

Especialização Multiprofissional em
Saúde da Família



Eixo III – A Assistência na Atenção Básica

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Odontologia
2ª edição



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

AUTORES 1ª EDIÇÃO

Calvino Reibnitz Júnior

Fernanda Lazzari Freitas

Flávia Regina Souza Ramos

Heitor Tognoli

Lúcia Nazareth Amante

Luiz Roberto Agea Cutolo

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

AUTORES 2ª EDIÇÃO

Calvino Reibnitz Júnior

Fernanda Lazzari Freitas

Flávia Regina Souza Ramos

Heitor Tognoli

Lúcia Nazareth Amante

Luiz Roberto Agea Cutolo

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Fernanda Alves Carvalho de Miranda

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde do Adulto

Odontologia

2ª Edição

Eixo III

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2012

© 2012 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Atenção integral à saúde do adulto: odontologia [Recurso eletrônico] /
Universidade Federal de Santa Catarina; Calvino Reibnitz Júnior; Fernanda
Lazzari Freitas; Flávia Regina Souza Ramos. 2. ed. – Florianópolis :
Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

91 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Introdução à Atenção Integral à Saúde do Adulto. –
Atenção Integral aos Usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis. –
O Cuidado no Uso de Anestésicos e Medicamentos nas Atividades Clínicas
Odontológicas. – Lesões de Mucosa mais Frequentes na Cavidade Bucal.
– Experiências Exitosas do Trabalho Interdisciplinar na Atenção Básica em
Saúde do Adulto Primária.

ISBN: 978-85-8267-008-8

1. Saúde do adulto. 2. Atenção primária à saúde. 3. Odontologia preventiva.
4. Doença crônica. 5. Saúde bucal. I. UFSC. II. Reibnitz Júnior, Calvino. III.
Freitas, Fernanda Lazzari. IV. Ramos, Flávia Regina Souza. V. Título. VI. Série.

CDU: 613.97

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Marlete Vieira

Revisão Textual: Maria Geralda Soprana Dias, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO	13
1.1 Atividades de grupo para a população adulta.....	15
1.2 Atividades de sala de espera.....	16
1.3 Visita domiciliar.....	16
REFERÊNCIAS	18
UNIDADE 2 ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	21
2.1 Ampliando a capacidade de intervenção.....	22
2.1.1 Fundamentos para a abordagem integral de DCNT	22
REFERÊNCIAS	28
UNIDADE 3 O CUIDADO NO USO DE ANESTÉSICOS E MEDICAMENTOS NAS ATIVIDADES CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS	31
3.1 O uso de anestésicos locais na clínica odontológica	31
3.2 Cuidados no uso de anestésicos em mulheres em período gestacional e em pessoas idosas	38
3.3 Uso racional dos analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos em odontologia	38
3.4 Implicações da polifarmácia em odontologia	50
3.5 Cuidados na administração de medicamentos em adultos com comprometimento sistêmico.....	53
REFERÊNCIAS	59
UNIDADE 4 LESÕES DE MUCOSA MAIS FREQUENTES NA CAVIDADE BUCAL	61
4.1 Lesões brancas da mucosa bucal.....	61
4.1.1 Lesões brancas que podem ser removidas por raspagem	61
4.1.2 Lesões brancas que não podem ser removidas por raspagem	64
4.2 Lesões vermelhas da mucosa bucal.....	67
4.2.1 Candidíase eritematosa.....	67
4.2.2 Eritroplasia.....	67
4.3 Lesões pigmentadas da mucosa bucal.....	68
4.3.1 As lesões pigmentadas de origem exógena	68
4.3.2 As lesões pigmentadas de origem endógena	68
4.4 Lesões que levam a alterações de volume da mucosa bucal	69
4.4.1 Lesões reativas da mucosa bucal.....	69
4.4.2 Lesões neoplásicas da mucosa bucal.....	71
4.5 Conduta preventiva do câncer bucal.....	72
REFERÊNCIAS	78

UNIDADE 5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA — SAÚDE DO ADULTO	81
5.1 Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária.....	81
5.2 Calendário educativo da saúde.....	82
5.3 Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo	83
5.4 Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária	86
REFERÊNCIAS	87
SÍNTESE DO MÓDULO	88
AUTORES.....	89

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Seja bem-vindo(a)!

Com o presente módulo, que aborda a Atenção Integral à Saúde do Adulto, pretendemos levantar aspectos relacionados à atenção à pessoa adulta e ao processo de trabalho na Atenção Básica.

Assim, o conteúdo foi organizado de modo a contemplar a discussão sobre a aquisição de uma série de habilidades e atitudes necessárias às ações em saúde direcionadas aos indivíduos nessa faixa etária, reforçando a importância de uma postura diferenciada, solidária e acolhedora. Para tanto, estudaremos a importância das atividades de grupo para a população adulta, atividades de sala de espera e visita domiciliar, atenção integral à saúde do adulto na Atenção Básica, atenção integral aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, o cuidado no uso de anestésicos e medicamentos nas atividades clínicas odontológicas, as lesões de mucosa mais frequentes na cavidade bucal.

Os conteúdos foram distribuídos e apresentados com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe de Atenção Básica e para que ofereçam subsídios e conhecimentos sobre o tema, orientando o profissional de saúde para uma atenção integral à saúde do adulto no contexto da Atenção Básica. Esses conteúdos abordam os problemas mais prevalentes na prática clínica da atenção à saúde do adulto, e conseqüentemente nas ações que devem ser empregadas no enfrentamento de tais problemas.

Outro aspecto relevante a ser destacado neste módulo é a apresentação de exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre a Equipe de Saúde da Família – ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Busca-se com isto, reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar.

Sem a pretensão de esgotar os temas abordados, o texto traz um referencial atualizado, baseado em evidências científicas. Pretendemos colaborar na construção de um processo de trabalho fundamentado na integralidade em suas diferentes vertentes ou sentidos, um verdadeiro e constante desafio para o profissional de saúde.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos acerca da Atenção Integral à Saúde do Adulto no âmbito da Atenção Básica brasileira.

Desejamos a você um ótimo proveito desse material!

Ementa

Abordagem integral à saúde do adulto; humanização da assistência; trabalho interdisciplinar em equipe; atenção integral à saúde do adulto na Atenção Básica; a atenção integral aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis; o cuidado no uso de anestésicos e medicamentos nas atividades clínicas odontológicas; lesões de mucosa mais frequentes na cavidade bucal; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica – saúde do adulto.

Objetivo geral

Compreender a atenção à saúde do adulto de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas à saúde do adulto na perspectiva do cuidado integral à saúde, da humanização da assistência e do trabalho interdisciplinar.

Objetivos específicos

- Contextualizar a saúde do adulto no cenário brasileiro com vistas ao reconhecimento das possibilidades de atenção fundamentadas pela clínica ampliada e à integralidade do cuidado, tais como as atividades de grupo para a população adulta, de sala de espera e a visita domiciliar.
- Compreender as ações envolvidas na promoção da atenção integral à saúde do adulto na Atenção Básica, com enfoque às ações direcionadas aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis.
- Conhecer os anestésicos e medicamentos e compreender sua utilização nas atividades clínicas odontológicas.
- Refletir sobre as lesões de mucosa na cavidade bucal que mais acometem a população adulta, reorganizando a atenção com vistas à integralidade da atenção à saúde do adulto.
- Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na Atenção Básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado.

Carga horária: 30h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Introdução à atenção integral à saúde do adulto

Unidade 2: Atenção integral aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis

Unidade 3: O cuidado no uso de anestésicos e medicamentos nas atividades clínicas odontológicas

Unidade 4: Lesões de mucosa mais frequentes na cavidade bucal

Unidade 5: Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica – saúde do adulto

PALAVRAS DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo a este módulo!

O trabalho da equipe na Atenção Básica possui características próprias singulares que lhe conferem a capacidade de acompanhar a população ao longo do tempo. Esta oportunidade permite aos profissionais que atuam neste nível de atenção, não apenas alcançar a longitudinalidade do cuidado, mas também estabelecer vínculos e laços solidários com a comunidade. Neste contexto, a população desloca-se do papel tradicional de receptor de ações definidas unilateralmente pela equipe, para assumir suas funções de protagonista do cuidado e de cidadão, discutindo coletivamente questões de qualidade de vida, bem-estar, determinantes de saúde do seu território, na perspectiva da corresponsabilização, da cogestão e da integralidade do cuidado.

Os adultos compõem uma parcela significativa assistida pelas equipes de saúde na Atenção Básica, e as mudanças do perfil demográfico brasileiro fazem com que, nas últimas décadas, o número de pessoas nesta faixa etária aumente no país. A procura pelos serviços de saúde por parte desta população ocorre em diversas situações, mas principalmente por doenças crônicas e aquelas relacionadas ao trabalho.

Neste contexto, este módulo estrutura-se de modo a que sejam compreendidas as estratégias de trabalho direcionadas a pessoas adultas no âmbito da Atenção Básica, procurando identificar suas necessidades de saúde e organizar o processo de cuidado a partir delas, entendendo que estes são pontos fundamentais para a qualidade da atenção integral à saúde do adulto. As ações devem ser desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica de modo articulado com a comunidade, especialmente aquelas relacionadas à prática clínica, como no caso das doenças crônicas e patologias transmissíveis prioritárias, sexualmente transmissíveis, e aquelas ligadas à obesidade e aos transtornos alimentares.

Consideramos que os profissionais da Atenção Básica também devam levar em conta em sua abordagem os aspectos sociais e culturais do território adscrito e a relação destes com os problemas prevalentes na população adulta. Neste módulo em particular, buscar-se-á compreender o papel do dentista na equipe multiprofissional e a sua atuação na busca da integralidade do cuidado em saúde da população adulta.

Desejamos a você um ótimo proveito deste material!

Bons estudos!

Calvino Reibnitz Júnior
Fernanda Lazzari Freitas
Flávia Regina Souza Ramos
Heitor Tognoli
Lúcia Nazareth Amante
Luiz Roberto Agea Cutolo
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Odontologia

Unidade 1



1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO

Nas últimas décadas, o país passou por diversas mudanças, dentre as quais o processo de urbanização, a intensa migração, o aumento da expectativa de vida, a redução da fecundidade e as transformações na composição das famílias. Essas mudanças contribuíram para que a estrutura etária da população brasileira também se modificasse, ampliando-se o número de pessoas adultas, aquelas com idade entre 20 e 59 anos.

Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, as doenças crônico-degenerativas aparecem como principais causas de morbidade e mortalidade.

Essa população adulta, em nosso país, está exposta a fatores de risco, como baixos níveis de atividade física (15%), consumo de alimentos com alto teor de gordura (34%), consumo de refrigerantes cinco ou mais dias na semana (28%), e baixo consumo de frutas e hortaliças. Apenas 18,2% da população adulta consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana. A prevalência de excesso de peso e a obesidade atingem 48% a 14% dos adultos respectivamente (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis correspondem a 72% das mortes no Brasil, atingindo principalmente as camadas mais pobres da população. No entanto, na última década, observou-se uma redução de 20% na taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, sendo essa diminuição atribuída à expansão da Atenção Básica, à melhoria na assistência e à redução do tabagismo nas últimas duas décadas (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o Ministério da Saúde propõe um Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para o período de 2011 a 2022, abordando as doenças do aparelho circulatório, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes. Enfatiza neste plano a necessidade de enfrentamento dos fatores de risco, incluindo o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a inatividade física, a alimentação inadequada e a obesidade.

Ao mesmo tempo, é importante que a equipe de saúde esteja atenta às doenças transmissíveis que também acometem esse grupo populacional. A AIDS, as hepatites virais e a tuberculose são destaque nas políticas públicas direcionadas ao grupo populacional em questão.

A Atenção Integral à Saúde do Adulto possui um caráter transversal nas políticas públicas de saúde e está presente sob diferentes perspectivas, como nas políticas de promoção da saúde e de atenção às doenças, exigindo de gestores, profissionais (saúde, educação, etc.) e comunidade um esforço coletivo para o fortalecimento da rede de serviços de saúde, para a melhoria das condições de vida.

A fim de organizar a atenção à saúde do adulto no Brasil, o Ministério da Saúde estruturou-se em diferentes áreas técnicas, entendendo que a proposição de políticas específicas, como a saúde da mulher, a saúde do idoso ou a saúde mental, responde às principais demandas dessa parcela da população. Essas políticas possuem, por sua vez, uma longa história de construção, que é produto de movimentos sociais, intelectuais e políticos, até virem a expressar a defesa de valores essenciais para cada um dos campos, e de acordo com especificidades desses sujeitos: necessidades, demandas, agravos, modos de viver.

Em virtude dessa transversalidade, as políticas públicas direcionadas à saúde do adulto estão fortemente presentes na estruturação da Atenção Básica Ampliada, em que diferentes áreas estratégicas são entendidas como prioritárias e, por isso, possuem políticas próprias, como Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente e Jovem, Saúde do Trabalhador. Outras áreas estratégicas são trabalhadas em programas e projetos especiais, como os dirigidos para a saúde indígena, hipertensão e diabetes, alimentação e nutrição, para as urgências, hepatites, DSTs/AIDS.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é uma das últimas políticas implementadas no âmbito do SUS e evidencia os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem. Este documento reconhece os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde. A mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios desta política, que pretende politizar e sensibilizar os homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania (BRASIL, 2008, p. 7).

É importante que a equipe de saúde esteja atenta às especificidades da população adulta de seu território e promova com esta o estímulo a hábitos saudáveis dentro da política de promoção de saúde, objetivando reduzir a incidência de doenças crônicas. Além disso, a equipe de saúde tem um importante papel também na atenção às doenças transmissíveis, com ações de educação em saúde e medidas de prevenção, monitoramento e controle.



Na Prática

Aproveite este momento para rever a configuração da população adulta de seu território e as ações que a sua equipe de saúde desenvolve, cuidando dessa parcela da população. A seguir, veremos algumas ações importantes a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde no cuidado à população adulta. Acompanhe.

1.1 Atividades de grupo para a população adulta

Grande parte da população adulta possui alguma doença crônica. Diante desta realidade, algumas ações em saúde podem ser particularmente úteis para promover o cuidado às pessoas com tais problemas, assim como para grupos de pessoas que possuam um problema em comum.

As atividades de grupo são estratégias promissoras para o enfrentamento dos problemas crônicos apresentados pela população adulta, uma vez que facilitam o acompanhamento desses usuários e fortalecem o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. Esta ação propicia espaço para a troca de experiências entre profissionais-usuários e usuários-usuários, educação em saúde e criação de rede de apoio dentro da comunidade. Ademais, estimula os usuários a serem protagonistas na construção de sua condição de saúde.

Algumas sugestões de grupos destinados à população adulta: Grupos de Promoção à Saúde para portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, Grupo de Atividade Física, Grupo de Saúde Mental, Grupo de Trabalhos Manuais, Grupo de Tabagismo e Grupo de Reabilitação.

Em toda atividade de grupo, é importante o planejamento. Um planejamento mínimo é essencial para o bom andamento de um grupo, para o alcance dos objetivos e melhor aproveitamento do tempo.

De acordo com o objetivo, a faixa etária, o interesse do grupo, as características da comunidade, a criatividade e a opção metodológica da equipe, existe uma grande variedade de opções para se trabalhar determinado conteúdo nas atividades de grupo. Sugerimos a [pedagogia problematizadora](#)¹, em que o educador busca construir o conhecimento a partir da realidade do educando, trabalhando com

¹ Paulo Freire, que é um educador muito valorizado internacionalmente, é considerado o “pai” da pedagogia problematizadora.

base nos conhecimentos pré-adquiridos. Buscam-se soluções em conjunto, de forma a constituir um educando ativo, crítico, com liberdade para expressar suas percepções e opiniões, numa relação menos hierárquica.

O tamanho do grupo depende dos seus objetivos. Para facilitar o processo, grupos terapêuticos, por exemplo, não devem ter mais que 15 participantes. Já os grupos de atividade física podem ser maiores.

É preciso ter claro que o profissional de saúde está no grupo com um papel definido e que não é um mero participante. Tem a responsabilidade de utilizar seus conhecimentos para contribuir de alguma forma com a melhoria da saúde do grupo. Durante o planejamento do grupo, é bom que já se defina quem serão o coordenador e o relator. Isso evita que, na hora do andamento do grupo, os profissionais de saúde fiquem competindo pela coordenação ou cada um instigue o grupo para direções diferentes.

1.2 Atividades de sala de espera

A sala de espera é território muitas vezes pouco utilizado pelos profissionais de saúde. É um espaço que possibilita práticas pontuais de educação em saúde e troca de informações. Os profissionais de saúde podem utilizá-la para esclarecimentos sobre o fluxo de atendimento na Unidade, atividades de educação em saúde, exibição de vídeos e até atividades lúdicas.



Link

Grupo sala de espera: trabalho multidisciplinar em unidade básica de saúde. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2_10Grupo.pdf>.

1.3 Visita domiciliar

A visita domiciliar na Atenção Básica tem como objetivo ações de vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio. A visita domiciliar é, sem dúvida, uma das principais ferramentas da Estratégia Saúde da Família (ESF), por aproximar a equipe de saúde à família. Através dela, a equipe passa a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade e as potencialidades da família na construção de soluções para seus problemas. Propicia a corresponsabilidade do indivíduo ou da família, tornando-o sujeito para decidir junto com a equipe sobre os problemas de saúde e agravos.

Todos os membros da equipe devem realizar visitas domiciliares. O trabalho em equipe é fortalecido, e a integralidade de atenção aos usuários é favorecida pela troca de informações e conhecimentos das competências de todas as disciplinas envolvidas (profissionais da ESF e os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF).

Quanto à população adulta, as visitas podem ser efetuadas em diferentes situações: portadores de doenças crônicas com limitação física, egressos de hospital com condição incapacitante, usuários em fase terminal, portadores de doença mental com limitação de acesso à unidade de saúde, abordagem familiar, busca ativa de marcadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou de doenças de notificação compulsória.

Apesar de ser uma ferramenta preciosa do trabalho em Atenção Básica à Saúde, a assistência domiciliar traz algumas reflexões éticas desse procedimento: o cuidado deve ser determinado pelo usuário, não pela patologia, grupo etário ou área de risco; deve-se obter consentimento da família para a realização da visita e respeito à autonomia da família em relação aos cuidados domiciliares.

Todas as ações sugeridas devem ser avaliadas rotineiramente. A avaliação proporciona a retomada dos objetivos definidos no planejamento e análise do que foi alcançado. Muitas vezes, a avaliação auxiliará na mudança das práticas ou no incremento de algumas ações já em execução. Assim, a avaliação deve ser adotada rotineiramente no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Sua equipe já desenvolve essas atividades voltadas para esse grupo populacional de seu território? Se a resposta for afirmativa, parabéns! Caso seja negativa, leve esta discussão para uma reunião de sua equipe! A reunião de equipe é um momento importante para discutir e avaliar o processo de trabalho que está sendo desenvolvido e também para, a partir disso, construir novas estratégias de ação, caso necessário.

SÍNTESE DA UNIDADE

O Ministério da Saúde, atento às mudanças do perfil epidemiológico e à realidade socioeconômica brasileira, orienta para uma atuação em saúde voltada à assistência integral com especial atenção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, no entanto, sem negligenciar as doenças transmissíveis e a atenção a outras necessidades individuais e coletivas em saúde que a população apresente ou que os profissionais de saúde identifiquem. A assistência deve, ainda, valorizar estratégias de atuação coletivas – como o desenvolvimento de grupos operativos, as atividades de sala de espera e as visitas domiciliares – na perspectiva da educação problematizadora e da ação interdisciplinar, com vistas à integralidade do cuidado.

