

Hipertensão Arterial na Infância¹

Children Hypertension

Alice Kelly BARREIRA*

Geraldo Bosco Lindoso COUTO**

Márcia Maria V. Barbosa VASCONCELOS***

Roberto Braga de Carvalho VIANNA****

BARREIRA, A.K.; COUTO, G.B.L.; VASCONCELOS, M.M.V.B.; VIANNA, R.B. de C. Hipertensão arterial na infância. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.30, p.131-136, mar./abr. 2003.

A hipertensão arterial é o primeiro fator de risco para as doenças cardiovasculares, as quais constituem a principal causa de morte no Brasil. As crianças também são vítimas da doença, que atinge cerca de 1% da população infantil do país. A hipertensão pode ser minimizada ou até curada se for diagnosticada precocemente, no entanto, pouca atenção é dada ao assunto pelos profissionais de saúde que tratam de crianças. Este trabalho teve como objetivo informar aos Cirurgiões-dentistas sobre os aspectos da pressão arterial na infância dentro dos limites de normalidade e de hipertensão; a técnica de aferição da pressão arterial de crianças; e os cuidados durante o tratamento odontológico de pacientes hipertensos.

PALAVRAS-CHAVE: Pressão arterial; Hipertensão; Criança; Odontopediatria.

¹Parte de monografia de conclusão do Curso de Especialização em Odontopediatria da Universidade Federal de Pernambuco.

*Especialista em Odontopediatria – UFPE, Mestranda em Odontopediatria – UFRJ; Rua Pompeu Loureiro, 68/601, Copacabana – CEP 20001-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. e-mail: gbosco@npd.ufpe.br

**Especialista em Odontopediatria – UFPE, Doutoranda em Nutrição – UFPE

***Especialista em Odontopediatria – UFPE, Doutoranda em Nutrição – UFPE

****Professor-adjunto do Departamento de Odontologia Preventiva – UFPE, Vice-coordenador da Pós-graduação em Odontologia – UFPE, Coordenador do Curso de Especialização em Odontopediatria – UFPE; e-mail: gbosco@npd.ufpe.br

A hipertensão arterial é entidade de origem multifatorial e em definida em adultos, cujo interesse por parte da Pediatria foi despertado nas últimas décadas, quando vários estudos epidemiológicos suspeitaram que a origem da hipertensão arterial do adulto estaria na infância.

Em Odontologia, os cuidados referentes à hipertensão arterial são relacionados ao adulto e pouco se conhece sobre os aspectos da pressão arterial da criança e suas variações (BRASILEIRO, 1998).

A prevalência da hipertensão arterial na criança é de 1% (BARTOSH & ARONSON, 1999) e está relacionada principalmente a antecedentes hipertensos, peso e estatura elevados.

A hipertensão arterial na infância apresenta, muitas vezes, determinantes identificáveis e potencialmente curáveis, sendo que o seu tratamento oportuno reduz a mortalidade e a morbidade decorrentes de suas complicações, como afirmaram Mailho *et al.* (1993). Desta forma, constitui-se ao mesmo tempo em problema pediátrico e de saúde pública.

Este trabalho teve como objetivo alertar os Cirurgiões-dentistas e em especial o Odontopediatra, através de revisão bibliográfica sobre o assunto, para as particularidades da pressão arterial na infância e propor uma avaliação mais abrangente da criança, colaborando com a prevenção primária da hipertensão arterial e buscando um diagnóstico precoce, de modo a se oferecerem os devidos cuidados durante o tratamento odontológico. Além disso, também apresentamos três casos clínicos de pacientes atendidos na Clínica do Curso de Especialização em Odontopediatria da UFPE, os quais apresentaram altos valores de pressão arterial.

