



## **MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDÍACAS ISQUÊMICAS**

Raphaela Arantes da Silva<sup>1</sup>, Ana Beatriz Gomes Rodrigues<sup>1</sup>, Gabriela Karolina Cerozino<sup>1</sup>, Luciano Angelo Fernandes Moreira<sup>1</sup>, Leticia Dantas Grossi<sup>2</sup>



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n10p1501-1515>

Artigo recebido em 13 de Setembro e publicado em 23 de Outubro de 2025

### **REVISÃO DE LITERATURA**

#### **RESUMO**

As cardiopatias isquêmicas, como a angina de peito e o infarto agudo do miocárdio, são causas relevantes de morbimortalidade global e representam um desafio importante e não raro na prática odontológica, sobretudo em procedimentos cirúrgicos e mais invasivos. A sua etiologia está relacionada a um desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio pelo miocárdio. Deste modo, o cirurgião-dentista deve estar capacitado para identificar riscos, prevenindo eventos adversos durante o atendimento. A interação multidisciplinar com o cardiologista é essencial para o planejamento e a segurança do tratamento odontológico em portadores dessas cardiopatias. Diante disso, este trabalho propõe uma análise das condutas clínicas recomendadas, destacando a importância de uma anamnese minuciosa, da avaliação dos sinais vitais e do controle adequado da dor e da ansiedade, como medidas fundamentais para a prevenção de eventos adversos durante o atendimento. Assim, a atuação com protocolos atualizados em evidências científicas garante a eficácia e a segurança no atendimento odontológico a esses pacientes.

**Palavras-chave:** Cardiopatia isquêmica, assistência odontológica, manifestações orais, infarto agudo do miocárdio.

## Dental Management of Patients with Ischemic Heart Disease: A Literature Review

### ABSTRACT

Ischemic heart diseases, such as angina pectoris and acute myocardial infarction, are significant causes of global morbidity and mortality and present frequent challenges in dental practice, especially during surgical and invasive procedures. Their etiology is associated with an imbalance between myocardial oxygen supply and demand. Therefore, the dentist must be properly trained to identify clinical risks through thorough anamnesis, vital signs assessment, and appropriate management of pain and anxiety to prevent adverse events during treatment. A multidisciplinary approach involving the cardiologist is essential for planning and ensuring the safety of dental care for patients with ischemic heart conditions. Accordingly, adherence to current protocols and scientific evidence ensures effective and safe dental management for this patient population.

**Keywords:** Myocardial Ischemia, dental care, oral manifestations, Myocardial Infarction.

**Instituição afiliada** – 1. Acadêmico(a) do Curso de Odontologia Universidade Paranaense- UNIPAR. 2. Professor(a) do Curso de Odontologia Universidade Paranaense- UNIPAR.

**Autor correspondente:** *Raphaella Arantes da Silva* [raphaelaarantessilva@gmail.com](mailto:raphaelaarantessilva@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## **INTRODUÇÃO**

Em 2017, 17,8 milhões de mortes foram atribuídas a doenças cardiovasculares predominando as cerebrovasculares e coronarianas, dentre as 55,9 milhões de mortes registradas a nível mundial, enquanto no Brasil essas doenças perpetuam entre um terço do número total de mortes (MOREIRA et al., 2023). A cardiopatia isquêmica (CI) é considerada uma condição resultante da diminuição do fluxo sanguíneo no miocárdio, o que provoca uma menor disponibilidade de oxigênio ao tecido cardíaco e diminui a eliminação de metabólitos. A origem principal dessa alteração está na obstrução das artérias coronárias tanto as com calibre grande tanto quanto nas de calibre médio, na camada muscular e na elástica, causada pela aterosclerose que gera acúmulo anormal de lipídios nas paredes das artérias, formando placas de ateroma (MARTINEZ et al., 2019).

Dessa forma, se faz de extrema importância o conhecimento do cirurgião-dentista diante dessas patologias, em algum momento o cirurgião-dentista se deparará com pacientes cardiopatas em seu consultório, e é fundamental que o profissional possua o conhecimento necessário e esteja devidamente capacitado para atender esses pacientes com segurança. Além disso, caso ocorra uma emergência médica durante o atendimento, o cirurgião-dentista deve estar preparado para adotar as medidas adequadas a fim de preservar a vida do paciente (ANDRADE, 2014).