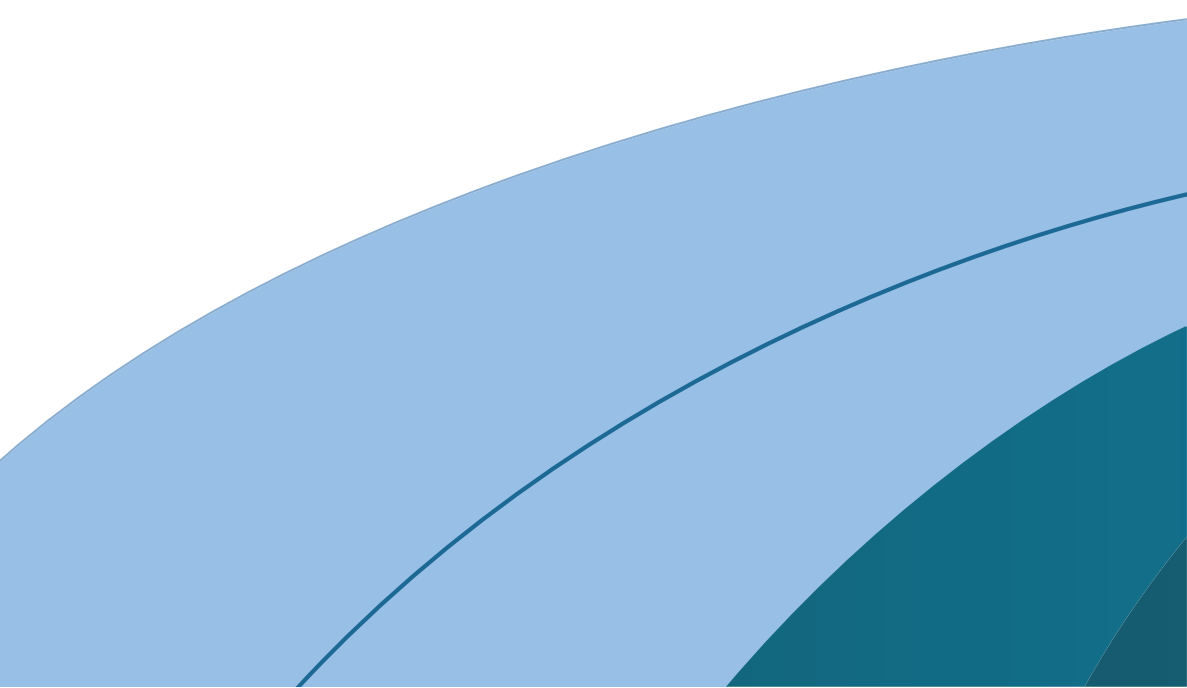
REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Odontologia

Unidade 2



2 ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Diante do crescente número de casos de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) na população brasileira, percebe-se não apenas um avanço considerável nos conhecimentos científicos nesse campo, como também uma transformação na percepção do significado de doença crônica, que, apesar de englobar doenças ou estados de mal-estar com características bastante distintas na forma como se apresentam (etiologia, fisiopatologia, evolução, órgãos afetados e tratamento), possuem algumas semelhanças, especialmente na maneira como afetam a vida das pessoas, que passam a viver nessa nova condição de saúde (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2004). Buscaremos mostrar como as mencionadas semelhanças podem ser consideradas no trabalho das Equipes de Atenção Básica, em especial da Equipe de Saúde da Família, de modo que consigam auxiliar o usuário a ter uma qualidade de vida melhor.

Adiantamos que as ações de atenção integral à saúde do adulto em condição crônica de saúde constituem um tema cuja reflexão remete à necessidade de compreensão dos diversos fenômenos que pertencem ao processo saúde-doença. Um complexo conjunto de fatores sociais, culturais e emocionais mescla-se nesse processo, os quais devem ser enfatizados para além do diagnóstico e do tratamento das doenças.

A assistência na Atenção Básica pressupõe a ampliação da resolubilidade dos agravos à saúde a que a população está exposta. Considerando essa multiplicidade de exposições, agravos e doenças, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2012 (BRASIL, 2011).

Para a assistência a esta população, entre as “melhores apostas” e outras intervenções viáveis em custo-efetividade, estão:

- aconselhamento e terapia multidrogas, incluindo o controle da glicemia em diabetes para pessoas com mais de 30 anos de idade, com um risco de, em dez anos, sofrer um evento cardiovascular fatal ou não fatal;
- terapia de ácido acetilsalicílico para infarto agudo do miocárdio;
- detecção precoce para câncer de mama por meio do rastreamento com exame bianual de mamografia (50-69 anos), seguido de confirmação diagnóstica e tratamento oportuno de 100% dos casos diagnosticados;
- detecção precoce para câncer colorretal e oral;

- rastreamento para câncer do colo do útero, com garantia do seguimento dos casos alterados e com utilização do método *ver e tratar*², sempre que houver indicação clínica;
- tratamento de asma persistente com inalantes de corticosteroides e agonistas beta-2;
- financiamento e fortalecimento dos sistemas de saúde para garantir custo-efetividade das intervenções individuais por meio da abordagem da atenção primária.

2.1 Ampliando a capacidade de intervenção

Intervenções efetivas para DCNT são determinadas, em grande parte, pela capacidade do sistema de saúde. Assim, fortalecer e priorizar os programas de doenças crônicas são ações fundamentais para expandir essa capacidade. Programas e políticas locais e regionais devem ser articulados com o Plano Nacional de DCNT e também ofertar cuidados aos indivíduos com doenças crônicas, por meio do Sistema Único de Saúde, especialmente na Atenção Básica. O Plano deve estar articulado com ações que promovam a melhoria do Sistema de Informações, a formação dos profissionais de saúde, um financiamento adequado, a obtenção de medicamentos e tecnologia essencial.

2 “Essa consiste na realização do diagnóstico e do tratamento em uma única visita, realizado em nível ambulatorial, por meio da exérese da EZT, sob visão colposcópica e anestesia local. Comparado à abordagem com biópsia prévia, em ensaio clínico controlado, o método *ver e tratar* foi considerado viável e com boa aceitabilidade (BERDICHEVSKY; KARMIN; CHUANG, 2004). Além disso, reduz o tempo entre a captação e o tratamento (MONTEIRO et al., 2009), possibilitando menor perda de seguimento, ansiedade, e custos e biópsias desnecessários. A desvantagem desse método é o potencial para tratamentos desnecessários (PRENDIVILLE, 2003); todavia, essa ocorrência é muito reduzida se seguidas aquelas recomendações, ou seja, exame citopatológico com diagnóstico de HSIL e colposcopia com alterações maiores, sugestivas de NIC II ou III (INCA, 2006).”
Referência: Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

2.1.1 Fundamentos para a abordagem integral de DCNT

Determinantes Socioambientais da Saúde: O debate sobre os Determinantes Socioambientais da Saúde (DSS) iniciou-se nos anos 1970/1980 a partir do entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida de uma sociedade, tendo-se em vista que muitos fatores sociais também influenciam na saúde dos indivíduos, como as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. A relação estabelecida entre os seres humanos e o meio

ambiente ao longo dos tempos tem sido crucial na determinação do impacto causado pelas doenças sobre a sociedade humana. O crescimento rápido das cidades criou uma grande deterioração ambiental, em termos de condições de vida, saúde e ambientais. A má qualidade do ar, por exemplo, é a grande responsável por doenças respiratórias. A maneira como o espaço urbano é organizado pode influenciar tanto positiva quanto negativamente a prática de atividades físicas, de lazer e os meios de locomoção. Entre os fatores determinantes para a decisão sobre a prática de atividades físicas, estão os índices de criminalidade e qualidade de calçadas, iluminação pública, segurança no trânsito, transporte público e espaços para a opção de ser ativo. Além disso, a prática de atividade física como meio de locomoção pode contribuir significativamente para a saúde do ambiente, com a redução da emissão dos poluentes (WOODCOCK et al., 2007). A poluição e a escassez da água potável, o baixo acesso ao saneamento básico e ao tratamento de resíduos, a contaminação dos solos, a falta de planejamento urbano e os ambientes insalubres de trabalho são, também, determinantes das doenças crônicas (violência, depressão, alcoolismo, doenças respiratórias, câncer). A pobreza, entendida não apenas como falta de acesso a bens materiais, mas também como falta de oportunidades, de opções e de voz perante o Estado e a sociedade, representa vulnerabilidade diante de imprevistos e fatores de risco para doenças crônicas.

Neste contexto, ações sobre os DSS que diminuam os diferenciais de exposição a riscos, tendo como alvo, por exemplo, grupos que vivem e trabalham em condições insalubres, em ambientes pouco seguros ou expostos a contaminantes ambientais e com deficiências nutricionais, são de suma relevância para enfrentar as DCNT.

Ação intersetorial: Ações de prevenção e controle de DCNT requerem articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com a finalidade de obter sucesso contra a epidemia das DCNT.

Desenvolvimento sustentável: A epidemia de DCNT tem relevante impacto negativo sobre o desenvolvimento humano e social. A prevenção deveria, por essa razão, ser incluída como prioridade nas iniciativas de desenvolvimento e investimento. O fortalecimento da prevenção e o controle de DCNT devem, também, ser considerados como parte integral dos programas de redução da pobreza e outros programas de assistência ao desenvolvimento.

A sociedade civil e o setor privado: As instituições, os grupos da sociedade civil e a Atenção Básica à Saúde são locais distintos para mobilização política e de conscientização aos usuários de apoio para esforços na prevenção e no controle de DCNT. As empresas podem fazer contribuições importantes em relação aos

desafios da prevenção de DCNT, principalmente quanto à redução dos teores de sal, gorduras saturadas e açúcar dos alimentos. Além disso, um setor que evite a propaganda de alimentação ou de outros comportamentos prejudiciais ou, ainda, que reformule produtos para proporcionar acesso a opções de alimentos saudáveis daria exemplos de abordagens e ações a serem implementadas por parceiros de todo o setor corporativo. Os governos são responsáveis por estimular as parcerias para a produção de alimentos mais saudáveis e por monitorar os acordos estabelecidos entre as partes. E os profissionais da Atenção Básica poderiam orientar os usuários a compreenderem as informações nutricionais que constam nos rótulos, sobre a ingestão diária de cada nutriente e sua relação com a dieta adequada a cada indivíduo. Para isso, a Equipe de Saúde da Família pode contar com o auxílio do profissional nutricionista da Equipe do NASF.

Abordagem precoce e abrangente: Os fatores de risco para DCNT estão disseminados na sociedade. Frequentemente, iniciam-se de modo precoce e estendem-se ao longo do ciclo vital. Evidências de países onde houve grandes declínios em certos tipos de DCNT indicam que as intervenções de prevenção e tratamento são necessárias (WHO, 2000; WHO, 2011). Por essa razão, a reversão da epidemia de DCNT exige uma abordagem populacional abrangente, incluindo intervenções preventivas e assistenciais. A mortalidade por acidente vascular encefálico, por exemplo, pode ser reduzida com o aumento de medidas preventivas, como o controle da hipertensão e o acompanhamento dos indivíduos que sofreram acidente vascular encefálico (LOTUFO; BENSEÑOR, 2009).

Evidências: Medidas de prevenção e controle devem estar embasadas em claras evidências de efetividade e custo-efetividade. Intervenções de base populacional devem ser complementadas por intervenções individuais de atenção à saúde.

Vigilância e monitoramento: A vigilância de DCNT deve ser integrada ao sistema de informações em saúde, adotando-se indicadores mensuráveis e específicos.

Rede de serviço: O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT inclui o fortalecimento da Atenção Básica, articulando os demais níveis de atenção e as redes de serviços.

Linha de cuidado de DCNT: Abordagem integral das DCNT, inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. No campo da macropolítica, situam-se ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços; na micropolítica, atuação da equipe na linha do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e ações no fomento ao protagonismo e autonomia do usuário (MALTA; MEHRY, 2010).

Modelos de atenção aos portadores de doenças crônicas: O modelo de cuidado direcionado às doenças crônicas tem componentes no suporte ao autogerenciamento (aconselhamento, educação e informação); ao sistema de saúde (equipes multidisciplinares); à decisão (*guidelines* baseados em evidências, treinamento dos profissionais) e ao sistema de informação clínico (informações do portador). O ponto central desse modelo é a produção de informações entre os serviços, a avaliação de portadores, o autogerenciamento, a otimização das terapias e o seguimento, conforme pode ser visto na figura 1.



Figura 1 – Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas
Fonte: NOITE; MCKEE, 2008 (apud BRASIL, 2011).

Atuar em todo o ciclo vital: A abordagem de DCNT estende-se por todo o ciclo da vida. As ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT iniciam-se durante a gravidez, promovendo-se os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passam pelo estímulo ao aleitamento materno, pela proteção à infância e à adolescência quanto à exposição aos fatores de risco (álcool, tabaco) e quanto ao estímulo aos fatores protetores (alimentação equilibrada, prática de atividade física), e persistem na fase adulta e durante todo o curso da vida. Confira na figura 2.

Prevenção de DCNT ao longo da vida

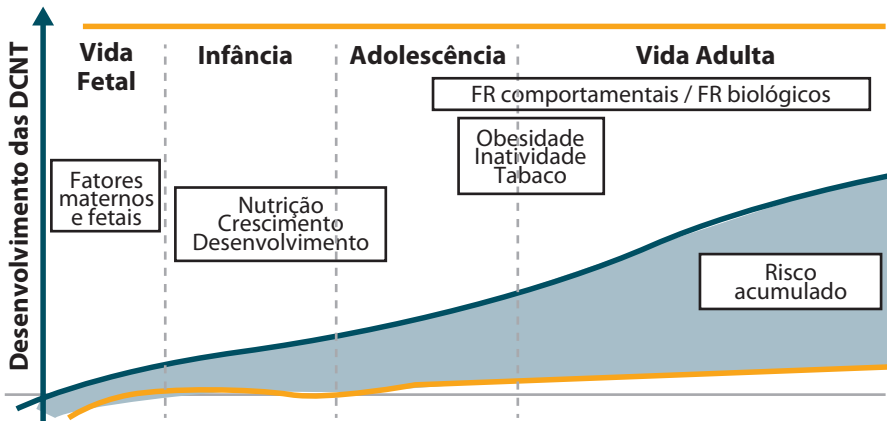


Figura 2 – Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida
Fonte: WHO, 2003 (apud BRASIL, 2011).



Link

Leia também o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf>.

Em virtude da relação existente entre o processo saúde-doença e os aspectos de cunho social e histórico envolvidos, é importante que a equipe de saúde compreenda o usuário como parte da sociedade. Ele influencia e é influenciado pela equipe no cuidado de sua própria saúde, como também nas diferentes concepções sobre ela.

Para refletir

Um homem de 57 anos, com diagnóstico de doença renal crônica, com histórico de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, em diálise peritoneal em domicílio tem como cuidadora uma mulher de 65 anos, com sintomas de diabetes *mellitus*, mas sem diagnóstico estabelecido (alega falta de tempo para ir procurar atendimento em decorrência das atividades de cuidado do esposo e animais domésticos). A ACS relata aos profissionais da Atenção Básica dificuldades no acompanhamento do caso, pois, apesar das orientações sobre higiene, no local onde é realizada a diálise peritoneal e a higiene das mãos, tais medidas parecem não surtir efeito. A Equipe de Saúde da Família solicita o apoio da Equipe do NASF. A psicóloga da equipe prontifica-se a conversar com a cuidadora a fim de elaborar um plano de ação, pactuando responsabilidades e ações com ela; o veterinário compromete-se em contatar o centro de zoonoses da cidade para possível amparo aos animais, reduzindo a exposição do indivíduo em tratamento domiciliar aos riscos de contaminação cruzada; a enfermeira e o médico da Equipe de Saúde da Família comprometem-se em realizar visita domiciliar com vistas ao desenvolvimento do vínculo e estabelecer junto aos usuários, possibilidades de acompanhamento dos casos.

Em sua realidade, existem usuários em tratamento domiciliar com diálise peritoneal? Como é o cuidado desses usuários e seus cuidadores? Se você se deparasse com um caso semelhante, quais as condutas e discussões que proporia à Equipe da Atenção Básica? Quais contribuições o seu conhecimento poderia agregar a este caso, que não foram colocadas neste exemplo?

SÍNTESE DA UNIDADE

Diante do fato de o processo saúde-doença ter um cunho social e histórico, é importante que a equipe de saúde compreenda que o usuário sempre existe como parte da sociedade. Ele influencia e é influenciado por ela no cuidado de sua própria saúde, como também na sua concepção sobre ela. Esperamos conseguir, através desta unidade, ofertar-lhe uma boa base conceitual para lidar com todos esses aspectos no tratamento das principais doenças crônicas que assolam atualmente nossa sociedade: a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus*, as doenças respiratórias e as lesões neurológicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

LOTUFO, P. A.; BENSEÑOR, I. M. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. **International Journal of Stroke**, v. 4, n. 1, p. 40-41, 2009.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, mar./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200010>. Acesso em: 08 jun. 2012.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, p. 593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2012.

PADILHA, M. I. C. de S.; SILVA, D. M. G.; BORENSTEIN, M. S. Enfermagem ambulatorial: o cliente em situação crônica da saúde. In: SANTOS, I. dos et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 159-178.

WHO. **Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WOODCOCK, J. et al. Energy and transport. **Lancet**, v. 370, n. 9592, p. 1078-1088; 2007.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Odontologia

Unidade 3



3 O CUIDADO NO USO DE ANESTÉSICOS E MEDICAMENTOS NAS ATIVIDADES CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

Nesta unidade, será apresentado um conteúdo técnico, em que você aprenderá sobre o uso de anestésicos locais na clínica odontológica, cuidados no uso de anestésicos em gestantes e idosos, uso racional dos analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos em odontologia, implicações da polifarmácia em odontologia, cuidados na administração de medicamentos em pessoas adultas com comprometimento sistêmico e sobre lesões que levam a alterações de cor da mucosa bucal. Cada um desses assuntos irá auxiliá-lo na condução da sua prática profissional durante a atenção à saúde do adulto, mantendo a visão ampla das condições de vida e saúde das pessoas na atenção odontológica. Lembre-se: o usuário apresenta necessidades e condições de vida e saúde para além da saúde bucal. Sua prática profissional aliada a este olhar ampliado do processo saúde-doença favorecerá sobremaneira a saúde desse indivíduo.

3.1 O uso de anestésicos locais na clínica odontológica

Em odontologia, muitas vezes, a realização dos procedimentos clínicos exige a aplicação de anestesia local. No comércio de materiais odontológicos, temos hoje uma série de produtos disponíveis, porém cada um possui suas próprias indicações de uso em situações específicas.

Tais situações dizem respeito tanto ao tipo de procedimento que será realizado como às condições sistêmicas apresentadas pelos usuários. Por exemplo: Como selecionar uma solução anestésica mais apropriada para usuários com hipertensão arterial, com diabéticos e com algum problema cardíaco? Como escolher a solução adequada em casos de cirurgias, restaurações, trepanação de dentes? Qual o tempo de ação da solução anestésica? Exige reaplicação ou o efeito permanece durante todo o procedimento?

