

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CHRISTIANE QUEIROZ H. DE PÁDUA

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS DE SAÚDE BUCAL PARA ATENÇÃO
PRIMÁRIA
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**

BOCAIÚVA/ MINAS GERAIS

2010

CHRISTIANE QUEIROZ H. DE PÁDUA

**ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS DE SAÚDE BUCAL PARA ATENÇÃO
PRIMÁRIA
RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

BOCAIÚVA/ MINAS GERAIS

2010

RESUMO

Protocolos são considerados importantes instrumentos para subsidiar as tomadas de decisões nos diversos problemas detectados no processo de trabalho. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (PAIM, 2004). O presente estudo teve como proposta a criação de protocolos de saúde bucal para o atendimento na atenção primária de Engenheiro Dolabela, Município de Bocaiúva. Esses protocolos primordialmente têm o propósito de incentivar a integração do cirurgião-dentista com os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família para que o mesmo consiga oferecer ao usuário portador de tuberculose, hanseníase, síndrome da imunodeficiência adquirida, diabetes e hipertensão, um atendimento de saúde bucal com resolubilidade. A metodologia utilizada foi relato de experiência a respeito do trabalho que vem sendo desenvolvido com essa clientela na Unidade Básica de Saúde. Para isso criou-se protocolos que irão nortear esse atendimento, baseado nas normas de Biossegurança preconizadas pelo Ministério da Saúde. Os resultados deste estudo foram positivos, no momento em que trouxe para a equipe do Programa de Saúde da Família uma visão integral do cuidado para com estes usuários, ressaltando a importância do serviço do cirurgião-dentista para a qualidade do atendimento da clientela que procura a atenção primária do município. Considerando a importância do estudo, espera-se que o instrumento possa subsidiar o atendimento do paciente com maior eficiência e compreensão por parte dos demais profissionais da área da saúde.

Descritores: protocolo, saúde bucal, atenção primária, interdisciplinaridade.

ABSTRACT

Protocols are considered important tools to subsidize the decisions in the many detect problems in the process of work. Guided by routes of technical, organizational and policy technics, having as fundamentation studies made by the presupposed of scientific clearness (PAIM, 2004). The present paper has as proposal the creation of protocols of mouth healthiness to the attendance of primer care of Engenheiro Dolabela, municipal district of Bocaiúva. These protocols have the primordially intention to motivate the integration of the dentist surgeon with the other team of health family professionals to offer to the tuberculosis, hansen's disease, acquired immune deficiency syndrome, diabetes and hypertension carriers a resolubility mouth health attendece. The methodology used was experience report about the job that bhas been desenvolved with this clientele at the Basic Unity of Health. With this purpose were criated protocol that will guide this attendance, based on the rules Biosesecurity preconized by Health State Departament. The results of this study were positive, bringing to the Program of Family Health team a whole vision to the care of these users, salienting the importance oh the dentist surgeon to the attendance quality of consideration the importance of the presente paper, there is the hope that the tool can subsidize the patient's attendance with higher eficiencia and comprehension by the other professionals in the health field.

Inform descriptors: protocol, mouth healthiness, pime attencion, interdisciplinarity.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	8
3. REVISÃO DE LITERATURA	9
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	14
5. RESULTADOS	15
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
7. REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE	29

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos, o serviço de saúde bucal buscou atender principalmente a clientela da faixa etária escolar de 06 a 14 anos. A criação do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio dos princípios de universalização do acesso, integralidade e equidade, possibilitou o início de uma reorganização das ações de saúde bucal, favorecendo a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias. Os adultos constituem uma faixa etária bastante ampla entre 20 a 59 anos que por muito tempo foi desassistida.

Este fato trouxe um enorme volume de necessidades de tratamento odontológico, muitas vezes associado às doenças crônicas e sistêmicas como Diabetes_Hipertensão, Tuberculose, Hanseníase e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002).

Trata-se de uma temática que tem preocupado os profissionais de saúde, visto que o atendimento dos usuários que demandam cuidados em relação à saúde bucal necessita mudar seus paradigmas propondo medidas inovadoras. É preciso mudar a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do paciente com a doença bucal na fase aguda, ou seja, aquele paciente que procura o serviço somente em caso de dor para uma rede de atenção onde as atividades sejam normatizadas, seguindo diretrizes como as que regem o Sistema Único de Saúde, nas quais o atendimento curativo deve ser realizado, mas com priorização das atividades preventivas.

Nesse sentido, as atividades inseridas no processo de trabalho necessitam ser planejadas com o objetivo de garantir a qualidade de vida dos usuários (BRASIL/MS, 2006).

Sendo assim, com o crescimento da demanda pelo atendimento a saúde bucal, o Ministério da Saúde (2004) decidiu incorporar ao Programa de Saúde da Família (1997), as Equipes de Saúde Bucal como estratégia principal para se alcançar a efetivação do Sistema Único de Saúde. Diante da mudança do modelo assistencial, o profissional cirurgião-dentista se depara com um novo processo de

trabalho onde somente a sua visão biológica e tecnicista do processo saúde-doença não tem mais espaço.

O cirurgião dentista reconhece a demanda de usuários que exigem prioridade no atendimento como é o caso dos pacientes portadores de diabetes, hipertensão, síndrome da imunodeficiência adquirida, hanseníase e tuberculose que em sua maioria estão na faixa etária dos adultos entre 20 a 59 anos, antes desassistidos pelo serviço público de saúde bucal.

Diante disso, o cirurgião-dentista, acostumado com o atendimento restrito à área física do consultório, admite a necessidade de integração com outros profissionais para que o mesmo consiga oferecer ao usuário resolubilidade do atendimento odontológico na atenção primária. O mito por muito tempo alastrado por profissionais dentistas desatualizados e com visão fragmentada do indivíduo de que estes grupos não eram passíveis de atendimento odontológico, deixaram estes usuários com uma enorme carga de doença bucal, além de instituir nos mesmos o medo em relação ao atendimento odontológico.

Com o intuito de promover o trabalho em equipe e alcançar a universalização, equidade, integralidade e resolubilidade do serviço de saúde bucal na atenção primária, optamos por este trabalho que aborda a criação de protocolo, visando demonstrar claramente o envolvimento de todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, numa visão multidisciplinar do processo saúde-doença, visando garantir ao usuário uma vida com qualidade.

É importante ressaltar que o protocolo tem caráter dinâmico, devendo ser atualizado sempre que houver mudanças do Sistema Único de Saúde e nas evidências científicas em relação à abordagem das doenças bucais e mudanças no atendimento ao usuário. Assim, a elaboração deste instrumento, deverá nortear o atendimento do usuário portador de doenças da boca, pertencentes a grupos prioritários, e poderá contribuir para incentivar os profissionais a refletirem sobre a importância da prevenção e promoção da saúde bucal, já que o mesmo tem como princípio as diretrizes asseguradas na Constituição Brasileira (1988) quanto ao atendimento integral, destacando as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

2. OBJETIVOS

- Elaborar protocolos de saúde bucal para facilitar o atendimento de usuários pertencentes a grupos prioritários do Programa de Saúde da Família de Engenheiro Dolabela no município de Bocaiúva.
- Incentivar a integração do cirurgião-dentista com os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família para que o mesmo consiga oferecer ao usuário um atendimento de saúde bucal com resolubilidade.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (PAIM, 2004).

Essas diretrizes vêm sendo constantemente reafirmadas e normatizadas em eventos importantes para a construção do Sistema Único de Saúde, como as Conferências de Saúde e, da mesma forma, “as conferências de consenso”, voltadas para discussão e obtenção de pautas diagnósticas, terapêuticas e preventivas para determinadas doenças e agravos, e a adoção de “protocolos assistenciais” para o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde” (PAIM, 2004).

Como decorrência desses movimentos institucionais, e diante da expansão e consolidação da atenção primária e da Estratégia de Saúde da Família, a utilização de protocolos passou a fazer parte do trabalho cotidiano da maioria dos municípios brasileiros. Muitos deles passaram a elaborar seus próprios protocolos, diante das necessidades de saúde que lhes eram peculiares.

Porém, em um número considerável de municípios, estão sendo adotados os protocolos produzidos e preconizados pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias Estaduais. Em especial no caso de Minas Gerais, foi estabelecido um processo de elaboração de linhas-guia que vêm orientando as práticas dos serviços de saúde e consolidando o emprego de protocolos.

Pode-se afirmar que todos os municípios habilitados em algum formato de gestão do Sistema Único de Saúde utilizam rotineiramente protocolos para facilitar a organização de suas ações de saúde. É importante salientar que os protocolos, por seguirem as diretrizes do Sistema Único de Saúde, não são neutros e exercem marcada influência na construção do modelo de atenção. São estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços na atenção primária. (WERNECK, et al (2009)

Os protocolos apresentam limites. Por isso, embora alicerçados em referências científicas e tecnológicas, não devem ser tomados para além de sua real dimensão. Sua utilização, desprovida de avaliação, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas, constitui significativo risco de se produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante, em que planejamento e avaliação não acontecem e em que, para gestores e trabalhadores, não há lugar para renovação e a inovação. (WERNECK, et al (2009)

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde, o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam a atenção primária, a atenção secundária e a atenção terciária. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema. Não se deve, porém, considerar um desses níveis de atenção mais relevante que o outro, porque a atenção à saúde deve ser integral.

Nem sempre um município necessita ter todos os níveis de atenção à saúde instalada em seu território para garantir a integralidade do atendimento à sua população. Particularmente no caso dos pequenos municípios, a garantia da integralidade pode ser conseguida por meio de pactos regionais que garantam às populações dessas localidades acesso a todos os níveis de atenção. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção primária operando em condições plenas e com eficácia (BRASIL, 2009^a). Sabe-se hoje, que “a atenção primária é capaz de resolver 85% da demanda com plena efetividade” (BRASIL, 2006).