O presente trabalho tem como propósito explorar a cardiopatia isquêmica sob a perspectiva odontológica, dando ênfase no planejamento clínico, os protocolos de manejo e as condutas preventivas necessárias para a realização de atendimentos seguros em pacientes com comprometimento cardiovascular.

## **METODOLOGIA**

A revisão bibliográfica foi realizada usando as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo, PubMed e Google Acadêmico. De acordo com as palavras-chave apropriadas e termos Medical Subject Heading (MeSH), foram utilizados os descritores: Myocardial Ischemia, Inferior Wall Myocardial Infarction, Dental Care, Angina Pectoris Variante.

Os critérios de inclusão de publicações se basearam em artigos em língua portuguesa, espanhola e inglês. Artigos que demonstram a relação entre procedimentos odontológicos com cardiopatias, artigos que relatam a fisiopatologia das cardiopatias isquêmicas, e artigos sob o formato de Guideline, Meta-analysis, Practice Guideline, Review e Systematic Review.

Enquanto os critérios de exclusão foram: artigos com acesso restrito; artigos que não tratavam da temática analisada. Os estudos foram selecionados começando com a leitura dos títulos e resumos; os que não atenderam aos critérios de inclusão foram excluídos. Posteriormente, foi realizada a leitura do texto completo, no qual, os estudos potencialmente elegíveis foram selecionados.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Fisiopatologia das cardiopatias isquêmicas**

Na fisiopatologia da doença, o fator central é o descompasso entre a quantidade de oxigênio fornecida e a necessidade do miocárdio (CHUNG et al., 2022).

Nos quadros de hipoxemia, a oferta de oxigênio ao miocárdio pode estar reduzida mesmo quando o fluxo sanguíneo coronariano se mantém adequado, como ocorre em situações de intoxicação por monóxido de carbono, asfixia, cardiopatias congênitas cianóticas e insuficiência respiratória hipoxêmica (BERNARDO & TEIXEIRA, 2021).

A presença desses fatores de comprometimento da oferta de oxigênio soma-se ao efeito da doença aterosclerótica coronariana, que representa o principal fator anatômico da cardiopatia isquêmica. As lesões ateroscleróticas iniciam-se precocemente, com formação de estrias gordurosas na infância e adolescência, evoluindo progressivamente para placas de ateroma que podem sofrer ruptura e desencadear eventos trombóticos e infarto agudo do miocárdio (BERNARDO & TEIXEIRA, 2021).

Vários fatores de risco contribuem para a formação dessas placas ateroscleróticas em leitos coronários, cerebrais e periféricos, atuando isoladamente ou de forma sinérgica. Entre os principais estão tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, idade avançada e deficiência de estrógeno, todos associados à progressão da doença aterosclerótica coronariana e ao aumento do risco cardiovascular (PRÉCOMA et al., 2019).

O resultado clínico desse processo patológico depende do grau de obliteração arterial e da presença de necrose no tecido miocárdico. Quando a obstrução é parcial e não há necrose, manifesta-se como angina de peito, caracterizada por isquemia miocárdica transitória. Já a obliteração completa ou quase completa da artéria coronária, associada à necrose do miocárdio, leva ao infarto agudo do miocárdio (MSD Manual, 2023).

### **Angina de peito (AP)**

A Angina pectoris (AP) se apresenta como um desconforto no tórax que geralmente acontece com atividade física ou por estresse emocional, e passa após o uso de nitroglicerina ou repouso. A angina costuma acontecer pela hipóxia miocárdica gerada pela doença arterial coronariana obstrutiva ou não obstrutiva, relacionada à idade e ao gênero. A presença dos episódios de angina ajuda a predizer as chances de doença isquêmica coronariana, mas em algumas situações pode resultar de condições não decorrentes da Doença Arterial Coronariana (DAC), como hipertireoidismo, doenças respiratórias, valvares e até mesmo anemia (TSAI et al., 2019). A angina instável é uma situação perigosa para o cirurgião dentista ao tratar um paciente com cardiopatia isquêmica, se os episódios ocorrem com elevada frequência, sem esforço físico, exige doses maiores de nitratos para melhora, ou se tem uma maior duração do que episódios anteriores, a angina do paciente é considerada instável, quando é sugerido que a angina do paciente é instável o tratamento deve ser adiado e ele deve ser encaminhado para o médico responsável (HUPP, 2006).

O sinal clínico mais característico da angina, além da dor torácica, é a sudorese, palidez cutânea, falta de ar, elevação da pressão arterial e aumento da frequência cardíaca (ORSINI et al., 2022).