REVISÃO DA LITERATURA

PRESSÃO ARTERIAL DA CRIANÇA E

**Professor-adjunto do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva – UFPE, Vice-coordenador da Pós-graduação em Odontologia – UFPE, Coordenador do Curso de Especialização em Odontopediatria – UFPE; e-mail: gbosco@npd.ufpe.br

*** Especialista em Odontopediatria – UFPE, Doutoranda em Nutrição – UFPE

**** Professor-adjunto do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia – UFRJ, Mestre em Odontologia/Universidade de Indiana – EUA, Doutor em Odontologia – UFRJ; e-mail: robcv@marlim.com.br

INTRODUÇÃO

DO ADOLESCENTE

De acordo com Biron & Mongeau (1978), a agregação familiar da pressão arterial entre crianças é predominante, porém não totalmente baseada em fatores genéticos. Tanto as análises estatísticas provenientes de estudos com gêmeos, como a pequena correlação observada nos filhos adotados sugerem que o fator ambiental pode desempenhar um papel pequeno, porém não desprezível.

Segundo Brandão (1987), a pressão arterial aumenta progressivamente com a idade, partindo de pressões sistólicas abaixo de 100mmHg, em crianças menores de seis anos. Esta variação pode ser entendida como uma adaptação fisiológica ao desenvolvimento progressivo que se observa desde o nascimento até a fase adulta. O autor salienta que o aumento da pressão arterial só ocorre se, junto com o aumento da idade, ocorrer também aumento de peso e estatura.

Para Bastos *et al.* (1994), há uma correlação positiva e significativa entre peso, estatura, superfície corporal, massa corporal e pressão arterial, embora tenham observado correlação mais forte da pressão arterial com a estatura e a superfície corporal, em ambos os sexos. Neste sentido, os autores constataram correlação altamente positiva entre obesidade e/ou estatura elevada e pressão arterial. Relataram, ainda, que é interessante o acompanhamento de grupos de crianças com níveis pressóricos potencialmente perigosos, desde idades precoces até a idade adulta.

HIPERTENSÃO ARTERIAL NA INFÂNCIA

A prevalência de formas curáveis de hipertensão é maior entre as crianças do que entre adultos. Os levantamentos das causas de hipertensão arterial secundária em crianças mostram, em cerca de 80% dos casos, ser a mesma associada a doença renal; 10% a causas renovasculares e os 10% restantes distribuírem-se por outras causas (FUJIMURA *et al.*, 1994).

Marcondes (1994) afirma que, na maioria das vezes, os pacientes com hipertensão moderada ou severa podem apresentar sintomas. Os sinais e sintomas mais comuns entre as crianças com hipertensão arterial crônica incluem a cefaléia (simulando enxaqueca), que, quando severa, pode associar-se a náuseas e vômitos.

De acordo com as normas do *National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents* (1996), a elevação da pressão arterial deve ser confirmada em visitas repetidas antes de caracterizar um indivíduo como hipertenso. Com aferições repetidas da pressão arterial, usando técnicas de aferição padronizadas para crianças,

apenas em torno de 1% das crianças e adolescentes apresentarão hipertensão.

Segundo Amin (1996), a hipertensão arterial pode ser considerada leve, moderada e grave ou severa, sendo que em consequência desta última pode haver comprometimento de órgãos-alvo. Há formas de hipertensão arterial que são de tratamento médico, enquanto outras são cirúrgicas. O tratamento não-medicamentoso, que inclui recomendações dietéticas, redução de peso e condicionamento físico, está indicado nas formas limítrofes e leves de hipertensão arterial, sendo um tratamento auxiliar nas formas graves.

DETERMINAÇÃO DA PRESSÃO

ARTERIAL EM CRIANÇAS

Os métodos de determinação da pressão arterial em crianças padronizadas pelo *National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents* (1996) são recomendados e serão descritos a seguir.

O aparelho utilizado pode ser um esfigmomanômetro do tipo coluna de mercúrio, fixo à parede ou portátil, ou do tipo aneróide. A recomendação é de que o tipo coluna de mercúrio seja preferencialmente utilizado, já que permite uma medida mais acurada da pressão arterial, praticamente a cada 2mmHg, o que é de grande importância. Além disso, o tipo aneróide necessita de calibrações bastante freqüentes, o que pode dificultar uma medida adequada da pressão arterial.