Sendo assim, a utilização de protocolos na atenção primária torna os profissionais, sujeitos que podem contribuir na construção do processo de trabalho de uma equipe, já que este tem sido a maneira mais efetiva de consolidar o modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde. O emprego de protocolos propicia a existência de ações que incluem o acolhimento, a aproximação atenta aos valores, percepções e comportamentos do usuário diante de problemas e situações de saúde que acontecem em sua vida. (WERNECK, et al (2009)

De acordo com Pinheiro e Mattos (2004), a maneira como se exerce o cuidado revela o modelo de saúde adotado. Em serviços de saúde centrados no usuário, o elemento estruturante da assistência é a necessidade do usuário,

identificada pela equipe de trabalho, mediante projetos terapêuticos integrados e integralizadores.

Dentro do processo de trabalho onde o protocolo é a estratégia, nenhum profissional perde seu campo específico de atuação profissional. O que surge como novo é o modo de abordar e enfrentar o problema. A equipe se responsabiliza, de forma compartilhada, por conhecer os usuários, compreender suas demandas, tratar e propor, com a participação ativa destes, modos de controlar os seus problemas. A consulta como forma usual de resposta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado (BRASIL, 2006).

A aproximação com o usuário traz a chance de se construir, com ele, a autonomia possível frente aos seus problemas. Suas necessidades, demandas e valores passam a ser um objeto central das ações da equipe. Assim, o trabalho em equipe e o cuidado permitem uma organização mais abrangente dos serviços de saúde, por meio de uma estratégia denominada “linha do cuidado”. (WERNECK, et al (2009)

De acordo com o Ministério da Saúde as linhas de cuidado significam um arranjo organizacional dos serviços de saúde em rede, centradas no usuário, visando à integralidade das ações profissionais trabalhando de forma integrada, capazes de perceber o usuário não como um doente, mas como uma pessoa que traz, em sua demanda, as representações de sua história e as marcas de sua forma de viver: sua inserção social, suas relações e seus saberes. (WERNECK, et al (2009)

Ocorrem através da utilização sincronizada de um conjunto de tecnologias e do trabalho em equipe, voltadas para o processo de receber os usuários, ouvi-los, encaminhá-los e resolver suas necessidades. Estão baseadas na potencialização do trabalho de cada membro da equipe, valorizando os saberes de cada categoria, construindo-se num primeiro momento um processo de resposta, que se pretende constante, às necessidades das pessoas (BRASIL, 2006).

Dentro do novo modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde, o processo de trabalho pode colocar o problema de cada usuário como objeto e responsabilidade de toda a equipe da unidade introduzindo um novo “fazer”, possibilitando acabar com a fragmentação do atendimento (BRASIL, 2006).

A literatura sobre a odontologia na prática interdisciplinar, principalmente no que diz respeito à utilização de protocolos de saúde bucal na atenção primária é

quase inexistente, havendo poucas menções de dentistas em equipes de assistência (SAUNDRS, 1996).

Uma das razões dessa dificuldade de vivência interdisciplinar para a odontologia reside na formação de base tecnicista, que privilegia o enfoque de superespecialização (FERREIRA, 1997).

É uma visão limitada de postura odontológica intervencionista, que tem suas raízes históricas fincadas em conceitos ultrapassados de saúde bucal desvinculada da saúde geral, sendo totalmente inadequada para o atendimento dentro do novo modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde (FERREIRA, 1997).

Deve ser discutida ainda a necessidade de eliminação dos preconceitos em relação à atuação da odontologia. É preciso que haja afastamento de mitos e estereótipos que cercam o tratamento odontológico, bem como divulgação de informações entre os próprios cirurgiões-dentistas, os demais profissionais de saúde, as autoridades e a população em geral (SAUNDRS, 1996).

De acordo com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em setembro de 1993 como deliberações da 9ª Conferência Nacional de Saúde, “A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e a informação”.

Esse conceito de saúde bucal indica o caráter abrangente de atenção odontológica e a necessidade de sua integração a todos os aspectos da vida do indivíduo. O capítulo Modelo de Atenção em Saúde Bucal, do relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, salienta a “garantia à assistência integral em todos os níveis e faixas etárias”, e propõe ainda “garantir que os portadores de deficiência física, mental, motora ou múltiplas, ou de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas” tenham o seu atendimento básico executado em “qualquer Unidade Básica de Saúde da rede do Sistema Único de Saúde” que deverá contar com concepção arquitetônica adequada, normas e rotinas de biossegurança, e recursos humanos devidamente capacitados para tal fim”.

Entretanto, como apontado no relatório da 2ª Conferência Nacional De Saúde Bucal (1993), a realidade ainda não contempla essas diretrizes de atenção a saúde bucal, principalmente para determinados grupos populacionais, como os idosos e os

chamados pacientes especiais. São várias as causas para essa situação no atendimento odontológico à população, envolvendo aspectos históricos, geográficos, financeiros e políticos.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo surgiu da experiência da autora com a saúde bucal de pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, síndrome da imunodeficiência adquirida, diabetes mellitus e hipertensão. Cada um desses pacientes buscava atendimento na tentativa de minimizar o sofrimento dos mesmos.

Para este relato decidiu-se fazer um levantamento bibliográfico para dar suporte científico ao estudo. As fontes de pesquisas utilizadas foram as bases de dados Lilacs, Scielo e Medline durante o período de julho e agosto de 2009. Utilizaram-se como descritores: protocolo, saúde bucal, atenção primária e interdisciplinaridade. No primeiro momento, não foram encontrados nenhum artigo nas bases de dados Medline, Lilacs, e Scielo .

Ao utilizar os descritores protocolo, saúde bucal e atenção primária foram encontrados somente dois artigos na base de dados Scielo.

Foram utilizados como critérios de inclusão: estudos sobre protocolo, saúde bucal e atenção primária no idioma português. Foram excluídos estudos que não atendiam os objetivos do trabalho e também aqueles que não estavam disponíveis para o acesso. Procedeu-se a seleção dos artigos e livros. Foram selecionados os dois artigos encontrados na base de dados Scielo, os sete Cadernos de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2006), três Cadernos de Estudo (Nescon, 2008), um Caderno de Estudo (Nescon, 2009), um Trabalho de Conclusão de Curso e Capítulos de um livro pertinentes aos objetivos do trabalho.

Dessa forma, os artigos considerados importantes foram selecionados, num total de 15, na primeira análise. A partir da segunda leitura foram excluídos 03, restando 12 que foram lidos na íntegra. Nessa etapa, a revisão foi efetuada pelas autoras. Ao final, 10 artigos atenderam a todos os critérios de inclusão. Destes artigos, 02 propuseram definições sobre o tema protocolo. Os demais artigos foram selecionados por apresentarem clareza na descrição dos objetivos e da proposta das autoras na tentativa de oferecer atendimento ao usuário referente saúde bucal. Foram excluídos todos os artigos que não atenderam os objetivos do trabalho e aqueles que divergiram dos descritores selecionados.

5. RESULTADOS

Acredita-se que os resultados superaram as expectativas do estudo embora houvesse dificuldades em relação à bibliografia.

Apresentou-se apenas 05 protocolos com o intuito de subsidiar o atendimento do usuário pela equipe interdisciplinar e em especial pelo cirurgião-dentista.

PROTOCOLO 1

USUÁRIO PORTADOR DE TUBERCULOSE

Porta de entrada: Unidade básica/PSF.

Usuário é acolhido no PSF através de demanda espontânea, visita domiciliar ou busca ativa. Usuário com queixa referente à sua saúde bucal.

A avaliação geral do usuário, primeiro passo na assistência odontológica, possibilita ao CD tornar-se conhecedor da existência da doença, reconhecer possíveis queixas e sintomas indicativos de tuberculose ou ainda constatar a possibilidade de o usuário estar em contato com fontes de infecção. Neste primeiro contato com o usuário, a agente comunitária de saúde pode fornecer informações importantes à equipe de saúde bucal ajudando na classificação do usuário como estando ou não em situação de risco.

Usuário encaminhado para consulta de enfermagem/avaliação médica.

Se urgência odontológica: prescrição de medicamentos para alívio de dor, até confirmação de diagnóstico. No caso das emergências odontológicas, devem-se respeitar as normas de biossegurança e uso de equipamentos de proteção individual, inclusive máscara especial, pois os perdigotos de tuberculose podem ser dispersos por aerossóis produzidos pela turbina, spray de água e aparelhos de ultrassom durante o atendimento odontológico.

Se o usuário finalizou a quimioterapia, o médico assistente deve ser consultado a respeito da infectividade, resultados da baciloscopia e exame de RX. Em caso de alta por cura, o usuário pode ser tratado normalmente.

Principais Lesões Tuberculosas na Cavidade Bucal

As lesões tuberculosas na cavidade bucal são relativamente raras e aparentemente têm nas superfícies mucosas traumatizadas o local de predisposição para o seu aparecimento. Em geral, considera-se que representam uma infecção por microorganismos presentes no escarro proveniente das lesões pulmonares, sendo à base da língua o local mais comum.

As lesões bucais podem ser dos tipos verrugoso, ulcerativo ou nodular.

Doenças debilitantes como a tuberculose pode predispor à doença periodontal por diminuírem a resistência tissular a irritantes locais e criar uma tendência para a reabsorção do osso alvéolo.

PROTOCOLO 2

USUÁRIO PORTADOR DE HANSENÍASE

Porta de entrada: Unidade básica/PSF.

Usuário é acolhido no PSF através de demanda espontânea, visita domiciliar ou busca ativa. Usuário com queixa referente à sua saúde bucal.