### **Infarto agudo do miocárdio (IAM)**

O infarto agudo do miocárdio é caracterizado por necrose miocárdica de início agudo e de origem isquêmica, secundária à oclusão trombótica de uma artéria coronária. Frequentemente motivado pelo rompimento de uma placa aterosclerótica vulnerável ou quando ocorre a erosão do endotélio da artéria coronária, ao se romper, a placa libera conteúdo trombogênico iniciando a cascata de coagulação, resultando em uma formação de trombo mural, e embolização de detritos ateroscleróticos (BOTTS,

2021).

A hipercoagulabilidade pode também levar a ruptura de outras fibras ateromas vulneráveis, sendo possível acontecer mais de uma lesão culpada. Com a formação dessa placa ateromatosa, o lúmen do vaso diminui, causando o turbilhamento do sangue, podendo por conseguinte, se desprender e causar isquemia em alguma artéria coronária. Dessa forma, se tem a necrose dos miócitos, resultando no Infarto Agudo do Miocárdio (BOTTS, 2021).

Nos protocolos anteriores estabelecidos pela American Heart Association (AHA), o tempo recomendado para atendimento ao paciente com histórico de infarto do miocárdio, era de 6 meses e o indicado era evitar cirurgias nesse período, em razão do alto risco de complicações. No entanto, essas limitações não são mais recomendadas, devido ao avanço no manejo cardíaco nos últimos 20 anos, e procedimentos odontológicos não serem considerados de alto risco. Porém o paciente que sofreu IAM, apresenta alto risco de recidiva nos primeiros 30 dias. Atualmente, preferencialmente, em ambiente hospitalar, procedimentos de urgência podem ser realizados no período de 4 a 6 semanas após o evento (THYGESEN et al., 2012). Procedimentos eletivos devem ser evitados nesse período, evitando complicações tardias do infarto. Para tratamentos mais complexos no decurso do período, procedimentos mais complexos podem ser realizados, a depender da estabilidade do paciente e liberação do cardiologista.

### **Avaliação inicial e riscos**

Segundo Barros (2011) se faz necessário: anamnese completa, avaliação dos sinais vitais, sessões curtas e acompanhamento multidisciplinar. Em uma anamnese será possível detectar problemas, avaliar o estado geral do paciente, e averiguar fatores de risco relacionados ao comprometimento cardiovascular presente, os quais são considerados agravantes de doenças coronárias, como obesidade, sedentarismo, histórico familiar de Infarto Agudo do Miocárdio, diabetes, tabagismo ou Indivíduos com hipercolesterolemia. Em seguida, é necessário obter informações quanto ao grau de controle da doença, quando foi a última vez que o paciente passou pelo cardiologista, e se houve alterações recentemente na medicação. Após a obtenção dessas informações, o Cirurgião-dentista deve averiguar os sinais vitais do paciente, haja visto que, qualquer

alteração de normalidade pode indicar o agravamento do distúrbio, ou nos indicar o controle da doença através da medicação prescrita. A duração das consultas é extremamente importante, devendo ser de curta duração. Outro fator importante é a posição da cadeira do paciente, devendo ser semi-supina, já que a posição supina pode causar falta de ar. Portanto, é de suma importância a intercomunicação entre médicos e cirurgiões-dentistas no tratamento odontológico dos pacientes cardiopatas, a fim de assegurar a saúde do paciente e evitar interações medicamentosas (BARROS, 2011).

### **Manejo odontológico de pacientes com cardiopatia isquêmica**

Ao atender indivíduos portadores desta cardiopatia, o cirurgião-dentista deve estar preparado para realizar manobras de hemostasia e utilizar antifibrinolíticos locais. Também é fundamental realizar monitoramento da pressão arterial e do pulso durante todo o procedimento odontológico, além de estabelecer uma comunicação clara com o cardiologista (REIA et al., 2022).

Em pacientes odontológicos de alto risco, o controle rigoroso da dor e da ansiedade é essencial, visto que o estresse pode levar à liberação de catecolaminas endógenas, aumentando o risco cardiovascular (TORNELLI, 2019). Além disso, é indispensável verificar os medicamentos em uso pelo paciente e evitar prescrever substâncias que possam gerar interações medicamentosas adversas, uma vez que o uso prolongado de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), como o ibuprofeno, pode reduzir a eficácia dos anti-hipertensivos, incluindo os betabloqueadores (ALMEIDA, 2022).