O manguito, bolsa inflável de borracha que fica inserida numa braçadeira de tecido, deve ser apropriado ao tamanho do braço direito da criança. O equipamento necessário para medir a pressão arterial de crianças de três anos de idade a adolescentes inclui três manguitos pediátricos de diferentes tamanhos, assim como um manguito adulto padrão, um manguito adulto "grande" e um manguito para aferição de pressão arterial em perna. Os dois últimos manguitos podem ser necessários para uso em adolescentes obesos.

A técnica para estabelecer um manguito de tamanho apropriado consiste em escolher um manguito que tenha uma largura correspondente a aproximadamente 40% da circunferência do braço, no ponto médio entre o ombro e o cotovelo. Desta forma, será um manguito cujo comprimento, geralmente, cubra 80% a 100% da circunferência do braço. Se dois manguitos são próximos ao tamanho do braço, deve-se escolher o maior. Manguitos levemente maiores, geralmente, não mascaram a hipertensão verdadeira, enquanto o uso de manguitos menores, muitas vezes, leva a

leituras elevadas da pressão arterial.

Os métodos Riva-Rocci e Korotkoff constituem a técnica mais difundida de medida da pressão arterial pela esfigmomanometria indireta. O consenso é que a fase I de Korotkoff (súbito aparecimento do som) corresponde à pressão arterial sistólica. O *American Heart Association* estabeleceu a fase V de Korotkoff (desaparecimento do som) para o registro da pressão arterial diastólica. Em crianças, particularmente pré-adolescentes, é observada, com frequência, uma diferença de vários milímetros de mercúrio entre a fase IV de Korotkoff (som amortecido ou abafado) e a fase V. Em algumas crianças, os sons de Korotkoff podem ser ouvidos até 0mmHg. Quando isto acontece, exclui-se a hipertensão diastólica.

A pressão arterial deve ser medida em um ambiente controlado após 3 a 5 minutos de descanso, na posição sentada, com a fossa antecubital apoiada ao nível do coração. A criança deve estar calma. Respiração profunda, choro, riso, ansiedade, medo, estresse, atividade física, temperatura corporal e agitação podem influenciar na medida da pressão, além de dificultar a leitura.

O estetoscópio deve ser posicionado sobre a artéria braquial, em posição proximal e medial à fossa antecubital e abaixo da margem inferior do manguito. Erros são facilmente gerados nos sons de Korotkoff por forte pressão do estetoscópio na fossa antecubital.

Se for utilizado o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio, o centro da escala deve estar posicionado ao nível dos olhos do pesquisador. O manguito deve ser rapidamente inflado a até 20mmHg acima da PA em que o pulso radial desaparece, seguido de deflação de 2 a 3mmHg e ausculta da artéria braquial. Uma deflação muito rápida ou lenta gera leituras incorretas. É recomendado que se aceite como estimativa final a menor de três medidas da pressão arterial, segundo as normas da *American Heart Association*.

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO

ARTERIAL DA CRIANÇA

O *Club Français de Nefrologie Pédiatrique* (BROYER & ANDRÉ, 1980) usa critério bastante rigoroso e adota o percentil 97,5 como limite da pressão arterial normal, correlacionando a pressão arterial com a estatura.

Por outro lado, a *American Academy of Pediatrics* recomenda o percentil 95 como limite fisioló-

gico, baseado nos dados obtidos pelo levantamento realizado em 70.000 crianças saudáveis, pelo *Task Force on Blood Pressure Control in Children* e publicado no *Report on the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children*, em 1987.