A avaliação geral do usuário, primeiro passo na assistência odontológica, possibilita ao CD tornar-se conhecedor da existência da doença, reconhecer possíveis queixas e sintomas indicativos da hanseníase ou ainda constatar a possibilidade de o usuário estar em contato com fontes de infecção. Neste primeiro contato a agente comunitária de saúde pode fornecer informações importantes à equipe de saúde bucal ajudando na classificação do usuário como estando ou não em situação de risco.

Usuário encaminhado para consulta de enfermagem/avaliação médica.

Se urgência odontológica: prescrição de medicamentos para alívio de dor, até confirmação de diagnóstico. No caso das emergências odontológicas, devem-se respeitar as normas de biossegurança e uso de equipamentos de proteção individual, inclusive máscara especial, pois a via de infecção mais provável é o trato respiratório (mucosa nasal e orofaríngea), através da inalação de gotículas eliminadas pelos doentes das formas infectantes sem tratamento.

Iniciado o tratamento, o portador de hanseníase da forma contagiosa passa a ser não infectante, podendo assim ser tratado normalmente.

Principais Manifestações Bucais

As lesões decorrentes da infecção na cavidade bucal podem se apresentar como insensibilidade de mucosa, infiltrações localizadas ou difusas, úlceras, nódulos, manchas, placas, fibroses e alterações gengivais.

Lábios, gengiva, palato duro, palato mole e úvula podem ser afetados. Muitas vezes as lesões se ulceram de maneira superficial, como acontece na pele.

Os incisivos superiores podem apresentar-se com mobilidade ou ausentes; os nódulos palatais podem ulcerar e perfurar o palato duro; a úvula pode ser totalmente destruída e na polpa dentária têm sido descritas alterações específicas com riqueza de bacilos.

Usuários com hanseníase podem apresentar periodontite destrutiva crônica não específica.

PROTOCOLO 3

USUÁRIO PORTADOR DE HIV

Papel Geral da Equipe de Saúde Bucal:

Realizar o atendimento dentro das normas de biossegurança preconizadas.

Atentar às possíveis manifestações bucais relacionadas à infecção pelo HIV/AIDS.

Orientar e encaminhar o paciente ao serviço de saúde, em caso de suspeita diagnóstica de infecção pelo HIV/AIDS.

Manter atualizado sobre a epidemia no que diz respeito aos seus aspectos técnicos, clínicos, éticos e psicossociais.

Incorporar ao seu cotidiano as ações de prevenção e solidariedade entre os seus principais procedimentos terapêuticos.

Porta de entrada: Unidade básica/PSF.

Usuário é acolhido no PSF através de demanda espontânea, visita domiciliar ou busca ativa. Usuário com queixa referente à sua saúde bucal.

A avaliação geral do usuário, primeiro passo na assistência odontológica, possibilita ao CD identificar as doenças bucais mais comuns que são decorrentes do estado imunológico de portadores do HIV, atuando inclusive, no diagnóstico precoce da doença, o que pode aumentar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida do

portador. Neste primeiro contato com o usuário, a agente comunitária de saúde pode fornecer informações importantes à equipe de saúde bucal

ajudando na classificação do usuário como estando em situação de risco social.

A anamnese é a mesma para todos os usuários, e o exame extra oral pode identificar linfadenopatia cervical e lesões de pele, sinais comuns apresentados por esses usuários.

Os cuidados clínicos com a saúde bucal dos HIV positivos são os mesmos realizados com os outros usuários.

As manifestações bucais da infecção pelo HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, por vezes antecedendo às manifestações sistêmicas. O CD deve estar atento para o aparecimento de lesões de mucosa, pois 20 a 50% das pessoas infectadas apresentarão lesões bucais durante o curso da doença.

A resolução das lesões deve ser prioritária no tratamento, salvo os casos de urgência/emergência.

No caso de o CD examinar o usuário e verificar alguma lesão compatível com a presença do HIV, é fundamental incluir na anamnese algumas perguntas relacionadas a sinais e sintomas que são típicos dessa infecção: emagrecimento não compatível com atividade física ou dieta, sudorese noturna, fadiga crônica, diarreia, linfadenopatia generalizada, febre persistente, tosse, embranquecimento ou perda de cabelo e xerodermia.

Usuário encaminhado para consulta de enfermagem/avaliação médica.

O Tratamento:

O planejamento do tratamento deve se basear na situação clínica do usuário, e não no estado sorológico.

O usuário portador de HIV geralmente pode ser atendido pelas equipes de saúde bucal da atenção primária. Casos em que o usuário apresente complicações sistêmicas avançadas, necessidade de encaminhamento para tratamento de lesões de tecidos moles ou doença periodontal grave são as principais indicações para referenciamento. Nestes casos, justificam-se profissionais especializados e os centros de referência.

Antes de cada sessão avaliar sempre o estado clínico do usuário, postergando o tratamento quando houver queixa médica não identificada.

Medicamentos utilizados por este usuário podem causar outras reações adversas que interferem no tratamento dentário, tais como anemia, trombocitopenia, neutropenia e alterações no metabolismo.

Os usuários podem ser de alto risco para cárie dentária, devido aos medicamentos que contêm glicose para melhorar o sabor ou que causam xerostomia.

Deve-se instituir a aplicação tópica de flúor em caso de risco e os usuários devem retornar a cada três meses para controle. Em caso de alto risco, os bochechos diários com flúor também podem ser preconizados.

Procedimentos periodontais, como raspagem supra e subgingivais, podem ser realizados da mesma forma, mas enxágües com solução antibacteriana (clorexidina) antes do tratamento e sua manutenção 2 a 3 dias após o mesmo parecem reduzir o risco de complicações sistêmicas.

O médico deve ser consultado antes dos procedimentos invasivos, e geralmente não há necessidade de usar cobertura antibiótica de rotina para prevenir infecções pós-procedimento.

Trombocitopenia ocorre em alguns usuários HIV. Isso pode causar sangramento após procedimentos cirúrgicos, raspagem supra e subgingival e exodontias. É interessante solicitar contagem de plaquetas e tempo de sangramento antes de se realizar esses procedimentos. Plaquetas abaixo de 20000/mm cúbicos contra indicam a sua realização.

Granulócitos abaixo de 1000/mm cúbicos representam necessidade de profilaxia antibiótica antes de procedimentos cirúrgicos e invasivos, devendo o CD estar sempre atentos à propensão ao desenvolvimento de reações alérgicas aos antibióticos durante a progressão da doença.

A necessidade de profilaxia antibiótica deve ser baseada nas condições do usuário ou recomendação do médico responsável pelo seu tratamento. Cada caso deve ser discutido com o médico.

Interações medicamentosas: o CD deve estar ciente da possibilidade de interações medicamentosas antes de receitar algum medicamento a usuários que estejam sob uso de medicação.

As Lesões Fortemente Associadas com a Infecção Pelo HIV

Doenças Fúngicas:

Candidíase: pode ser a candidíase pseudomembranosa (caracterizada por placas esbranquiçadas, removíveis à raspagem, deixando um fundo com ou sem sangramento) ou a eritematosa (vista sob formas de pontos, manchas ou erosões avermelhadas ou áreas sem papilas no dorso da língua). A manifestação da candidíase pode significar falha na terapêutica antiretroviral.

Queilite angular: fissuras que aparecem na comissura labial.

Doenças Bacterianas ou Virais:

Gengivite associada ao HIV ou eritema linear marginal gengival: é uma linha vermelha que aparece na margem gengival, em geral com 1 mm de largura e se estende por diversos dentes. Este eritema não é associado ao acúmulo de placa e não responde ao tratamento convencional (RAP). Aparece em 10 a 50% dos usuários HIV.

GUN (Gengivite Ulcerativa Necrosante): também conhecida como GUNA.

PUN (Periodontite Ulcerativa Necrosante) ou Periodontite associada ao HIV (HIV-P): manifesta-se por uma atuação rápida do periodonto com perda da gengiva e do osso alveolar. É acompanhada de dor intensa, e fragmentos necróticos de osso ficam visíveis. O diagnóstico definitivo inclui rápida perda óssea, numa média de quatro semanas. O periodonto fica com forma irregular depois que a fase ativa da necrosa se encerra. Sua prevalência é de 5% nos usuários portadores de HIV.

Leucoplasia pilosa: lesões brancas enrugadas nos bordos laterais da língua ou superfície ventral, causadas por fungos. Não são removíveis por raspagem. Devem ser referenciadas para serviço de patologia para confirmação de diagnóstico. O tratamento dessa infecção geralmente não se faz necessário por ser assintomática.

Neoplasias:

Sarcoma de Kaposi: tumor maligno proveniente das células das paredes dos vasos sanguíneos, tendo, portanto a forma de máculas, placas, pápulas, ou nódulos avermelhados ou violáceos, com ou sem ulcerações. Qualquer alteração com estes sinais deve ser encaminhada para biópsia. Aparecem, principalmente, em palato e gengiva, em 15 a 20% dos usuários com HIV.

Linfoma não - Hodgkin: na boca tem ocorrido preferencialmente na gengiva, e pode levar à hipótese inicial de abscesso dento - alveolar ou doença periodontal.

Entre as alterações descritas, são considerados marcadores bucais do comprometimento imunológico dos usuários: candidíase, leucoplasia pilosa e sarcoma de Kaposi.

PROTOCOLO 4

O USUARIO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS - DM

Porta de entrada: Unidade básica/PSF.

Usuário é acolhido no PSF através de demanda espontânea, visita domiciliar ou busca ativa. Usuário com queixa referente à sua saúde bucal.