Para reduzir o risco de acidentes hemorrágicos, o cirurgião-dentista deve solicitar exame de sangue do International Normalized Ratio (INR) 72 horas antes do procedimento. Pacientes que utilizam varfarina, mas apresentam INR estável dentro do limite terapêutico entre 2.0 e 3.0, apresentam baixo risco de sangramento grave (MENDES et al., 2022). Ainda, ficou evidente no estudo de Mendes et al. (2022) que o risco de um episódio trombótico ao suspender a medicação antiplaquetária supera o risco de hemorragia frente a um procedimento cirúrgico odontológico. Para minimizar o risco de sangramento, podem ser empregadas técnicas locais como extrações minimamente traumáticas, manipulação cuidadosa dos tecidos adjacentes, sutura

imediate da ferida e utilização de recursos hemostáticos, como compressão com gaze e antifibrinolíticos locais. (GUPTA et al., 2022).

### **Situações de emergência**

Se for identificado um quadro de angina, o procedimento odontológico deve ser imediatamente interrompido. Deve ser administrado um comprimido de Nitroglicerina 0,3-06 mg sublingual, e caso após 5 minutos não houver melhora no quadro, será necessário administrar outra dose. Se a angina persistir após três doses no período de 15 minutos, o SAMU deve ser acionado, mantendo a monitorização dos sinais vitais. (KIM et al., 2022). Entretanto, se a dor persistir, deve-se considerar a possibilidade de infarto agudo do miocárdio, sendo necessário afrouxar as roupas, mantendo o diálogo e tranquilizando o paciente. Administrar 2 a 3 comprimidos de Aspirina 100mg e ofertar oxigênio nasal de 5 a 6 litros por minuto. Em casos de parada cardiorrespiratória, o cirurgião-dentista deve realizar manobras de ressuscitação (RCP) até a chegada do SAMU, ou até que sejam detectados sinais de resposta do paciente (MALAMED, 2016).

### **Controle da ansiedade**

O controle da ansiedade pode ser feito por via farmacológica ou não. Um exemplo de não farmacológico é a verbalização (iatrosedação), podendo ser associada a técnicas de relaxamento muscular e até um condicionamento psicológico, se não são suficientes o bastante para controlar a ansiedade e o medo do paciente, os métodos farmacológicos entram para complementar (SILVA, 2018).

### **Sedação mínima com benzodiazepínicos**

Os benzodiazepínicos perpetuam uma leve sedação se administrados por via oral, o paciente mantém sua respiração e responde a estímulos físicos e comandos verbais. Além de possuir toxicidade baixa e poucos efeitos adversos, como os "efeitos paradoxais" que é mais visto em crianças e idosos (JÚLIO et al., 2022). Seu mecanismo de ação ocorre no Sistema Nervoso Central, ampliando os efeitos do ácido gama-aminobutírico (GABA), resultando em efeitos ansiolíticos, sedativos e relaxantes musculares (OLIVEIRA, 2023).

Diazepam e midazolam são os benzodiazepínicos considerados mais eficazes e com maior segurança para sedação mínima. Ainda o midazolam apresenta um início de ação mais rápido que o diazepam, potência três a quatro vezes maior e meia vida plasmática menor (KAPUR A e KAPUR V, 2018). De acordo com Aires et al. (2022) o Diazepam, é empregado na dose de 5 a 10 mg 45 a 60 minutos antes do procedimento e o Midazolam na dose de 7,5 a 15mg 30 a 60 minutos antes.

O monitoramento contínuo dos sinais vitais durante o procedimento é fundamental, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e estado de consciência, quando necessário deve se usar oxigênio suplementar, contribui para a segurança especialmente em pacientes com múltiplas comorbidades ou histórico de eventos adversos relacionados à ansiedade ou sedação (MILITÃO et al., 2023).

### **Anestesia local em cardiopatas**

Os vasoconstritores atuam nos anestésicos locais contraindo os vasos sanguíneos na área da injeção, assim reduzindo a taxa de absorção do anestésico local na corrente sanguínea, prolongando o efeito do anestésico local e reduzindo a toxicidade (MUNDIYA; WOODBINE, 2022). O uso da pequena quantidade de vasoconstritor que é usada na odontologia representa um risco menor do que o risco decorrente da liberação massiva de epinefrina endógena devido ao mal controle da dor e da ansiedade no tratamento odontológico em pacientes cardiopatas, desde que realizada com cuidado e aspiração (GUPTA et al., 2022).

