da cirurgia. *Revista de Medicina*, v. 84, n. 3-4, p. 118-119, 2005.

BRANCO, Camila Ribeiro Castello et al. PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS MÉDICAS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: PROTOCOLOS E MANEJOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA. *REVISTA FOCO*, v. 18, n. 8, p. e9344-e9344, 2025.

BRANDÃO, Andréa Araujo et al.. *Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025.* , v. 00, n. 00, p. 00-00, set. 2025.

BRESEGHELLO, Isadora et al. Conhecimento de graduandos em odontologia sobre a consulta odontológica de pacientes hipertensos, diabéticos e gestantes. *Unifunec Científica Multidisciplinar*, v. 10, n. 12, p. 1-14, 2021.

DA HORA, Ruan Sousa et al. Caracterização do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) às emergências clínicas. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, v. 23, n. 1, 2019.

DA SILVEIRA, Marcelo Leite Machado; DA CONCEIÇÃO COËLHO, Ormuz Dumont; GERMANO, Adriano Rocha. Avaliação das alterações cardiovasculares e da concentração sérica de catecolaminas após cirurgia oral em pacientes recebendo anestésicos locais com epinefrina: ensaio clínico randomizado, cego e controlado. *Investigações Clínicas Orais* , v. 27, n. 12, pág. 7651-7662, 2023.

DE LIMA AMORIM, Haylla Priscilla et al. A importância do preenchimento adequado dos prontuários para evitar processos em Odontologia. *Arquivos em Odontologia*, v. 52, n. 1, 2016.

DE MACEDO, Ryan Rafael Barros et al. Manejo da Crise Hipertensiva: Uma Revisão da Literatura Recente. *Brazilian Journal of One Health*, v. 2, n. 1, p. 47-54, 2025.

DE MORAIS, Viviane Sampaio. Atendimento odontológico para indivíduos com hipertensão arterial. 2012.

DINIZ, Clebiana Alves et al. CRISE HIPERTENSIVA NO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR. *Revista Foco (Interdisciplinary Studies Journal)*, v. 17, n. 12, 2024.

DOS SANTOS, Aline Souza; FERRIELLO, Vanessa; TERRA, Guilherme Teixeira Coelho. A situação de emergência e o conhecimento dos profissionais da odontologia no consultório odontológico. *Journal of Bidentistry and Biomaterials*, 2017.

FERRAZ, Eduardo Gomes et al. Avaliação da variação da pressão arterial durante o procedimento cirúrgico odontológico. *Rev Odontol UNESP*, v. 36, n. 3, p. 223-9, 2007.

**FIORINI, Lucas Rospendowski; MANSO, Maria Elisa Gonzalez.** A prática médica na Grécia Antiga e a influência da mitologia no processo de cura. *Brazilian journal of health review*, v. 4, n. 4, p. 18497-18509, 2021, 2021.

**FIOCRUZ.** Manual de Primeiros Socorros [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003 [cited 2025 Apr 03]. Available from: <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirossocoros.pdf>

**GALINDO-VELÁZQUEZ, Gabriel et al.** Manejo de crisis hipertensiva en cirugía maxilofacial. Reporte de caso clínico. *Acta Odontológica Colombiana*, v. 13, n. 1, p. 91-103, 2023.

**GIANNINI, Marcela Cavichioli; YUGAR-TOLEDO, Juan Carlos; VILELA-MARTIN, José Fernando.** Emergência hipertensiva e acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico: conceitos atuais de tratamento. *Rev Bras Hipertens*, v. 21, n. 4, p. 177-183, 2014.

**GIOVANI, Elcio Magdalena et al.** Protocolos Odontológicos Baseados em Evidências para o Manejo de Doenças Cardiovasculares. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 10, p. 50-63, 2025.

**GUTIÉRREZ LIZARDI, Pedro et al.** Conceptos actuales de interpretación de los signos vitales en odontología y su aplicación clínica. *Revista ADM*, v. 76, n. 4, 2019.