A avaliação geral do usuário, primeiro passo na assistência odontológica, possibilita ao CD identificar o estado clínico do mesmo. Neste primeiro contato com o usuário, a agente comunitária de saúde pode fornecer informações importantes à equipe de saúde bucal ajudando na classificação do usuário como sendo ou não de risco.

O DM é uma doença que se manifesta mais significativamente acima de 45 anos e se caracteriza por uma insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada pelas alterações metabólicas dos carboidratos, lipídios e das proteínas. Essa insuficiência de insulina é provocada pelo pâncreas, ou pela falta de resposta dos tecidos periféricos à insulina;

Com base na fisiologia da doença, dois tipos são descritos: tipo I ou insulino dependente e o tipo II ou não insulino dependente;

Os pacientes diabéticos freqüentemente apresentam xerostomia (secura na boca)

diminuição na saliva, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação;

Menos freqüentemente observa-se tumefação de glândula parótida, abscessos recorrentes e aumento no número de cáries;

É comum a modificação da flora bucal, havendo uma predominância de colônias de estreptococos hemolíticos e estafilococos, com tendência a candidíase oral e Queilite angular. Porém a prevalência é a doença periodontal, encontrada em 75% dos pacientes diabéticos.

Para os pacientes com diabetes, é importante que em qualquer procedimento odontológico ele esteja tranqüilo e, principalmente, não sinta dor, pois o medo, a ansiedade são fatores de estresse, que podem causar alterações na glicemia. Assim a indicação de medicação ansiolítica poderá ser importante para alguns usuários.

O tratamento adequado de pacientes diabéticos exige uma perfeita integração entre o trabalho do médico e do dentista, pois intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em pacientes que estão bem controlados, e para isso é fundamental a monitorização da glicemia.

É importante a orientação, para que o paciente seja inscrito no Programa do Diabetes da Unidade de Saúde;

Outro fator importante é a higiene bucal que deve ser criteriosa, pois, a diabetes é um fator de risco para a periodontite, assim como dados sugerem que a periodontite também pode ser um fator de risco para o diabetes.

Infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose, daí a importância de se priorizar o tratamento odontológico do diabético.

A hipoglicemia e a cetoacidose são complicações agudas que podem ocorrer na diabetes:

Hipoglicemia: acontece quando a glicose se encontra abaixo de 45mg.

O procedimento odontológico deve ser interrompido, soluções açucaradas ministradas de imediato, e solicitada a presença do médico.

Cetoacidose: apresenta-se quando há aumento de corpos cetônicos no plasma levando à acidose (pH sanguíneo abaixo de 7,35), envolvendo uma alta taxa de glicose sanguínea.

Os usuários com estes sinais e sintomas devem ser encaminhados ao médico para avaliação imediata.

O Programa De Controle de Placa

Deve ser estabelecido a partir da primeira consulta.

A manutenção de uma flora não patogênica é importante, e, se necessário, deve ser preconizado o controle químico com clorexidina.

TRATAMENTO

O tratamento odontológico deve preferencialmente ser realizado pela manhã e em sessões curtas.

A predisposição à infecção, a cicatrização difícil e a fragilidade capilar constituem complicações importantes no pós-operatório se a glicose não estiver controlada nesse período, o que contra-indica a intervenção cirúrgica em usuários não controlados.

O tipo de diabete e as condições cardiovasculares são importantes na escolha e quantidade do vasoconstritor a ser usado.

Fios de retração gengival impregnados com agentes vasoconstritores, que podem causar uma rápida elevação da pressão arterial e na concentração de glicose sanguínea, são contra-indicados.

A indicação de medicamentos para o controle da dor merece cautela, devido à possibilidade de interação medicamentosa, devendo o médico ser consultado sempre que necessário antes de se prescrever algum medicamento.

O tratamento deve ser norteado pela situação clínica e em termos gerais pode ser planejado da seguinte forma:

Usuários compensados: tratamento normal com devidos cuidados.

Usuários compensados, com história anterior de alguma complicação: tratamento normal, considerando a hospitalização para atos cirúrgicos moderados ou extensos. O propósito da hospitalização é proteção do usuário e maior segurança do profissional.

Usuários não compensados: preferencialmente adiar o tratamento até as condições gerais estarem estabilizadas. Em caso de urgência, recomenda-se

administrar antiinflamatórios, antibióticos e analgésicos, de acordo com a necessidade, evitando-se a intervenção.

PROTOCOLO 5

O USUÁRIO HIPERTENSO

Porta de entrada: Unidade básica/PSF.

Usuário é acolhido no PSF através de demanda espontânea, visita domiciliar ou busca ativa. Usuário com queixa referente à sua saúde bucal.

A avaliação geral do usuário, primeiro passo na assistência odontológica, possibilita ao CD identificar o estado clínico do mesmo. Neste primeiro contato com o usuário, a agente comunitária de saúde pode fornecer informações importantes à equipe de saúde bucal ajudando na classificação do usuário como sendo ou não de risco.

Medida de pressão arterial sistólica (máxima) maior do que 140mmhg e/ou de pressão diastólica (mínima) maior ou igual 90mmhg significam necessidade de encaminhamento ao médico para avaliação do caso.

Caso a hipertensão seja diagnosticada por ocasião da consulta odontológica, o usuário deve ser encaminhado ao médico para controle. À medida que a pressão for controlada, deve-dar prosseguimento ao tratamento odontológico.

O tratamento Deve ser Norteadado Pela Situação Clínica e em Termos Gerais Pode Ser Planejado da Seguinte Forma:

Procedimentos não cirúrgicos e cirúrgicos simples executados normalmente em usuários com hipertensão leve.

Em cirurgias maiores (extrações múltiplas, por exemplo) considerar o uso de sedativos juntamente com o médico.

Em casos de hipertensão moderada ou grave, mesmo controladas, interagir sempre com o médico assistente para definir conduta para todos os procedimentos, baseando-se no custo-benefício e na necessidade individual de cada usuário para o uso de ansiolíticos.

Orientações Gerais

É recomendado para consulta odontológica: tempo de intervenção clínica o mais breve, posição na cadeira odontológica com encosto menos reclinado, orientação ao usuário sob como proceder para se levantar (mudanças bruscas de posição podem levar a hipotensão postural), uso de medicação tranqüilizante para o usuário que se apresentar apreensivo (a ansiedade frente ao tratamento odontológico pode ser responsável pela elevação temporária da pressão arterial) e interrupção do atendimento o mais rápido possível sempre que o usuário apresentar algum desconforto.

Os sais anestésicos usuais não estão contra-indicados, podendo ser usados sem vaso-constritor em procedimentos curtos (menos de 30 minutos) O uso de vasoconstritores não está contra-indicado, devendo ser usado em concentrações mínimas. A anestesia local deve ser eficaz e infiltrada lentamente.

A crise hipertensiva é caracterizada pelo aumento súbito e severo da pressão arterial, acompanhado ou não de sintomas e sinais - dor de cabeça, náusea, vômito, sonolência, visão turva, hemiparesias - que põem em risco a integridade cardiovascular e a vida do usuário.

Pode acontecer no consultório odontológico, e recomenda-se o encaminhamento imediato à equipe médica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância do estudo para o nosso aprendizado acreditamos que o mesmo subsidiará o trabalho da equipe do Programa de Saúde da Família no que tange ao atendimento dos grupos prioritários portadores de doenças como tuberculose, hanseníase, síndrome da imunodeficiência adquirida, diabetes e hipertensão que necessitam de acompanhamento do dentista no cuidado das doenças que atingem a boca.

A concordância entre os resultados obtidos com a criação dos protocolos, certamente diminuirá os fatores de riscos associados às doenças apresentadas por esses usuários quando os mesmos procurarem a atenção primária com queixas em relação à saúde bucal.

Finalmente, a importância dos protocolos para os serviços nos levará a validar e programar para que todos os profissionais da saúde possam ter uma visão mais ampla do atendimento do dentista e sua importância para a clientela.

Os protocolos devem ser usados pelos usuários pertencentes ao distrito de Engenheiro Dolabela, do município de Bocaiúva, Minas Gerais.

A construção dos protocolos procurou-se utilizar uma linguagem de fácil entendimento pelos usuários pertencentes aos grupos prioritários que procuram o serviço de atenção primária.

7. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** – Saúde do Adulto – Hanseníase. Vol 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** – Saúde do Adulto – Tuberculose. Vol 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** – Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes. Vol 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** – Saúde do Adulto – HIV/AIDS. Vol 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** – Saúde do Idoso. Vol 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** – Saúde Bucal. Vol 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica** – Oficina de Gestão da Clínica. Vol 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARDOSO, F.C. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

CHAPPER, Ana; GOLDANI, Marcelo Zubarán. A Participação de Odontólogos em Equipes Multidisciplinares, Ver. Fac. Odont. Porto Alegre; 45(2): 3 – 5, dez. 2004.

COUTO, F. **Protocolo de Enfermagem: Funções do funcionário da Sala de Anestesia do CCI do Hospital das Clínicas da UFMG/Limpeza, Desinfecção e Esterilização dos Equipamentos e Materiais de Anestesia**. Trabalho de Conclusão de Curso – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.

FARIA, H.P et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008b.