Segundo Fujimura *et al.* (1994), como a pressão arterial não tem uma distribuição normal na população infantil, é hábito expressar a pressão arterial de crianças através de percentis, de acordo com a idade cronológica. Os percentis são calculados a partir dos valores da pressão arterial de

QUADRO 1: Classificação da pressão arterial segundo o Report of the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children (1987).

| | |
|------------------------------|---|
| Pressão Arterial Normal | Pressão arterial sistólica e/ou diastólica menor que o percentil 90 para idade e sexo |
| Pressão Arterial Normal Alta | Pressão arterial sistólica e/ou diastólica entre os percentis 90 e 95 para idade e sexo |
| Hipertensão Arterial | Pressão arterial sistólica e/ou diastólica maior ou igual ao percentil 95 para idade e sexo |

crianças normais da mesma idade e sexo, obtidos em grandes levantamentos populacionais.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, Brândão *et al.* (1994) examinaram 3.906 crianças e construíram curvas de distribuição da pressão arterial sistólica e diastólica por idade, sexo e nível socioeconômico. Foram observadas diferenças entre as curvas brasileira e americana. Os autores concluíram que há necessidade de que curvas brasileiras sejam desenvolvidas para que se construa um padrão de normalidade aplicável à população brasileira.

Para classificar a pressão arterial de uma criança como normal, normal-alta ou alta, é necessário dispor de idade, sexo, altura e pressão arterial sistólica e diastólica da criança, além de tabelas de percentil de altura para crianças (disponíveis em literatura pediátrica) e das tabelas de percentil de pressão arterial, divulgadas no *Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents* (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM WORKING GROUP ON HIPERTENSION CONTROL IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, 1996).

Então, na tabela de percentil de pressão arterial, deve-se cruzar a idade da criança com o seu percentil de altura, obtendo-se, assim, os valores da pressão sistólica e diastólica nos percentis 90 e 95 para aquela criança. Se os valores da pressão arterial sistólica e diastólica obtidos através da aferição forem menores que o percentil 90, a pressão arterial desta criança será considerada normal; se estiverem entre os percentis 90 e 95,

será considerada normal-alta; para valores iguais ou maiores que percentil 95, a criança é considerada hipertensa.

O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SEGUNDO A PRESSÃO ARTERIAL

Chue (1975) afirmou que o Cirurgião-dentista deveria ser adequadamente preparado, no sentido de usar os recursos existentes para avaliar a pressão arterial dos seus pacientes, pré e transoperatoriamente.

Julius *et al.* (1992) afirmaram que a hipertensão ou efeito jaleco branco é uma condição na qual a pressão arterial é elevada em presença de um Médico ou Cirurgião-dentista, mas cai quando o indivíduo sai deste ambiente. É importante, entretanto, conhecer a condição, a fim de se evitar tratamento desnecessário em muitos pacientes. Indivíduos com hipertensão arterial do jaleco branco dividem algumas características com indivíduos que apresentam elevação permanente da pressão arterial, em particular, apresentam fatores de risco para doenças cardiocirculatórias.

Cavalcanti *et al.* (1995) mediram a variação da pressão arterial de pacientes normotensos antes e após exodontias, nas quais foi utilizado anestésico local associado ao vasoconstrictor octapressin. Os autores observaram variações da pressão arterial, porém, sem significado clínico.

Para Muzyka & Glick (1997), a equipe odontológica deveria esforçar-se em produzir um ambiente livre de ansiedade, principalmente para os pacientes hipertensos. O Cirurgião-dentista pode achar conveniente a pré-medicação destes pacientes com agentes ansiolíticos ou óxido nitroso. Em relação aos anestésicos locais contendo epinefrina, os benefícios que trazem para a Odontologia, quando administradas devidamente, pesam muito mais que as desvantagens cardiovasculares. Ainda segundo estes autores, as drogas antiinflamatórias não-esteróides (AINES) atenuam as ações anti-hipertensivas de diuréticos, β -bloqueadores, antagonistas centrais, inibidores da enzima angiotensina-convertase, vasodilatadores e α -bloqueadores. Portanto, é prudente recomendar terapias de curta duração com AINES ou outros agentes analgésicos para pacientes em uso destes anti-hipertensivos.