**HANNA, Leila Maués Oliveira et al.** Conhecimento dos cirurgiões dentistas diante urgência/emergência médica. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*, v. 14, n. 2, p. 79-80, 2014. 7907

**KOLLIAS, Anastasios et al.** Association of central versus brachial blood pressure with target-organ damage: systematic review and meta-analysis. *Hypertension*, v. 67, n. 1, p. 183-190, 2016.

**KULLAK, João Henrique; DE OLIVEIRA BARBOSA, Bruno; REIS, Bruno Cezario Costa.** A prescrição de anti-hipertensivos no serviço de emergência: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 13, p. e10361-e10361, 2022.

**KUMAR, M. P.** ADVERSE DRUG INTERACTIONS AND EFFECTS IN DENTAL PRACTICE-A REVIEW. *International Journal of Clinical Dentistry*, v. 14, n. 2, 2021.

**LUIZE, Léo Morato et al.** Hipertensão Arterial Sistêmica: da fisiopatologia à saúde pública. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 3, p. e70557-e70557, 2024.

**MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar.** 7<sup>a</sup> Diretriz brasileira de hipertensão arterial: apresentação. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 107, p. XV-XIX, 2016.

**MALAMED, S. F.** Medical emergencies in the dental surgery. *Journal of the Irish Dental Association*, [s. l.], v. 61, n. 6, p. 302-308, 2015.

MALAMED, Stanley F. *Emergências Médicas em Odontologia*. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2016. E-book. p.1. ISBN 9788595156548. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595156548/>. Acesso em: 14 set. 2025.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, p. e180021, 2018.

MOURA, Andressa; DE CARVALHO, João Paulo Garcia; DE BARROS SILVA, Marcos Aurélio. Urgência e emergência: conceitos e atualidades. *Saúde & Conhecimento-Jornal de Medicina Univag*, v. 1, 2018.

PEARN, John. The earliest days of first aid. *BMJ*, v. 309, n. 6970, p. 1718-1720, 1994.

PEDRAZINI, Maria Cristina et al. Important blood pressure changes in clinical practice: narrative literature review. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 70, p. e20220001, 2022.

PEGORARO, Júllian Dalla Libera; OLIVEIRA, Cristiane Aparecida de. Crise hipertensiva na odontologia. *RFO UPF*, v. 20, n. 3, p. 380-383, 2015.

PIMENTEL, Alessandra Chirstina de Souza Braga et al. Emergências em odontologia: revisão de literatura. *Revista de Iniciação Científica do UninCor*, v. 4, n. 1, 2014.

PINTO, Roberta Gondim Tenório et al. Urgências e emergências na atenção básica: visão da enfermagem. *REVISA*, v. 11, n. 3, p. 391-406, 2022.

7908

RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade et al. Arterial hypertension and other risk factors associated with cardiovascular diseases among adults. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 547-553, 2014.

SALIM, Martha Alayde Alcantara et al. Identificação da hipertensão arterial sistêmica e fatores de risco em pacientes atendidos nas clínicas de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Faesa (ES). *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 68, n. 1, p. 39, 2011.

SANTOS, Thiago de Santana et al. Abordagem atual sobre hipertensão arterial sistêmica no atendimento odontológico:[revisão]. *Odontol. clín.-cient*, p. 105-109, 2009.

SOUSA, Márcio Gonçalves; JÚNIOR, Oswaldo Passarelli. Emergências hipertensivas: epidemiologia, definição e classificação. *Rev. bras. hipertens*, v. 21, n. 3, p. 134-139, 2014.

SOUTHERLAND, Janet H. et al. Dental management in patients with hypertension: challenges and solutions. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, p. 111-120, 2016.

STOJAK, Łukasz et al. The Use of Benzodiazepines in the Management of Hypertensive Crisis: A Literature Review. *Quality in Sport*, v. 37, p. 57003-57003, 2025.

VALTELLINI, Rickson; OUANOUNOU, Aviv. Management of the hypertensive dental patient. *J Can Dent Assoc*, v. 89, n. 2, p. 1-14, 2023.



VILELA-MARTIN, José Fernando; YUGAR-TOLEDO, Juan Carlos. Hipertensão arterial e emergências hipertensivas. *Revista Brasileira de Hipertensão* , pág. 17-24, 2019.