FARIA, H.P et al. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

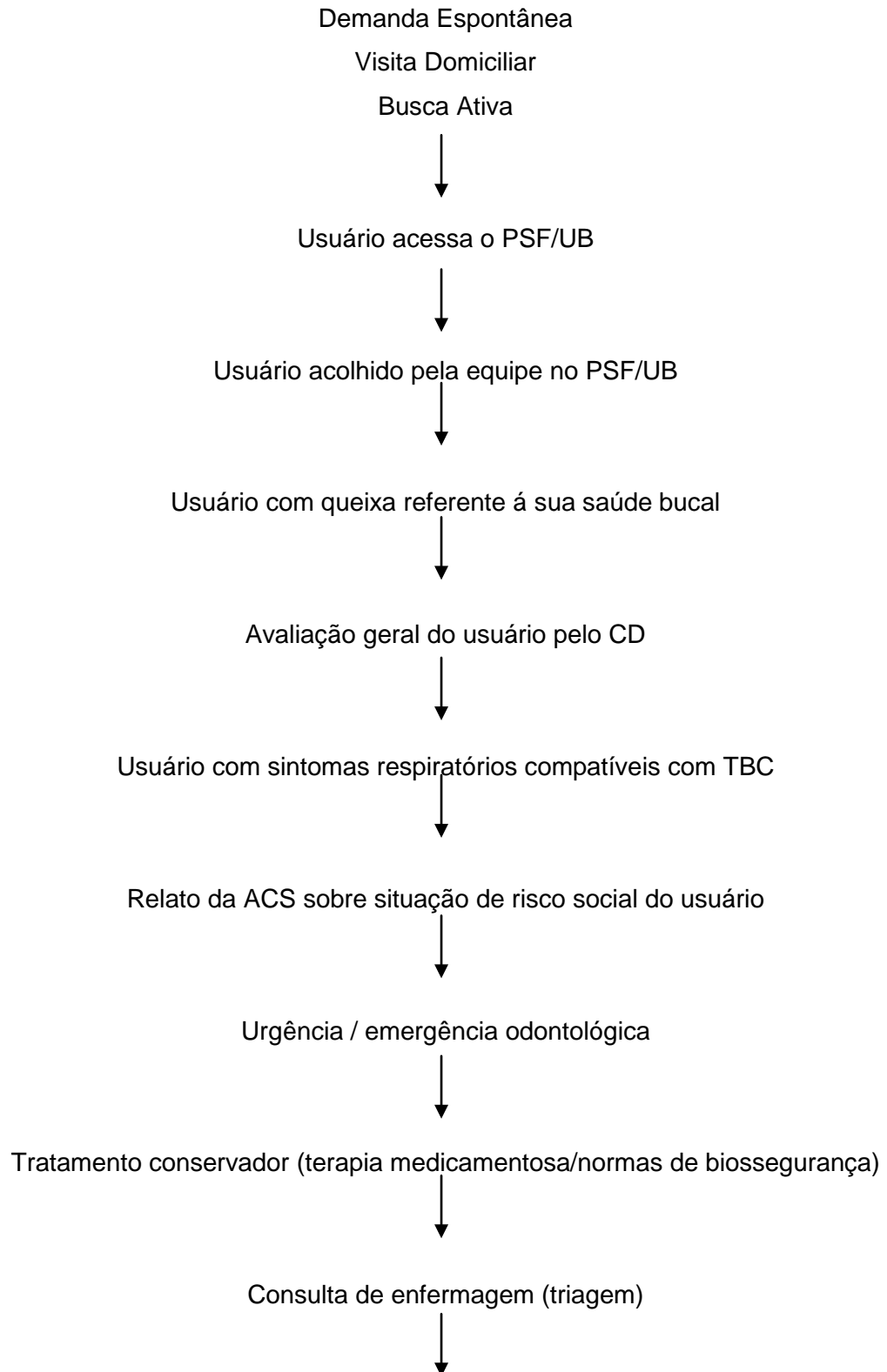
FERREIRA, R. A. 1997. Odontologia: Essencial para a qualidade de vida. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, 51:514-521.

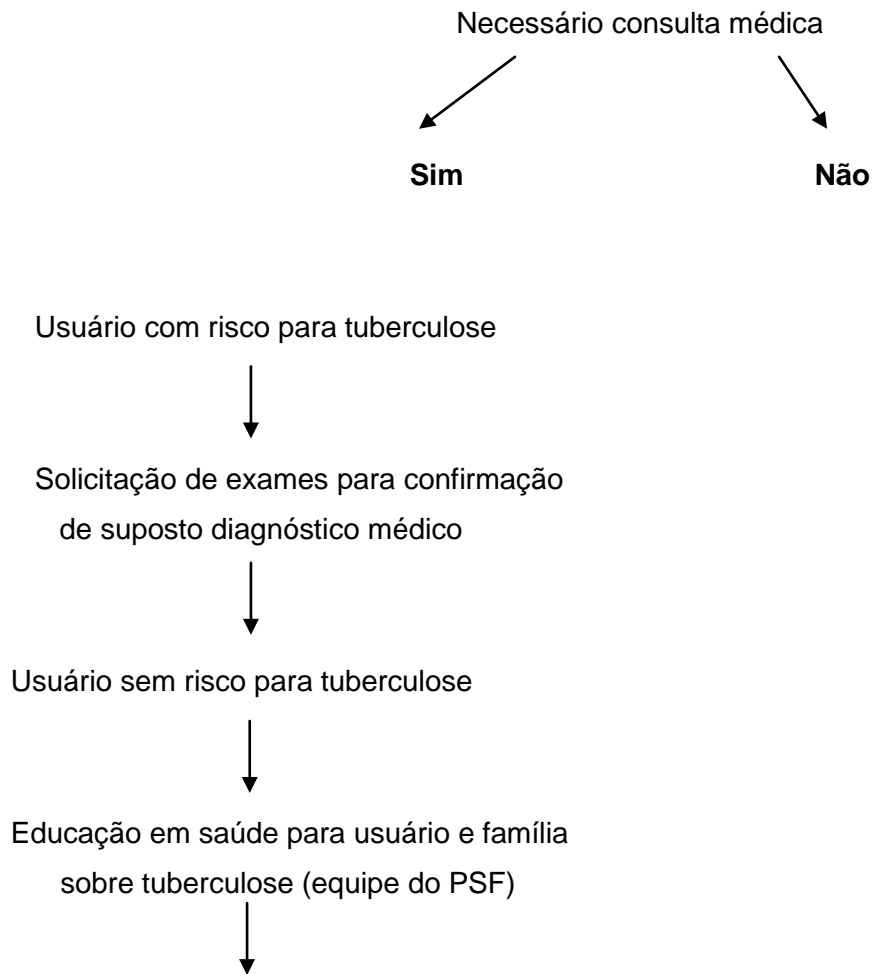
SOUZA, Sônia Regina. Procedimentos e Protocolos, Ed. Guanabara Koogan S/A. Rio de Janeiro.

WERNECK, M. et al. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

APÊNDICE

Fluxograma (Usuário Portador de Tuberculose)





Confirmação de diagnóstico

Tratamento odontológico normal



Início da quimioterapia p/ tuberculose



Busca na família do usuário pela equipe (ACS / auxiliar de enfermagem / enfermeiro) com objetivo de identificar casos suspeitos de tuberculose + educação em saúde.



Finalização da quimioterapia para tuberculose



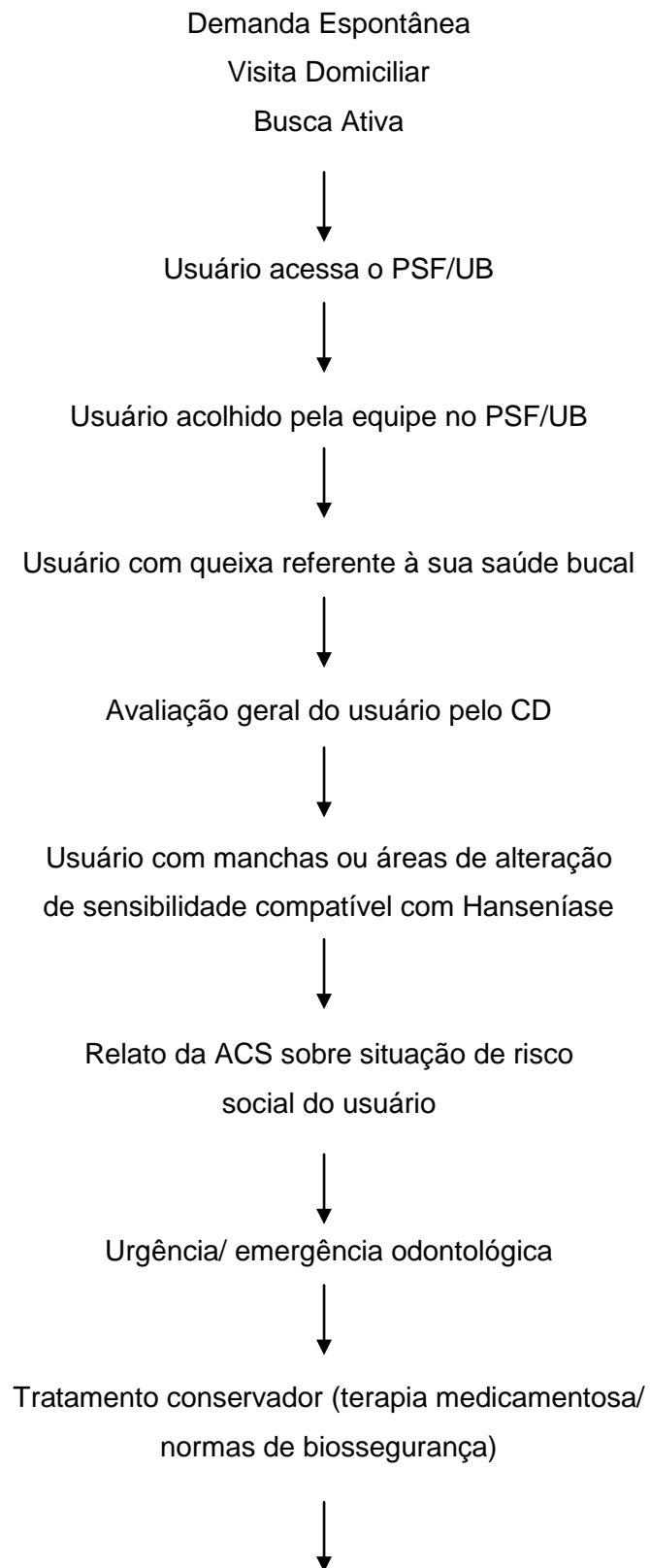
Médico é consultado pelo CD sobre a infectividade/ resultado da baciloscopia/ e exame de RX.