A leitura do conteúdo a seguir possibilitará que você, além de recordar conteúdos aprendidos durante a graduação, também atualize seu conhecimento com base em estudos recentes, promovendo reflexões acerca da sua prática e das tomadas de decisão mais acertadas a partir de então.

Você iniciará este conteúdo respondendo a alguns questionamentos:

Quando você vai promover a anestesia no local a ser tratado, você se refere ao produto utilizado como anestésico local ou solução anestésica? Como você faz a escolha de tal produto? No seu cotidiano, você usa mais produtos com ou sem vasoconstritor? Qual o significado dos percentuais de 2% ou 3% encontrados na caixa do produto? O que é preciso considerar durante a seleção de um vasoconstritor?

Não fique decepcionado ou preocupado caso não consiga responder à maioria dessas indagações. Em discussões apresentadas em congressos, jornadas, seminários, verificou-se que uma grande parte dos dentistas manifestaram dúvidas a respeito dos anestésicos e sobre a escolha dos produtos disponibilizados na clínica odontológica. Por isso, vamos nos aprofundar nesta questão, procurando indicar a composição e as recomendações de tais produtos.

O produto disponível no comércio é a solução anestésica. Sua composição contém a substância que promove a anestesia local (anestésico), o soro fisiológico e a água destilada. Nas soluções com vasoconstritor, acrescenta-se à solução mais duas substâncias, o constritor e o seu conservante. Portanto, o que utilizamos na prática diária é, na verdade, uma solução anestésica local, contida dentro de um tubete de vidro ou de plástico, em um volume de 1,8 ml.

Você já se perguntou quantos tipos de soluções anestésicas nós temos à venda no comércio?

Atualmente, para uso odontológico, temos cinco substâncias com propriedades anestésicas: lidocaína, prilocaína, mepivacaína, articaína e bupivacaína. Quanto aos vasoconstritores, encontramos epinefrina, norepinefrina, levonordefrina, fenilefrina e felipressina. E para dificultar ainda mais a escolha, as soluções anestésicas são encontradas com diferentes nomes comerciais e em diferentes concentrações.

Observe os quadros 1 e 2 a seguir:

Cloridrato de Bupivacaína (marcas comerciais)

Alphacaine 2% (epinefrina 1:100.000 ou epinefrina 1:50.000)
Lidocaína 2% (epinefrina 1:100.000)
Xylocaína 2% (norepinefrina 1:50.000)
Biocaína 2%; Novocol 2% (fenilefrina 1:2.500)
Xylocaína 2%; Xylestesin 2% (sem vasoconstritor)

Quadro 1 – Cloridrato de lidocaína (marcas comerciais)
Fonte: Rodrigues Filho (2010).

Cloridrato de Prilocaína (marcas comerciais)

Biopressin 3%;
Citanest 3%;
Citocaína 3% (felipressina 0,03 UI/mL)

Cloridrato de Mepivacaína (marcas comerciais)

Mepivacaína 2%; Scandicaine 2% (norepinefrina 1:100.000)
Mepivacaína 2%; Carbocaine (levonordefrina 1:20.000)
Scandicaína 2% (epinefrina 1:100.000)
Mepivacaína 3%; Scandicaine 3% (sem vasoconstritor)

Cloridrato de Bupivacaína (marcas comerciais)

Neocaína 0,5% (epinefrina 1:200.000)
Neocaína 0,5% (sem vasoconstritor)

Cloridrato de Articaína (marca comercial)

Septanest 4%;
Articaína 4% (epinefrina 1:100.000)
Articaína 4% (epinefrina 1:200.000)

Quadro 2 – Cloridrato de Articaína (marcas comerciais)
Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

Você pôde verificar, no quadro 2, que a mepivacaína pode ser encontrada a 2% e a 3%, com e sem vasoconstritor. No caso deste anestésico, apesar de a concentração maior ser a 3%, nessa concentração, a solução não apresenta vasoconstritor. Há casos de anestésicos que se encontram disponíveis em apenas uma concentração, como a bupivacaína (0,5%) e a articaína (4%).

E agora? Substâncias diferentes e concentrações distintas? Como fazer a escolha?

Primeiramente, só devemos comparar concentrações de soluções compostas pelo mesmo anestésico local. Dos cinco anestésicos citados anteriormente, apenas a bupivacaína é considerada de longa duração (mais de 8h) e, portanto, mais indicada em procedimentos longos, embora seja também mais tóxica. Os demais são considerados de média duração, com mais ou menos 3h de ação. Logo, caso o procedimento seja, por exemplo, uma cirurgia com duração prevista superior a 3h, ou se quisermos que a pessoa permaneça anestesiada por um período mais prolongado, podemos usar a bupivacaína. No dia a dia, de modo geral, para a grande maioria dos procedimentos realizados, pode-se utilizar tranquilamente os anestésicos de média duração.

Diante do que foi exposto até aqui, a primeira conclusão a que podemos chegar é que devemos escolher preferencialmente as soluções anestésicas em menores concentrações, ou seja, entre uma lidocaína a 2% ou a 3%, prefere-se a 2%.

Você observou que, para os vasoconstritores, a informação está disponibilizada nas formas de relações, tais como: 1:100.000 ou 1:200.000. Sabe o que isto significa? Significa a quantidade de vasoconstritor dentro do tubete da solução anestésica. Alguns autores a citam como a diluição do vasoconstritor dentro da solução.

O vasoconstritor com as melhores propriedades é a epinefrina ou adrenalina. A diluição da epinefrina 1:100.000 é considerada segura e eficaz e portanto você pode usá-la com muita tranquilidade. Muitos dentistas ainda têm receio dos efeitos cardiovasculares que a epinefrina pode produzir.

Veja algo interessante: a levonorfrina tem os mesmos efeitos sistêmicos da epinefrina, porém sua ação vasoconstritora é 75% menor, e muitos dentistas, por desconhecimento, usam soluções com levonordefrina sem o receio ao qual nos referimos acima.

É possível que você esteja se perguntando: E a felipressina, que vasoconstritor é esse? É bom ou ruim?

Trata-se de um bom vasoconstritor. Seus efeitos cardiovasculares são desprezíveis nas doses recomendadas, todavia, por não apresentar boa ação vasoconstritora sobre a microcirculação arteriolar, o campo, durante o procedimento cirúrgico, apresentará mais sangue em relação àquele em que a epinefrina for utilizada, mas isso não significa que ele não possa ser utilizado para uma exodontia, por exemplo.

Para concluir este apanhado geral sobre vasoconstritores, cabe ressaltar que existe um, presente apenas nas soluções com lidocaína, chamado fenilefrina, que possui apenas 5% da ação vasoconstritora da epinefrina; contudo, é um vasoconstritor estável, possibilitando um tempo adequado de ação anestésica.

Quanto à norepinefrina, constitui-se em bom vasoconstritor, mas possui apenas 25% da ação vasoconstritora quando comparada à epinefrina.

Agora, respondendo aos questionamentos que foram feitos no início deste conteúdo, cabe dizer que, na verdade, o que utilizamos na clínica odontológica são soluções anestésicas locais. Na escolha de uma substância anestésica, é preciso considerar o tipo de procedimento a ser realizado e as condições sistêmicas do usuário que será submetido ao procedimento.

Você deve ter observado que não fizemos menção até agora, às soluções sem vasoconstritor. Isto se deve ao fato de que, quando usamos uma solução anestésica sem vasoconstritor, o efeito anestésico é eliminado rapidamente, pois o anestésico induz à vasodilatação, facilitando sua captação pela circulação, com conseqüente redução da anestesia.

Sendo assim, para poder continuar o procedimento odontológico, o dentista teria que injetar mais e mais solução, aumentando o potencial de toxicidade do anestésico aplicado, podendo, em certos casos, levar o indivíduo a ter uma parada cardiorrespiratória. Por isso, a indicação de solução sem vasoconstritor é restrita.

Agora, você pode pensar sobre outro questionamento: O que você sabe sobre [latência](#)?

3 A literatura conceitua latência como o tempo decorrido entre o início da administração e o início do efeito anestésico.

Poderíamos ter o entendimento de que, uma vez aplicada a medicação anestésica, já seria possível iniciar a intervenção clínica. Porém, é necessário pensar sobre o que chamamos de latência. Acompanhe:

Um tubete tem 1,8 ml de solução anestésica. O tempo de administração recomendado para 1 ml de solução anestésica deve ser de um minuto. Logo, um tubete deve ser injetado em aproximadamente dois minutos, com a injeção da solução de forma lenta e contínua. O tempo médio de latência das soluções anestésicas é de dois minutos, à exceção da solução combupivacaína, que deverá ser de oito minutos.

Assim, recomenda-se que, decorrido o tempo de latência, o dentista ainda aguarde cinco minutos após a administração da solução anestésica para iniciar o procedimento. Durante a espera, proporcione ao usuário a oportunidade de participar da assistência. Oriente-o sobre os procedimentos que irá realizar e suas consequências, os cuidados necessários após as intervenções, mantendo um canal de comunicação que permita ao indivíduo manifestar-se acerca da intervenção e dos possíveis desconfortos que possa vir a ter. Fuja da postura de sujeitar o indivíduo a sua *expertise*, proporcionando acolhimento às necessidades de cada usuário. E sempre considere as condições sistêmicas de saúde desses usuários, por exemplo:

- que tenham tido infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral a menos de seis meses;
- com angina pectóris instável;
- com cirurgia de ponte de artéria coronária (recente);
- com arritmias cardíacas refratárias; com insuficiência cardíaca congestiva;
- com diabetes *mellitus* não controlado;
- com hipertireoidismo, entre outros.

Qual a sua conduta diante de um usuário com uma ou mais dessas condições? Você atende usuários com tais problemas de saúde no seu consultório? Temos certeza de que a resposta é afirmativa. Como você se sente? Atende ou encaminha o usuário a outro nível de referência? Qual a maior dificuldade para atender esses usuários? É possível que a resposta esteja na escolha da solução anestésica.

Para o processo de escolha do anestésico mais apropriado, é preciso ter em mente uma sequência lógica de passo, veja o quadro a seguir:

1 - Verificar período de risco

O ponto mais importante quando vamos atender um paciente com alteração sistêmica é verificar se o mesmo está ou não compensado, ou seja fora do período de risco.

2 - Solicitar avaliação médica

Caso tenha dúvida sobre o estado clínico do paciente solicite a avaliação médica do mesmo.

3 - Se paciente estiver compensado

Se o paciente estiver fora do período de risco, podemos escolher qualquer solução com qualquer vasoconstritor, como as citadas anteriormente.

4 - Se paciente estiver descompensado

Se o paciente estiver descompensado o ideal é realizar apenas a urgência e neste caso a solução escolhida deverá ser a prilocaína com felipressina ou uma solução sem vasoconstritor. Terminado o procedimento, devemos encaminhar o paciente ao médico para tratamento e quando este retornar, agora compensado, poderemos então dar prosseguimento ao restante do tratamento odontológico, sendo que neste caso poderemos escolher qualquer solução com qualquer vasoconstritor.

Observação

Esta sequência é básica para atendimento de pacientes com qualquer comprometimento sistêmico (diabetes, arritmias, etc.).

Quadro 3 – Processo de escolha
Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

3.2 Cuidados no uso de anestésicos em mulheres em período gestacional e em pessoas idosas

A mulher em período gestacional apresenta um estado fisiológico que exige a adoção de alguns cuidados por parte do profissional de saúde. Primeiro, é necessário obter informações sobre o desenvolvimento da gestação. Caso não haja intercorrências na gestação, o dentista poderá anestésiar à gestante com qualquer solução anestésica com vasoconstritor. Entretanto, algumas mulheres gestantes podem ter ou estar com alguma patologia ou agravo, como, por exemplo, diabetes. Neste caso, é necessário saber se a usuária faz acompanhamento clínico para controle da glicemia e, em caso contrário, o dentista deve encaminhá-la ao médico ou à enfermeira; e com a glicemia controlada, realizar o procedimento odontológico.

Em relação às pessoas idosas, você deve seguir o mesmo raciocínio, verificando se existe algum tipo de doença. Quando necessário, peça informações ao médico que acompanha esse usuário, e depois selecione a solução anestésica local mais adequada ao tipo de procedimento que será realizado.

As soluções anestésicas sem vasoconstritor não são as mais indicadas. Se a condição clínica do usuário estiver compensada, não existe contraindicação ao uso de qualquer tipo de solução com vasoconstritor. A escolha irá depender dos fatores que foram até aqui abordados.

3.3 Uso racional dos analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos em odontologia

Quantas vezes ouvimos a frase: Não sinto dor nos meus dentes e, portanto, não acho necessário procurar o dentista.

Esse pensamento ilustra um comportamento corriqueiro, porém equivocado: só procurar por atendimento odontológico no caso de dor. A sensação dolorosa tem a finalidade de alertar a pessoa sobre a ocorrência de algo que não está bem, o que significa dizer que, quando o indivíduo procura um dentista em virtude da sensação de dor, o problema já está em desenvolvimento, e, dependendo de sua extensão (nível das sequelas), procedimentos mais radicais são necessários.

Reflexão

Como o usuário que procura a unidade de saúde por estar sentindo dor usualmente é recebido? Certamente, uma das primeiras providências é a prescrição de um medicamento analgésico. Porém, não podemos nos esquecer de pensar na causa da dor.

A presença de uma infecção bucal, fatalmente, produz uma sensação dolorosa.

Evidentemente, se a infecção for tratada, a dor também irá desaparecer. No presente caso, é preciso avaliar o indivíduo e iniciar o tratamento bucal com antibióticos associados a algum tipo de analgésico. Assim, o tratamento da dor não pode ser resumido à prescrição de um analgésico.

Pense primeiro nos analgésicos que você prescreve. É possível que tenha lembrado de medicamentos como dipirona, diclofenaco e piroxicam. Na verdade, estes e outros medicamentos semelhantes têm propriedades analgésicas, anti-inflamatórias, e antitérmicas.

Analisando com mais detalhes as especificidades de cada tipo, podemos observar que a dipirona e o paracetamol, nas doses normalmente prescritas, só apresentam atividade analgésica, ao passo que o diclofenaco tem propriedades analgésica e anti-inflamatória.

No momento da prescrição, é importante definir o que queremos tratar: a dor ou a dor e a inflamação. Lembre-se de que o processo inflamatório é caracterizado por dor, calor, rubor, tumor e perda de função.

A administração de um anti-inflamatório não exige a administração concomitante de um analgésico. Por exemplo, quando você prescreve diclofenaco após uma exodontia, não há necessidade de prescrever dipirona, porque o diclofenaco já tem atividade analgésica. Isto é importante, pois a redução do número de medicamentos prescritos diminuirá a incidência de reações adversas.

Assim, os analgésicos devem ser utilizados de acordo com esquemas de doses fixas e não como certas orientações que se veem descritas em receitas, como: se necessário, ingerir se tiver dor ou enquanto durar a dor. Afinal, compete ao dentista, determinar os medicamentos que serão utilizados pelo usuário, ponderando entre medicamento mais indicado a cada condição clínica, de saúde bucal e de vida. O usuário deve ter oportunidade de expor sua opinião sobre as reações que o medicamento possa provocar, como ocorre em casos em que a pessoa já tenha utilizado o medicamento proposto pelo dentista. É fundamental que o dentista questione sobre alergias e reações adversas intensas. Lembre-se de que a dipirona e o paracetamol estão indicados para dores leves a moderadas, e têm repercussões distintas nas condições sistêmicas de cada pessoa, podendo apresentar condições adversas às desejadas.

Agora tente resolver a seguinte questão: uma pessoa está com dor, pois encontra-se em pós-operatório de cirurgia periodontal. Você conclui que o medicamento indicado é um analgésico. Qual a sua escolha: paracetamol ou dipirona? Uma resposta possível é tanto faz, os dois são analgésicos. Outra resposta, o usuário irá tomar o analgésico que já possui em casa.

Neste caso, a escolha acertada é a dipirona, pois sua ação é mais efetiva que a do paracetamol, quando a dor já está instalada. Este detalhe pode fazer a diferença no tratamento.

E se, no mesmo caso, a dor ainda não tivesse surgido? Nesse caso, você poderia escolher um ou outro, ponderando com o usuário sobre as possíveis reações e efeitos indesejados dessas medicações.

Observe, no quadro abaixo, as indicações de uso da dipirona e do paracetamol, além dos principais efeitos colaterais.

MEDICAMENTO (GENÉRICO)	DOSE (MG)	FORMA FARMACÊUTICA	INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO DE USO (MÉDIA)	EFEITOS COLATERAIS
Dipirona	500	comprimidos	4/4 h	24 h	Alterações gastrointestinais, agranulocitose, alergias
Paracetamol	500	comprimidos	4/4 h	24 h	Hepatotoxicidade
Paracetamol	750	comprimidos	6/6 h	24 h	Hepatotoxicidade

Quadro 4 – Analgésicos frequentemente usados em odontologia

Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

Para auxiliar no controle da dor, pode-se optar por associações de analgésicos. Tais associações são indicadas nas dores agudas moderadas e intensas, não responsivas a analgésicos como dipirona e paracetamol. Dentre os principais efeitos colaterais, podemos destacar: sono, farmacodependência, depressão respiratória, miose, aumento do tônus da musculatura gastrointestinal e redução de seus movimentos.

MEDICAMENTO (NOME COMERCIAL)	DOSE (MG)	FORMA FARMACÊUTICA	INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO DE USO (MÉDIA)
Doloxene A	50	comprimidos	4/4 h	24 h
Tylex	30	comprimidos	4/4 h	24 h
Sylador	50	comprimidos	8/8 h	24 h
Dorless	50	comprimidos	8/8 h	24 h
Codaten	50	comprimidos	8/8 h	24 h

Quadro 5 – Associações de analgésicos

Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

Outro grupo de medicamentos que você conhece e seguramente prescreve com frequência são os anti-inflamatórios.

Você já ouviu falar ou sabe o que significa AINE? Que tipo de medicamento é o diclofenaco, piroxicam, ibuprofeno? São Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINE), não é verdade? Seu uso é comum na odontologia. Você já se perguntou como agem os AINEs? O que sabe a respeito de anti-inflamatórios esteroides? Conhece-os? Indica-os?

Se o usuário apresentar uma orientação médica de que ele não pode utilizar AINE, mas que pode fazer uso de um anti-inflamatório esteroide, qual sua conduta?

Para que você possa tomar alguma decisão, é fundamental que conheça o mecanismo de ação dos anti-inflamatórios e, se possível, que discuta a prescrição com o profissional que encaminhou tal orientação. Então, vejamos a figura 3.