Oliveira *et al.* (1999) submeteram pacientes hipertensos ao uso da pré-medicação diazepam e da solução anestésica neocaína a 0,5% sem vasoconstrictor, em exodontias múltiplas, e observaram atenuação da ansiedade e diminuição das respostas cardiovasculares.

RECOMENDAÇÕES

Glick (1998) apresentou as recomendações da *American Heart Association* para o atendimento odontológico de pacientes hipertensos, a saber: 1) antes de iniciar o tratamento odontológico: a) deve ser aferida a pressão do paciente hipertenso a cada visita e para os pacientes normais uma vez ao ano ou a cada dois anos; b) ao observar grandes variações dos valores e pressão arterial, o Cirurgião-dentista deve informar ao clínico; c) obter informações e consentimento do médico; d) quando necessário, administrar agentes ansiolíticos; 2) durante o tratamento odontológico: a) o atendimento deve concentrar-se nas ações, interações e efeitos adversos dos medicamentos anti-hipertensivos e na prevenção de crises hipertensivas; b) os pacientes com hipertensão bem controlada, geralmente, trazem pequenas dificuldades para a equipe odontológica e o tratamento envolve um mínimo desvio do protocolo normal; c) a importância da higiene oral deve ser insistentemente advertida, assim como deve-se aumentar a frequência da visita de retorno; d) aferir a pressão arterial após a aplicação de anestesia local; e) ter cautela ao utilizar epinefrina em pacientes que fazem uso de β -bloqueadores não-seletivos; f) não utilizar mais do que 0,054mg de epinefrina (três carpules com concentração de 1:100.000) para pacientes com hipertensão severa ou comprometimento de órgão-alvo, cardiopatia ou diabetes; g) não realizar tratamento eletivo em pacientes com hipertensão severa ou que apresentam sintomas de hipertensão; h) não utilizar cordões retratores com epinefrina, em hipótese alguma; i) evitar hipotensão postural em pacientes que fazem uso de inibidores adrenérgicos; j) ter extrema cautela ao submeter pacientes com hipertensão severa à anestesia geral; 3) após o tratamento odontológico: a) checar a pressão arterial do paciente; b) obter boa hemostasia em pacientes com pressão arterial elevada; c) estar atento às interações medicamentosas entre drogas antiinflamatórias não-esteróides e inibidores de enzima angiotensina-convertase, β -bloqueadores e diuréticos; d) estimular uma melhor higiene bucal em pacientes com hiperplasia gengival medicamentosa e/ou consultar o médico sobre uma mudança na medicação.

RELATO DE CASOS CLÍNICOS

Os pacientes aqui apresentados foram encaminhados para tratamento odontológico na clínica do Curso de Especialização em Odontopediatria da UFPE. A pressão arterial destes pacientes foi aferida, seguindo as normas do *National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hiperten-*

sion Control in Children and Adolescents (1996), em três momentos distintos: na primeira consulta, antes do exame clínico, e na quarta consulta, antes e depois do atendimento clínico.

95, sendo classificada como alta.

DISCUSSÃO

CASO CLÍNICO 1

Paciente do sexo masculino, cinco anos de idade, cor branca, pesando 29,3kg e com 1,22m de altura. Não apresentava histórias médica e familiar relevantes. Apresentou os seguintes valores de pressão arterial sistólica e diastólica: 120x60mmHg, 130x70mmHg e 120x70mmHg, nos três momentos de aferição, respectivamente.

De acordo com a altura e a idade deste paciente (consultando as tabelas de altura e pressão arterial citadas anteriormente), a pressão arterial no percentil 90 seria 112x62mmHg e no percentil 95, 116x74mmHg. Portanto, em todos os momentos de aferição a pressão arterial sistólica apresentou-se acima do percentil 95; e, mesmo considerando o menor dos valores encontrados, foi classificada como alta.