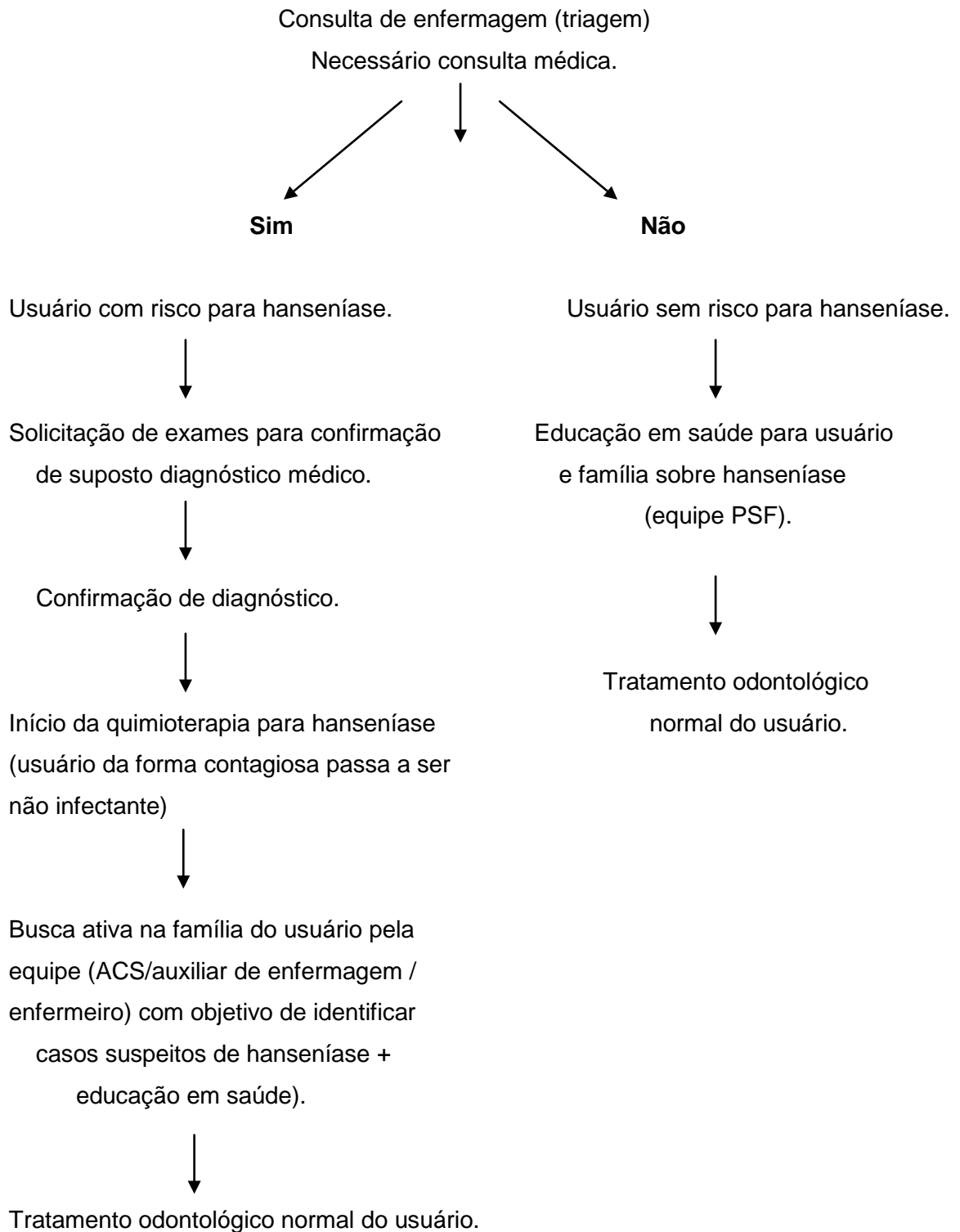


Usuário com alta por cura

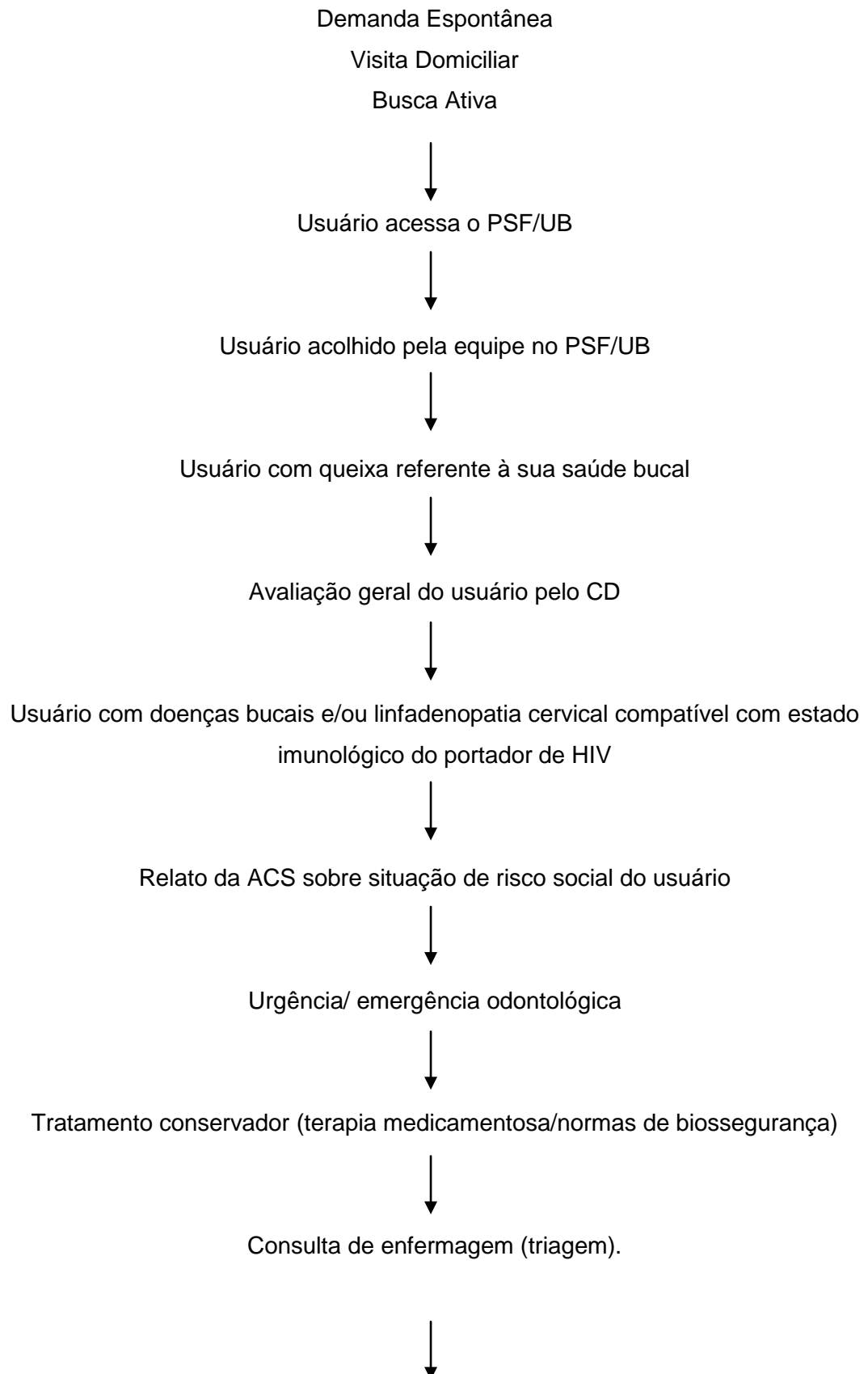


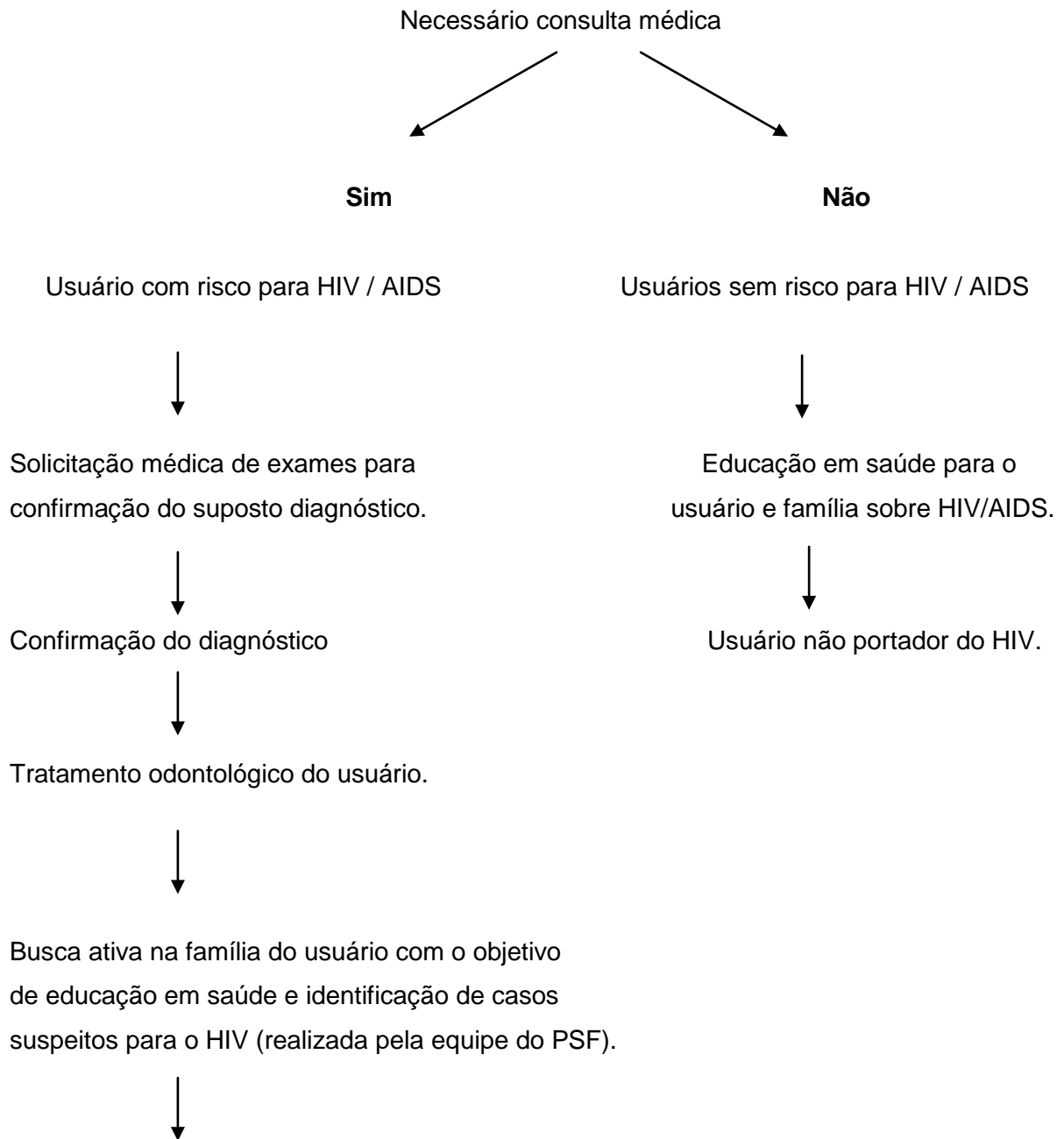