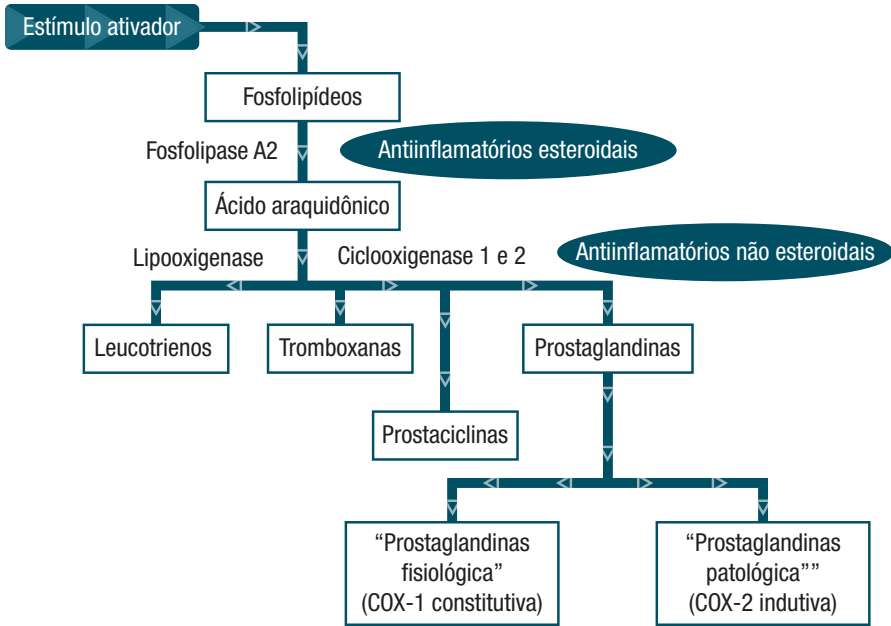


Figura 3 – Cascata do ácido araquidônico. Ação das enzimas fosfolipase, ciclooxigenase e lipoxigenase. Mecanismo de ação dos anti-inflamatórios
 Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

Preste atenção nas setas, o processo inicia-se com um estímulo ativador que pode ser físico, químico ou biológico. Este estímulo atua sobre a membrana citoplasmática das células, que possuem fosfolípidos na sua constituição. A partir desses fosfolípidos, o ácido araquidônico é formado, e esta reação é mediada pela enzima fosfolipase A_2 . Do ácido araquidônico, por meio de uma reação mediada pela enzima lipoxigenase, formam-se os leucotrienos e pela reação mediada pela ciclooxigenase, as prostaglandinas, prostacilinas e tromboxanas.

A administração de anti-inflamatório esteroide bloqueia a enzima fosfolipase A_2 , dificultando a formação de prostaglandinas, prostacilinas e tromboxanas, e também de leucotrienos.

Geralmente, o cirurgião-dentista prescreve o anti-inflamatório não esteroide. Você sabe onde o AINE atua?

Os AINEs agem na [ciclooxigenase](#)⁴ e, portanto, bloqueiam apenas esta via, não tendo qualquer efeito na via da lipoxigenase.

4 Abordando a ciclooxigenase I e a ciclooxigenase II: A ciclooxigenase I é chamada de constitutiva porque é encontrada normalmente em diferentes tecidos, sendo responsável, por exemplo, pela produção do muco que protege a mucosa gástrica. Já a ciclooxigenase II é chamada de induzida porque a sua quantidade aumenta durante a inflamação.

Muitos indivíduos medicados com AINE reclamam de desconforto gastrointestinal. Isso ocorre porque a maioria dos AINEs disponíveis no comércio inibe ambas as formas de ciclooxigenase e, desta maneira, a mucosa gástrica fica desprotegida.

É possível que você esteja pensando que um ponto importante para reduzir efeitos adversos de AINE é produzir inibidores seletivos de ciclooxigenase II. A indústria farmacêutica pensou da mesma forma que você.

Há algum tempo, surgiram AINEs como o Rofecoxib (Vioxx), o Valdecoxib (Bextra), o Celecoxib (Celebra), o Etoricoxib (Arcóxia) e o Lumiracoxib (Prexige). Todos eles, quando administrados por tempo prolongado, causam efeitos adversos importantes no sistema cardiovascular, e, por isso, quase todos foram retirados do comércio. Além disso, esses AINEs pareciam ter resolvido definitivamente o problema dos usuários que sofrem de distúrbios gastrointestinais, como gastrite e úlcera, por exemplo, nos quais são contraindicados AINEs não seletivos. Mas, na verdade, os inibidores seletivos por ciclooxigenase II também irritam a mucosa gástrica ainda que com menor intensidade que os AINEs não seletivos. Deste modo, é possível concluir que não existe um anti-inflamatório ideal para indivíduos que possuem distúrbios gastrointestinais. O que pode e deve ser feito é prescrever esses medicamentos com racionalidade e monitorar os efeitos adversos. Ainda em relação aos inibidores de alta seletividade por ciclooxigenase II, estão no comércio atualmente apenas o celecoxib e o etoricoxib, ambos prescritos em receituário de controle especial.

Baseando-se no mecanismo de ação, você terá muito mais facilidade na prescrição e também obterá melhores resultados com anti-inflamatórios. Mas uma questão interessante é: quando usar os anti-inflamatórios não esteroides? Você já se perguntou por que prescrevemos anti-inflamatórios para combater um processo fisiológico, útil e necessário?

Porque os anti-inflamatórios são prescritos em processos inflamatórios clinicamente relevantes, onde existe limitação funcional da pessoa, ou seja, para diminuir a exacerbação da inflamação. O tempo de utilização é de dois a três dias, não devendo exceder a cinco dias, a não ser em casos especiais.

Outra dúvida frequente sobre este assunto é escolha. Que medicamento é o mais recomendado para uma dada situação?

Como a eficácia é similar, a escolha deve ser feita a partir da avaliação da toxicidade relativa, do custo, da experiência de uso pelo profissional e da conveniência para o indivíduo.

A sugestão é que os anti-inflamatórios não esteroides sejam prescritos por um período médio de três dias. Você pode prescrevê-los por mais tempo, sempre lembrando que a redução da sintomatologia é o principal determinante. Na tentativa de reduzir efeitos adversos, é possível ajustar doses, substituir um AINE por outro, prescrever fármaco de desintegração entérica, usar inibidores de cicloxigenase-2 ou recomendar a ingestão do anti-inflamatório junto com alimentos ou antiácidos.

MEDICAMENTO (NOME GENÉRICO)	DOSE (MG)	FORMA FARMACÊUTICA	INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO
Diclofenaco potássico	50	drágea	6/6 h ou 8/8h
Naproxeno	250 e 500	comprimido	12/12 h
Naproxeno	275 e 550	comprimido	12/12 h
Ibuprofeno	400 e 600	comprimido	12/12 h
Ácido mefenâmico	500	comprimido	8/8 h
Diclofenaco sódico	50	comprimido	6/6 h ou 8/8h
Piroxicam	20	cápsula	24/24 h
Nimesulide	100	comprimido	12/12 h
Aceclofenaco	100	comprimido	12/12 h
Meloxicam	15	comprimido	12/12 h
Celecoxib	200	cápsula	12/12 h
Etoricoxib	90	comprimido	24/24 h
Cetoprofeno	50	Cápsula	8/8h
Tenoxicam	20	comprimido	24/24 h

Quadro 6 – Anti-inflamatórios não esteroidais

Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

Nesta unidade, você aprendeu sobre os anti-inflamatórios esteroidais e que esses inibem a atividade da enzima fosfolipase A₂ diminuindo a síntese de mediadores como prostaglandinas e leucotrienos. É preciso ainda destacar que eles também reduzem o acúmulo de neutrófilos no tecido inflamado, implicando diretamente na diminuição dos mediadores químicos pró-inflamatórios. Além disso, possuem um efeito muito potente na homeostase e bloqueiam fases da inflamação, tais como dilatação capilar e fagocitose.

O seu uso por curtos períodos de tempo não acarreta efeitos colaterais importantes para o indivíduo. Entretanto, quando usado por tempo prolongado, pode causar supressão do eixo adrenal hipotálamo hipofisário. Com isso, o organismo não responderá adequadamente a situações de estresse, trauma ou infecção. O uso prolongado ainda pode causar osteoporose alveolar, degeneração das fibras periodontais e aumento na probabilidade de infecção oral.

Fique atento, pois, quando o usuário relatar que faz uso de corticoide há várias semanas ou meses, ele pode estar imunossuprimido e você deverá fazer profilaxia antimicrobiana quando houver necessidade de submetê-lo a um procedimento cirúrgico.

Os esteroides estão indicados em várias situações, como: inflamações da mucosa oral, distúrbios da articulação têmporo-mandibular, em endodontia, fazendo parte da composição de pastas obturadoras de canal, no pré e pós-operatório de cirurgias odontológicas, para reduzir o edema pós-extração traumática, edema de glote, choque anafilático, pulpotomias e biopulpectomias. Dentre as principais contraindicações, podemos citar: úlcera, osteoporose, hipertensão e insuficiência renal. O esquema posológico a seguir é indicado no pré-operatório de cirurgias odontológicas, incluindo endodontia.

MEDICAMENTO (NOME GENÉRICO)	DOSE (MG)	FORMA FARMACÊUTICA	MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO
Dexametasona	4	comprimido	1 ou 2 h antes
Betametasona	4	comprimido	1 ou 2 h antes

Quadro 7 – Corticoides mais usados em odontologia
Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

Você agora vai estudar outra importante questão, presente na rotina da clínica odontológica, que diz respeito ao uso de antibióticos.

Observe a seguinte situação: um usuário chega na unidade de saúde com uma infecção decorrente da exodontia do dente 26. Você conclui imediatamente que é necessário prescrever um antibiótico. Agora vem a questão: quais os critérios utilizados para fazer a escolha? Como será prescrito o antibiótico escolhido? Muitos dos fracassos no tratamento das infecções odontogênicas estão relacionados com os dois questionamentos levantados.

A escolha do antibiótico mais adequado depende diretamente do estado geral do indivíduo. Por isso, é necessário considerar inúmeros fatores:

- sistema imunológico;
- função renal e hepática;
- gravidez, lactação, idade; e
- diminuição da irrigação sanguínea.

Os antibióticos podem agir no impedimento da proliferação dos microorganismos, chamados de bacteriostáticos, ou provocando a morte dos germes, conhecidos como bactericidas. É possível ainda optar por antibióticos de amplo ou de pequeno espectro. Todos esses fatores devem ser considerados pelo profissional que prescreve a medicação.

Para facilitar o entendimento, analise este exemplo:

Considere um indivíduo com hepatopatia ou nefropatia. Certamente, a metabolização ou a excreção do antibiótico selecionado será prejudicada, provocando nesse indivíduo, efeitos adversos importantes.

Mulheres grávidas ou em período de lactação, devem ou não ser medicadas? Qual antibiótico o dentista deve escolher?

A Penicilina é, sem dúvida, a primeira escolha diante das infecções odontogênicas. Porém, se o indivíduo relatar história de alergia a esse medicamento, outro fármaco deve ser indicado.

Seguem algumas considerações importantes para o uso racional destes medicamentos:

Penicilinas

Como já citado, é a primeira escolha diante das infecções odontogênicas. São bactericidas e normalmente de amplo espectro. Impedem a formação da parede celular da bactéria durante a divisão celular bacteriana. Podem ser **naturais, sintéticas e semissintéticas**⁵. Vale lembrar que algumas bactérias produzem enzimas (betalactamases ou penicilinasas) que reduzem a atividade da penicilina. Assim, a amoxicilina, a penicilina mais prescrita atualmente, pode ser associada ao ácido clavulânico, que tem a função de inativar a maioria das betalactamases, aumentando o espectro de ação da amoxicilina. Observe os quadros a seguir.

5 As penicilinas naturais não podem ser administradas por via oral e por esse motivo são pouco utilizadas nos problemas odontológicos. Por outro lado, as penicilinas sintéticas e semissintéticas, por serem administradas por via oral, constituem-se em uma boa opção na prescrição ambulatorial.

MEDICAMENTO (NOME GENÉRICO)	DOSE	FORMA FARMACÊUTICA	INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO DE USO (MÉDIA)
Pen-ve-oral	500.000 UI	comprimidos	6/6 h	7 dias
Peniciligran V	1.200.000 UI	comprimidos	8/8 h	7 dias

Quadro 8 – Penicilinas sintéticas
Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

MEDICAMENTO (NOME GENÉRICO)	DOSE	FORMA FARMACÊUTICA	INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO DE USO (MÉDIA)
Ampicilina	250 e 500 mg	cápsulas	8/8h	7 dias
Amoxicilina	500 mg	cápsulas	8/8h	7 dias
Amoxicilina/ácido clavulânico	500 mg	comprimidos	8/8 h	7 dias

Quadro 9 – Penicilinas semissintéticas de amplo espectro
Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

Cefalosporinas

Semelhantes às penicilinas, são bactericidas e possuem o mesmo mecanismo de ação. Existem vários tipos de cefalosporinas. Quando a cefalosporina for injetável, a via de administração é a intramuscular. Você poderá observar no quadro 10, que a cefalotina é usada em dose única.

Se o indivíduo for alérgico à penicilina, a reação desencadeada após utilizar o medicamento será provavelmente do tipo imediata, ou seja, surgirá dentro 30 minutos (de dois e trinta minutos). Em casos graves, pode, inclusive, causar a morte por choque anafilático. Os indivíduos com história de alergias a penicilinas, não devem receber cefalosporina, pois pode ocorrer a chamada reação de hipersensibilização cruzada.

Alguns autores advogam que, quando a reação não é grave, ou seja, não há risco de levar o indivíduo ao óbito, é possível prescrever cefalosporinas. Porém, é preciso ter cuidado, é preferível que você prescreva outro antibiótico, independentemente do tipo de reação alérgica induzida pelo uso de penicilina.

MEDICAMENTO (NOME GENÉRICO)	DOSE (MG)	FORMA FARMACÊUTICA	INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO DE USO (MÉDIA)
Cefalexina	500	drágea	8/8 h	7 dias
Cefazolina	250, 500 e 1000	frasco-ampola	8/8 h	7 dias
Cefotaxima	500 a 1000	frasco-ampola	12/12 h	7 dias
Cefalotina	1000	frasco-ampola	Dose única	7 dias

Quadro 10 – Cefalosporinas mais indicadas em odontologia

Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

Os macrolídeos mais usados são a eritromicina e a azitromicina. São bacteriostáticos de pequeno espectro. Inibem a síntese de proteínas e, desta forma, inibem a proliferação das bactérias. Provavelmente, em algum caso, você já prescreveu uma ou outra, ou até ambas.

E a azitromicina, você a considera diferente da eritromicina?

Devemos lembrar que a azitromicina é resultado de modificações estruturais da eritromicina; portanto, possuem mecanismos de ação semelhantes. As indicações dos macrolídeos são: infecções de intensidade leve a moderada; nas infecções severas, estão indicadas as penicilinas, cefalosporinas e a clindamicina.

MEDICAMENTO (NOME GENÉRICO)	DOSE (MG)	FORMA FARMACÊUTICA	INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO DE USO (MÉDIA)
Eritromicina	250	cápsulas	6/6 h	7 dias
Eritromicina	500	drágeas	6/6 h	7 dias
Azitromicina	500	comprimidos	24/24 h	3 dias

Quadro 11 – Macrolídeos mais usados

Fonte: Reibnitz Júnior et al. (2010).

Lincosaminas

A lincosamina mais frequentemente usada é a clindamicina, cujo nome comercial mais conhecido é o Dalacin C. Seu mecanismo de ação é igual ao dos macrolídeos. É bacteriostática, bem absorvida por via oral e distribui-se principalmente no tecido ósseo. Por este motivo, indicada em muitas infecções odontogênicas.

É uma ótima opção quando o indivíduo é alérgico à penicilina e apresenta uma infecção severa. A reação adversa mais frequente é a diarreia, e a complicação gastrointestinal mais importante é a chamada colite pseudomembranosa. Portanto, não é recomendado prescrevê-la na vigência de diarreia. Quando a pessoa apresentar diarreia após o início do tratamento, avalie a possibilidade da suspensão da prescrição e da substituição por outro medicamento. A clindamicina é administrada em cápsulas de 150 ou 300 mg, de 6 em 6, ou 8 em 8 horas, por sete dias.

Metronidazol

Atua no DNA da bactéria, levando à morte celular. Eficaz contra anaeróbios Gram (-), o que faz do metronidazol uma excelente indicação nas periodontopatias. É bem absorvido oralmente, atravessando barreiras teciduais rapidamente e em grandes concentrações, sendo bem distribuído na saliva e no fluido do sulco gengival. Pode ser administrado em associação com amoxicilina ou eritromicina. As reações adversas mais comuns são: gosto metálico, dor estomacal, náuseas e vômitos. É administrado em doses que variam de 250 a 500 mg, de 8 em 8 horas, por sete dias.

Para prescrever corretamente antibióticos, é necessário conhecimento sobre o mecanismo de ação, espectro, indicações, contraindicações, reações adversas, além de uma minuciosa anamnese, considerando as condições de saúde da pessoa atendida, sua singularidade e seu contexto de vida.

Imagine agora, uma pessoa com uma infecção odontogênica e com propensão à endocardite infecciosa. Pois bem, tais indivíduos necessitam de profilaxia antimicrobiana quando se submeterem a tratamentos odontológicos invasivos, ou seja, da administração de antibióticos antes da realização do procedimento clínico.

Cabe ressaltar que existem condições mais graves que outras e que os procedimentos odontológicos seguem a mesma regra. Assim, é necessário, antes de prescrever antibiótico profilático, avaliar criteriosamente os benefícios dessa conduta para o indivíduo. Os usuários com risco de desenvolver endocardite normalmente trazem uma indicação médica por escrito ou relatam ao dentista a necessidade de antibiótico profilático, pois correm risco de morte quando submetidos a procedimentos que determinem sangramento. O regime profilático preconizado atualmente, seja para endocardite infecciosa, seja para quaisquer das outras condições relacionadas anteriormente, está descrito no quadro a seguir:

Esquema padrão de profilaxia antimicrobiana para pessoas não alérgicas a penicilinas:

Via oral (adulto)

Amoxicilina – 2g, 1 h antes do procedimento.

Via parenteral (adulto)

Ampicilina – 2g, intramuscular ou intravenosa, 30 min antes do procedimento.

Cefazolina – 1g, intravenosa ou intramuscular, 30 min antes do procedimento.

Profilaxia antimicrobiana para pessoas alérgicas a penicilinas:

Via oral (adulto)

Clindamicina – 600 mg, 1 h antes do procedimento.

Azitromicina – 500 mg, 1 h antes do procedimento.

Via parenteral (adulto)

Clindamicina – 600 mg, intravenosa, 30 min antes do procedimento. Observe que é preconizado dose única, ou seja, nada mais é administrado depois.

3.4 Implicações da polifarmácia em odontologia

Vamos supor que você tenha que atender um indivíduo de 70 anos de idade, apresentando uma lesão na cavidade oral entre os palatos duro e mole. Na anamnese, dentre outras coisas, ele relatou ter fumado por mais de 40 anos e que recentemente estava com sérias complicações cardiovasculares e pulmonares. Ingeria dez medicamentos diferentes diariamente, fato que o levou a ser internado por uma semana para ajustar as doses, pois o uso concomitante dos medicamentos estava sendo mais prejudicial que benéfico, além de provocar interferências no mecanismo de ação entre si. Um dos efeitos colaterais que mais o incomodavam era a hipossalivação, que certamente atuava como um dos fatores predisponentes para a lesão bucal que apresentava e cujo diagnóstico foi candidíase. Note que esta condição clínica nos usuários é cada vez mais frequente, obrigando-nos a conhecer os medicamentos e as suas repercussões na cavidade oral.