A lidocaína é o anestésico local mais usado na odontologia e é geralmente utilizada em casos de infarto agudo do miocárdio e em arritmias ventriculares (WANG et al., 2021). De acordo com Seminario-Amez et al. (2021) usar 1 a 2 tubetes de anestésico contendo 1:100,000 e 1:200,000 de epinefrina nos pacientes com doença coronariana ou hipertensão controlados é seguro.

### **Profilaxia antibiótica**

De acordo com a American Heart Association (AHA) a endocardite infecciosa (EI) causada principalmente por Streptococcus do Grupo Viridans (SGV), acontece por conta de uma bacteremia transitória atribuída a esta bactéria à atividades diárias como na própria alimentação e escovar os dentes, do que a um procedimento dentário. Dessa

forma, somente nos 4 grupos de alto risco se indica a profilaxia antibiótica, sendo eles: pacientes que foram submetidos a cirurgias para colocar válvula protética transcater e válvulas protéticas, pacientes que passaram por reparo transcater e reparo cirúrgico aberto da válvula com um aparelho protético, usuários de aparelhos de assistência ventricular esquerda ou coração implantável (grupo 1). Pacientes que já sofreram com endocardite, com recidivas ou recorrente (grupo 2). Pacientes portadores de doença cardíaca congênita (grupo 3). Pacientes receptores de transplante cardíaco, visto que são pacientes com comorbidades subjacentes, imunossuprimidos e reagem mal a infecções (grupo 4) (WILSON, 2021).

A amoxicilina é a medicação de primeira escolha para se realizar a profilaxia, devido à quase não apresentar efeitos colaterais, e atuar diante das bactérias causadoras da endocardite infecciosa. Deve ser usada em dose única de 2g via oral, uma hora antes do procedimento. Em caso de alergia à penicilina, a azitromicina 500mg pode ser utilizada, ou até mesmo cefalexina 2g (WILSON, 2021).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Uma condição como angina de peito e infarto agudo do miocárdio requer atenção não apenas a nível hospitalar, mas também no contexto odontológico, onde o estresse e procedimentos invasivos podem desencadear crises graves. O cirurgião-dentista deve ter uma avaliação prévia minuciosa, envolvendo anamnese detalhada, verificação de sinais vitais, controle da dor e da ansiedade e uma relação com o cardiologista, para o tratamento multidisciplinar e seguro desses pacientes. Dessa forma, a prática odontológica se faz segura, desde que baseada em evidências científicas e protocolos atualizados.

## **REFERÊNCIAS**

AIRES, Carolina Chaves Gama et al. Uma análise crítica sobre o uso dos diversos métodos de sedação consciente na odontologia: revisão atualizada da literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 1, p. e9667-e9667, 2022.



ANDRADE, E. D. Terapêutica medicamentosa na odontologia. 3.ed- São Paulo: Artes Médicas, 2014.

BARROS, Maysa Nogueira Ferreira et al. Tratamento de pacientes cardiopatas na clínica odontológica. Saúde e Pesquisa, v. 4, n. 1, 2011.

BERNARDO, Guilherme; TEIXEIRA, Andreia. INTOXICAÇÃO POR MONÓXIDO DE CARBONO E ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO-UM ESTUDO DE CASO| CARBON MONOXIDE POISONING AND ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION-A CASE STUDY. Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, v. 6, n. 1/2, p. 54-58, 2022.

BOTTS, Steven R.; FISH, Jason E.; HOWE, Kathryn L. Dysfunctional vascular endothelium as a driver of atherosclerosis: emerging insights into pathogenesis and treatment. Frontiers in pharmacology, v. 12, p. 787541, 2021.

CHUNG, J;ROLDAN, Paola., et al. Myocardial contrast echocardiography assessment of perfusion abnormalities in hypertrophic cardiomyopathy - PubMed.

COOKE, Matthew; TANBONLIONG, Thomas. Sedation and anesthesia for the adolescent dental patient. Dental Clinics, v. 65, n. 4, p. 753-773, 2021.

DE SOUSA ALMEIDA, Andrey Sady et al. Efeitos farmacológicos da associação entre anti-hipertensivos e anti-inflamatórios não-esteroides: uma revisão atualizada. Research, Society and Development, v. 11, n. 4, p. e58611427729-e58611427729, 2022.

GUPTA, Kanishk et al. Dental management considerations for patients with cardiovascular disease—A narrative review. Reviews in cardiovascular medicine, v. 23, n. 8, p. 261, 2022.