Tratamento odontológico normal do usuário.

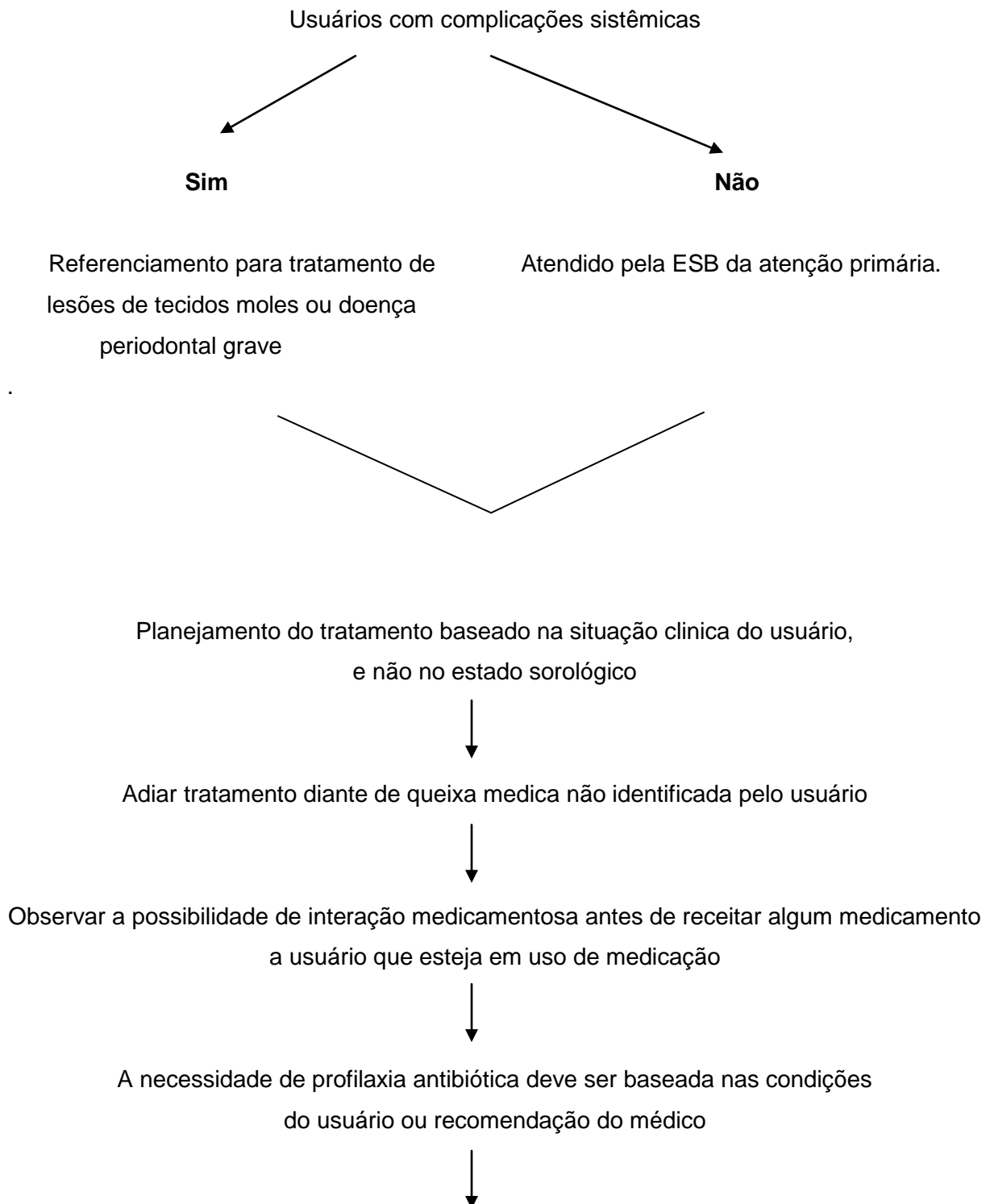
Fluxograma (Usuário Portador de Hanseníase)