A **polifarmácia**⁶ é muito comum em idosos, todavia as condições de vida atuais fazem com que indivíduos relativamente jovens sejam acometidos de infarto, acidente vascular encefálico, diabetes melito e outras doenças, impondo-se a utilização cada vez mais precoce de um ou mais medicamentos. Tem-se observado um aumento crescente de indivíduos com comprometimento sistêmico na procura de atendimento odontológico. São esses indivíduos que normalmente ingerem muitos medicamentos, seja por conta própria, seja por prescrição médica.

Outra conduta frequente dos profissionais de saúde, especialmente médicos e dentistas, consiste em prescrever medicamentos, desconhecendo as demais medicações que o indivíduo utiliza.

6 Trata-se do uso desnecessário de um medicamento ou mais, ou presença de cinco ou mais fármacos em associação, ou o consumo mantido por, pelo menos, sessenta a noventa dias, quando não se tratar de doença crônica e que por isso necessita de medicação de uso prolongado. A polifarmácia pode ocorrer tanto por prescrição médica como por automedicação e nos dois casos favorece a ocorrência de interação medicamentosa e efeitos adversos.

O que observamos é que, em alguns serviços, o usuário é visto a partir de sua condição de saúde, ou seja, apenas uma articulação inflamada, uma hipertensão descompensada, um abscesso periapical agudizado, e assim sucessivamente. Com frequência, perde-se o foco da integralidade da pessoa, esquecendo-se que a boca, por exemplo, faz parte de um corpo e que esse corpo sofre interferências do meio em que vive e das condições de vida impostas.

Quando ocorre o consumo simultâneo de vários medicamentos, pode acontecer a chamada interação medicamentosa, prejudicial ou não, mas que, em muitos casos, aumenta a incidência de efeitos adversos. Os indivíduos mais propensos a apresentarem interações adversas são as pessoas idosas, com insuficiência renal, com problemas hepáticos, cardíacos e respiratórios, além de indivíduos com hipotireoidismo, epilepsia grave, asma aguda e diabete melito descompensado.

Busque conversar com outros profissionais da equipe de Atenção Básica. O médico e o enfermeiro poderão falar de condições de vida e saúde que nem sempre estão descritas no prontuário. Por isso, estimule a equipe a estabelecer espaços para discussão das situações de vida e saúde dos indivíduos e comunidade adscrita. Compartilhe com a equipe o cuidado integral e longitudinal dos usuários dessa comunidade. Dependendo das condições clínicas ou do ciclo de vida do usuário, você poderá ainda contar com o apoio dos profissionais do NASF, como, por exemplo, do médico gineco-obstetra para melhor acompanhamento das mulheres em período gestacional; do médico psiquiatra para assistência a usuários dependentes químicos. Outro profissional que poderá contribuir muito para essas discussões é o farmacêutico da equipe do NASF, principalmente nas questões ligadas à polifarmácia.

Vamos abordar, a seguir, uma série de interações medicamentosas, algumas benéficas e outras nocivas. Tais interações podem ocorrer em alguma etapa da farmacocinética (absorção, distribuição, metabolismo, excreção) ou no mecanismo de ação (atuação em receptores ou enzimas, por exemplo) ou ainda quando os medicamentos administrados agem de modo independente uns dos outros, mas alteram a mesma função.

Exemplos de interações farmacocinéticas:

Etapa de absorção

Agente modificador: sais de cálcio; agente afetado: tetraciclina; mecanismo proposto – quelação, diminuição da ação antimicrobiana da tetraciclina.

Agente modificador: metoclopramida; agente afetado: paracetamol; mecanismo proposto – redução da absorção por aceleração do esvaziamento gástrico e perda da atividade analgésica do paracetamol.

Agente modificador: analgésico opioide (por exemplo: propoxifeno, codeína); agente afetado: paracetamol; mecanismo proposto – aumento da absorção por retardo do esvaziamento gástrico, melhorando a atividade analgésica do paracetamol (paracetamol com codeína você encontra no Tylex®, por exemplo).

Agente modificador: tetraciclina; agente afetado: contraceptivos orais; mecanismo proposto – alteração da flora e menor absorção, com sangramento extemporâneo ou falha na contracepção (obs: esta interação não ocorre com todos os anticoncepcionais).

Etapa de distribuição

Agente modificador: ácido acetilsalicílico; agente afetado: naproxeno; mecanismo proposto – competição por proteínas plasmáticas, deixando mais naproxeno livre para atuar. O que você deve considerar, entretanto, é que mais droga livre pode acarretar mais efeito adverso.

Agente modificador: epinefrina; agente afetado: anestésicos orais; mecanismo proposto – redução na distribuição, com preservação anestésica. Esta interação está pronta em várias soluções anestésicas que usamos, é uma interação que traz benefícios.

Etapa de biotransformação

Agente modificador: metronidazol; agente afetado: álcool etílico; mecanismo proposto – inibição enzimática, metabolismo diminuído do álcool e aumento dos efeitos prejudiciais do mesmo.

Etapa de excreção

Agente modificador: AINE; agente afetado: penicilinas, cefalosporinas; mecanismo proposto – retardo na excreção. Vale aqui a mesma consideração feita para naproxeno e ácido acetilsalicílico.

Exemplos de interações farmacodinâmicas:

Agente modificador: tetraciclina, eritromicina; agente afetado: penicilinas, cefalosporinas; interação resultante: antagonismo; mecanismo proposto – interferência na multiplicação celular, com redução do efeito bactericida da penicilina e da cefalosporina (lembre-se de que a penicilina e a cefalosporina atuam na divisão celular da bactéria).

Exemplos de interações de efeito:

Agente modificador: ácido acetilsalicílico; agente afetado: anticoagulantes orais; interação resultante – de efeito – sinergia, porque os dois medicamentos agem de modo independente, mas afetam a coagulação do sangue, aumentando o tempo de sangramento; mecanismo proposto: sangramento.

Agente modificador: álcool; agente afetado: depressores do SNC como os ansiolíticos (por ex. diazepam); interação resultante – de efeito/sinergia; mecanismo proposto: sedação (obs.: ambos dão sedação; logo, sedação aumentada).

Agente modificador: AINE; agente afetado: anti-hipertensivos; interação resultante de efeito antagonismo; mecanismo proposto: redução do efeito anti-hipertensivo. Portanto, sempre que você medicar uma pessoa que utiliza anti-hipertensivo, lembre-se, a pressão arterial pode elevar-se.

Você viu vários exemplos de possíveis interações medicamentosas, seja por medicamentos já ingeridos pelo usuário, que interagem com aqueles que prescrevemos, seja ainda entre medicamentos administrados exclusivamente pelo dentista.

3.5 Cuidados na administração de medicamentos em adultos com comprometimento sistêmico

Nesta parte do conteúdo, será abordado o tratamento odontológico de usuários com comprometimento sistêmico.

Já foram citados anteriormente casos de indivíduos tomando dez medicamentos diferentes, com doenças cardiovascular e/ou pulmonar. É preciso também ter atenção e cuidado com as pessoas com diabetes *mellitus*, dependentes de insulina, com hipertensão arterial e indivíduos com insuficiência renal.

Enfim, a quantidade e a diversidade de indivíduos com comprometimento sistêmico é vasta, e a atuação do dentista não deve se limitar ao encaminhamento a outros profissionais. É necessário discutir os casos com a equipe, pactuar ações coletivamente e com o usuário, além de restabelecer a sua saúde bucal.

A partir deste ponto, você irá estudar uma série de doenças, trazidas à discussão em decorrência de sua alta incidência e prevalência na população geral.

Doença cardiovascular (aterosclerose, doença cardíaca isquêmica)

Indivíduo tabagista e com excesso de peso. Tem hipertensão controlada por meio de hidroclotiazida e fez exame médico recente (há trinta dias). Necessita de tratamento restaurador em vários dentes, exodontias e tartarectomia.

Já sabemos que o cigarro, a hipertensão e a obesidade são fatores de alto risco de aterosclerose. O atendimento médico ocorreu recentemente, e a pressão arterial está controlada. Neste caso, o tratamento odontológico pode ser realizado sem maiores restrições. Como agir?

O protocolo de redução de estresse recomenda que o indivíduo receba, uma hora antes do atendimento, um comprimido de diazepam 5 mg. Esta conduta não traz problemas em relação à solução anestésica, podendo-se usar a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou outra solução com as especificações já apresentadas.

Em relação à doença cardíaca isquêmica, você deve seguir o mesmo raciocínio. No caso de dúvida sobre a condição de saúde atual do indivíduo, solicite uma avaliação do médico da equipe e depois realize o tratamento odontológico.

Hipertensão

Três usuários comparecem à unidade de saúde para tratamento dentário, envolvendo restaurações, exodontias e tartarectomias. Todos apresentam pressão arterial de 165/105, e suas histórias revelam os seguintes dados:

Usuário 1 – Nunca sabe se é hipertenso, não utiliza anti-hipertensivos e não faz consultas regulares ao médico, sendo que o último exame médico foi há dois anos.

Se durante a anamnese, você evidenciar sinais de hipertensão, encaminhe o usuário para avaliação clínica com o médico, para diagnóstico e possível tratamento. Caso o indivíduo apresente necessidade de algum procedimento de urgência, atenda-o. Se necessitar de anestesia, use a prilocaína 3% com felipressina 0,03UI/mL ou use uma solução sem vasoconstritor como a mepivacaína a 3%. Para os demais procedimentos, verifique se no retorno o usuário realizou consulta médica e se a sua pressão arterial está controlada. Agora você já pode administrar, por exemplo, uma mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000.

Usuário 2 – Tem hipertensão diagnosticada e tratada com hidroclorotiazida e clonidina, diariamente, porém o usuário relata que não consulta seu médico há mais de um ano.

Nada impede que você comece o tratamento. Faça a aferição da pressão antes de iniciar o procedimento. Mas não esqueça de encaminhá-lo para avaliação médica o mais breve possível. Quanto à solução anestésica, de modo geral, é possível utilizar vasoconstritor. Se, na comunidade, você identificar usuários com hipertensão e sem acompanhamento sistemático, mobilize sua equipe, para que, juntos, vocês identifiquem as necessidades dessa comunidade. Que fatores influenciam a falta de acompanhamento das condições de saúde desses indivíduos? Que ações podem contribuir para a modificação desse quadro, quais pactuações podem ser feitas? Qual o papel de cada ator, profissionais e usuários? Lembre-se, você é membro de uma equipe de profissionais da Atenção Básica e por isso corresponsável pela atenção à saúde dos indivíduos. Seu campo de atuação não deve restringir-se ao espaço do consultório ou da unidade de saúde, nem ao encaminhamento do usuário a outro profissional.

Usuário 3 – Tem hipertensão diagnosticada e tratada com minoxidil e furosemida, diariamente. Tem sido acompanhado pelo médico da unidade de saúde; sua medicação é ajustada mensalmente.

A princípio, parece um caso fácil, não? Mas atenção, apesar do acompanhamento médico, o ajuste mensal da medicação sugere que a hipertensão seja de difícil controle, exigindo, portanto, atenção redobrada durante os procedimentos odontológicos. Em caso de urgência, siga as orientações dadas nos casos anteriores. Solicite avaliação médica e depois realize os demais procedimentos. No caso da pressão controlada no momento do procedimento, pode-se utilizar uma solução anestésica com vasoconstritor.

Obs.: Os medicamentos ansiolíticos são indicados nesses casos de hipertensão.

Doença gastrointestinal

Indivíduo com úlcera péptica que necessita de exodontias. Faz uso de cimetidina quatro vezes ao dia, sem sangramento significativo; foi examinado há seis meses pelo médico.

Faça uma avaliação detalhada a fim de determinar a tendência à hemorragia. Para as exodontias, sugere-se contagem de plaquetas, embora a terapia com cimetidina raramente cause trombocitopenia. No pré ou pós-operatório, evite AINE para minimizar a irritação gastrointestinal.

Homem de 38 anos, com história de alcoolismo, portador de cirrose e fazendo uso de álcool regularmente; já foi internado várias vezes para desintoxicação e, recentemente, foi hospitalizado em virtude de sangramento do trato gastrointestinal superior. Na endoscopia realizada há um mês, foi observada gastrite, sem varizes esofágicas. Os exames de função hepática e o hemograma estavam normais. A pressão arterial e os batimentos cardíacos também estavam normais. As necessidades odontológicas incluem apenas exodontias, algumas por técnica primeira e outras por técnica terceira.

Primeiro, é recomendável avaliar os fatores que possam influenciar na hemostasia, já que este indivíduo apresenta risco aumentado de hemorragia. Evite presecrver medicamentos que prejudiquem a função plaquetária, como os AINEs, e cuide da hemostasia local. Lembre que o comprometimento hepático pode dificultar a desintoxicação de medicamentos; o uso de sedativos e analgésicos deve ser controlado.

Anemia

Uma mulher de 23 anos, com anemia falciforme, necessita de cirurgia periodontal e restaurações. Já foi internada várias vezes por crise falciforme e fez transfusão de sangue. Hematócrito de 25%, e limitação de atividades cotidianas. O último resultado de hematócrito era de 27% (em consulta médica prévia ao procedimento odontológico). A pressão arterial e os batimentos cardíacos estavam normais.

Esta é uma pessoa com uma condição clínica instável e, portanto, deve ser tratada com muita atenção. Como a infecção bucal pode predispor à crise falciforme, o tratamento dentário é importante. Porém, os procedimentos dentários devem ser executados com o mínimo de estresse e risco de infecção. As intervenções mais invasivas devem, se possível, ser realizadas em ambiente hospitalar. O uso de antibióticos é recomendável para diminuir a severidade da doença periodontal. A anestesia local pode ser feita sem maiores problemas.

Para refletir

Em uma comunidade em que a maior parte dos homens adultos trabalha na indústria carbonífera, os profissionais da saúde enfrentam a dura realidade de acompanhar diversos usuários (trabalhadores e moradores próximos às indústrias) com problemas respiratórios graves, como enfisema pulmonar e bronquite. Preocupados com essa realidade e desejando reduzir o número de casos, levam esta situação para discussão com os profissionais do NASF. Dos profissionais que atuam naquele NASF, em especial o médico acupunturista, o médico do trabalho, o farmacêutico, o fisioterapeuta, o assistente social e o médico internista (clínica médica), é proposto um projeto de saúde no território (PST), com a incorporação de ações educativas com a comunidade, de forma articulada com a Secretaria de Segurança Ambiental e Secretaria de Vigilância Sanitária. Elaborada, a proposta é debatida no Conselho Local de Saúde, com a finalidade de discutir com a comunidade o problema percebido pela equipe, para conhecer o entendimento da população sobre a situação, o estabelecimento de prioridades em saúde daquele território e a aceitação, por parte da comunidade, do PST proposto, suas contribuições, modificações e pactuações.

Na sua comunidade, qual o principal problema de saúde da população adulta? Hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*? Doenças respiratórias? Você e sua equipe já conversaram sobre qual a prioridade no território onde atua? E sobre a possibilidade de articular ações com os profissionais do NASF ou de outros setores? Reflita, discuta, identifique as necessidades regionais e possibilidades de atuação com o pessoal da Atenção Básica e demais profissionais.

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta unidade abordou informações importantes sobre a composição, indicações e contraindicações, tempo de administração dos anestésicos usados na clínica odontológica, além de trazer para a discussão conhecimentos atualizados sobre os medicamentos de uso rotineiro na odontologia, como analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos. Com essa abordagem, procuramos trazer aspectos que contemplassem os diferentes tipos de medicamentos, suas indicações e doses, os problemas provenientes da polifarmácia e os cuidados na administração de medicamentos a pessoas adultas com comprometimento sistêmico.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em Odontologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MALAMED, S. F. **Manual de anesthesiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARCUCCI, G. **Fundamentos de Odontologia: estomatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NEDER, A. C. **Farmacoterapia para cirurgiões-dentistas**. 9. ed. São Paulo: CID Ed., 1991.

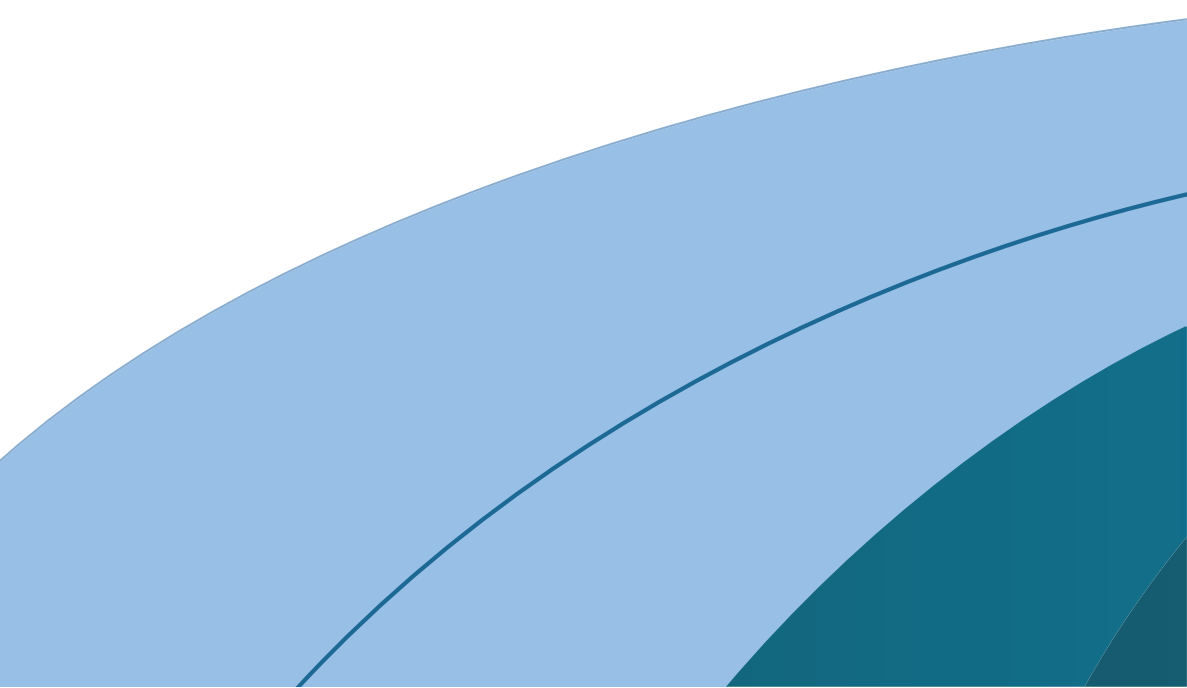
REIBNITZ JÚNIOR, C. et al. **Saúde do adulto: odontologia**. Florianópolis: [s.n.], 2010. 124 p. Disponível em: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/211>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

TORTAMANO, N. **Guia terapêutico odontológico**. 12. ed. São Paulo: Santos, 1997.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica para dentistas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Odontologia

Unidade 4



4 LESÕES DE MUCOSA MAIS FREQUENTES NA CAVIDADE BUCAL

Os conteúdos disponibilizados a partir deste ponto vão abordar as lesões da mucosa bucal que acabam por alterar a sua coloração ou aparência superficial normal. São consideradas as lesões mais prevalentes e, por este motivo, o dentista da Atenção Básica precisa reconhecê-las a fim de que possa adotar a conduta necessária, seja para sua prevenção, tratamento ou para o encaminhamento a um serviço de saúde de referência. Em muitos casos, como veremos a seguir, as lesões podem ser classificadas como de cor branca ou de cor avermelhada.