CASO CLÍNICO 2

Paciente do sexo feminino, seis anos de idade, cor negra, pesando 29,5kg e com 1,16m de altura. Não apresentava história médica relevante, porém a avó materna era hipertensa. Apresentou os seguintes valores de pressão arterial sistólica e diastólica: 128x68mmHg, 125x65mmHg e 120x60mmHg, nos três momentos de aferição, respectivamente.

Para esta paciente, a pressão arterial no percentil 90 seria 106x68mmHg e no percentil 95, 116x74mmHg. Desta forma, a pressão arterial sistólica apresentou-se sempre acima do percentil 95, sendo classificada como alta.

CASO CLÍNICO 3

Paciente do sexo feminino, sete anos de idade, cor negra, pesando 15,7kg e com 1,10m de altura (Figuras 2 e 3). Não apresentava história médica relevante, porém a avó materna, o pai e um tio paterno eram hipertensos. Apresentou os seguintes valores de pressão arterial sistólica e diastólica: 128x68mmHg, 112x62mmHg e 120x70mmHg, nos três momentos de aferição, respectivamente.

Para esta paciente, a pressão arterial no percentil 90 seria 106x69mmHg e no percentil 95, 110x73mmHg. Desta forma, pressão arterial sistólica apresentou-se sempre acima do percentil



FIGURA 1: Caso clínico 3 – determinação de peso e altura do paciente.



FIGURA 2: Caso clínico 3 – determinação da pressão arterial do paciente.

Os casos clínicos relatados demonstram a viabilidade de aferir-se a pressão arterial de pacientes no consultório odontológico, com fins preventivos e não de diagnóstico. Os dados encontrados neste exame, juntamente com os obtidos na anamnese, podem apontar uma possível hipertensão e a necessidade de uma avaliação médica mais completa, como afirmam Muzyka & Glick (1997) e Glick (1998). Os pacientes e responsáveis devem ser alertados para os altos valores de pressão arterial encontrados e encaminhados para exame médico.

Como já foi citado neste trabalho, é cientificamente provada a existência de uma condição na qual a pressão arterial é elevada em ambientes médicos, por uma reação psicoafetiva que provoca uma resposta cardiovascular importante; é a chamada "hipertensão do jaleco branco" (JULIUS *et al.*, 1992). Em Odontopediatria reconhecemos motivos pelos quais a ansiedade do paciente pode ultrapassar o contato inicial, ou até mesmo aumentar com o correr do tratamento, o que pode tornar a situação não recomendável para a avaliação da pressão arterial com o objetivo de diagnóstico (BARREIRA & COUTO, 2001).

Cabe observar que, dos três casos clínicos apresentados, no primeiro a criança apresentou peso e altura acima do percentil 97,5 para idade e sexo; a segunda teve a altura no percentil 25 e o peso acima do percentil 90 para idade e sexo; enquanto a terceira teve peso e altura no percentil 2,5 para idade e sexo, sendo, portanto, consideradas macrossômica (grande), obesa e desnutrida,

respectivamente. Assim, também Bastos *et al.* (1994) e Brandão (1987) ao avaliar a pressão arterial de crianças, observaram correlação positiva entre obesidade e/ou estatura elevada com os níveis pressóricos em percentis elevados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é um dos maiores problemas de saúde pública. A alta prevalência, os graves problemas decorrentes dessa doença e a certeza de que o controle da mesma pode reduzir seus efeitos mórbidos justificam a atenção dedi-

cardiovascular diseases, which are the principal cause of death in Brazil. Children are also victims of hypertension, and its prevalence is of 1% in this country. Earlier diagnosis leads to patient improvement or even to the cure of the disease. Nevertheless, little attention is given to hypertension by health care professionals who treat children. This paper had the purpose of informing Dentists about child blood pressure aspects within its normal and high limits; child blood pressure reading methods; and dental care for patients with high blood pressure and hypertension.

KEYWORDS: Blood pressure; Hypertension; Child; Pediatric dentistry.

cada a este problema.

Como profissional de saúde, o Cirurgião-dentista deve estar atento à pressão arterial da criança e conhecer as suas características, a fim de colaborar com a prevenção primária da hipertensão arterial, além de promover medidas adequadas durante o atendimento odontológico destes pacientes.