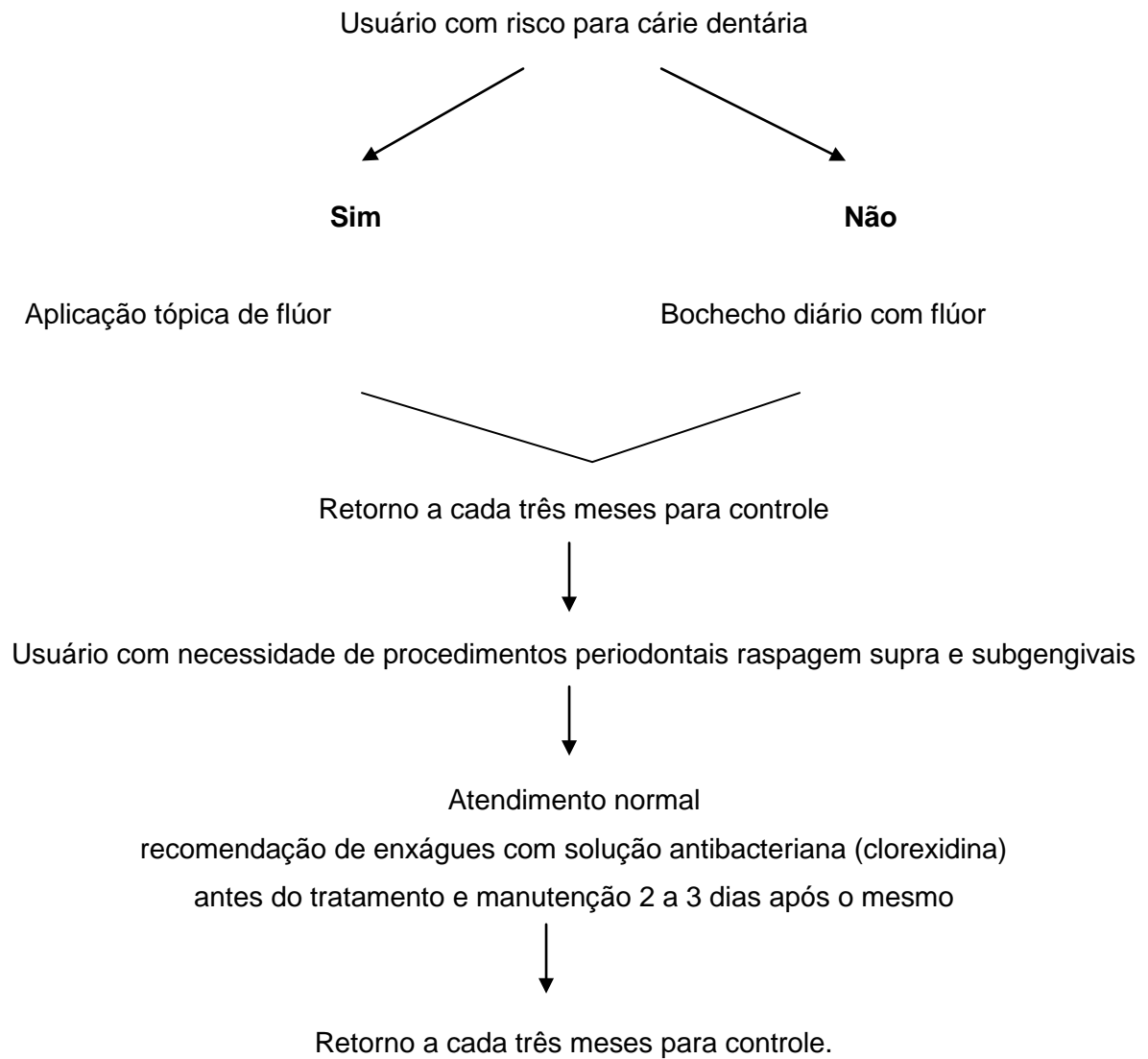


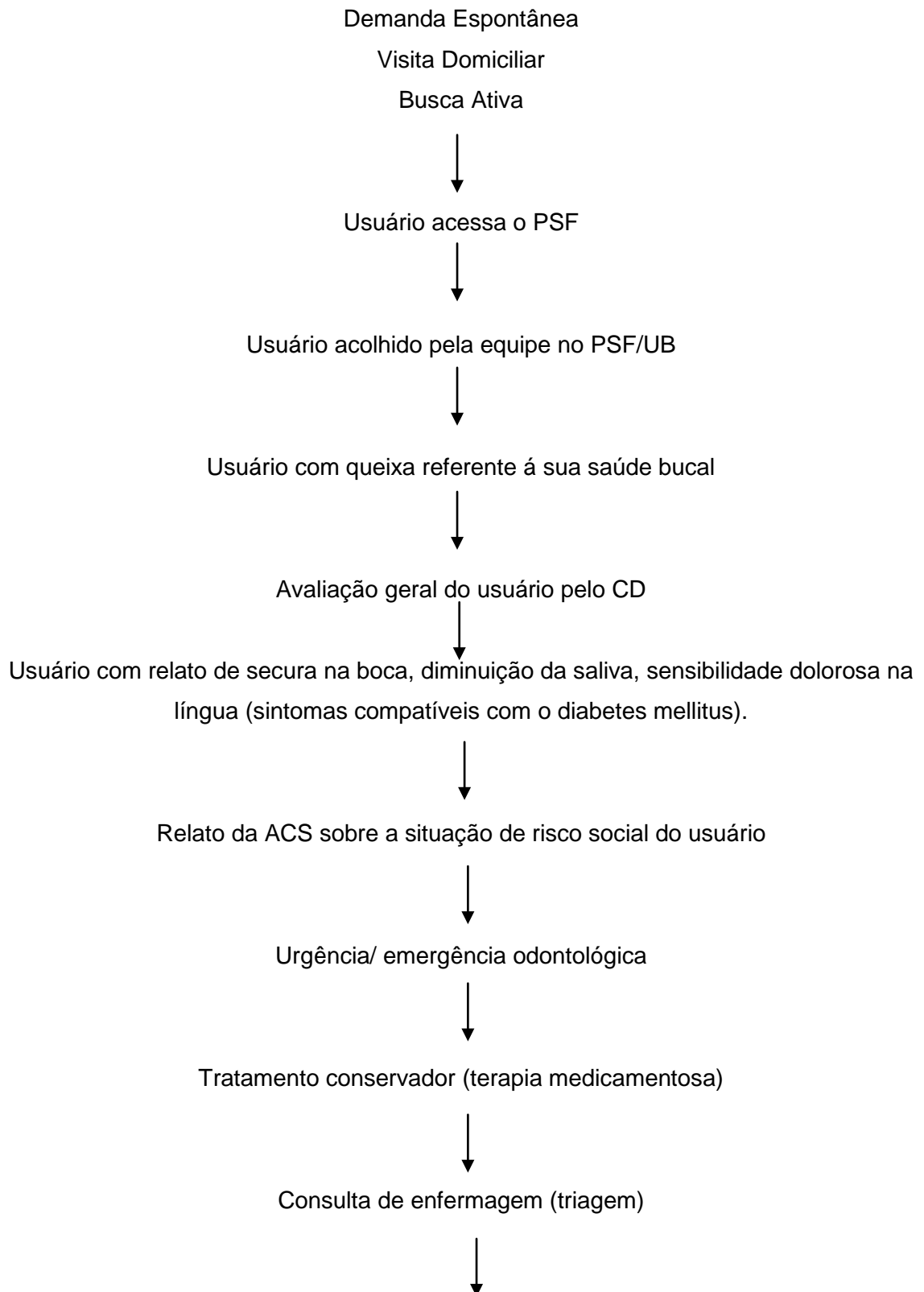
Fluxograma (Usuário Portador de HIV/AIDS)

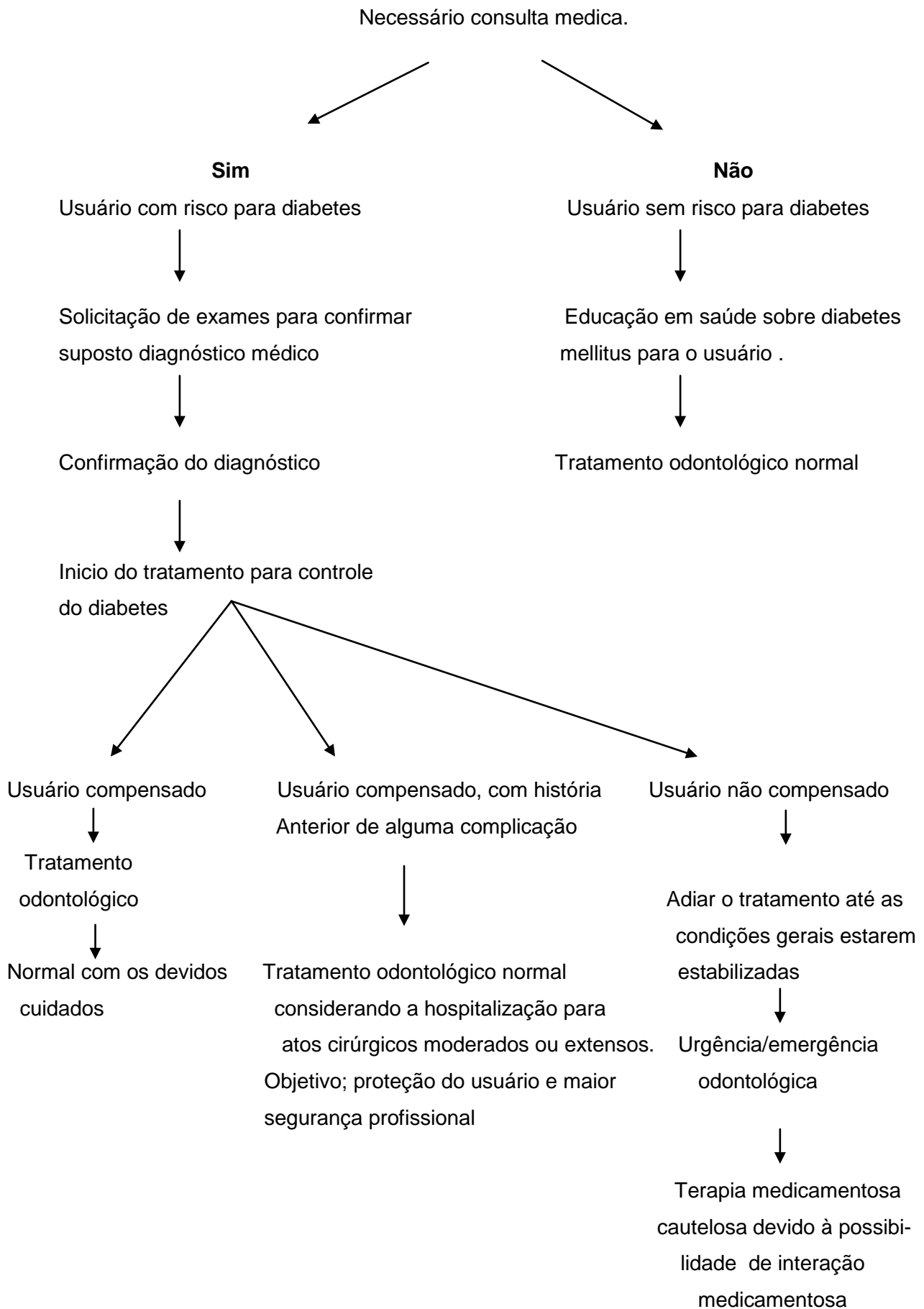


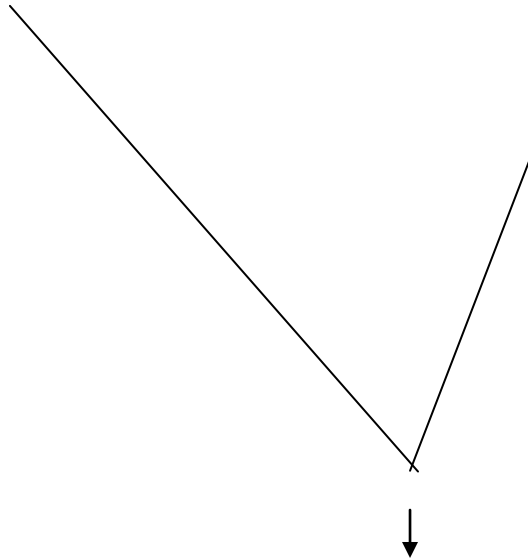






Fluxograma (Usuário Portador de Diabetes Mellitus)





Estabelecer programa de controle de placa a partir da primeira consulta



Indicação de medicação ansiolítica pode ser importante para alguns usuários. O medo e a ansiedade são fatores do estresse, que podem causar alterações na glicemia.



Preferencialmente tratamento odontológico realizado pela manhã e em sessões curtas.



Infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose, daí a importância da priorização do tratamento odontológico do diabético.



Tratamento odontológico do usuário diabético terminado.



Garantir retorno programado para manutenção de acordo com as características de saúde e necessidade apresentadas.

Fluxograma (Portador de Hipertensão Arterial)