4.1 Lesões brancas da mucosa bucal

As lesões brancas da mucosa bucal são frequentes e representam manifestações clínicas de diversas doenças bucais ou sistêmicas diferentes. Estão relacionadas principalmente ao depósito de substâncias sobre a mucosa ou aumento da espessura do epitélio de revestimento da mucosa bucal. Clinicamente, podem ser classificadas em:

- Lesões brancas que podem ser removidas por raspagem e;
- Lesões brancas que não podem ser removidas por raspagem.

4.1.1 Lesões brancas que podem ser removidas por raspagem

É causada pelo acúmulo de material esbranquiçado sobre o dorso da língua, composto por restos alimentares, células descamadas, bactérias, fungos e enzimas digestivas, devido à falta de higienização das estruturas bucais. O indivíduo geralmente queixa-se de halitose e sensação de gosto ruim, sem motivo aparente. O tratamento recomendado é a orientação da correta higiene bucal, introduzindo ou aprimorando a higiene lingual por meio do uso da própria escova dental ou de limpadores de língua.

E por que é importante diagnosticar precocemente este tipo de problema? Quando a língua permanece saburrosa por um longo tempo de duração, pode levar ao espessamento do epitélio de revestimento e a pigmentação por corantes presentes nos alimentos. Nestes casos, a lesão não será mais totalmente removível por raspagem; porém o tratamento permanecerá o mesmo.

A raspagem da língua saburrosa é também uma manobra de diagnóstico. O tratamento é a orientação de higiene lingual. Esta condição deve ser vista pela equipe de saúde bucal tantas vezes forem necessárias, não só para que o indivíduo apresente melhora no quadro, mas também para conscientizá-lo sobre a importância da higiene bucal como um todo.

Candidíase bucal

A candidíase é uma doença de origem fúngica (também chamada de micose), superficial, causada pelo fungo *Cândida albicans*, que possui diversas apresentações clínicas, sendo mais frequentes as formas brancas e avermelhadas.

Está relacionada principalmente ao estado imunológico (sistema de defesa) e meio bucal do hospedeiro. A imunidade pode ser influenciada por fatores como idade avançada, gravidez, prematuridade, uso prolongado de antibióticos, uso de medicação imunossupressora, e doenças como a AIDS, câncer e doenças metabólicas. Já o meio bucal pode ser influenciado pela presença de próteses mal higienizadas, uso prolongado de antissépticos bucais, hipossalivação e diminuição da dimensão vertical por perda de dentes ou próteses desgastadas.

A manifestação da candidíase em indivíduos sem alterações no meio bucal pode ser indicativa de imunodepressão e deve ser investigada com exames laboratoriais, sobretudo hematológicos e imunossupressores. Os exames podem ser solicitados pelo dentista ou pelo médico que acompanha o usuário, a fim de buscar o diagnóstico de possíveis alterações sistêmicas.

As formas clínicas mais frequentes são: eritematosa, representada por lesões avermelhadas que serão abordadas mais adiante, e a pseudomembranosa, representada por lesões brancas. A pseudomembranosa, também chamada de sapinho, acomete frequentemente bebês e idosos e apresenta-se como múltiplas placas branco-leitosas (aspecto de leite coalhado) sobre a mucosa, com evolução de poucos dias. Os locais de preferência incluem a mucosa jugal, o vestibulo, a orofaringe e a língua.

O indivíduo pode apresentar-se prostrado, geralmente relata desconforto ou ardência bucal e gosto amargo na boca. A raspagem das placas brancas com uma espátula de metal é uma manobra de diagnóstico útil, entretanto, quando você retira a placa branca, aparece uma área eritematosa e sintomática. O diagnóstico das candidíases é clínico, mas pode ser confirmado por meio do

exame microscópico de citologia esfoliativa a partir do material raspado da lesão. Esse exame pode ser feito por você na sua própria unidade de saúde, utilizando exatamente o mesmo *kit* e o mesmo laboratório que o médico ou a enfermeira usam para fazer o exame ginecológico a fresco ou para coletar o material celular para o exame citopatológico de colo uterino.

O tratamento consiste na eliminação da causa e uso de antifúngicos. Quanto aos antifúngicos, a nistatina mostra resultados satisfatórios, podendo ser aplicada topicamente diretamente sobre a lesão ou em bochechos, três vezes ao dia em um período de 15 dias.

Queimaduras químicas, térmicas e úlceras traumáticas

As queimaduras **químicas e térmicas**⁷ resultam do uso de agentes químicos ou de substâncias excessivamente quentes sobre a mucosa bucal, levando à formação de lesões recobertas por uma pseudomembrana (falsa membrana) de cor esbranquiçada e facilmente removível pela raspagem. Em ambos os tipos de queimaduras, se os estímulos nocivos forem abolidos, haverá a remissão espontânea num curto período de tempo.

7 As queimaduras químicas são frequentemente causadas pela colocação de comprimidos de analgésicos do grupo do ácido acetilsalicílico diretamente sobre a mucosa em pessoas com dores de origem dentária. As queimaduras térmicas são mais encontradas em pessoas que consomem altas quantidades de café ou chimarrão.

As úlceras traumáticas são causadas especialmente por traumas mastigatórios, durante a higienização ou atendimento odontológico, principalmente em borda de língua, mucosa jugal, lábio inferior e palato, levando à formação de lesões recobertas por uma pseudomembrana de cor esbranquiçada e facilmente removível pela raspagem. Sua duração esperada é de 7 a 15 dias. Após este período, se o indivíduo não apresentar remissão da lesão, investigar a presença de trauma crônico, a possibilidade de úlcera aftosa recorrente ou câncer bucal.

Após a detecção de uma lesão branca no dorso de língua do indivíduo, você deverá executar a manobra clínica da raspagem da lesão. Se o material esbranquiçado for removido, imediatamente você a classificará como uma lesão branca removível por raspagem. Somente a partir deste momento, você adotará as medidas clínicas e laboratoriais citadas no texto para proceder o diagnóstico dessa lesão branca e, a partir daí, decidir a conduta a ser seguida.

4.1.2 Lesões brancas que não podem ser removidas por raspagem

Trata-se de lesões relacionadas ao aumento de espessura do epitélio de revestimento da mucosa. Entre os vários tipos, vamos destacar inicialmente a hiperkeratose friccional focal.

São lesões brancas causadas por mordiscadas frequentes, irritação por fricção ou sucção, localizadas sobretudo em rebordo alveolar edêntulo de pessoas que não fazem uso de próteses e submetem a mucosa ao trauma mastigatório, mucosa jugal e língua de indivíduos com fricção ou hábitos de sucção da mucosa contra os dentes ou bruxismo/apertamento (linha alba de mordida). Também podem estar presentes em pessoas com restaurações mal adaptadas que traumatizam a mucosa bucal. O tratamento dessas lesões consiste na remoção do agente traumático.

Muitas vezes, a hiperkeratose friccional focal pode apresentar-se exacerbada e estar associada ao estresse intenso ou a alterações psicológicas. Neste caso, passa a chamar-se *morsicatiobuccarum* e demanda, além do tratamento local, a abordagem da condição sistêmica em conjunto com psicólogos e/ou psiquiatras. Chame os profissionais do NASF para discutir esses casos.

Outro tipo de lesão é a estomatite nicotínica. Localiza-se na mucosa palatina, e manifesta-se como uma placa branco-acinzentada com presença de pápulas com áreas centrais avermelhadas. Está relacionada ao tabagismo em geral, principalmente de cachimbo e charuto, e a lesão representa uma resposta ao calor e não aos produtos químicos do tabaco. Não é tida como uma lesão que apresenta risco direto de transformação maligna, mas é forte indicativo de uso crônico de tabaco e deve servir de alerta para o dentista investigar se há outras lesões relacionadas ao uso do tabaco e também para conscientizar a pessoa sobre os riscos que envolvem o hábito de fumar. O tratamento é a remoção do agente etiológico, ou seja, o indivíduo cessa o tabagismo e há remissão espontânea da lesão.

A próxima lesão a ser comentada é a candidíase crônica hiperplásica. Também conhecida como candidíase leucoplásica, é considerada uma forma crônica da doença, que se apresenta como placas brancas, de aspecto superficial grosseiro, localizadas especialmente na região retrocomissural (frequentemente bilateral). Esta condição é muito comum em pessoas fumantes e com diminuição da dimensão vertical. É uma lesão controversa, sendo classificada por muitos autores como uma lesão pré-maligna, ou seja, uma lesão com possibilidade de transformação em câncer bucal. Diante desta controvérsia, é prudente executar a biópsia incisional e exame histopatológico. O tratamento de escolha, na maioria dos casos, é a remoção cirúrgica.

Outra é a leucoplasia. Trata-se de um termo clínico utilizado para definir as placas ou manchas brancas sem um diagnóstico preciso, diferentemente das demais lesões até aqui enfocadas. Será chamada de leucoplasia toda lesão branca que não pode ser caracterizada clinicamente como as demais lesões brancas já citadas. Sua etiologia está associada ao uso do tabaco, exposição à radiação UV e infecção por alguns microorganismos (*T. pallidum*, *C. albicans*, HPV, EBV).

É mais comum em homens, acima dos 40 anos, principalmente aqueles expostos aos mesmos fatores etiológicos do câncer de boca (explicitados na última parte deste texto). Manifesta-se clinicamente como lesões de aspecto variado, desde placas discretas, lisas e de textura regular até placas grosseiras, com superfície fissurada ou verrucosa.

A literatura mostra que cerca de 5 a 25% dos casos de leucoplasia apresentam alterações pré-malignas (chamadas displasias ou atipias epiteliais), e também que o câncer bucal pode manifestar-se clinicamente como uma lesão semelhante à uma leucoplasia. Por isso, a biópsia para a investigação das alterações histológicas do tecido afetado é obrigatória. O tratamento de escolha, na maioria dos casos, é a remoção cirúrgica.

Outra lesão que você pode encontrar com frequência na boca dos indivíduos é a **queilite actínica**⁸. Afeta a semi-mucosa (vermelhão) labial inferior e está relacionada à exposição excessiva e prolongada à radiação ultravioleta sem proteção (exposição crônica ao sol, várias horas por dia e durante muitos anos). Acomete principalmente homens de

8 A queilite actínica é considerada uma lesão pré-maligna, pois geralmente apresenta displasias epiteliais em quantidades variáveis e pode evoluir para o câncer de boca.

pele clara com idade acima 45 anos, que trabalham expostos ao sol (agricultores, pescadores, varredores de rua, praticantes de esportes náuticos etc.) e caracteriza-se clinicamente pela atrofia com ressecamento e descamação do vermelhão do lábio inferior, escurecimento ou apagamento da borda cutânea, além da presença de áreas leucoplásicas. Conforme a doença evolui, podem aparecer ulcerações crônicas que não apresentam resolução espontânea.

O tratamento está diretamente vinculado com o nível de displasia epitelial determinado pelo laudo histopatológico. Nos casos de ausência de displasia ou displasia leve, recomendam-se a proervação clínica e o uso de filtros solares labiais durante o dia e aplicação tópica de medicamentos com base no óxido de zinco, durante a noite, por no mínimo 30 dias. Já nos casos de displasia moderada e severa, recomenda-se a remoção total da lesão, levando em conta também o resultado estético da cirurgia.

O **líquen plano**⁹ é uma doença autoimune crônica que atinge pele e mucosas (resposta imunológica contra antígenos presentes na pele e mucosas), de causa desconhecida, que acomete sobretudo mulheres de meia idade e está intimamente relacionado a fatores psicológicos do indivíduo (marcadamente a instabilidade emocional). Manifesta-se, em pelo menos metade dos casos, na mucosa bucal, caracterizando-se por duas apresentações clínicas principais: líquen plano reticular (mais frequente) e líquen plano erosivo.

9 O líquen plano é uma doença frequente e está relacionado diretamente às condições emocionais da pessoa. Entende-se, portanto, que ele demande, além do tratamento local, a abordagem da condição sistêmica em conjunto com psicólogos ou psiquiatras.

O líquen plano reticular caracteriza-se por lesões esbranquiçadas estriadas (estrias de Wickham) em mucosa jugal bilateral, borda lateral e dorso de língua, gengiva, palato e vermelhão de lábio, assintomáticas ou com leve sintomatologia. Uma importante característica do líquen plano é a alternância de fase das lesões, que podem apresentar melhora ou piora no quadro em curto período de tempo e de acordo com o estado emocional da pessoa.

O tratamento é medicamentoso, com o uso tópico de corticoides. Resultados satisfatórios são obtidos com três bochechos diários de dexametasona por um período mínimo de 21 dias, ou três bochechos diários de propionato de clobetazol a 0,05% pelo mesmo período de tempo.

Não se esqueça que dentre as lesões brancas não removíveis por raspagem, existem algumas consideradas como lesões pré-malignas, ou seja, com potencial transformação para câncer de boca. É muito importante que, após a manobra da raspagem (que não surtirá efeito nesse tipo de lesão), você passe para os próximos passos da cadeia de diagnóstico, a saber: identificação dos possíveis fatores causadores (exposição crônica ao sol, uso de fumo, uso de bebidas alcoólicas, entre outros), biópsia (quando recomendado), exame histopatológico e tratamento.

Mas não esqueça que existem diversas outras doenças bucais menos frequentes caracterizadas por lesões brancas removíveis ou não pela raspagem, que você deve estudar para elaborar de forma eficiente o exercício do diagnóstico.



Leitura Complementar

Língua saburrosa:

SANTANA, N. N.; ALMEIDA, S. C.; TOMAZINHO, L. F. Halitose: abra a boca sem receio. **Arquivos de Ciência da Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 2, p. 113-115, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/274/245>>. Acesso em: 25 maio 2012.

Leucoplasia:

GÓES, C. Diagnóstico diferencial e manejo da leucoplasia bucal – caso clínico: acompanhamento de 4 anos. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 55, n. 1, p. 95-100, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://revistargo.com.br/viewarticle.php?id=67&layout=abstract>>. Acesso em: 25 maio 2012.

4.2 Lesões vermelhas da mucosa bucal

As duas lesões vermelhas mais comuns da mucosa bucal são a candidíase eritematosa e a eritroplasia.

4.2.1 Candidíase eritematosa

A candidíase eritematosa ou estomatite protética é a forma clínica de candidíase que se apresenta como áreas de cor avermelhada comumente localizada no palato de pessoas portadores de próteses totais mal higienizadas. O indivíduo geralmente não apresenta sintomatologia, e o tratamento é o mesmo descrito para a candidíase pseudomembranosa.

4.2.2 Eritroplasia

Acomete principalmente homens, da faixa etária dos 60 a 70 anos de idade. Apresenta-se clinicamente como áreas difusas vermelhas, aveludadas e homogêneas que não podem ser diagnosticadas clinicamente como qualquer outra condição vermelha de mucosa (diagnóstico por exclusão). Apesar de serem menos frequentes do que as leucoplasias, podem aparecer em associação com as mesmas (passando a chamar-se eritroleucoplasias).

O diagnóstico diferencial com outras lesões vermelhas da mucosa é fundamental, uma vez que cerca de 50% das lesões eritroplásicas representam fases iniciais do câncer de boca. Recomenda-se a realização de biópsia incisional, pois suas características histopatológicas são agressivas. O tratamento de escolha consiste na remoção cirúrgica.

É imprescindível que você consiga diferenciar uma eritroplasia de uma candidíase eritematosa. Para fazer isso, basta fazer um exame clínico cuidadoso do indivíduo e o exame de citologia esfoliativa na lesão.

4.3 Lesões pigmentadas da mucosa bucal

São caracterizadas por manchas escurecidas (marrons, enegrecidas ou arroxeadas). Apresentam-se sob a seguinte classificação clínica:

- Lesões pigmentadas de origem exógena;
- Lesões pigmentadas de origem endógena.

4.3.1 As lesões pigmentadas de origem exógena

São manchas causadas pela impregnação na mucosa bucal de substâncias externas ao organismo. A tatuagem por amálgama se caracteriza por mácula ou mancha de cor enegrecida ou azulada na mucosa bucal de pessoas que apresentam história de restaurações de amálgama. É causada pela impregnação de pequenos fragmentos de amálgama na mucosa durante procedimentos restauradores, preparos cavitários, remoção de restaurações e extrações dentárias.

Quando for possível, realizar um exame radiográfico do local com filme periapical, pois os fragmentos maiores de amálgama podem apresentar radiopacidade difusa. No entanto, em caso de fragmentos muito pequenos, o exame torna-se pouco esclarecedor. Não existe necessidade de tratamento e sua importância clínica está no fato de ser diagnóstico diferencial das lesões pigmentadas de origem endógena.

Algumas crianças podem exibir lesões semelhantes à tatuagem por amálgama, mas sem apresentar história de restaurações de amálgama; nesse caso, é preciso investigar a implantação acidental de grafite (de lápis ou da carga de lapiseira) ou de material semelhante.

4.3.2 As lesões pigmentadas de origem endógena

São causadas pela proliferação de melanócitos, aumento na produção de melanina e acúmulo de pigmentos hemorrágicos. Dentre elas, podemos citar a pigmentação fisiológica, a melanose associada ao fumo, a mácula melanótica bucal e o nevo melanocítico.

A pigmentação fisiológica é representada por mancha difusa de cor marrom, cinza ou negra, que acomete principalmente a gengiva vestibular e mucosa jugal de pessoas negras ou afrodescendentes. Normalmente são simétricas, persistentes e não sofrem alterações ao longo do tempo. Não necessita de tratamento, mas é preciso esclarecer ao indivíduo que não se trata de uma doença.

Quanto à melanose associada ao fumo, trata-se de manchas acastanhadas difusas e múltiplas, que acontecem na gengiva vestibular anterior de 31% dos fumantes, devido à síntese aumentada de melanina estimulada pela nicotina. Mulheres apresentam manchas maiores e de cor mais intensa devido ao efeito sinérgico dos hormônios femininos. Não é uma lesão com risco direto de transformação maligna, mas é um forte indicativo do uso crônico de tabaco e deve servir de alerta para o dentista investigar se há outras lesões relacionadas ao uso do tabaco, além de oportunizar ao dentista, conversar com o indivíduo sobre os perigos do hábito de fumar e a necessidade de abandonar o tabagismo para que as lesões regredam (o tratamento consiste na cessação do tabagismo).

Por último, vamos tratar da mácula melanótica bucal e nevo melanocítico. São manchas solitárias, pequenas, marrons ou negras, bem circunscritas e com bordas regulares na mucosa bucal principalmente em lábio inferior, gengiva, palato e mucosa jugal. Sua etiologia é desconhecida e pode acometer pessoas de qualquer idade, com maior frequência em mulheres. Não necessita de tratamento, mas deve-se fazer o acompanhamento periódico em longo prazo para verificar eventuais alterações na sua aparência e, caso isso aconteça, é preciso fazer uma biópsia incisional.

As lesões pigmentadas por acúmulo de pigmento hemorrágico, como o hematoma e as petéquias, normalmente apresentam história de trauma no local e não devem ser confundidas com as lesões pigmentadas já citadas.

As lesões pigmentadas devem sempre ser investigadas para afastar a possibilidade de melanoma, uma lesão maligna rara em boca, porém extremamente agressiva que apresenta um prognóstico muito ruim.