HUPP, James R. Ischemic heart disease: dental management considerations. Dental Clinics, v. 50, n. 4, p. 483-491, 2006.

JULIO, André Ricardo Rodrigues et al. Efeitos adversos associados ao uso de benzodiazepínicos no controle de ansiedade na prática odontológica: uma revisão de



literatura. Archives of health investigation, v. 11, n. 2, p. 379-382, 2022.

KAPUR, Arpita; KAPUR, Vinay. Conscious sedation in dentistry. Annals of maxillofacial surgery, v. 8, n. 2, p. 320-323, 2018.

KIM, Kyle H. et al. Nitroglycerin. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, 2023.

MALAMED, S. F. Emergências médicas em odontologia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MARTÍNEZ, P.M.L; CAMEJO ROVIRALTA, L.; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, R.J. Relación entre la enfermedad periodontal y la cardiopatía isquémica. Correo Científico Médico, v. 23, n. 4, p. 1374-1393, 2019.

MILITÃO, R. de L.; MILITÃO, R. M.; LIMA, R. K. de. O uso dos benzodiazepínicos e do óxido nítrico para sedação consciente em odontologia. BJHs, v. 5, n. 3, p. 1081-1093, 2023.

MOREIRA, Eduardo Martelli et al. Acompanhamento de dois anos de pacientes com cardiopatia isquêmica crônica em um centro especializado no Brasil. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 120, n. 10, p. e20220440, 2023.

MSD MANUAL. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). MSD Manual Profissional. 2023.

MUNDIYA, Junaid; WOODBINE, Edward. Updates on topical and local anesthesia agents. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America, v. 34, n. 1, p. 147-155, 2022.

OLIVEIRA, Gustavo Henrique Porto et al. Efficacy and Safety of Oral Midazolam Sedation Compared with its Combination with Hydroxyzine Use in Pediatric Dentistry: A Systematic Review. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, v. 23, p. e210213, 2023.

ORSINI, Enrico et al. Clinical outcomes of newly diagnosed, stable angina patients managed according to current guidelines. The ARCA (Arca Registry for Chronic Angina) Registry: A prospective, observational, nationwide study. International journal of cardiology, v. 352, p. 9-18, 2022.



PRÉCOMA, Dalton Bertolim et al. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 113, p. 787-891, 2019.

REIA, Verônica Caroline Brito et al. Atendimento odontológico em indivíduos com doença coronária crônica: uma revisão rápida para cardiologistas e cirurgiões-dentistas. Suplemento da Revista da Sociedade de Cardiologista do Estado de São Paulo, v. 32, n. 4, p. 545-549, 2022.

SEMINARIO-AMEZ, Maria et al. Use of local anesthetics with a vasoconstrictor agent during dental treatment in hypertensive and coronary disease patients. A systematic review. Journal of Evidence Based Dental Practice, v. 21, n. 2, p. 101569, 2021.

SILVA, Vanessa A. A CLÍNICA ODONTOLÓGICA E O TRATAMENTO DE PACIENTES CARDIOPATAS: DAS CONCEPÇÕES TEÓRICAS ÀS PRÁTICAS COTIDIANAS. Facit Business and Technology Journal, v. 1, n. 8, 2018.

THYGESSEN, Kristian et al. Recommendations for the use of natriuretic peptides in acute cardiac care: a position statement from the Study Group on Biomarkers in Cardiology of the ESC Working Group on Acute Cardiac Care. European heart journal, v. 33, n. 16, p. 2001-2006, 2012.

TORNELLI, Helena Regina. Análise da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), cortisol e alfa amilase em cirurgias de exodontia de terceiros molares inferiores. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

TSAI, Ching-Ching et al. The association between psychological distress and angina pectoris: A population-based study. PLoS One, v. 14, n. 11, p. e0224451, 2019.

WANG, Yu-Hao et al. Local anesthesia in oral and maxillofacial surgery: a review of current opinion. Journal of dental sciences, v. 16, n. 4, p. 1055-1065, 2021.

WILSON, Walter R. et al. Prevention of viridans group streptococcal infective endocarditis: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation, v.



143, n. 20, p. e963-e978, 2021.

ZAFFINA, S. et al. Nitrous oxide occupational exposure in conscious sedation procedures in dental ambulatories: a pilot retrospective observational study in an Italian pediatric hospital. *BMC anesthesiology*, v. 19, n. 1, p. 42, 2019.