BARREIRA, A.K.; COUTO, G.B.L.; VASCONCELOS, M.M.V.B.; VIANNA, R.B.C. Children hypertension. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.30, p.131-136, mar./abr. 2003.

Hypertension is the main risk factor for

AGRADECIMENTO

À Dra. Roberta Villachan pela atenção e disponibilidade em revisar este trabalho.

REFERÊNCIAS

- AMIN, A.B. Hipertensão arterial na infância. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v.32, n.7, p.728-735, dez. 1996.
- BARREIRA, A.K.; COUTO, G.B.L. *Estudo da variação da pressão arterial de crianças durante o tratamento odontológico*. 2001, 102f. Monografia (Especialização em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- BARTOSH, S.M.; ARONSON, A.J. Childhood hypertension: an update on etiology, diagnosis, and treatment. *Pediatr Clin North Am*, Chicago, v.46, n.2, p.235-252, Apr. 1999.
- BASTOS, H.D.; MACEDO, C.S.; RYUSO, M.C. Hipertensão arterial na criança. *Hiper Ativo*, São Paulo, v.1, n.3, p.6-18, 1994.
- BIRON, P.; MONGEAU, J.G. Agregação familiar da pressão sanguínea e seus componentes. In: Hipertensão na infância e na adolescência. *Clín Pediatr Am Norte*, Philadelphia, p.29-33, Feb. 1978.
- BRANDÃO, A.P. A importância do desenvolvimento físico no comportamento da curva de pressão arterial em crianças de 6 a 9 anos de idade. *Arqui Bras Cardiol*, Campinas, v.48, n.4, p.203-209, abr. 1987.
- BRANDÃO, A.A.; POZZAN, R.; BRANDÃO, A.P. Hipertensão em adolescentes. *Hiper Ativo*, São Paulo, v.1, n.3, p.59-68, 1994.
- BRASILEIRO, I.V. *Avaliação da pressão arterial de crianças atendidas na clínica de especialização em Odontopediatria – UFPE*. 1998. 61p. Dissertação (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- BROYER, M.; ANDRÉ, J.L. Nouveaux regards sur l'hypertension artérielle de l'enfant. *Arch Fr Pediatr*, v.37, n.7, p.429-432, 1980.
- CAVALCANTI, J.R.C.; GAYOTTO, M.V.; COSTA, C.; DELBONI, J.C.N. Estudo comparativo entre as pressões arteriais de pacientes submetidos a cirurgia odontológica. *Rev ABO Nac*, São Paulo, v.3, n.1, p.30-32, fev./mar. 1995.
- CHUE, P.W.Y. The clinical measurement of arterial blood pressure. *Dent Survey*, Minneapolis, v.51, n.6, p.30, 32, 34-35, June 1975
- FUJIMURA, M.D. *et al.* Hipertensão arterial. In: MARCONDES, E. *Pediatria básica*, v.II. 8.ed. São Paulo: Sarvier, 1994. p.1544-1561.
- GLICK, M. New guidelines for prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *J Am Dent Assoc*, Denver, v.129, n.11, p.1588-1594, Nov. 1998.
- JULIUS, S.; JAMERSON, K.; GUDBRANDSSON, T.; SCHORK, N. White coat hypertension: a follow-up. *Clin Exp Hypertens A*, New York, v.14, n.1/2, p.45-53, cada a este problema.
- Como profissional de saúde, o Cirurgião-dentista deve estar atento à pressão arterial da criança e conhecer as suas características, a fim de colaborar com a prevenção primária da hipertensão arterial, além de promover medidas adequadas durante o atendimento odontológico destes pacientes.
- BARREIRA, A.K.; COUTO, G.B.L.; VASCONCELOS, M.M.V.B.; VIANNA, R.B.C. Children hypertension. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.30, p.131-136, mar./abr. 2003.
- Hypertension is the main risk factor for