4.4 Lesões que levam a alterações de volume da mucosa bucal

4.4.1 Lesões reativas da mucosa bucal

São lesões que produzem alteração de volume da mucosa e que cessam seu crescimento com a remoção do estímulo que desencadeou o processo. Estímulos físicos, químicos ou biológicos podem produzir uma lesão, dependendo da sua intensidade, do seu tempo de ação e da capacidade de reação individual de cada pessoa.

Hiperplasia fibrosa inflamatória

Lesão muito frequente na mucosa bucal, caracterizada por pregas únicas ou múltiplas de tecido hiperplásico, firme e fibroso, geralmente associado ao uso de próteses mal adaptadas que causam trauma de baixa intensidade e longa duração. Acomete principalmente mulheres, adultas e de meia idade. Uma variação dessa doença é a hiperplasia papilar inflamatória caracterizada por nódulos de superfície papilomatosa ou múltiplas pápulas em palato, na região de contato com câmaras de sucção.

O tratamento da hiperplasia fibrosa inflamatória é a remoção cirúrgica simples e confecção de novas próteses. Caso não seja possível confeccionar nova prótese, deve-se diminuir ao máximo a agressão à mucosa, geralmente promovendo desgaste nas áreas de maior trauma e/ou reembasando a prótese antiga para melhorar sua adaptação. No caso da hiperplasia papilar inflamatória, deve-se fazer primeiro o reembasamento da prótese, acompanhar a regressão da lesão e, quando necessário, fazer a remoção cirúrgica.

Fibroma traumático ou de irritação

Nódulo da mesma cor da mucosa, de superfície lisa, normalmente sésbil e assintomático, que acontece principalmente em mucosa jugal e língua, relacionado a irritação local ou trauma de baixa intensidade e longa duração. O tratamento é a remoção cirúrgica simples com remoção do agente irritante ou traumatismo.

Granuloma piogênico

Nódulo avermelhado, sésbil, normalmente ulcerado e sangrante quando estimulado, comum na mucosa bucal, principalmente na gengiva vestibular de mulheres. Sua etiologia está ligada à associação entre irritação crônica (presença constante de restos alimentares, restaurações mal adaptadas, biofilme e cálculo dental entre outros) e fatores predisponentes hormonais (adoção ou mudança de anticoncepcionais, gravidez e alterações endócrinas, entre outros).

Seu aspecto avermelhado e sangrante pode ser intimidador tanto para o indivíduo quanto para você, mas a lesão é simples e o seu tratamento é a remoção cirúrgica, sempre tomando cuidado com os danos funcionais e estéticos que uma cirurgia gengival pode ocasionar.

Fibroma ossificante periférico

Nódulo sésbil da cor da mucosa, de superfície irregular, exclusivo de gengiva e rebordo alveolar, que acontece principalmente na papila gengival interdental de mulheres jovens. Sua etiologia provável é a proliferação dos fibroblastos do ligamento periodontal frente a estímulos como o biofilme ou cálculo dental e irritação prolongada de baixa intensidade.

A lesão é simples e o seu tratamento é a remoção cirúrgica, sempre tomando cuidado com os danos funcionais e estéticos que uma cirurgia gengival pode ocasionar.

Lesão periférica de células gigantes

Nódulo sésil ou pediculado, avermelhado ou arroxeado, extremamente sangrante, de superfície irregular (possivelmente ulcerada), que acontece exclusivamente em gengiva ou rebordo alveolar anterior aos primeiros molares. Sua etiologia provável é a proliferação de células gigantes frente a estímulos como o biofilme ou cálculo dental e irritação prolongada de baixa intensidade.

A lesão exige mais atenção e o seu tratamento é a remoção cirúrgica com remoção do periósteo, sempre tomando cuidado com os danos funcionais e estéticos que uma cirurgia gengival pode ocasionar. Esta lesão pode recidivar.

O granuloma piogênico, o fibroma ossificante periférico e a lesão periférica de células gigantes apresentam crescimento lento, fatores etiológicos em comum e podem ser clinicamente muito semelhantes, e isso faz com que o exame histopatológico seja decisivo para o diagnóstico final.

As lesões reativas da mucosa bucal normalmente são tratadas por meio da remoção cirúrgica. Entretanto, elas necessitam também que haja a remoção do fator etiológico para sua cura plena e para evitar sua recidiva.

4.4.2 Lesões neoplásicas da mucosa bucal

São lesões que produzem alteração de volume da mucosa por apresentarem crescimento desordenado (aumentado) em comparação aos tecidos normais e persistirem crescendo, mesmo após a cessação do estímulo que a produziu.

Lipoma

Neoplasia benigna de células adiposas com apresentação clínica em forma de nódulo amolecido de superfície plana, sésil ou pediculado, assintomático e de crescimento lento. Acontece principalmente em mucosa jugal e vestíbulo de adultos com sobrepeso. Seu metabolismo é independente do metabolismo da gordura corporal.

O tratamento é a remoção cirúrgica simples e a peça cirúrgica boia ao ser colocada no formol.

Papiloma

Nódulo solitário, pediculado, amolecido, indolor, de coloração normalmente branca, formado por diversas projeções digitiformes que acomete principalmente a língua, lábios e palato mole de pessoas de qualquer idade. É causado pelo vírus do papiloma humano (HPV) e tem como diagnósticos diferenciais a verruga vulgar e o condiloma acuminado (DST). O tratamento é a remoção cirúrgica com pequena margem de segurança e, se possível, cauterização da base, para evitar a recidiva.



Link

Granuloma piogênico:

DEZOTTI, M. S. G. Granuloma piogênico: ocorrência, prevenção de gênero e de idade e aspectos clínicos mais comuns. **Revista Salus Vita: ciências biológicas e da saúde**, v. 15, n. 1, p. 47-60, 2000. Disponível em: <http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v19_n1_2000_art_04.pdf>.

Lesão periférica de células gigantes. Disponível em :<<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/lilacs/salusvita/2007v26n1/salusvita2007v26n1p99-104.pdf>>.

Fibroma ossificante periférico:

RIBEIRO, Artur de Oliveira; SILVEIRA, Carlos Emanuel Silva da; MACIEL, Rosemiro de Menezes; PONTES, Márcia de Amorim; SOUZA, Liane Maciel de Almeida. Fibroma Cimento-Ossificante Periférico. Relato de um Caso Clínico. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. Vol.51, no1, 2010. Disponível em: <http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90137513&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=330&ty=164&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=330v51n01a90137513pdf001.pdf>.

4.5 Conduta preventiva do câncer bucal

O câncer de boca é considerado em nossos dias um dos problemas de saúde pública de maior relevância. Isto porque a sua incidência vem aumentando a cada ano. No entanto, muito pode ser feito para contornar e reduzir este quadro, especialmente na Atenção Básica. O dentista deve aproveitar o momento do atendimento não só para resolver a queixa principal, o motivo que levou o indivíduo a procurar atendimento, mas também para realizar um exame minucioso, buscando sinais e sintomas que possam evidenciar lesões pré-malignas, ou fatores que coloquem em risco a saúde do indivíduo.

O câncer bucal (carcinoma epidermoide bucal) é uma doença multifatorial relacionada a fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. Os principais fatores intrínsecos são o estado geral de saúde da pessoa (desnutrição/anemia), alguns fatores ambientais e os fatores genéticos. Os principais fatores extrínsecos são o uso do fumo, álcool, a exposição à radiação e a infecção por vírus oncogênicos (HPV 16 e 18).

A prevenção do câncer bucal esbarra não apenas no desconhecimento da população acerca dos fatores de risco, relacionados diretamente aos hábitos e comportamentos considerados pelo senso comum como sociais, portanto aceitáveis, mas também pela conduta dos dentistas, que pode levar à uma subpreocupação com o diagnóstico, com poucas solicitações de biópsia para os casos suspeitos e conseqüentemente, com tratamento e monitoramento tardios. Além disso, existe a necessidade de uma comunicação qualificada entre a equipe de saúde bucal e o usuário. O uso de uma linguagem acessível no momento das orientações e das recomendações de condutas pode facilitar a compreensão por parte da população, auxiliando na prevenção de doenças.

Você, dentista que trabalha na Atenção Básica, precisa estar atento ao reconhecimento e tratamento das lesões pré-malignas, principalmente as leucoplasias, eritroplasias e a queiliteactínica. O diagnóstico e o tratamento destas lesões evita não só que a doença evolua, mas também impede a instalação de problemas e de sequelas, decorrentes dos estágios avançados da lesão.

O carcinoma epidermoide bucal pode se desenvolver em uma área de leucoplasia ou eritroplasia preexistentes ou como um crescimento novo. Por apresentar formas clínicas variadas, fique atento às lesões que são consideradas mais frequentes: lesões exofíticas (formadora de massa tecidual), lesões endofíticas (úlceras indolores com bordos endurecidos e elevados), lesões leucoplásicas, lesões eritroplásicas ou eritroleucoplásicas. As localizações anatômicas principais são: lábio inferior, borda lateral da língua e assoalho da boca.

A preocupação deve se estender a toda a população, mas as ações de prevenção devem ser focadas no público que apresenta a maior incidência: os adultos acima de 40 anos, mal nutridos e com exposição crônica e prolongada à luz solar. O risco aumenta ainda mais se a pessoa for etilista e tabagista crônica, ou com algum tipo de imunossupressão.

Quando as lesões são detectadas precocemente, a probabilidade de cura é muito maior, além da possibilidade de tratamentos menos mutiladores. Durante o exame clínico, lembre-se da importância dos fatores irritantes locais, assim como dos fatores ambientais de natureza química, física e biológica.

Dentre os fatores predisponentes, dois são de difícil controle: o uso de tabaco e de álcool. E por que isso? Esses produtos são de fácil acesso à população, encontrando-se disponíveis em cada esquina do nosso bairro e a um custo bem acessível. Apesar de o governo propor medidas educativas e legislativas com vistas à diminuição do consumo desses produtos, grande parte da população ainda os consome rotineiramente, iniciando seu uso em idades ainda mais precoces que antigamente.

O hábito de fumar tem sido associado à formação de leucoplasias, provavelmente devido aos seus compostos químicos irritantes. Você sabe a diferença do risco para o desenvolvimento do câncer bucal entre indivíduos fumantes e não fumantes?

O risco entre indivíduos fumantes está estimado em 4 a 10 vezes mais quando comparamos aos não fumantes. Trata-se, portanto, de um risco bastante considerável, e é por isso que temos a obrigação de defender medidas legislativas que imponham obstáculos ao hábito de fumar em espaços coletivos, além de divulgar à população, as possíveis medidas preventivas.

E se o indivíduo não fizer uso do cigarro, charuto e cachimbo, mas simplesmente tiver o hábito de mascar o fumo em corda/rolo? Estará igualmente em risco, pois a literatura comprova que o uso de tabaco sem fumaça também se relaciona ao desenvolvimento de câncer de boca.

Outro fator de risco muito importante é o consumo de álcool, que, além de exercer um papel de solvente das substâncias químicas responsáveis pela alteração maligna das células, compromete a função imunológica do indivíduo e age como irritante da mucosa, determinando um risco para o desenvolvimento do câncer de boca aumentado em 2 a 3 vezes. No entanto, é a associação do fumo com o álcool que aparece como o maior problema, uma vez determina um risco para o desenvolvimento do câncer bucal aumentado de 9 a 15 vezes quando comparado com pessoas não expostas a esses dois fatores.

Hábitos não são simplesmente removidos pelo processo de educação em saúde. O trabalho do dentista e da equipe de saúde não pode se resumir apenas à informação. É necessário atender integralmente o usuário, procurando inseri-lo em algum grupo de autoajuda, incentivá-lo e apoiá-lo a parar de fumar ou beber, evidenciar com exemplos a gravidade do câncer bucal.

Caso não haja grupos de autoajuda para pessoas fumantes em sua unidade de saúde ou em seu município, leve a ideia até as esferas administrativas competentes e colabore com a melhoria na estrutura de atendimento a esses indivíduos.

Com relação especificamente ao câncer de lábio, a maior incidência ocorre entre os indivíduos que se expõem diretamente e persistentemente à radiação solar. Profissões com trabalhos agrícolas, pesca, construção civil, e prática de lazer e esportes ao ar livre também sob influência do sol, como futebol e vôlei na praia, *surf*, banhistas, ciclistas, são consideradas como fatores de risco para o desenvolvimento de lesões pré-malignas. Em relação à prevenção, é aconselhável evitar a exposição ao sol nos horários em que ele é mais forte (radiação ultravioleta) ou só fazê-lo com a proteção de chapéu de aba larga ou boné, filtro solar e protetor labial com fator de proteção acima de 30.

Outra forma de conduta preventiva, não só contra o câncer, mas também contra diversas outras doenças bucais e sistêmicas, é a manutenção de uma dieta equilibrada e saudável. A recomendação dos nutricionistas é pelo consumo diário de alimentos compostos por frutas, legumes, verduras, bem como de grãos integrais em pães, cereais, arroz, massas, feijões, ervilhas e lentilhas. Além disso, é melhor controlar o consumo excessivo de carnes vermelhas, especialmente as muito gordurosas ou industrializadas.

É essencial que o indivíduo procure fazer visitas regulares ao dentista, e não apenas quando considere que tem algum problema. Muitas vezes, o problema já se instalou, apesar de ainda não ter manifestado sinais ou sintomas perceptíveis às pessoas. O dentista é o profissional especializado nesta área e a sua atuação propiciará a detecção precoce, a vigilância sobre os fatores de risco e o monitoramento dos problemas apresentados pelo indivíduo.

O processo de educação coletiva, orientando as pessoas a promoverem o autoexame tem sido uma das estratégias do governo para a prevenção do câncer bucal. Trata-se de um procedimento simples e rápido que é realizado pelo próprio indivíduo. Esta conduta, aliada ao controle dos fatores predisponentes, contribuirão sem dúvida, para diminuir a incidência desta doença. A pessoa deverá estar em frente a um espelho e procurar observar, por meio da visualização e apalpação, se existem sinais como mudança de cor da mucosa bucal, endurecimentos em algum ponto da face, presença de feridas bucais ou de lábios e áreas dormentes. Além disso, ir ao dentista pelo menos uma vez ao ano para que ele promova o exame e faça o acompanhamento de sua saúde.

Concluindo, a prevenção e a detecção precoce do câncer de boca dependerão de vários fatores, alguns diretamente ligados ao dentista, como a execução de exame clínico adequado, estabelecimento de tratamento adequado, encaminhamento a centros de referência, assim como o trabalho em educação, visando a conscientizar as pessoas para abandonarem os fatores de risco; outros relacionados aos indivíduos, que dependerão do grau de seu conhecimento a respeito deste problema de saúde, dos fatores de risco e das condutas que deverão adotar.

Ademais, há ainda o papel do governo, na instituição de políticas públicas que proporcionem, além de legislação específica de combate ao fumo e ao álcool, uma estrutura em suas unidades de saúde para acolher aqueles indivíduos que queiram deixar de fumar e beber, promovendo grupos de apoio e até de atenção psicológica.

É imprescindível que, já nos cursos de odontologia, seja promovida uma formação não apenas técnica e científica acerca dos problemas de saúde bucal, mas também de visão crítica do significado social de hábitos nocivos à saúde como um todo, abordando possíveis maneiras de trabalhar essas questões junto à população, na perspectiva da integralidade do cuidado e da responsabilização em saúde.

Você sabe identificar quais são os fatores de risco mais importantes relacionados com o câncer de boca? Quando você faz a anamnese dos indivíduos atendidos, você aborda esses fatores etiológicos?

É imprescindível que você se sinta capacitado para orientar as pessoas da comunidade sobre os riscos relacionados à exposição ao tabaco, álcool, etc., com argumentos embasados neste material e na literatura científica atual, recomendando o abandono ou a diminuição dos hábitos de fumar ou beber.



Link

HOSPITAL A. C. CAMARGO. Disponível em: <<http://www.hcanc.org.br/index.php?idTipoCancer=5&page=14>>. Acesso em: 08 jun. 2012.

OLIVEIRA, L. R. et al. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermoide oral em uma população brasileira. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 42, n. 5, p. 385-392, out. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jbpm/v42n5/a10v42n5.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2012.

VENTURI, Beatriz R. M.; PAMPLONA, Ana C. F.; CARDOSO, Abel S. Carcinoma de células escamosas da cavidade oral em pacientes jovens e sua crescente incidência: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. V.70; n.5, 670-86, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n5/a16v70n5.pdf>>

Para refletir

Os moradores de uma região do subúrbio de uma metrópole preocupam-se com o crescimento acentuado de usuários de drogas na comunidade, muitos deles, filhos de moradores locais. O líder comunitário relata a situação ao Agente Comunitário de Saúde, que discute o caso com a enfermeira da unidade de saúde. A enfermeira fez um levantamento sobre o número de casos de dependência química já atendidos pela equipe ou com suspeita de dependência. De posse dessas informações, levou o caso à discussão com a equipe de saúde. Todos concluíram que se tratava de um problema emergente na região nos últimos dois anos. Comprometidos em acolher essa necessidade da comunidade, os profissionais da ESF organizaram uma reunião para buscar soluções para o problema com a comunidade e auxílio do CAPSad presente naquela região. A proposta inicial foi o desenvolvimento de grupos educativos com usuários sobre os riscos de contaminação por doenças transmissíveis e com ações de redução de danos. Outra proposta foi a oferta de acompanhamento psicológico aos usuários e seus familiares. A intenção nesses casos, não é a resolução imediata da situação, mas a promoção de espaços coletivos de discussão do problema, na perspectiva da corresponsabilidade, em que usuários e profissionais são responsáveis pela saúde da comunidade. Assim, além de proporem ações de promoção da saúde e atividades direcionadas ao tratamento e reabilitação das pessoas, a equipe pode evitar que outros problemas de saúde se instalem e prejudiquem ainda mais as condições de vida desta população.

Você e sua equipe já propuseram ações de atenção integral à saúde dos usuários de drogas, sem culpabilizá-los por sua condição? Ponderem sobre os direitos em saúde desses usuários e sobre os preconceitos e discriminações que ainda persistem nos serviços de saúde.

Lembrem-se: saúde é direito de todos!

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, foram discutidas as principais lesões bucais em adultos, suas características, os estímulos físicos, químicos ou biológicos capazes de produzir tais lesões, dependendo da sua intensidade, do seu tempo de ação e da capacidade de reação individual. As lesões reativas da mucosa bucal, como a hiperplasia fibrosa inflamatória, o fibroma traumático ou de irritação, o granuloma piogênico, o fibroma ossificante periférico e a lesão periférica de células gigantes foram abordados em relação à sua forma, tipos de tratamento e cuidados envolvidos, como a prevenção de danos funcionais e ou estéticos, provocados pelo tratamento cirúrgico. Também tratou das lesões que produzem alteração de volume da mucosa, tais como, o lipoma e o papiloma, que persistem crescendo mesmo após a cessação do estímulo que os produziram, e dos seus respectivos tratamentos. Além disso evidenciou a relevância da educação em saúde, o autoexame bucal e à adoção de hábitos saudáveis para a prevenção do câncer bucal.

REFERÊNCIAS

BARNES L. **World health organization classification of tumours: pathology and genetics – head and neck tumours.** Lyon: IARC, 2005.

CAWSON, R. A.; BINNIE, W. H.; EVENSON, J. W. **Atlas colorido de enfermidades da boca: correlações clínicas e patológicas.** [S.l.]: Artes Médicas, 1997.

MARCUCCI, G. **Fundamentos de odontologia: estomatologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J, POGREL, M. A. **Atlas de patologia oral e maxilofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

REGEZI, J. A., SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Patologia bucal: correlações clinicopatológicas.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SHAFER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de patologia bucal.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. **Fundamentos de medicina oral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. **Princípios e prática de medicina oral.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

TOMMASI, A. F. **Diagnóstico em patologia bucal.** 3. ed. São Paulo: Pancast, 2001.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Odontologia

Unidade 5



5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DO ADULTO

Nesta unidade, vamos acompanhar exemplos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre a integração e atuação de membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em algumas cidades brasileiras.

5.1 Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária

No município de Belo Horizonte, a Atenção Básica tem como parâmetro diferentes eixos de intervenção que se fundamentam na proposta de reorganização, qualificação e fortalecimento da assistência no nível local, na perspectiva da integralidade da atenção. Nota-se, na prática, que os Centros de Saúde são a referência da população para a busca de soluções às diferentes situações de doenças e agravos à saúde e, em meio à amplitude de abordagens ao sujeito, surgem, com menos frequência, alguns casos complexos que exigem atendimento imediato. Nessas situações, os profissionais de saúde precisam interromper a rotina diária e, rapidamente, mobilizar-se para atender às emergências. Predominantemente, essas demandas são atendidas nos serviços hospitalares ou nas unidades de pronto atendimento.

Entretanto, há situações em que o indivíduo que sofre determinado agravo, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, procura o local mais próximo da residência para socorro: o Centro de Saúde. Destaca-se que é nesse dispositivo que o usuário possui vínculo, o que pode levar a população adscrita a procurar a Unidade, sobretudo pela proximidade do domicílio.

Diante disso, está revelada a necessidade de que o profissional que atua na Atenção Básica, além de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, esteja apto a prestar os primeiros atendimentos às situações de urgência e emergência.

Considerando a necessidade de educação permanente em saúde (EPS), que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, organizada como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional, e considerando a necessidade dos profissionais para o atendimento de agravos emergenciais na Atenção Básica, de adequação dos ambientes para o atendimento, este trabalho buscou instrumentalizar a equipe de saúde desse nível de atenção para o atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR).

A intervenção foi desenvolvida em um Centro de Saúde da região Norte de Belo Horizonte (MG), no segundo semestre de 2009. O território sob responsabilidade do Centro de Saúde possui 17 microáreas atendidas por quatro Equipes de Saúde da Família, responsáveis pela atenção a 4.043 famílias, classificadas como de médio, elevado e muito elevado risco, considerando-se o índice de vulnerabilidade da saúde.

A abordagem principal consistiu na construção de uma rotina de atendimento e organização de oficinas teórico-práticas com o apoio da equipe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), focando a metodologia participativa e a análise qualitativa dos resultados. Participaram das discussões 22 profissionais de saúde. Os resultados obtidos foram positivos. Houve troca de experiências entre as equipes dos dois níveis de atenção, culminando na construção de uma rotina de atendimento de parada cardiorrespiratória, adequada à realidade da Atenção Básica. A discussão do atendimento de emergências no nível primário de atenção à saúde é uma forma de preparar os profissionais para a prestação de assistência integral em qualquer ambiente de cuidado.

Com base no trabalho desenvolvido com a equipe do Centro de Saúde, pode-se inferir que a PCR é um tipo de atendimento pouco frequente no cotidiano da Atenção Básica. Por outro lado, é de suma relevância que essa temática seja trabalhada com toda a equipe desse nível de atenção, considerando-se que o Centro de Saúde é, em algumas situações, a referência mais próxima do domicílio do usuário, exigindo capacitação profissional para uma intervenção imediata.

É importante que o atendimento à PCR, bem como os demais casos de urgência e emergência, componha o rol de discussões e capacitações programadas e articuladas no cotidiano de trabalho das Unidades de Saúde em todos os níveis de assistência. Essa prática pode ser compreendida como fundamental para um cuidado qualificado e pode ser realizada periodicamente (BARBOSA et al., 2011).

5.2 Calendário educativo da saúde

Atualmente, os recursos tecnológicos das equipes de saúde podem estar desarticulados da realidade local, centradas na assistência médico-hospitalar especializada, em que as novas tecnologias são incorporadas à prática de forma acrítica, configurando-se num modelo centrado na doença e com pouca resolubilidade. A mudança deste Modelo de Atenção à Saúde envolve a adoção de práticas integrais e cuidadoras. Significa pensar na saúde de forma integral, respeitando as peculiaridades de cada setor, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população.

Desta maneira, é necessário buscar alternativas para que as pessoas da comunidade priorizem um sistema de saúde em que haja a incorporação de ações de promoção de saúde e de prevenção de riscos e doenças, por meio de atividades educativas permanentes.

O município de Vargem Bonita, segundo fonte do IBGE 2010, conta com 4.793 habitantes, área territorial 298,611 km². Vargem Bonita é um município com 14 comunidades e possui duas áreas de abrangência, cobertas por duas Equipes de Saúde da Família. A ESF 1 abrange o centro de Vargem Bonita, o bairro Anzolin, Bela Vista I e II, Domicilia Cassiano, Brasília, Madezati, Giasson, Coração, Assentamento 25 de Maio, Linha Casan, Linha Spader, Linha Nossa Senhora do Carmo, Tunal, Tunalzinho e São José. A ESF 2 abrange a Vila Campina da Alegria, Campina Redonda, Pinhal Grande e Assentamento 9 de Novembro. Devido ao número de comunidades locais, os moradores apresentavam dificuldade em saber os dias de atendimento da equipe (médico, dentista, enfermeira e assistente social) em sua região.

Em visitas domiciliares, os Agentes Comunitários de uma das unidades de saúde perceberam que, em sua região, o calendário, ou “folhinha do ano”, estava presente em praticamente todas as residências. Como a equipe de saúde havia percebido uma baixa participação da comunidade nas atividades educativas realizadas, e que, com a existência de muitos grupos na unidade, os moradores tinham dificuldades em saber a data correta das reuniões dos grupos, a equipe imaginou uma maneira eficiente de fazer com que as reuniões de grupos comesçassem a fazer parte da rotina dessas famílias. A solução proposta consistiu na distribuição de um calendário educativo de saúde, no qual estariam todas as ações de saúde programadas e agendadas para o próximo ano, bem como telefones úteis e as datas de atendimento no interior do município. Desta maneira, surgiu a proposta da criação do Calendário Educativo da Saúde.

O planejamento das estratégias e das ações de educação em saúde responde ao princípio da participação ampliada, respeitando as peculiaridades locais de cada população. Em Vargem Bonita, o recurso adotado para garantir a efetiva participação foi a formulação do Calendário Educativo da Saúde, que teve grande adesão pela população assistida pelas equipes. As ações preventivas e a educação em saúde têm maior prestígio após a implantação do calendário. A comunidade participa das ações de educação em saúde e, conseqüentemente, possui uma melhor qualidade de vida. Além disso, a equipe de Estratégia de Saúde da Família está motivada a realizar as atividades e, também, a aperfeiçoar-se com a educação continuada para obter resultados cada vez mais positivos (GEMELLI et al., 2011).

5.3 Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo

Na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Tributo, em Lages (SC), foi identificada uma quantidade alta de fumantes e, como consequência, um grande número de consultas médicas era destinado ao tratamento dos malefícios causados pelo tabaco.

Com a presença de uma equipe multidisciplinar na USF e com dois programas de Residência, foi criado um grupo antitabagismo junto à comunidade, chamado de “*Todos contra um*”. O grupo realizou vários encontros, cada um conduzido por um profissional da equipe, com a abordagem de temas específicos. A médica, por exemplo, falava sobre os malefícios do cigarro; a dentista informava sobre os riscos do cigarro na saúde bucal; os psicólogos aplicavam técnicas de relaxamento e psicologia positiva, entre outros. Os encontros semanais, de duração de aproximadamente noventa minutos, procuravam promover o apoio aos usuários tabagistas da população adstrita no território abrangido pela unidade, tendo como objetivos trabalhar a prevenção das doenças desencadeadas pelo uso de tabaco; informar aos usuários os malefícios do tabaco; apresentar estratégias para que consigam parar de fumar; desmitificar informações em relação ao tabaco; desenvolver atividades de promoção de saúde; dentre outros. Foram realizados, também, passeios para a integração do grupo e premiação das pessoas que conseguiram parar de fumar.

O grupo de combate ao tabagismo teve início em abril de 2009. A equipe multiprofissional responsável pelo projeto é composta por uma médica, uma assistente social, uma dentista, dois psicólogos e uma enfermeira, todos residentes em Saúde da Família e Comunidade, uma auxiliar de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde.

A condução dos encontros obedeceu a metodologias ativas, com emprego de métodos e técnicas que possibilitem e facilitem aos integrantes do grupo vivenciar seus sentimentos, percepções sobre os fatos e informações e refletir sobre eles, ressignificando seus conhecimentos e valores e percebendo as possibilidades de mudança.

Na primeira reunião, com a presença de três usuários, realizou-se a exposição dos objetivos do grupo, bem como a apresentação de todos os participantes e da equipe técnica, buscando-se conhecer as experiências prévias dos usuários e seus anseios com o grupo, abrindo-se um espaço para que outras propostas fossem trazidas por todos. No decorrer do processo foram utilizadas diversas dinâmicas a fim de estimular a participação dos usuários e buscar o objetivo de parar de fumar.

O grupo, após quatro meses de atividades, já contava com a participação de 13 usuários, sendo que três já haviam conseguido parar de fumar. Importante ressaltar que nenhum deles necessitou de tratamento medicamentoso, contando apenas com o apoio do grupo. Além disso, há vários participantes que, embora não tenham parado de fumar, já conseguiram diminuir a quantidade de tabaco/dia. Os usuários que cessaram o tabagismo já perceberam mudanças físicas, como diminuição da falta de ar, melhora da disposição para a prática das atividades diárias, entre outros.

Observa-se que o conceito de qualidade de vida desses indivíduos vai além de não mais ingerir as substâncias maléficas do tabaco, já que se sentiram mais confiantes em si mesmos, levando essa experiência para outros aspectos da sua vida, pois perceberam-se determinados, sendo sujeitos ativos para a mudança. Pensando ainda nos aspectos psicológicos, ressalta-se que os usuários que conseguiram parar de fumar não desenvolveram outros vícios nem manias como forma de compensação do comportamento extinguido.

Cabe ressaltar que, quando um sujeito para de fumar, provoca uma “ruptura” em sua vida, ele precisa abolir o comportamento de uso do cigarro, buscando se adaptar a uma “nova forma” de experiência em saúde. Modificar hábitos e condutas não é tarefa fácil, por isso a importância da iniciativa de grupos onde os sujeitos possam encontrar “o seu lugar”, um lugar que garanta a cada um a sua importância.

Dentre outros aspectos, destaca-se a também a iniciativa de construção de redes sociais na vida das pessoas, de redes de apoio, de sentimento de pertença, de maior envolvimento com o outro para desenvolver a capacidade de apoiar. Afinal, precisamos encontrar apoio e sentir que alguém acredita em nós.

Pode-se perceber que no grupo Todos Contra Um, além de terem o objetivo comum de parar de fumar, os participantes buscaram o objetivo de levar informação para outras pessoas, pois se tornaram amplos divulgadores das atividades desenvolvidas e principalmente da necessidade de cessação do vício para a população do bairro.

Diante do exposto, entende-se que a existência da equipe multiprofissional é crucial para a compreensão dos diversos fenômenos humanos, já que apenas um olhar não dá conta de responder às vicissitudes do ser humano.

Na tentativa de promover mudanças no modelo assistencial e em suas práticas no SUS, a prevenção de doenças e agravos tem tido maior enfoque. Grupos antitabagismo possibilitam ações voltadas à prevenção dos danos causados pelo tabagismo e sobretudo à promoção de melhor qualidade de vida a esses usuários. Quanto aos profissionais de saúde, é preciso não ter uma postura passiva, e sim proativa, agindo sobre contingências (quando possível) e não no aguardo de doença para tratar (FREDERICO et al., 2010).

5.4 Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária

Saúde Comunitária era o nome de um programa de rádio, que nasceu em 2004, com a intenção de se inserir na tradição dos meios de comunicação de massa. Foi concebida inicialmente na cidade de Curitiba (PR).

A essência do projeto era o desenvolvimento de um programa educativo, utilizando rádios comunitárias e rádios livres. Na época, foi produzido na Secretaria de Comunicação Social da prefeitura de Curitiba e distribuído sem custos para dez estações de rádios comunitárias e livres do Brasil.

Em 2005, iniciou-se a segunda fase do programa Saúde Comunitária, desta vez na cidade de Rio Negro, interior de Mato Grosso do Sul. Foi concebido e desenvolvido como parte das atividades da Equipe de Saúde da Família da área urbana. Ficou no ar até dezembro de 2008.

O relato a seguir teve por base as experiências vivenciadas no município de Rio Negro (MS), no período em que o programa esteve no ar, na rádio comunitária Rio Negro FM, e descreve parte das atividades cotidianas da ESF com a finalidade de motivar debates em torno de temas importantes para saúde e cidadania.

Alguns servidores atuavam apenas em pesquisas de opinião e no desenvolvimento dos temas e não necessariamente à frente dos microfones. Conforme o tema, outros profissionais e principalmente pessoas da comunidade eram convidados a falar, pois a intenção era criar um diálogo entre o saber popular e o saber dos trabalhadores da saúde.

O propósito do projeto foi partilhar informações com a população e com os servidores, mobilizando e suscitando a participação em atividades presenciais, divulgar serviços, contribuir com a conscientização dos servidores quanto ao trabalho, discutindo questões relativas ao protagonismo e à cidadania da população (PRADO et al., 2011).

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, buscamos apresentar exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família - ESF e desta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com isto, reforçamos a importância do trabalho em equipe interdisciplinar articulado com a comunidade em que, cada vez mais, os saberes popular e científico dialogam na perspectiva de uma atenção à saúde que seja integral e acolhedora, nas diferentes situações que demandam atenção integral ao adulto que busca a Unidade Básica de Saúde.



Amplie seus conhecimentos sobre a odontologia na saúde do trabalhador, lendo o artigo:

GARBIN, Daniela; CARCERERI, Daniela Lemos. A odontologia nas políticas públicas de saúde do trabalhador. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v.42, n.2, p.81-160, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.sinodonto.org.br/arquivos/Rev_42_2_artigo_8.pdf>.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. A. F. et al. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. **Revista APS**, n. 14, v. 2, p. 233-238, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1057/481>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

FREDERICO, D. F. et al. Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, ano I, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 02 jun. 2012.

GEMELLI, J. J. et al. Calendário educativo da saúde. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, ano II, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 02 jun. 2012.

PRADO, E. V. et al. Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária. **Revista APS**, n. 14, v. 4, p. 497-501, out./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1666/562>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

SÍNTESE DO MÓDULO

Neste módulo, buscamos contribuir para a sua formação profissional como membro da equipe de saúde junto às Equipes da Atenção Básica na atenção integral à saúde do adulto.

Por meio da apresentação de dados estatísticos, características e tratamentos das doenças mais prevalentes no adulto, esperamos ter auxiliado nos procedimentos práticos e teóricos de seu dia a dia, de modo que você consiga fomentar a qualidade de vida daqueles que sofrem com tais agravos e doenças. Também esperamos tê-lo motivado a aprofundar seus estudos e a desenvolver a instigante, e também gratificante, tarefa de qualificar a Atenção Básica e a Rede de Atenção à Saúde do SUS.

AUTORES

Calvino Reibnitz Júnior

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1975), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e doutorado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2008). Atualmente é Professor Assistente da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia Social e Preventiva, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, odontologia social, odontologia na saúde da família, recursos humanos e saúde coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/0883395990706120>

Fernanda Lazzari Freitas

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e Residência Médica pelo Grupo Hospitalar Conceição (2006). Atualmente é Médico de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina de Família e Comunidade, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção primária à saúde, medicina de família e comunidade.

<http://lattes.cnpq.br/8514958534667487>

Flávia Regina Souza Ramos

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (1983), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1992), doutorado em Filosofia em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1995) e pós-doutorado pela Universidade de Lisboa (Educação). Atualmente é professora da Universidade Federal de Santa Catarina (Professor Associado, Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). É pesquisadora (Produtividade /CNPq) do grupo PRÁXIS - saúde, trabalho, cidadania e enfermagem. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Filosofia e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, trabalho em saúde, processo de trabalho em enfermagem, bioética, ética e trabalho; educação e trabalho em saúde.

<http://lattes.cnpq.br/3027670493001716>

Heitor Tognoli

Médico graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família, especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde e doutorando em Saúde Coletiva na UFSC. Atualmente é coordenador e professor das disciplinas Medicina de Família e Comunidade e Medicina Preventiva, da Universidade do Vale do Itajaí, vice-coordenador do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina e gerente de coordenação de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: formação de recursos humanos para o SUS, medicina de família, e comunidade e saúde coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/092495713916204>

Lúcia Nazareth Amante

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1981), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente Professor Adjunto II, é subcoordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Perioperatória, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidados de enfermagem, processo comunicacional, qualidade de vida no neurotrauma e fundamentos da segurança do paciente.

<http://lattes.cnpq.br/3414893302382437>

Luiz Roberto Agea Cutolo

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), especialista em Pediatria, doutor em Educação pela mesma universidade. Professor Adjunto do Departamento de Pediatria, coordenador do Núcleo Telessaúde-SC, e membro da Coordenadoria Pedagógica da Interação Comunitária, é professor permanente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí (Univali). Coordenador do módulo Bases Teóricas da Saúde da Família, pesquisador atuante nos temas de educação em saúde, interdisciplinaridade, atenção primária da saúde e epistemologia das ciências da saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9742453607223778>

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1978), mestrado em Enfermagem pela EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro (1987), livre docência em Exercício da Enfermagem pela UNIRIO/RJ (1991) e doutorado em Enfermagem pela EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro (1997). Atualmente é professor Associado II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em história da enfermagem. Atua nas linhas de pesquisas História da Saúde e Enfermagem, e Educação em Saúde e Enfermagem, pesquisando principalmente os seguintes temas: ensino da história da enfermagem, enfermagem pré-profissional, gênero, educação em saúde, enfermagem em saúde do adulto, reforma psiquiátrica e ética. Tem livros e capítulos de livros nacionais e internacionais e vários artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais. É membro de conselho editorial e consultora *ad hoc* de vários periódicos no Brasil e da NursingInquiry/Canadá. Realizou estágio pós doutoral em História da Enfermagem, pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursingat, University of Toronto, pesquisadora do CNPq - 1D.

<http://lattes.cnpq.br/0763360754118102>

Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Possui Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2001), Pós-Graduação em Fisioterapia em Traumatologia-Ortopedia e Desportiva (2002), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Atualmente é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde EDEN do PEN. Foi docente colaboradora na Universidade do Estado de Santa Catarina entre 2005 e 2008 tendo ministrado disciplinas para o curso de Fisioterapia e de Educação Física. Foi teleconferencista do Telessaúde de Santa Catarina em 2010/2, com a proposta de educação permanente na Atenção Básica, sob a perspectiva da Fisioterapia. Foi tutora a distância da primeira oferta do curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UFSC nos anos de 2010 e 2011. Sua dissertação de mestrado teve como tema a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica.

<http://lattes.cnpq.br/4917469340402230>



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina