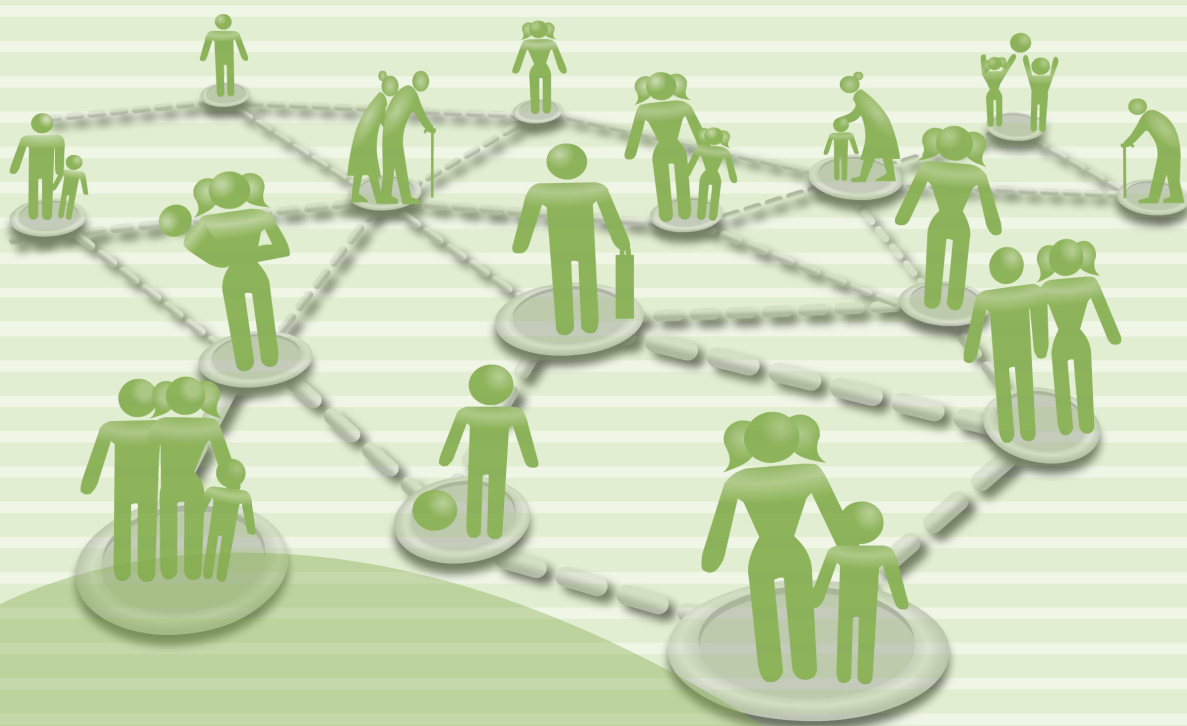


Especialização em

UnA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 7: Saúde do Adulto
Odontologia



SAÚDE DO ADULTO: ODONTOLOGIA

MÓDULO 6

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

Revisão Geral

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Álvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

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

Fátima Büchele

Juliana Regina Destro

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

AUTORES

Calvino Reibnitz Júnior

Flávia Regina Souza Ramos

Fernanda Lazzari Freitas

Rubens Rodrigues Filho

Filipe Modolo Siqueira

Liliane Janete Grandó

ORGANIZADORES

Calvino Reibnitz Júnior

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Heitor Tognoli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DO ADULTO: ODONTOLOGIA

Eixo II
Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

@ 2010. 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

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância.

Saúde do adulto: odontologia [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Calvino Reibnitz Júnior... [et al]. – Florianópolis, 2010.

124 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: Parte I. Ações integradas na saúde do adulto Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto – Pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil – O papel dos membros da estratégia saúde da família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto – Parte II. Ações específicas na saúde do adulto – odontologia O cuidado no uso de anestésicos e medicamentos nas atividades clínicas odontológicas – Lesões que levam às alterações de volume da mucosa bucal – Saúde do trabalhador.

ISBN: 000-00-0000-000-0

1. Saúde do adulto. 2. Odontologia. 3. Atenção básica. 4. Mucosa bucal. Saúde do trabalhador. I. UFSC. II. Rodrigues Filho, Rubens. III. Título. VIII. Série.

CDU: 616.314

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Márcia Luz

Revisão Textual Heloisa Pereira Hübbe de Miranda

Revisão textual para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Felipe Augusto Franke, Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho e Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

PARTE I - AÇÕES INTEGRADAS NA SAÚDE DO ADULTO

UNIDADE 1 INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE NACIONAIS E ESTADUAIS EM SAÚDE DO ADULTO	17
1.1 Principais Indicadores de Morbimortalidade Nacional e Estadual em Saúde do Adulto e Sua Utilização Prática no Planejamento das Ações de Atenção Básica	17
1.2 Cadastramento e Acompanhamento de Paciente com Doenças Infecciosas.....	21
1.3 O Tabagismo e Suas Consequências	23
1.4 Avaliação da Atenção à Saúde.....	26
REFERÊNCIAS.....	30
UNIDADE 2 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DO ADULTO NO BRASIL	33
2.1 Metas Pactuadas no País, Estado e Município Relativas à Saúde do Adulto	33
2.2 A Organização do Serviço Local Considerando as Metas e as Ações Programáticas da Atenção Básica Ampliada em Saúde do Adulto.....	39
REFERÊNCIAS.....	45
UNIDADE 3 O PAPEL DOS MEMBROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE DO ADULTO ..	47
3.1 Conhecimento da População Adulta da Sua Área de Abrangência....	47
3.2 Inserção do Planejamento Voltado Para a População Adulta no Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família.....	50
3.3 Ações da Equipe de Saúde da Família Voltadas Para a População Adulta	51
REFERÊNCIAS.....	54

PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - ODONTOLOGIA

UNIDADE 4 O CUIDADO NO USO DE ANESTÉSICOS E MEDICAMENTOS NAS ATIVIDADES CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS	59
4.1 O Uso de Anestésicos Locais na Clínica Odontológica	59
4.1.1 Cuidados no uso de anestésicos em gestantes e idosos	65
4.2 Uso Racional dos Analgésicos, Anti-inflamatórios e Antibióticos em Odontologia	66
4.2 Implicações da Polifarmácia em Odontologia.....	78
4.4 Cuidados na Administração de Medicamentos em Pacientes Adultos Com Comprometimento Sistêmico	82
REFERÊNCIAS	87
UNIDADE 5 LESÕES DE MUCOSA MAIS FREQUENTES NA CAVIDADE BUCAL.....	89
5.1 Lesões brancas da mucosa bucal.....	89
5.1.1 Lesões Brancas que Podem Ser Removidas Por Raspagem	89
5.1.2 Lesões Brancas que Não Podem Ser Removidas Por Raspagem..	92
5.2 Lesões Vermelhas da Mucosa Bucal.....	96
5.2.1 Candidíase Eritematosa.....	96
5.2.2 Eritroplasia	96
5.3 Lesões Pigmentadas da Mucosa Bucal.....	96
5.3.1 As lesões pigmentadas de origem exógena:.....	97
5.3.2 As lesões pigmentadas de origem endógena:	97
5.4 Lesões que Levam a Alterações de Volume da Mucosa Bucal	98
5.4.1 Lesões Reativas da Mucosa Bucal	98
5.4.2 Lesões Neoplásicas da Mucosa Bucal	100
5.5 Conduta Preventiva do Câncer Bucal	102
REFERÊNCIAS	108

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Estamos no terceiro módulo do Eixo II, que aborda a assistência e o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no que tange ao cuidado à saúde do adulto.

Na Parte 1, que é comum aos profissionais da equipe, abordaremos a necessidade de aquisição de habilidades e atitudes especiais com relação à atenção à saúde dos adultos, apontando que essa população em específico exige uma postura diferenciada. Para tanto, estudaremos a importância dos indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto e veremos também as bases legais de proteção à saúde do adulto, os programas, as políticas e os pactos de saúde do adulto no Brasil.

Finalizando esta primeira parte, destacaremos o papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto.

Na Parte 2, todas estas questões serão retomadas e aprofundadas nas especificidades de cada profissional, sendo que a questão clínica será o foco, sempre tentando abranger os problemas de maior frequência nas unidades de saúde. Desejamos com TAL organização de estudo possibilitar uma visão ampliada das formas de se trabalhar com esse ciclo de vida na Unidade de Saúde, de forma integrada entre equipe e comunidade.

Ementa

Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto. Pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil e no mundo. Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do adulto.

Objetivo

Instrumentalizar profissionais da equipe de saúde da família para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do adulto.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto.

Unidade 2: Pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil.

Unidade 3: Papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto.

Unidade 4: O cuidado no uso de anestésicos e medicamentos nas atividades clínicas odontológicas.

Unidade 5: Lesões de mucosa mais freqüentes na cavidade bucal

PALAVRAS DOS PROFESSORES

O trabalho da Equipe de Saúde da Família tem diversas características e atribuições. O trabalho com uma população adscrita ao longo do tempo é estratégico para favorecer o desenvolvimento de vínculo, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade nas ações realizadas.

A população adulta é uma parcela significativa da população assistida pelas Equipes de Saúde da Família. As mudanças que vêm ocorrendo no Brasil nas últimas décadas configuram um expressivo aumento do número de adultos no país. Adultos estes que procuram o serviço de saúde em diversas situações, mas principalmente por doenças crônicas e aquelas relacionadas ao trabalho.

Este módulo está estruturado em duas partes. A primeira parte propõe estratégias para o trabalho com tal população. Conhecer esta população e suas necessidades em saúde são os pontos fundamentais para a qualidade da atenção prestada.

A segunda parte, específica da Odontologia, trata das ações da clínica e do cuidado que o dentista da atenção básica deve levar em consideração quando presta assistência à saúde bucal dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde.

A elaboração dos conteúdos disponibilizados neste módulo específico, teve o cuidado de destacar os principais fatores de risco quando da realização dos procedimentos clínicos odontológicos, como também, trazer à discussão a importância de um correto diagnóstico com o intuito de resolver os problemas de saúde bucal dos pacientes atendidos na rede pública de saúde. Estes conteúdos ainda se propõem a capacitar o dentista, no encaminhamento correto de pacientes acometidos por lesões bucais suspeitas de malignidade aos demais níveis de complexidade exigida para cada caso diagnosticado.

Lembre-se de que mesmo na clínica, ao atender o paciente de forma individualizada, o dentista não pode prescindir do trabalho com outros profissionais da Equipe de Saúde da Família, uma vez que muito do estado físico e da conduta do paciente é dependente das orientações e do tratamento executados pelo médico como pela enfermeira. Por isso, faça uma leitura atenta, e debata com seus colegas de curso e de trabalho o conteúdo aprendido.

Bons Estudos!

Calvino Reibnitz Júnior
Flávia Regina Souza Ramos
Heitor Tognoli
Luiz Roberto Agea Cutolo
Fernanda Lazzari Freitas
Rubens Rodrigues Filho
Filipe Modolo Siqueira
Liliane Janete Grando

PARTE I

MÓDULO 7

UNIDADE 1

MÓDULO 7

1 INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE NACIONAIS E ESTADUAIS EM SAÚDE DO ADULTO

Nesta unidade, você poderá refletir sobre a sua conduta e dos demais profissionais que integram a sua Unidade Básica de Saúde (UBS), com relação à produção do serviço de saúde e ao seu impacto na saúde da comunidade de seu território. Será que o que está sendo realizado tem conseguido resolver os problemas apresentados? As ações que são realizadas são as mais indicadas para a resolução destes problemas? Os recursos físicos, materiais e humanos estão sendo utilizados de maneira racional? O tempo que demanda a maneira como estas ações estão sendo concretizadas justifica a sua continuidade?

Poderá verificar também se em sua UBS há um planejamento das ações com a participação de todos os profissionais, ou se é obra da iniciativa de uns poucos. Se simplesmente as ações e programas vêm diretamente da Secretaria Municipal de Saúde, para que a UBS os ponha em prática sem uma análise da equipe de saúde com base na realidade das necessidades de saúde da sua comunidade.

Além disso, o conteúdo do presente estudo irá possibilitar uma análise de como você e os demais profissionais dão importância ao significado dos dados que armazenam diariamente no sistema de informação, referentes ao atendimento dos usuários e das ações executadas no âmbito da comunidade. Utilizam os indicadores de morbimortalidade para o planejamento de ações, assim como de avaliação do que vai sendo realizado?

Procure ler o conteúdo com atenção e reflita a sua prática diária dentro das ações promovidas por sua UBS. Assim conseguirá atingir seus objetivos neste estudo, que são o de habilitar-se para a aplicação de indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto no planejamento local de saúde e como instrumento das ações de atenção básica. Saber utilizar as principais ferramentas de captação e interpretação de indicadores em saúde do adulto em Sistemas de Informação disponíveis, tem significativa importância no trabalho em equipe de saúde.

1.1 Principais Indicadores de Morbimortalidade Nacional e Estadual em Saúde do Adulto e Sua Utilização Prática no Planejamento das Ações de Atenção Básica

Os objetivos dos serviços de saúde devem estar orientados para otimizar a saúde da população em geral e minimizar as disparidades entre subgrupos.

Em relação ao primeiro, para a sua efetivação, há a necessidade da utilização do mais avançado conhecimento disponível sobre a causa das enfermidades e do manejo das doenças, e como se conseguir a maximização da saúde.

O segundo, e igualmente importante, é conhecermos como se dá a vulnerabilidade e a exposição aos fatores de risco nos subgrupos, que interferem em seu nível de saúde, e como estes indivíduos têm acesso aos serviços de saúde para seu tratamento.

Você teve a oportunidade de, ao estudar no módulo 3 sobre a epidemiologia, conhecer uma série de indicadores de morbimortalidade, como podem ser calculados e como os seus resultados podem ser acessados nas bases de dados. Neste módulo, você poderá ler e refletir um pouco mais acerca de como a sua UBS está utilizando ou pode utilizar tais indicadores no planejamento das ações a serem desenvolvidas na atenção básica com a população de sua abrangência.

A Política Nacional da Atenção Básica estabelece como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da **Hanseníase**, o controle da **Tuberculose**, o controle da **Hipertensão Arterial**, o controle do **Diabetes Mellitus**, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Dentro da saúde do adulto, tema deste módulo, temos indicadores que nos possibilitam saber como se encontram a organização da demanda, a prevalência e a incidência das doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, os fatores de risco em decorrência da situação do meio ambiente e do comportamento e estilo de vida das pessoas, e as condições de vulnerabilidade da população adstrita. Vamos então refletir sobre alguns indicadores que nos possibilitam acompanhar as ações de atenção à saúde do adulto.

Neste primeiro momento, tomemos como exemplo as doenças crônico-degenerativas e dentre elas a **Hipertensão Arterial**. Quando acessamos a base de dados e temos em mãos os dados deste tipo de problema de saúde, podemos verificar como o mesmo se encontra distribuído em nosso país, estado, município, bairro e em nosso próprio território de ação.

É normal que o adulto hipertenso, ao se sentir indisposto, procure um atendimento médico. Vamos supor que ele, ao procurar a unidade de saúde, obtenha de imediato sua consulta, bem como o medicamento receitado. No modelo biomédico, diríamos que o problema foi equacionado (pelo menos em parte, até nova consulta).

Mas estamos trabalhando na Estratégia Saúde da Família, a qual não apenas oferta a consulta e medicação, mas também se preocupa com o prosseguimento do controle do indivíduo. E neste modelo definido da ESF, o monitoramento deve se iniciar pelo cadastramento do doente, acompanhando-o no que se refere as demais ações para a estabilização de seu quadro de saúde. Aqueles pacientes que demandem um cuidado especial vão necessitar de uma atenção quanto à dieta, medicação e exercícios físicos. Tais pacientes hipertensos precisam ser monitorados com agendamentos mensais.

É também de suma importância que entendamos que são os registros das primeiras consultas e dos acompanhamentos dos casos detectados que vão municiar aos gestores informações suficientes para o estabelecimento de políticas públicas voltadas a este e outros tipos de problema de saúde.

Outro indicador importante é o referente ao **Diabetes Mellitus**. É responsabilidade da equipe de saúde discutir a situação deste tipo de problema em sua área de atuação. Como se encontra a prevalência deste tipo de problema? E o surgimento de casos novos? Quais são os casos já detectados e que demandam um cuidado especial? O estudo da prevalência e da incidência pode ser realizado a cada seis meses.

No caso dos pacientes já cadastrados, deve-se verificar se há obstáculos quanto às visitas domiciliares para seu acompanhamento ou se há faltas nas consultas agendadas. Quais as dificuldades do paciente para proceder ao seu autocontrole? Devemos lembrar que, dependendo da gravidade desta doença, os pacientes necessitam de medicação específica (insulina ou hipoglicemiante oral) para realizar a estabilização de seu quadro de saúde, assim como de informações e orientações para o controle de sua dieta e para o hábito diário de exercícios físicos. Em ambos os casos o acompanhamento deve ser mensal.

O acompanhamento dos pacientes cadastrados com **Hipertensão Arterial** e **Diabetes Mellitus** vai demandar competência de comunicação por parte dos membros da Equipe de Saúde. Isto se justifica, uma vez que é no processo de educação em saúde que se encontram as recomendações e orientações para o controle da dieta, da importância dos horários da medicação e do controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo, alcoolismo) e prevenção de complicações. Não podemos apenas

restringir tais informações somente ao paciente, e sim estendê-las para o seio da família. São estas pessoas que estão diariamente em contato com o portador do referido problema de saúde, e que podem incentivá-lo e ajudá-lo a fazer o seu autocontrole.

Com respeito à dieta, temos que ter claro que não basta apenas recomendar este ou aquele alimento. O paciente deve compreender o real significado do valor nutricional dos alimentos, já que alimentos de sabor mais agradável nem sempre são os mais indicados àqueles casos. A mudança de hábito quanto a sua alimentação dependerá, além do seu estado emocional, de quanta informação foi assimilada, o acesso às alternativas propostas, o equilíbrio calórico entre a composição dos alimentos em cada refeição, os horários preconizados, e por que não, também a companhia durante a própria refeição.

E a prática de exercícios físicos? Lembre-se de que não basta apenas fazer a sua recomendação. É preciso que os membros da equipe de saúde conheçam em seu território onde estão disponíveis espaços apropriados à prática dos exercícios recomendados e quais são, na indisponibilidade de locais apropriados, as alternativas para a sua substituição.

As pessoas da família necessitam saber quais são os fatores relacionados a estes tipos de problemas de saúde, as consequências do não controle por parte do membro da família acometido, para poderem ajudá-lo a entender e aceitar a cronicidade da sua condição.

A aceitação da doença é um passo necessário para que o indivíduo se motive na adoção de novos hábitos, o que, conseqüentemente, pode melhorar em muito a sua autoestima. O trabalho familiar no manejo do paciente é de suma importância, visto que a sua qualidade de vida está atrelada ao apoio, compreensão e estímulo aos novos hábitos.

Outro fator importante se relaciona com a disponibilização na UBS dos medicamentos necessários para tais pacientes. A aderência ao esquema terapêutico depende em muito disto. Não se pode simplesmente prescrever tratamento medicamentoso. A farmácia da UBS tem que ter o medicamento à disposição. A falta do medicamento poderá desestimular e até provocar uma interrupção no tratamento. Deve ser considerada também a possibilidade de o paciente não tomar regularmente sua medicação em decorrência de possíveis reações colaterais. Tanto os familiares como os membros da equipe de saúde necessitam estar atentos a este aspecto.

Recomenda-se que em toda consulta o paciente seja questionado sobre a regularidade do uso da medicação e sobre possíveis efeitos colaterais. Baseado nestas informações é que o médico poderá analisar o caso e providenciar a substituição do medicamento.

E no caso de o paciente requerer cuidados específicos de média e alta complexidade? Os membros da equipe de saúde conhecem o fluxo de encaminhamento? As unidades de saúde estão devidamente conectadas com o sistema de referência? Tudo isto precisa ser pensado para que se consiga a integralidade da atenção à saúde.



Saiba Mais

COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2467>. Acesso em: 21 jan. 2010.

1.2 Cadastramento e Acompanhamento de Paciente com Doenças Infecciosas

Vamos agora abordar a questão das doenças infecciosas, principalmente a **Tuberculose e a Hanseníase**. Da mesma forma descrita anteriormente, é necessário o cadastramento destes pacientes e o seu acompanhamento.

Com referência à **Tuberculose**, em que o tratamento é de média duração, devemos nos preocupar muito com o tratamento preconizado (Figura 1). Será que os pacientes estão tomando regularmente sua medicação diária? Veja que não basta unicamente realizar a consulta, fazer o diagnóstico e fornecer a medicação. O sucesso do tratamento dependerá de como o doente segue à risca o que lhe foi recomendado. Mais uma vez fica evidente a necessidade de apoio familiar.

Quanto ao acompanhamento dos casos nas dependências da unidade de saúde, é preciso assegurar consultas agendadas mensalmente, e se houver falta por parte do paciente, o agente comunitário de saúde deve realizar a visita domiciliar para saber as razões de sua ausência e providenciar nova consulta. A interrupção ao tratamento pode complicar ainda mais o processo

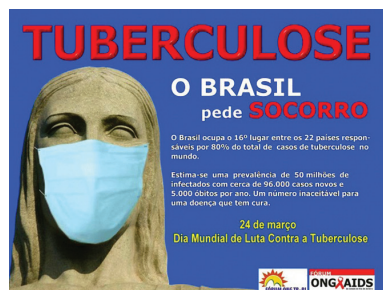


Figura 1: Dia mundial de luta contra a tuberculose.

Fonte: DIA..., 2010.

de cura, uma vez que tratamentos inadequados acabam por permitir o aparecimento de cepas resistentes a drogas usuais. Outro fator importante é não esquecermos dos comunicantes que também devem ser examinados e acompanhados.

Agora vamos pensar na **Hanseníase**. Uma doença que, se não for tratada e controlada, pode provocar prejuízos à capacidade física e à autoestima do paciente, além de seu estigma dentro da sociedade. O próprio paciente tem dificuldades de aceitar a sua situação, tendo em vista tratar-se de doença com poder de deformidade, mutilação e contágio.

Lembre-se de que tanto o doente como seus familiares não se sentem bem em saber que o problema existe naquela família e tentam ocultar o máximo possível esta situação dos profissionais de saúde de referência de seu domicílio. Isto dificulta a descoberta de casos novos e do acompanhamento por parte da UBS. Mas será que todos os profissionais da UBS estão devidamente informados e capacitados a lidar com tal tipo de problema?

Será que os profissionais da equipe de saúde conhecem as razões do abandono do paciente ao tratamento? Sem saber das várias possibilidades que levam ao abandono, não há como se proceder à intervenção favorável ao paciente.

Inúmeros estudos já comprovaram que o abandono ao tratamento está intimamente relacionado à aceitação do portador de sua situação após ser diagnosticado. O abandono ao tratamento também pode ocorrer devido ao desaparecimento das manifestações clínicas depois de algum tempo de tratamento. Outros motivos que contribuem para o abandono são os decorrentes das reações colaterais surgidas pela ingestão dos medicamentos, e para isto ainda a falta de apoio no ambiente familiar e social imediato. Portanto, o processo de educação em saúde, neste caso específico, deve ser dirigido não só ao paciente, mas também aos seus familiares. É importante que as orientações sejam realizadas por pessoal bem capacitado e de forma adequada, e não como simples recomendações de condutas a serem adotadas.



Saiba Mais

BARBOSA, J. C. et al. Olhares sobre as ações do Programa de Controle da Hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 273-292, 2008. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/csc/2008_2/artigos/CSC_IESC_2008_2_10.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2010.

MACIEL, E. L. N. O conhecimento de pacientes com tuberculose acerca de sua doença: um estudo de caso-controle. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 593-604, 2005. Disponível em: <http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2005_3/resumos/CSC_2005-3_ethel.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2010.

1.3 O Tabagismo e Suas Consequências

Outra preocupação com o nosso dia de trabalho na UBS é com respeito ao tabagismo e suas consequências (Figura 2). Durante muitos anos do século XX, o tabagismo foi visto como uma opção por um estilo de vida. Mas em função de uma série de estudos científicos publicados, passou a ser reconhecido, mais ao final do século, como uma doença. Este vício é causado principalmente pela dependência de uma das 4.700 substâncias tóxicas que existem no tabaco, a nicotina.

A dependência ao tabaco faz com que milhões de pessoas passem anos se expondo às referidas substâncias tóxicas e desenvolvam graves doenças incapacitantes e fatais como o câncer, as doenças cardiovasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Por isso, o tabagismo é reconhecido hoje em todo o mundo como um grave problema de saúde pública.

A OMS considera atualmente o tabagismo a maior causa evitável isolada de morbidade e mortalidade do mundo atual. No Brasil, cerca de 200 mil pessoas morrem por ano em virtude de doenças associadas ao tabaco. Nosso país se encontra entre os maiores consumidores do tabaco, sendo que este vício já atinge uma grande parte da nossa população jovem, com uma boa concentração entre os 15 e 25 anos de idade, o que não é nenhuma novidade, pois 90% dos fumantes regulares adquiriram tal hábito antes dos 18 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A partir de 1996, o Brasil iniciou de maneira oficial, uma política para combater o tabagismo no país. Foi instituída a Lei Federal 9.496,



Figura 2: Tabagismo

Fonte: PROIBIDO..., 2010.

que proíbe fumar em “recintos coletivos, privados ou públicos” e que prevê a criação de espaços destinados exclusivamente ao tabagismo, isolados e com arejamento, que passaram a ser conhecidos como fumódromos (SÃO PAULO, 2009).

O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema mundial fez com que a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1999, propusesse a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade. Este tratado passou a ser chamado de Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (BRASIL, 2004). A partir desse ano, 192 países trabalharam em várias redações do texto da Convenção-Quadro antes de chegar a um documento de consenso que foi adotado por unanimidade na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, no mês de maio de 2003.

Este documento é um instrumento legal, sob a forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para circunscrever a epidemia causada pelo tabaco, ou seja, um conjunto de medidas cujo objetivo precípua é deter a expansão do consumo de tabaco e seus danos à saúde.

Mas por que devemos saber de tudo isso? Se nós já sabemos dos malefícios do fumo, é evidente que achamos que temos conhecimento suficiente para repassar informações aos dependentes deste vício. Só isso não basta?

Provavelmente não. No processo de educação em saúde, apenas o repasse de informações técnicas sobre determinado tema não tem conseguido bons resultados. Lembre-se de que o receptor da mensagem é um ser humano que se encontra exposto a fatores sociais que o induzem à adoção de determinados comportamentos.

Isto pode ser comprovado pelos resultados da pesquisa de Martins (2009), que mostram que a maioria (84,1%) dos respondentes iniciaram o contato com o tabaco já na segunda década de vida, sendo que a maior frequência ficou entre os treze e quatorze anos de idade. Dentre as influências que foram categorizadas, para este contato com o fumo, destacam-se como as mais citadas a influência de pares ou colegas, seguida da influência de familiares sendo esta fortemente marcada pelo fato de enquanto crianças terem acendido o cigarro a pedido dos avós. Também houve referências à percepção do fumar como algo bonito/chique, curiosidade ou brincadeira, modismo e influência da mídia, dentre outros.

Para poder ajudar as pessoas a deixarem este vício, o governo tem que fazer, e vem fazendo, a sua parte instituindo legislação específica de restrição à venda e hábito de fumar.

A restrição de propaganda e de promoção de produtos do tabaco, assim como a inserção de advertências sanitárias nos produtos vendidos, tentam reduzir estímulos sociais que induzem jovens a começarem a fumar. Mas quanto àqueles que fumam? Como nós profissionais de saúde devemos agir?

Primeiro, necessitamos saber o que já temos como política de saúde dirigida a este tema. Depois devemos descobrir, divulgar e fornecer mecanismos que possam conscientizar e ajudar os dependentes a combaterem seu vício. O que não é nada fácil, pois a indústria do tabaco também faz a sua parte para conseguir mais consumidores. Esta luta pode se dar no forte lobby de seus representantes em cima de nossos legisladores para atenuarem as medidas restritivas, ou na utilização de propaganda de forte apelo social, conquistando consumidores cada vez mais jovens.

O nosso papel na atenção básica tem que ser dirigido não apenas aos dependentes, mas também aos futuros consumidores em potencial. E lembre-se de que entre os fumantes temos aqueles que também já possuem outros problemas de saúde e que podem ser agravados pela insistência em fumar. Os diabéticos que fumam ou que mascam tabaco correm maior risco de ter graves complicações renais e apresentar distúrbios da retina de evolução mais rápida.

Aos consumidores, os serviços de saúde devem aumentar o acesso dos fumantes aos serviços de apoio para deixar de fumar. Trabalhar com grupos de tabagistas na UBS tem se mostrado uma boa estratégia, bem como o fornecimento da medicação específica para combater este vício. Não podemos nos esquecer de trabalhar toda a família, uma vez que a rede de apoio também envolve os familiares e amigos no suporte ao estímulo ao dependente para superar o vício. Em relação aos futuros consumidores, devemos sair da UBS e efetuar ações educativas em espaços sociais, sobretudo em escolas atuando com crianças e adolescentes. A veiculação de informações precisa utilizar linguagem adequada e uso de materiais que possam mostrar diretamente os riscos e as consequências do tabagismo, medidas capazes de reduzir a aceitação social deste vício.



Saiba Mais

Para aprofundar este tema recomendamos a leitura dos seguintes textos/artigos:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Por que aprovar a convenção-quadro para o controle do tabaco?** Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/cquadro.pdf>>. Acesso: 20 jan. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/brasil_advertencias_sanitarias_nos_produtos_de_tabaco2009b.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2010.

1.4 Avaliação da Atenção à Saúde

Vamos abordar agora a questão da utilização do conhecimento dos problemas mais prevalentes em saúde da comunidade para o acompanhamento das ações efetuadas e para a avaliação dos resultados alcançados.

Sabemos que muitas doenças ou agravos à saúde podem ser preveníveis. Entretanto, muitas enfermidades, devido à multiplicidade de seu caráter causal, são menos passíveis de serem prevenidas. E qual será então o objetivo das ações de saúde executadas pelas unidades básicas? Evidentemente que os serviços de saúde devem se esforçar para tentar prevenir, tratar e reduzir a duração da doença ou o desconforto e a incapacitação associados a ela. Em todos os casos, a avaliação do impacto das intervenções deve ser efetuada, pois os resultados irão mostrar o que se está conseguindo em termos de saúde no contexto de vida e aspirações diárias das pessoas.

Como se encontra o processo de garantia do prosseguimento da assistência nos demais níveis de complexidade? A sua UBS está em sintonia com os demais níveis de atenção? Lembre-se de que a integralidade da atenção prevê, além das ações dirigidas ao tratamento (recuperação da saúde), as de promoção da saúde, prevenção e reabilitação, assim como a longitudinalidade do atendimento requerido nos demais níveis de complexidade. É o que se denomina amplitude de serviços. Agora pense um pouco. Tal amplitude exige uma coordenação forte tanto por parte dos

demais níveis de complexidade como de sua própria UBS. Estas coordenações precisam estar sintonizadas, senão correm o risco de desacreditar o sistema e não obterem a resolubilidade esperada.

Outro fator importante na avaliação da atenção à saúde é o tempo demandado para a resolução de um problema e sua correlação com a quantidade e os diferentes tipos de recursos usados tanto para o diagnóstico quanto para o manejo do paciente.

Como ter à disposição recursos necessários para a resolução dos problemas de saúde mais prevalentes?

A disponibilidade eficiente de recursos irá depender muito de informações efetivas da existência de problemas passíveis de alteração pelos serviços de saúde. Pense um pouco, em cada território vive uma população, e dependendo da estrutura de vida destas pessoas, teremos problemas de saúde que podem ser diferentes em magnitude e amplitude de outra comunidade em um mesmo município. São as informações obtidas sobre o conhecimento da população e seu território que permitem planejar a alocação dos recursos de forma diferenciada, de acordo com as necessidades da população atendida.

E como avaliar o que está sendo desenvolvido?

Em geral, os autores propõem inúmeras formas de se fazer avaliação em saúde. Uma destas formas, que é muito utilizada, se baseia em três aspectos essenciais:

Estrutura, na qual a avaliação se volta para os recursos físicos e materiais disponíveis e gastos para o desenvolvimento das ações, ou seja, desde a segurança e aparência agradável das unidades de saúde até a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação dos serviços;

Processo, que diz respeito à maneira como as atividades são desenvolvidas. Aqui se trata da qualidade da atenção, da qualificação do pessoal dos serviços de saúde e também da satisfação dos usuários com os serviços executados; e

Resultado, referente ao efeito conseguido, relação ao impacto proporcionado pela ação de saúde.

Nas reuniões de planejamento da sua UBS, a equipe tem discutido tais aspectos? Consegue estabelecer uma relação de causa e efeito entre a estrutura, o processo e os resultados?

Vamos supor que uma determinada ação tenha o seu processo bem conduzido. Como exemplo, tomemos o grupo de tabagistas:

As reuniões são frequentes, a participação é ativa nas discussões sobre os malefícios do fumo, e as manifestações são de que participantes estão deixando de fumar.

Como avaliar esta ação? Apenas pelo processo? Mas quanto aos resultados? Vamos considerar o quê? Apenas aqueles que deixaram de fumar ou sua relação com o número de participantes? E a incidência em seu território de novos fumantes?

Em muitas ocasiões, não será possível o estabelecimento do nexo de causa e efeito entre os resultados conseguidos. Do que estamos tratando? Isto ocorre principalmente nas doenças crônico-degenerativas, em que poderemos ter um aumento na prevalência de uma determinada doença em função dos resultados satisfatórios das ações que acabam por prolongar a sobrevida dos pacientes.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração na avaliação em saúde é que nem sempre os resultados benéficos alcançados podem ser atribuídos unicamente às ações executadas. Lembre-se de que o status de saúde de uma população depende em muito de medidas externas ao sistema de saúde, como a habitação, alimentação, vestuário etc.

O planejamento de ações de saúde deve considerar a importância e as várias possibilidades da avaliação. Somente com a avaliação obtida com o processo, estrutura e resultados é que poderemos ter informações suficientes para saber se as ações e os programas de saúde estão correspondendo, de fato, às necessidades da população beneficiada.



Saiba Mais

Para aprofundar este tema recomendamos a leitura dos seguintes textos/artigos:

CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M. et al. (Org.).

Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul./ago., 2004.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você pode ter contato sobre a proposta do processo de trabalho dos profissionais que integram uma equipe de saúde da família em uma UBS, além das ações que podem ser efetuadas e o seu impacto na saúde da comunidade de abrangência da UBS. Foi mostrado como a aplicação de indicadores de morbimortalidade servem de instrumento para o planejamento local de saúde na atenção básica. Foram apresentados exemplos para facilitar a adoção de ações visando a resolutividade dos problemas de saúde da população adulta. Destacou-se como a utilização do conhecimento dos problemas mais prevalentes em saúde da comunidade servem tanto para o acompanhamento das ações efetuadas, assim como para a avaliação dos resultados alcançados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Por que aprovar a convenção-quadro para o controle do tabaco?** Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/cquadro.pdf>>. Acesso: 20 jan. 2010.

DIA Mundial de luta contra à tuberculose. **Noticiário Rio de Janeiro Online**, 24 mar.. Disponível em: <<http://roselypellegrino.files.wordpress.com/2009/03/clip-image0011.jpg>>. Acesso em: 14 mar. 2010.

MARTINS, K. C.. **“Eu queria mas não conseguia”**: aspectos relacionados à mudança do comportamento de fumar em participantes de grupo de tabagismo. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

PROIBIDO fumar. Disponível em: <http://www.imagensdahora.com.br/clipart/cliparts_imagens/05Diversos//proibido_fumar_02.jpg>. Acesso em: 15 fev. 2010.

SÃO PAULO. Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009. Disponível em: <<http://www.sindiconet.com.br/3458/informese/leis-e-acordos/lei-antifumo-sp/integra-da-lei-estadual-577e08-%E2%80%93-lei-antifumo>>. Acesso em: 15 de jun. 2010.

UNIDADE 2

MÓDULO 7

2 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DO ADULTO NO BRASIL

A saúde do adulto, como você já deve saber, possui um caráter transversal nas políticas públicas de saúde. Uma significativa parte da população adulta é tomada como objeto de políticas específicas, como da saúde da mulher, saúde do idoso ou saúde mental. Estas políticas possuem, por sua vez, uma longa história de construção, produto de movimentos sociais, intelectuais e políticos, até expressarem a defesa de valores essenciais para cada um dos campos e de acordo com especificidades – necessidades, demandas, agravos, modos de viver – destes sujeitos. Um pouco destas políticas você estudará em módulos específicos. Mas, dada esta transversalidade, resta a pergunta, onde mais e sob que situações é tratada a saúde do adulto nas políticas públicas?

Nesta unidade, veremos alguns recortes que pretendem exemplificar tal transversalidade, especialmente no que concerne aos pactos e metas em saúde, e que não esgotam as formas como a saúde do adulto atravessa diferentes ações públicas. Terá oportunidade de vislumbrar a maneira como estas propostas estão efetivamente se integrando, que limites enfrentam, que problemas não estão sendo focados. Enfim, poderá pensar criticamente este vasto campo da saúde do adulto e os avanços ainda necessários para uma atenção mais integral e de qualidade, com enfoque interdisciplinar e multiprofissional e embasada em princípios éticos.

Com esta organização de conteúdo, seus objetivos são: compreender as diretrizes políticas e técnicas contidas nos pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil, conhecer as metas pactuadas e as ações programáticas de atenção básica ampliada, bem como reconhecer a articulação entre a organização do serviço local com as metas e ações programáticas da atenção básica ampliada em saúde do adulto.

2.1 Metas Pactuadas no País, Estado e Município Relativas à Saúde do Adulto

Um bom início para saber mais a respeito das metas pactuadas relativas à saúde do adulto é retomar o significado do estabelecimento de metas para a organização do Sistema de Saúde. Daí, você pode recorrer à legislação básica sobre o assunto.



Para conhecer sobre as pactuações no SUS, leia as publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde**: SISPACTO. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>>. Acesso em: 12 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do sus e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 3085/GM, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-3085.htm>>. Acesso: 11 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 91/GM, de 10 janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, por Municípios, Estados e Distrito Federal. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria.pdf>>. Acesso: 10 fev. 2010.

Você já pode perceber que as metas são operacionalizações dos pactos e estes são instrumentos para o planejamento e a avaliação em saúde. São chamados “Pactos” porque têm como princípio a participação das diferentes esferas de pactuação - União, estado e município (ou DF) – e a aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde. Outro importante princípio é a fundamentação na análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária locorregional.

Tais instrumentos são representados pelo “Pacto pela Saúde”, “Pacto pela Vida” e o “Pacto de Gestão”. A partir de diretrizes gerais são estabelecidas, em Portarias específicas, anualmente, as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, os indicadores de monitoramento e a avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

A Portaria nº 325/GM, de 21/02/2008 (BRASIL, 2008a) estabeleceu as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o ano de 2008. Para 2009, a Portaria nº 48, de 12/01/2009 (BRASIL, 2009b) manteve estas mesmas definições, propondo apenas algumas alterações.

Que prioridades, afinal, são essas? Veja no quadro 3, abaixo, e pense em como elas se relacionam com a saúde do adulto:

I	Atenção à saúde do idoso.
II	Controle do câncer de colo de útero e de mama.
III	Redução da mortalidade infantil e materna.
IV	Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, Aids.
V	Promoção da saúde.
VI	Fortalecimento da atenção básica.
VII	Saúde do trabalhador.
VIII	Saúde mental.
IX	Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.
X	Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.
XI	Saúde do homem.

Quadro 3: Pacto pela saúde 2008/2009.

Fonte: Adaptado de Brasil 2008a, 2009b.

Você já pensou sobre as prioridades do Pacto pela Saúde, estabelecidas pelas Portarias nº 325/GM e nº 48 (BRASIL, 2008), mas sabe como ocorrem os fluxos e as rotinas do processo unificado de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde? Então confira a seguir, na figura 4, o que inclui o fluxo, de modo simplificado.

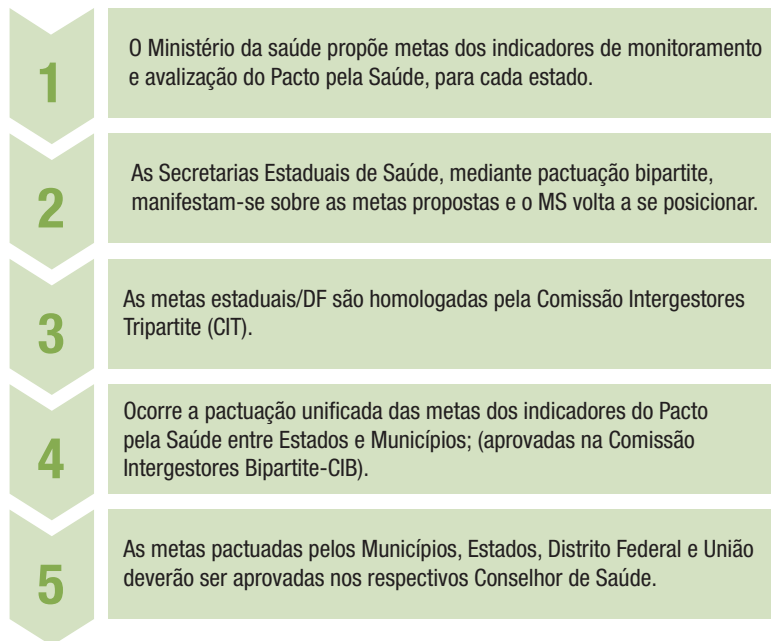


Figura 4: Fluxo do Pacto pela Saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008, 2009.

A esta altura você já sabe que o monitoramento dos indicadores e a avaliação do Pacto pela Saúde são organizados de acordo com prioridades, que se dividem em objetivos, que se traduzem em metas, que são avaliados por meio de indicadores, que possuem uma fórmula de cálculo, uma fonte (sistema de informação que gera os elementos para o cálculo).

Os indicadores podem ser de dois tipos (principal ou complementar) e abranger, como esfera de pactuação, União, Estado e Município.

Algumas prioridades são de caráter bem geral, como a “Promoção da Saúde”, que inclui metas dirigidas a problemas como o sedentarismo, o tabagismo ou a violência; ou a estratégias como Saúde da Família, ou ainda, à qualificação dos profissionais da Atenção Básica. Outras prioridades são mais específicas, como o “Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite, Aids”.

Só poderemos compreender a inserção da Saúde do Adulto nestes pactos se fizermos uma **leitura transversal**, que busque localizar a partir de que metas e indicadores os serviços buscam atender necessidades deste grupo populacional.

Vamos a um exemplo?

No pacto pela Vida 2008 (definições mantidas em 2009), a prioridade V é a “Promoção da Saúde”, distribuída em 10 objetivos, cujo 8º é “desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência contemplando, prioritariamente, áreas programáticas e transversais” (BRASIL, 2008b).

Este objetivo se desdobra em 8 metas e nelas podemos encontrar algumas que abordam, transversalmente, o adulto. Veja 6 destas metas e como uma delas define indicadores:

- a) aumento de 10% dos hipertensos e diabéticos cadastrados no SISHIPERDIA;
- b) 5% da população com escovação dental supervisionada;
- c) redução da mortalidade por doenças cardiovasculares em 2% ao ano;
- d) Redução da morbidade por complicações do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial;
- e) 1,5 consultas/habitante/ano;
- f) 1,0 visita domiciliar/família/mês.

Gostaríamos, no entanto, de fazer uma ressalva. Em outros módulos, já trabalhamos o novo conceito de Promoção da Saúde, oriundo da Carta de Ottawa de 1986 (CARTA..., 1986). Podemos perceber que mesmo em políticas ministeriais continua arraigado o conceito antigo, ligado a grupos de risco específicos e à mudança de estilo de vida individual. Sendo assim, apesar de no pacto essas ações propostas estarem sendo consideradas como promoção, sabemos que são ações de prevenção.

Vejamos, agora, duas prioridades, com seus objetivos e indicadores, que se referem a alguns dos conteúdos dos quais trataremos em unidades seguintes deste Módulo de Saúde do Adulto (Quadro 5):

OBJETIVOS	INDICADORES
Reduzir a letalidade por Febre hemorrágica de Dengue.	Taxa de letalidade por Febre hemorrágica de Dengue.
Ampliar a cura de casos novos de tuberculose baculífera diagnosticados a cada ano.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar baculífera.
Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia Legal.	Incidência parasitária anual de Malária.
Ampliar a cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados, nos períodos de tratamento preconizados.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.	Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado.
Ampliar a cobertura da população brasileira com ações de vigilância, prevenção e controle das hepatites virais.	Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia.
Reduzir a incidência de Aids em menores de 5 anos.	Taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos de idade.

Quadro 5: Doenças emergentes e endemias.

Fonte: Brasil, 2009a.

Fórmula de Cálculo PARA Proporção de Casos de Hepatites B e C confirmados por Sorologia:

$$\frac{\text{número de casos novos de hepatite B + hepatite C + Hepatite B e C confirmados por sorologia reagente residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período}}{\text{Número de casos de hepatite B + hepatite C + hepatite B e C, residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período}} \times 100$$

Prioridade IV: Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite, Aids.”

Pense e consulte os dados da sua Unidade. Como está a situação deste indicador na sua área de abrangência? Como cada Unidade pode contribuir para atingir tais objetivos?

No quadro 6, vamos acompanhar a **Prioridade VII:** Saúde do Trabalhador.

OBJETIVOS	INDICADORES
Ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais, a partir da revisão da Portaria G/M 2.437, de 07/12/2005.	50 novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador implantados.
Apoiar estados e municípios na capacitação de profissionais em Saúde do Trabalhador.	960 profissionais de saúde em processo de formação na área de Saúde do Trabalhador.

Quadro 6: Saúde do trabalhador.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008a, 2009b.

Logo mais voltaremos ao tema da Saúde do trabalhador. Por enquanto, pense nisso: Você percebeu algo de novo entre as prioridades eleitas, desde 2006?

Se podemos considerar que as prioridades revelam áreas bem conhecidas e algumas há muito focalizadas em políticas e programas, cabe reconhecer uma novidade: a Saúde do Homem. Ela aparece como a XI Prioridade; com o objetivo de promover a saúde do homem e a meta de elaborar, publicar e implantar a Política de Saúde do Homem. Vamos continuar?

2.2 A Organização do Serviço Local Considerando as Metas e as Ações Programáticas da Atenção Básica Ampliada em Saúde do Adulto

Começamos esta Unidade falando de pactos e metas, destacando a transversalidade da Saúde do Adulto sob diferentes prioridades, objetivos e metas que constituem o Pacto pela Vida. Você já retomou, em módulos anteriores, ideias fundamentais sobre as políticas de saúde, o SUS, o planejamento em saúde, modelos assistencial e, até, sobre o processo de trabalho na ESF.

Então, a seguir, irá apenas mobilizar uma articulação entre alguns conhecimentos que você tem e sua própria realidade, confira:

- a) Comece lembrando que no conjunto que compõe a Atenção Básica Ampliada estão incluídas áreas estratégicas, algumas com políticas próprias, como Saúde da Mulher, 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 à saúde indígena, à Hipertensão e Diabetes, à alimentação e nutrição, às urgências, às hepatites, às DST/Aids e outras doenças.

Do mesmo modo que observamos nas metas pactuadas, aqui também se mostra a transversalidade da Saúde do Adulto – ela está contida em várias destas áreas e é abordada a partir de problemas prioritários que atingem esta população.

Então pense em como você reconhece a população adulta no interior das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. Quantas políticas e programas fazem interface com as necessidades desta população?

- b) Agora pense de modo mais objetivo: o que representa a população adulta na sua área de abrangência? Busque dados:

população adulta na sua área;

principais problemas de saúde que você identifica nessa população;

para quais desses problemas você reconhece repostas efetivas do - serviço/unidade;

para quais desses problemas você dispõe de marcadores específicos.

- c) Faça uma visita ao site da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC): <http://www.saude.sc.gov.br/>. Selecione a janela “Pacto pela Saúde” e entre no “Caderno Pacto”. Lá você pode encontrar todos os municípios do estado e abrir suas respectivas planilhas. Dentro delas, encontrará pastas de trabalho com os indicadores do município e estado. Entrando nos indicadores do município escolhido, olhe atentamente a série histórica de cada indicador. Detenha-se em um indicador relativo à saúde do adulto.

Anote:

Indicador:

Como ele se comporta na série histórica?

Qual a meta pactuada (mais recente)?

Qual a % alcançada da meta?

Qual a meta no estado?

Qual a situação da meta em relação ao esperado?

- d) Observe também as legendas das cores, indicando % da meta alcançada e reconheça em quais metas o município atinge 100% ou mais (verde), de 50 a 99% (amarelo), menos de 50% (vermelho).

Você seria capaz de fazer uma projeção semelhante para sua área de abrangência?

- e) Depois de percorrer a planilha, vá à pasta de trabalho “gestor do indicador” e identifique a relação das prioridades e metas com as áreas técnicas e gestores da SES responsáveis – esta é uma referência importante para direcionar futuras buscas.
- f) Finalmente, reflita sobre o processo de planejamento local de saúde e o modo como ele está sendo efetivado na sua unidade. Ele está realmente considerando a análise das necessidades locais? Que dados você dispõe para conhecer a situação de saúde da população adulta da sua área?

Liste aqui alguns desses dados:

Vamos, para finalizar, voltar ao assunto da transversalidade da Saúde do Adulto em diversas políticas e estratégias, depois de termos buscado exemplos diretamente nas atuais pactuações em saúde.

Mas será que, além das tradicionais áreas (Saúde da Mulher, Saúde dos Idosos, Saúde Mental e do Trabalhador), o adulto permanece “diluído” em agravos e ações estratégicas (como violências, Tuberculose, DST, Hanseníase, Hipertensão Arterial, entre inúmeras)? Foi por reconhecer esta fragmentação que o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional da **Saúde do Homem**.

Vejamos as justificativas expressas no documento que apresenta esta Política, ver figura 7. Leia e pense se você concorda ou discorda da análise que justificou tal política: (cheque ✓, em caso positivo):

A população masculina busca menos que as mulheres os serviços de atenção primária e acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada; o que requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis.

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária.

Ao buscar o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, ocorre o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

Estudos comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres.

Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menos adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento; as barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde também são causa da baixa adesão, relacionadas a barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais.

Variáveis culturais, como estereótipos de gênero e dificuldade em reconhecer suas necessidades, além de serviços que privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, prejudicam a procura pelos serviços de atenção primária. Além dos horários de funcionamento dos serviços de saúde coincidirem com os turnos de trabalho, produzindo também uma barreira sócio-econômica.

Figura 7: Política nacional de saúde do homem.

Fonte: Brasil, 2008a.

Se você confirmou a percepção expressa nesta política, baseada em inúmeros estudos, entende a importância de sua proposição, já que o seu objetivo é “Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.” Isto consta do documento base. Busque este documento e veja ainda:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, explicita o reconhecimento de 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 de tal política, que pretende politizar e sensibilizar 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, 2008a, p, 7).



Saiba Mais

Sobre o Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SisPPI) e para acessar a série PACTOS PELA SAÚDE, entre outras informações e apresentações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Programação Pactuada e Integrada. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=993>. Acesso em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

Sobre o Pacto da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC):
SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

Sobre a Política Nacional da Saúde do Homem:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem:** princípios e diretrizes. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você entrou em contato com as diretrizes políticas e técnicas contidas nos programas, políticas e pactos de Saúde do Adulto no Brasil. Conheceu as metas pactuadas em seu estado e município relativas à Saúde do Adulto, as ações programáticas de atenção básica ampliada e pode verificar a necessidade da articulação entre a organização do serviço local com as metas e ações programáticas da atenção básica ampliada em Saúde do Adulto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OXoUBn7jYSoJ:dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT09-CONS.pdf+A+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+Sa%C3%BAde+do+Homem&hl=pt-BR&gl=br>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS **Sistema de Informação de agravos de notificação**. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>. Acesso em: 18 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 48, de 12 de janeiro de 2009. Dispõe que ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jan. 2009b. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2009/iels.jan.09/iels07/U_PT-MS-GM-48_120109.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 fev. 2008b. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.fev.08/iels35/U_PT-MS-GM-325_210208.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2010.

CARTA de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2010.

UNIDADE 3

MÓDULO 7

3 O PAPEL DOS MEMBROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE DO ADULTO

O trabalho em atenção primária à saúde se dá no contexto comunitário, ou seja, está inserido na comunidade. Assim, o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família deve estar focado nas necessidades dos indivíduos de sua área de abrangência e da comunidade. O olhar integrado de cada membro da equipe é importante neste processo.

Mas vocês devem se perguntar como desenvolver o trabalho em equipe.

A reunião de equipe é um excelente espaço para planejar, discutir e avaliar o processo de trabalho.

Com relação à Saúde do Adulto, podemos começar conhecendo a população adulta da nossa área de abrangência. A partir daí traçamos o perfil (com base nos indicadores) e necessidades desta população e planejamos as ações.

Todo este processo é realizado em equipe com contribuição de cada membro e divisão de responsabilidades. Respeitando-se as atribuições e especificidades de cada profissão.

Nesta Unidade, vamos resgatar os indicadores apresentados na Unidade 1 e como utilizá-los no planejamento das ações em equipe. Também falaremos sobre as ações que podem ser desenvolvidas com base nestes indicadores: grupos de promoção à saúde, visitas domiciliares... E para finalizar, falaremos da avaliação das ações que visam corrigir problemas ou entender a necessidade de mudanças no processo de trabalho.

Com tal organização de conteúdos, seus objetivos de aprendizagem são os de capacitar-se para o planejamento e a execução de ações direcionadas à população adulta, partindo do conhecimento dos dados da população, de sua área de abrangência, planejando ações de promoção, prevenção e assistência, e habilitar-se a acompanhar e avaliar ações realizadas em equipe.

3.1 Conhecimento da População Adulta da Sua Área de Abrangência

É muito importante o profissional da atenção primária conhecer a sua população adulta.

Vocês sabem qual a faixa etária da população adulta? A população adulta são os indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos.

Na Unidade I, falamos que, nas últimas décadas, o país passou por diversas mudanças: processo de urbanização, que ocorreu uma intensa migração, aumento da expectativa de vida, redução da fecundidade e transformações na composição das famílias. Essas mudanças contribuíram para que a estrutura etária da população brasileira também mudasse.

Hoje temos uma elevação na expectativa de vida com aumento da população adulta, predomínio de doenças crônico-degenerativas como causa de morbidade e mortalidade. Veja nas pirâmides a seguir a distribuição etária da população brasileira comparando 1980 com 2010 (Figura 8).

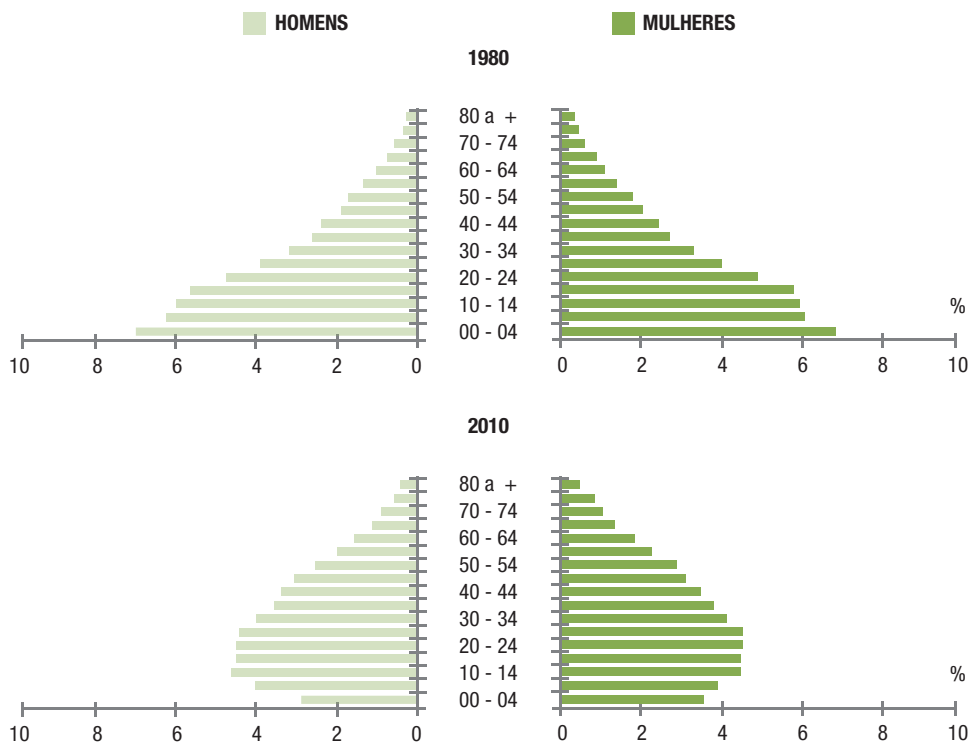


Figura 8: Censo demográfico de 1980 a 2010.

Fonte: IBGE, 2010.

E a população adulta da sua área de abrangência. Como conhecê-la?

Podemos começar utilizando alguns marcadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para a população adulta. Eles são os seguintes:

a) Cadastro do número de indivíduos masculinos e femininos entre 20 e 59 anos

b) Dados consolidados no Relatório SSA2

Diabéticos cadastrados;

Diabéticos acompanhados;

Hipertensos cadastrados;

Hipertensos acompanhados;

Pessoas com Tuberculose cadastradas;

Pessoas com Tuberculose acompanhadas;

Pessoas com Hanseníase cadastradas;

Pessoas com Hanseníase acompanhadas;

Hospitalizações ocorridas no mês;

Por abuso de álcool;

Por complicações do Diabetes;

Por outras causas;

Internações em hospital psiquiátrico;

Óbitos ocorridos no mês

c) Dados consolidados no Relatório PMA2

Acidente Vascular Cerebral;

Infarto Agudo do Miocárdio;

Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos;

Hanseníase com grau de incapacidade II e III.



Ficaram com alguma dúvida? O Manual do SIAB está disponível no seguinte endereço eletrônico:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS Sistema de Informação de Atenção básica. **Manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualSIAB2000.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre mortalidade**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>. Acesso em: 24 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 30 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Morbidade hospitalar no SUS**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 14 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS **Doenças de notificação compulsória**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 21 fev. 2010.

3.2 Inserção do Planejamento Voltado Para a População Adulta no Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família

Depois de construir com sua equipe de saúde o perfil da população adulta da área de abrangência, deve-se partir para o planejamento das ações.

O melhor momento para se planejar é quando a equipe estiver reunida, assim os diferentes olhares e informações somam-se para contribuir com a construção de ações para a população adulta. O odontólogo, médico, agente de saúde, enfermeiro e auxiliar de enfermagem devem fazer em conjunto o planejamento. O melhor espaço para o planejamento é a reunião de equipe.

Como começar? Os dados citados anteriormente são um primeiro passo para o planejamento das ações. Será que temos muitos hipertensos mal controlados? Muitos diabéticos que internam por complicações? Ou muitos casos de HIV/SIDA?

Essa leitura auxiliará no desenvolvimento de atividades específicas com a finalidade de melhorar tais indicadores. Muitas vezes as ações serão de atividades de assistência, prevenção ou promoção ou ainda ações intersetoriais, como exemplo, a construção de espaço para atividade física no bairro.

Além dos indicadores, temos outro instrumento que pode auxiliar a equipe no planejamento e na programação das ações. A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) é um software para a programação das ações das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, desenvolvido em software livre pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A referida ferramenta auxilia na organização e na programação das diferentes ações da Equipe de Saúde da Família, inclusive as ações relativas à Saúde do Adulto.



Saiba Mais

A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) está disponível no seguinte link:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 28 fev. 2010.

3.3 Ações da Equipe de Saúde da Família Voltadas Para a População Adulta

Depois de realizar o “diagnóstico” da situação em saúde da população adulta, a equipe de planejar as ações visando à melhora dos indicadores e à qualidade de vida desta população. Com a mudança do perfil epidemiológico da população adulta brasileira hoje predominam as situações crônicas. Assim, as ações destinadas à população adulta devem ser pautadas no: cuidado, trabalho em equipe, conhecimento compartilhado entre profissionais e usuários e estímulo às ações intersetoriais.

Vale lembrar que o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos e dos grupos sociais são largamente determinados pelo ambiente físico, socioeconômico e cultural. As intervenções realizadas pela equipe de saúde necessitam levar em consideração os fatores sociais e econômicos, locais e nacionais, que, direta ou indiretamente, determinam ou condicionam o modo de vida dos indivíduos e dos grupos em diversas idades, gênero, ambientes, profissões e culturas.

Sugerimos algumas atividades, mas é importante que elas sejam planejadas por cada equipe conforme as necessidades identificadas no diagnóstico situacional. Além disto, devem-se priorizar aquelas atividades que tem impacto e são de fácil execução pela equipe.

Atividades de Grupo Para a População adulta

Um grande número da população adulta é portadora de alguma doença crônica. O grupo é uma estratégia de acompanhamento destes usuários. Ele 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 ativos nas mudanças de sua condição de saúde.

Algumas sugestões de grupos destinados à população adulta: Grupos de Promoção à Saúde para portadores de HAS e DM, 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 para melhor aproveitamento do tempo.

Existe uma grande variedade de opções para trabalhar determinado conteúdo nas atividades de grupo, dependendo do objetivo, da faixa etária, do interesse do profissional de saúde, das características da comunidade, da criatividade e da opção metodológica da equipe. Sugerimos a pedagogia problematizadora em que o educador busca construir o conhecimento a partir da realidade do educando, trabalhando com base nos conhecimentos pré-adquiridos. Busca soluções em conjunto, de forma a constituir um educando ativo, crítico, com liberdade para expressar suas percepções e opiniões, numa relação com menos hierarquização. Paulo Freire, que é um educador muito valorizado internacionalmente, é considerado o “pai” da pedagogia problematizadora.

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

É preciso se ter claro que o profissional de saúde está no grupo com um papel definido, 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 será 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 “puxe” o grupo para direções diferentes.

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.

Visita Domiciliar

A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde 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. Ela aproxima a equipe de saúde à família. Através dela, a equipe passa a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade, e os recursos de que a família dispõe. 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 atividade de visita domiciliar. 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 (medicina, enfermagem, odontologia...).

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 ULS, abordagem familiar, busca ativa de marcadores do SIAB ou de doenças de notificação compulsória.

Apesar de ser uma ferramenta preciosa do trabalho em APS, a assistência domiciliar traz algumas reflexões acerca da ética deste procedimento: o cuidado deve ser determinado pelo paciente, 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 com 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 do processo de trabalho da ESF.



TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, abr./jun. 2006.

ZIMERMAN, D. E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você estudou a importância de se conhecer a população adulta da área de abrangência da equipe Saúde da Família. Foram apresentados caminhos para conhecer a população adulta da sua área de abrangência, como o SIAB, e o uso de instrumentos que auxiliam no planejamento, como o PROGRAB. Pode verificar que o planejamento e a execução de ações podem ser desenvolvidos com base nos indicadores de saúde em todas as esferas. Foram sugeridas algumas atividades para serem desenvolvidas com a população adulta como: grupos, visitas domiciliares e sala de espera, visando a um trabalho multiprofissional que possibilite um cuidado de qualidade a esta população. Também o quanto é fundamental avaliar as ações com o objetivo de corrigir problemas ou entender a necessidade de mudanças no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 1980 a 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

PARTE II

MÓDULO 7

UNIDADE 4

MÓDULO 7

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

Nesta unidade, 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 e antibióticos em odontologia, implicações da polifarmácia em odontologia, cuidados na administração de medicamentos em pacientes adultos 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 integrando-o ainda mais à equipe de saúde.

4.1 O Uso de Anestésicos Locais na Clínica Odontológica

Em odontologia, a realização da maioria dos procedimentos clínicos muitas das vezes exige a anestesia local do paciente. No comércio de materiais odontológicos, temos hoje uma série de produtos disponíveis, porém cada um com indicação a situações específicas.

Estas situações dizem respeito tanto ao tipo de procedimento que será realizado como às condições sistêmicas apresentadas pelos pacientes. Por exemplo: Como selecionar uma solução anestésica mais apropriada para pacientes hipertensos, diabéticos e cardíacos? Como saber escolher a solução em casos de cirurgias, restaurações, trepanação de dentes? Qual o tempo de cobertura destes procedimentos por uma solução anestésica?

A leitura do conteúdo a seguir possibilitará que você possa, além de recordar conteúdos aprendidos na sua graduação, também se atualizar sobre os conteúdos mais recentes, possibilitando que possa refletir acerca da sua prática e tomar as decisões mais acertadas daqui para a frente.

Você iniciará este conteúdo respondendo alguns questionamentos:

Quando você vai promover a anestesia de seu paciente, 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 se deve levar em conta para se escolher um vasoconstritor?

Não fique decepcionado ou preocupado caso não consiga responder a maioria destas indagações. Em discussões apresentadas em Congressos, Jornadas, Seminários, verificou-se que uma grande parte dos dentistas manifestaram inúmeras dúvidas a respeito do conhecimento e escolha correta de produtos disponibilizados para uso da anestesia local de pacientes na clínica odontológica. Por isso, nada melhor do que nos aprofundarmos na composição e indicação de tais produtos.

O produto que se encontra disponível no comércio é a **solução anestésica** que geralmente tem na sua composição tanto 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, ao injetarmos em nosso paciente determinado produto, estamos utilizando 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 anestésicos locais nós temos à venda no comércio?

Atualmente, para uso odontológico, temos 5 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 de 9 a 13 abaixo:

Cloridrato de Lidocaína (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 9: Cloridrato de lidocaína (marcas comerciais).

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010).

Cloridrato de Prilocaína (marcas comerciais)

Biopressin 3%;

Citanest 3%;

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

Quadro 10: Cloridrato de Prilocaína (marcas comerciais).

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010).

Cloridrato de Mepivacaína (marcas comerciais)

Mepivacaína 2%; Scandicaine 2% (norepinefrina 1:100.000)

Mepivacaína 2%; Carbocaine (levonordefrina 1:20.000)

Scandicaine 2% (epinefrina 1:100.000)

Mepivacaína 3%; Scandicaine 3% (sem vasoconstritor)

Quadro 11: Cloridrato de Mepivacaína (marcas comerciais).

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010).

Cloridrato de Bupivacaína (marcas comerciais)

Neocaína 0,5% (epinefrina 1:200.000)

Neocaína 0,5% (sem vasoconstritor)

Quadro 12: Cloridrato de Bupivacaína (marcas comerciais).

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010).

Cloridrato de Articaína (marca comercial)

Septanest 4%;

Articaína 4% (epinefrina 1:100.000)

Articaína 4% (epinefrina 1:200.000)

Quadro 13: Cloridrato de Articaína (marcas comerciais).

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010).

Você pôde verificar no quadro 11 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, caso da **bupivacaína** (0,5%) e da **articaína** (4%).

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

Primeiro, só devemos comparar concentrações de soluções compostas pelo mesmo anestésico local, assim, não se deve tentar comparar as concentrações de anestésicos diferentes entre si. Dos 5 anestésicos citados anteriormente, apenas a bupivacaína é considerada de longa duração de ação (mais de 8h), o que seria mais indicada em procedimentos mais longos, no entanto é também mais tóxica. Os demais são considerados de média duração, mais ou menos 3h de ação. Logo, se formos realizar, por exemplo, uma cirurgia com duração prevista para acima de 3h, ou se quisermos que o paciente permaneça anestesiado por período mais prolongado, podemos usar a bupivacaína. De modo geral, no dia a dia da nossa clínica, a grande maioria dos procedimentos realizados pode utilizar tranquilamente os anestésicos de média duração.

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

Você observou que para os vasoconstritores a informação está disponibilizada em forma de relação, tipo 1:100.000 ou 1:200.000. Sabe o que isto significa? Significa a quantidade de vasoconstritor dentro do tubete da solução anestésica, que alguns autores citam como a diluição do vasoconstritor dentro da solução.

O vasoconstritor com as melhores propriedades é a **epinefrina** que também pode ser chamada de adrenalina. A diluição da epinefrina 1:100.000 é considerada segura e eficaz e portanto você pode usá-la com muita tranquilidade em seus pacientes. Sabe-se que muitos dentistas 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 apresentar aquele receio ao qual nos referimos.

É possível que esteja se perguntando: E a **felipressina**, que vasoconstritor é esse? É bom ou ruim? Pois bem, trata-se de um bom vasoconstritor. Seus efeitos cardiovasculares são desprezíveis nas doses recomendadas para cada paciente, todavia como não tem uma boa ação vasoconstritora sobre a microcirculação arteriolar, nos procedimentos cirúrgicos o campo se apresentará com mais sangue comparado quando se usa a epinefrina, mas isto não significa que não se possa usá-lo para uma exodontia.

Para concluir este apanhado geral sobre vasoconstritores, existe um, presente apenas nas soluções com lidocaína, a **fenilefrina**, que tem apenas 5% da ação vasoconstritora da epinefrina, contudo é um vasoconstritor estável, possibilitando um bom tempo de ação anestésica. Quanto à **norepinefrina**, se constitui num bom vasoconstritor, mas possui apenas 25% da ação vasoconstritora comparada à epinefrina.

Agora, retomando os questionamentos que foram feitos no início deste conteúdo, o que você usa, na verdade, é uma solução anestésica local. Na escolha de uma substância anestésica, temos que pensar o tipo de procedimento que vai ser realizado e também as condições sistêmicas que o paciente apresenta.

É possível que você tenha notado que não fizemos até agora menção a soluções sem vasoconstritor. Todos nós sabemos que, quando usamos uma solução anestésica sem vasoconstritor, o efeito anestésico é eliminado rapidamente. Isto se deve ao fato de o anestésico induzir à vasodilatação, o que facilita a sua captação pela circulação com conseqüente redução da anestesia. Sendo assim, para continuar com o procedimento odontológico, o dentista acaba por injetar mais solução tanto quanto for necessário. Este modo de proceder aumenta o potencial de toxicidade do anestésico aplicado, podendo, em certos casos, levar o paciente a uma parada cardiorrespiratória. Por isto, a indicação de solução sem vasoconstritor é restrita.

Agora, você pode pensar sobre outro questionamento: O que você sabe sobre **latência**¹?

¹ A literatura conceitua latência como o tempo decorrido entre o início da administração e o início do efeito anestésico.

Pode-se entender que, uma vez retirada a agulha da boca do paciente, já seria possível iniciar a intervenção clínica. Porém, é necessário raciocinar um pouco: um tubete tem 1,8 ml de solução anestésica. O tempo de administração recomendado para 1 ml de solução anestésica deve ser de 1 minuto. Logo, 1 tubete deve ser injetado em aproximadamente 2 minutos, com a injeção da solução de forma lenta e contínua. O tempo médio de latência das soluções anestésicas é de 2 minutos, exceção da solução que contenha a **bupivacaína**, que deverá ser de 8 minutos. Assim, recomenda-se que, decorrido o tempo de latência, o dentista aguarde um pouco mais para iniciar o procedimento, estendendo este tempo de espera até completar 5 minutos do início da administração da solução anestésica.

Analise agora uma série de condições de saúde apresentadas por pacientes que demandam uma Unidade Local de Saúde: que tenham tido infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral a menos de 6 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 quando um paciente disser na anamnese ser portador de uma ou mais destas condições? Você atende pacientes com tais problemas de saúde no seu consultório? Temos certeza de que sim em algum momento do seu dia a dia. Como você se sente? Atende ou encaminha o paciente a outro nível de referência? Qual a maior dificuldade para atender estes pacientes? É possível que seja a escolha da solução anestésica.

Para ajudá-lo, é preciso pensar em uma sequência lógica para proceder à escolha, 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 seqüência é básica para atendimento de pacientes com qualquer comprometimento sistêmico (diabetes, arritmias, etc.).

Quadro 14: Processo de escolha.

Fonte: Do autor.

4.1.1 Cuidados no uso de anestésicos em gestantes e idosos

A gestação é um estado fisiológico no qual alguns cuidados devem ser feitos à gestante. Primeiro, é necessário obter informações sobre o desenvolvimento da gestação, e se tudo estiver bem, o dentista poderá anestésiar a paciente com qualquer solução anestésica com vasoconstritor. Entretanto, algumas gestantes podem apresentar quadros de morbidade, como, por exemplo, ser portadoras de diabetes. Neste caso, também será necessário sabermos se a paciente encontra-se controlada. Se não estiver, devemos encaminhá-la para o tratamento médico e só depois realizarmos o atendimento. Se estiver compensada, poderemos então usar qualquer solução anestésica com vasoconstritor.

Quanto aos idosos, você deve seguir o mesmo raciocínio. Verifique se existe algum tipo de doença. Quando necessário, peça informações ao médico que trata o paciente, e depois selecione a solução anestésica local mais adequada ao tipo de procedimento que será realizado.

Agora você não deve ter mais dúvidas de que as soluções anestésicas sem vasoconstritor não são as mais indicadas. Se o paciente estiver compensado, não existe contraindicação ao uso de qualquer tipo de

solução com vasoconstritor. A escolha irá depender dos fatores que foram até aqui abordados.

4.2 Uso Racional dos Analgésicos, Anti-inflamatórios e Antibióticos em Odontologia

Quantas vezes ouvimos das pessoas a frase “não sinto dor nos meus dentes e, portanto, acho que não tenho necessidade de tratamento dentário”. Este tipo de pensamento é de que só quando se sente dor é que se deve procurar o atendimento. Acontece que a sensação dolorosa tem a finalidade de alertar ao paciente que alguma coisa em sua pessoa já não se encontra dentro da normalidade. Desta forma, quando o paciente procura um dentista por causa de dor, o problema já está em desenvolvimento, e dependendo de sua extensão (nível das sequelas), procedimentos mais radicais são necessários.

Reflexão

Agora comece a pensar o que você faz usualmente com o paciente que o procura por estar sentindo dor? Certamente uma das primeiras providências é lhe receitar um medicamento analgésico, porque dor se trata com analgésico. Porém, temos que 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. Logo, a escolha do medicamento dependerá do modo como o dentista irá agir. No presente caso, deverá iniciar o tratamento do paciente e medicá-lo com antibiótico associado a um tipo de analgésico. Deve-se promover um bom diagnóstico, fazer o procedimento indicado à situação detectada e, se necessário, medicar o paciente. Portanto, tratar a dor manifestada por um paciente não pode se resumir apenas 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 analgésica, anti-inflamatória, e antitérmica.

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.



Figura 15: Medicamentos diversos.

Fonte: <http://dimshik.deviantart.com/art/pills-52516341?q=boost%3Apopular+pills&qo=55>

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.

Você pode estar pensando que a administração de um anti-inflamatório não vai exigir a administração concomitante de um analgésico, ou seja, quando você prescreve diclofenaco após uma exodontia, por exemplo, não há necessidade de prescrever dipirona, porque o diclofenaco já tem atividade analgésica. Isto é importante, pois a diminuição do número de medicamentos prescritos diminuirá a incidência de reações adversas no paciente.

Assim, os analgésicos devem ser utilizados de acordo com esquemas de doses fixas e não como se costuma ver em receitas “se necessário”, “tome se tiver ou enquanto durar a dor”. Afinal, compete aos dentistas determinar se o paciente deve ou não usar este ou aquele medicamento. Lembre-se de que a dipirona e o paracetamol estão indicados para dores leves a moderadas.

Agora tente resolver a seguinte questão: um paciente tem dor resultante 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 paciente irá tomar o analgésico que já possui em casa.

Na verdade, a melhor escolha é a dipirona, porque esta é mais efetiva do que o paracetamol na dor já instalada. Este é um pequeno detalhe que pode fazer a diferença no tratamento. E se no mesmo caso a dor ainda não estivesse surgido? Nesse caso, você poderia escolher um ou outro.

Observe no quadro abaixo como usar a dipirona e o paracetamol, além dos principais efeitos colaterais.

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

Quadro 16: Analgésicos frequentemente usados em Odontologia.

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010)

Para auxiliar no controle da dor, nós temos ainda algumas 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 (ver quadro 17).

MEDICAMENTO (NOME COMERCIAL)	DOSE (MG)	FORMA FARMACÊUTICA	INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO	TEMPO DE USO (MÉDIA)
Doloxene A	50	comprimidos	4/4 h	24 h
Tylox	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 17: associações de analgésicos

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 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 Esteroidais (AINE), não é verdade? Portanto, são de uso comum em Odontologia. Você já se perguntou como agem os AINE? O que sabe a respeito de anti-inflamatórios esteroidais? Conhece-os? Faz sua indicação?

Se o paciente que você vai atender apresentar uma orientação escrita por um médico informando que ele não pode ingerir AINE, mas que pode fazer uso de um anti-inflamatório esteroidal, o que você faz? Acata a carta enviada pelo médico? Concorde ou discorda da conduta? Para você tomar alguma decisão, é fundamental que conheça o mecanismo de ação dos anti-inflamatórios. Então, vejamos a figura 18.

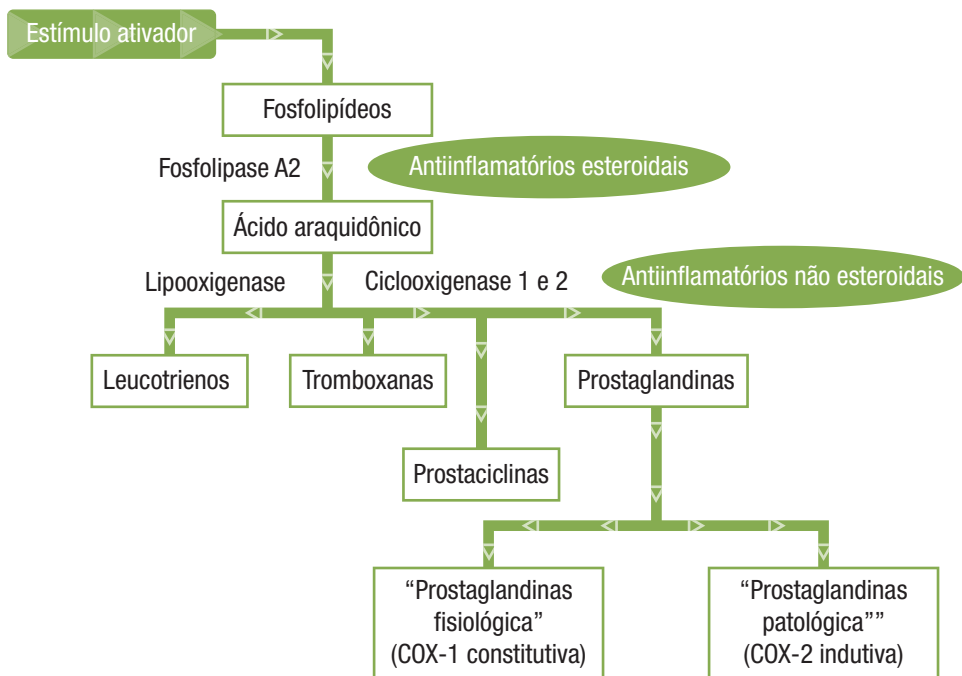


Figura 18: Cascata do ácido araquidônico. Ação das enzimas fosfolipase, ciclooxigenase e lipoxigenase. Mecanismo de ação dos anti-inflamatórios.

Fonte: Do autor.

Abordando a ciclooxigenase 2

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 de muco que protege a mucosa gástrica.

Já a ciclooxigenase II é chamada de induzida porque a sua quantidade aumenta durante a inflamação.

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

Com certeza você consegue visualizar tudo isto no esquema. A administração de ant-inflamatório esteroidal bloqueia a enzima fosfolipase A_2 , dificultando a formação de prostaglandinas, prostacilinas e troboxanas, e também de leucotrienos. Geralmente o cirurgião dentista usa anti-inflamatório não esteroidal.

Você sabe onde o AINE atua? Pois bem, o AINE age na **ciclooxigenase²** e, portanto, bloqueia apenas esta via, não tendo qualquer efeito na via da lipoxigenase.

Muitos pacientes medicados com AINE reclamam de desconforto gastrointestinal. Isto ocorre porque a maioria dos AINE 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 AINE 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, estes AINE pareciam ter resolvido definitivamente o problema dos pacientes que sofrem de distúrbios gastrointestinais, como gastrite e úlcera, por exemplo, nos quais são contraindicados AINE não seletivos. Mas, na verdade, os inibidores seletivos por ciclooxigenase II também irritam a mucosa gástrica mesmo que com menor intensidade que os AINE não seletivos. Deste modo, é possível concluir que não existe um anti-inflamatório ideal para pacientes como aqueles que possuem distúrbios gastrointestinais, o que podemos e devemos fazer é prescrever 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 e que são prescritos em receituário de controle especial.

Com base 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 esteroidais”? Você já se perguntou por que prescrevemos anti-inflamatório para combater um processo fisiológico, útil e necessário para nós? Pois bem, aí vai à resposta: os anti-inflamatórios são prescritos em processos inflamatórios clinicamente relevantes, onde existe limitação funcional do paciente, ou seja, para diminuir a exacerbação da inflamação. O tempo de utilização é de 2 a 3 dias não devendo exceder a 5 dias, a não ser em casos especiais.

Outra dúvida frequente sobre este assunto é qual será o melhor. 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 paciente.

A sugestão é que os Anti-inflamatórios não esteróides sejam prescritos por um período médio de 3 dias. Mas você pode estar se perguntando sobre o que fazer caso o paciente necessitar de mais anti-inflamatório. Não se preocupe. Você pode prescrever por mais tempo, sempre lembrando que o principal determinante para tal conduta é a redução da sintomatologia. Na tentativa de reduzir efeitos adversos, nós podemos ajustar doses, substituir um AINE por outro, utilizar fármaco de desintegração entérica, usar inibidores de ciclooxigenase-2 ou recomendar a ingestão do anti-inflamatório juntamente com alimentos ou anti-ácidos.

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

Quadro 19: Anti-inflamatórios não esteroidais.

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010).

Você já aprendeu sobre os anti-inflamatórios esteroidais e que estes inibem a atividade da enzima fosfolipase A_2 , diminuindo a síntese de mediadores como prostaglandinas e leucotrienos. Agora, 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 curto período de tempo não acarreta efeitos colaterais importantes para o paciente. 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 paciente relatar que faz uso de corticoide há várias semanas ou meses. Ele pode estar imunossuprimido e você deverá fazer profilaxia antimicrobiana quando o mesmo tiver a necessidade de se submeter a um procedimento cirúrgico.

Os esteróides 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 do quadro 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 2h antes
Betametasona	4	comprimido	1 ou 2h antes

Quadro 20: Corticoides mais usados em Odontologia.

Fonte: Do autor .

Você agora vai estudar sobre outro problema sério no dia a dia da clínica odontológica.

Observe a seguinte situação: um paciente chega em seu consultório 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.

Na verdade, a escolha do antibiótico mais adequado está na dependência do estado geral do paciente. Por isso, é necessário considerar inúmeros fatores:

- a) sistema imunológico;
- b) função renal e hepática;
- c) gravidez, lactação, idade; e
- d) diminuição da irrigação sanguínea.

Queremos lembrar ainda que os antibióticos podem agir pelo impedimento da proliferação dos microorganismos, chamados de bacteriostáticos, ou pela morte deles, que são tratados de bactericidas. Para dificultar ainda mais a escolha podemos usar antibióticos de amplo ou de pequeno espectro. Mas lembre-se de que todos os fatores listados são importantes.

Para facilitar o entendimento, analise com calma este exemplo:

Considere um paciente com hepatopatia ou nefropatia. Certamente a metabolização ou a excreção do antibiótico selecionado terá algum prejuízo, o que pode acarretar neste paciente, efeitos adversos importantes. No caso da paciente estar grávida ou em período de lactação, deve ou não ser medicada? Qual o antibiótico que o dentista iria escolher? Penicilina, sem dúvida, é a primeira escolha diante das infecções odontogênicas. Porém, se o paciente relatar ser alérgico a este medicamento, o que se pode fazer? Estes exemplos e questionamentos têm o propósito de esclarecê-lo quanto ao uso de antibióticos, uma tarefa nada fácil.

A seguir, estude com calma tais considerações 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 quando a mesma está se dividindo. Podem ser naturais, sintéticas e semissintéticas. As penicilinas naturais não podem ser administradas por via oral e por esse motivo têm pouca aplicação nos problemas odontológicos. Por outro lado, as penicilinas sintéticas e semissintéticas podem ser administradas por via oral, sendo uma boa opção na prescrição

ambulatorial. Vale lembrar que algumas bactérias produzem enzimas (betalactamases ou penicilinas) 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 abaixo.

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

Quadro 21: Penicilinas sintéticas.

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010).

MEDICAMENTO (NOME GENÉRICO)	DOSE	FORMA FARMACÉUTICA	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	8/8h	7 dias

Quadro 22: Penicilinas semissintéticas de amplo espectro.

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010).

Cefalosporinas

São semelhantes às penicilinas, sendo 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 15 que a cefalotina é usada em dose única.

Outro fator importante: quando você prescreve penicilina, sempre existe alguma preocupação com uma possível reação alérgica. Se o paciente for alérgico à penicilina, a reação desencadeada após tomar o medicamento será provavelmente do tipo imediata, ou seja, surgirá entre 2 e 30 minutos, e isto poderá levá-lo a óbito devido ao choque anafilático. Para estes pacientes também não se deve administrar a cefalosporina, pois pode ocorrer reação de hipersensibilização cruzada.

Alguns autores dizem que, quando a reação não determina risco de morte do paciente, você pode prescrever cefalosporina, porém cuidado, é preferível que você prescreva outro antibiótico, seja qual for o tipo de reação alérgica que o paciente teve pelo uso de penicilina.

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

Quadro 23: Cefalosporinas mais indicadas em Odontologia.

Fonte: Do autor (Rodrigues Filho, 2010).

Macrolídeos

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, você, em algum caso, já prescreveu uma ou outra ou até ambas. Na sua concepção a azitromicina é diferente da eritromicina? Devemos lembrar que a azitromicina resulta de modificações estruturais da eritromicina, portanto têm ações semelhantes. As indicações dos macrolídeos são para infecções de intensidade leve a moderada. Para as infecções severas estão mais 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	24/24h	3 dias

Quadro 24: Macrolídeos mais usados.

Fonte: Do autor.

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, se distribui principalmente no tecido ósseo, o que é indicada em muitas infecções odontogênicas.

É uma ótima opção quando o paciente 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 a prescreva quando o paciente estiver com diarreia e quando esta surgir depois de iniciado o seu uso. Avalie a possibilidade da suspensão da prescrição e a sua substituição por outro medicamento. A clindamicina é administrada em cápsulas de 150 ou 300 mg, de 6 em 6 ou 8 em 8h por 7 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 8/8h por 7 dias.

Este bloco de informações prestadas nos mostra que para prescrever corretamente antibióticos, é necessário muito mais que uma caneta e uma folha de receituário. Mas vamos seguir adiante. Imagine agora um paciente com uma infecção odontogênica e portador de uma ou mais das seguintes condições listadas. Além destas, temos que considerar ainda os pacientes que já tiveram ou têm propensão à endocardite infecciosa. Pois bem, tais pacientes necessitam de profilaxia antimicrobiana, ou seja, da administração de antibióticos antes da realização do procedimento clínico.

É lógico que existem condições mais graves do que outras e que os procedimentos odontológicos seguem a mesma regra. Assim, é necessário, antes de prescrever antibiótico profilático, avaliar criteriosamente se esta atitude vai trazer algum benefício ou não para o paciente. Os pacientes com risco de desenvolver endocardite normalmente já trazem do médico uma carta 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 ou qualquer das outras condições relacionadas anteriormente, esta descrito a seguir:

- a) Esquema padrão de profilaxia antimicrobiana para pacientes não alérgicos às 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.

- b) Profilaxia antimicrobiana para pacientes alérgicos às penicilinas

Via oral (adulto)

Clindamicina – 600 mg, 1h antes do procedimento.

Azitromicina – 500 mg, 1h 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.

4.2 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 10 medicamentos diferentes diariamente, que o levou a ser internado por uma semana para ajustar as doses, pois vários medicamentos estavam prejudicando mais do que ajudando, além da interferência de um no mecanismo de ação do outro. 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 este tipo de paciente é cada vez mais frequente dentro do atendimento na clínica odontológica. Isto nos obriga a conhecer cada vez mais os medicamentos e as suas repercussões na cavidade oral.

A polifarmácia (Figura 25) 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, que impõem o uso de seu portador de um ou mais medicamentos. A verdade é que se tem observado um aumento crescente de pacientes com comprometimento sistêmico a procura de atendimento odontológico. São estes pacientes que normalmente ingerem muitos medicamentos, seja por conta própria ou por prescrição médica.

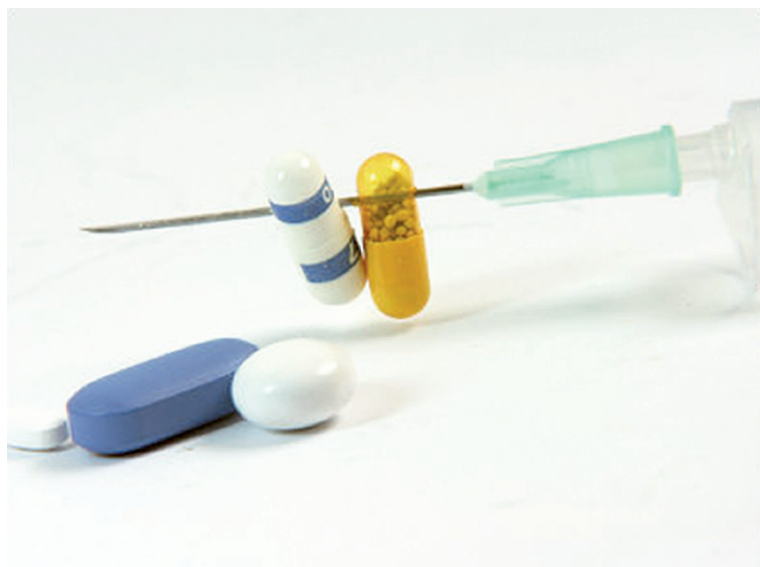


Figura 25: Polifarmácia.

Fonte: http://www.realitatea.net/top-zece-al-bolilor-care-au-creat-panica-in-europa_658072.html

Outra conduta freqüente tanto de médicos como de dentistas, é medicar o paciente sem perguntar o que está tomando, isto é, quando o paciente chega ao consultório, ele é apenas uma articulação inflamada, uma hipertensão descompensada, um abscesso periapical agudizado, e assim sucessivamente. Facilmente perde-se o foco da integralidade, que a boca faz parte de um corpo e que este está sujeito à interferência do meio em que vive.

O consumo simultâneo de vários medicamentos pode determinar facilmente interação medicamentosa, que pode ser prejudicial ou não, e que muitas vezes aumenta a incidência de efeitos adversos. A maior propensão para interações adversas ocorre em pessoas idosas, com insuficiência renal, com problemas hepáticos, cardíacos e respiratórios, além de pacientes com hipotireoidismo, epilepsia grave, asma aguda e diabetes melito descompensado.

Vamos abordar, a seguir, uma série de interações medicamentosas, algumas com benefício, outras com prejuízo para o paciente. Tais interações podem ocorrer em alguma etapa da farmacocinética (absorção, distribuição, metabolismo, excreção) ou no mecanismo de ação (por atuação em receptores ou enzimas, por exemplo) ou ainda quando os medicamentos administrados agem de modo independente um do outro, mas alteram a mesma função.

Exemplos de Interações Farmacocinéticas:

a) 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 estemporâneo ou falha na contracepção (obs.: esta interação não ocorre com todos os anticoncepcionais).

b) 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.

c) 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.

d) 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 aumenta a sedação);

agente modificador: AINE; agente afetado: anti-hipertensivos; interação resultante - de efeito/antagonismo; mecanismo proposto: redução do efeito anti-hipertensivo. Portanto, sempre que você medicar um paciente que toma anti-hipertensivo, lembre-se de que pode acontecer aumento da pressão arterial.

Você viu vários exemplos de possíveis interações medicamentosas, seja por medicamentos que o paciente já toma e que interagem com aqueles que administramos ou ainda entre medicamentos administrados exclusivamente por nós.

4.4 Cuidados na Administração de Medicamentos em Pacientes Adultos Com Comprometimento Sistêmico

Nesta parte do conteúdo, você direcionará seus estudos para o trabalho do dentista no tratamento de pacientes com comprometimento sistêmico.

Já foram citados anteriormente casos de pacientes tomando 10 medicamentos diferentes, portadores de doenças cardiovascular e/ou pulmonar. Mas poderia ser também uma referência aos portadores de diabetes melito, dependentes de insulina e que necessitavam de algum procedimento cirúrgico, ou de pacientes com insuficiência renal. E por que não citar os hipertensos tão frequentes em nossos consultórios?

Enfim, a quantidade e a diversidade de pacientes com comprometimento sistêmico são muito grandes e não se pode limitar a atuação do dentista apenas a encaminhar este paciente a outro profissional, é preciso tratá-los restabelecendo a sua saúde bucal.

A partir deste ponto, você irá estudar uma relação de doenças mais frequentemente apresentadas pelos pacientes que procuram as clínicas odontológicas, com exemplos clínicos e condutas que podem ser adotadas.

a) Doença Cardiovascular (Aterosclerose, Doença Cardíaca Isquêmica)

Paciente tabagista e com excesso de peso tem hipertensão controlada por meio de hidroclotiazida e fez exame médico recente (30 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. A história médica é recente e a pressão arterial se encontra controlada. Neste caso, o tratamento odontológico pode ser realizado sem maiores restrições. Como agir?

O protocolo de redução de estresse recomenda ao paciente, uma hora antes do atendimento, o uso de diazepam 5 mg. Em relação à solução anestésica, não há problema, podendo-se usar a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 ou outra solução com as especificações já apresentadas.

Obs: Com respeito à doença cardíaca isquêmica, você deve seguir o mesmo raciocínio. Sempre que tiver dúvida sobre a condição de saúde atual do paciente, solicite uma avaliação médica e só depois realize o tratamento odontológico.

b) Hipertensão

Três pacientes comparecem ao consultório para tratamento dentário envolvendo restaurações, exodontias e tartarectomias. Todos apresentam pressão arterial de 165/105, e suas histórias revelam os seguintes dados:

Paciente 1- Nunca sabe se é hipertenso, não está tomando medicamento e não faz exame médico há dois anos.

Se durante a anamnese você evidenciar sinais de hipertensão, encaminhe o paciente ao médico para diagnóstico e possível tratamento. Caso o paciente 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 paciente realizou consulta médica e se a sua hipertensão está controlada. Agora você já pode administrar, por exemplo, uma mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000.

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

Nada impede que você comece o tratamento. Faça a aferição da pressão do paciente 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, pode ser com vasoconstritor.

Paciente 3- Tem hipertensão diagnosticada e tratada com minoxidil e furosemida, diariamente. Tem sido acompanhado de perto por seu médico, e sua medicação é ajustada mensalmente.

A princípio, parece um caso fácil, não? Mas atenção, apesar do acompanhamento médico, o ajuste mensal da medicação sugere ser uma hipertensão de difícil controle, portanto, cuidado no tratamento deste paciente. Em caso de urgência, siga as orientações dadas nos casos anteriores. Solicite avaliação médica e depois realize os demais procedimentos. Estando a Hipertensão controlada no momento do procedimento, a solução anestésica pode ser com vasoconstritor.

Obs.: Não esqueça, como já citado, que medicamentos ansiolíticos são indicados nestes casos de hipertensão.

c) Doença Gastrointestinal

Paciente apresenta úlcera péptica e necessita de exodontias. Faz uso de cimetidina quatro vezes ao dia, sem sangramento significativo e foi examinada há 6 meses pelo seu médico.

Faça uma avaliação detalhada, a fim de determinar a tendência de 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.

Paciente - Homem de 38 anos, com história de alcoolismo, portador de cirrose e ainda fazendo uso de álcool, já foi internado várias vezes para desintoxicação e, recentemente, hospitalizado devido a sangramento do trato gastrointestinal superior. Na endoscopia

realizada há 1 mês, foi observada gastrite, mas não de varizes esofágicas. Os exames de função hepática e o hemograma estavam normais. A pressão arterial e os batimentos cardíacos 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 paciente apresenta risco de hemorragia. Quanto aos medicamentos a serem prescritos, evite aqueles que prejudiquem a função plaquetária como os AINE, e cuide da hemostasia local. Devido ao comprometimento hepático, o paciente pode ter dificuldade de desintoxicação de medicamentos, e o uso de sedativos e analgésicos deve ser controlado.

e) Anemia

Uma paciente 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. Em consulta ao seu médico, foi revelado que o último hematócrito era de 27%. A pressão arterial e os batimentos cardíacos estão normais.

Esta é uma paciente de risco e deve ser tratada com muito cuidado. 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.

SÍNTESE DA UNIDADE

Esta Unidade abordou desde informações importantes sobre a composição, indicações e contra indicações, tempo de administração, dos anestésicos usados na clínica odontológica, até conteúdos sobre os medicamentos de eleição em Odontologia, como analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, abordando seus tipos, suas indicações e doses, os problemas provenientes da polifarmácia, e os cuidados na administração de medicamentos em pacientes adultos com comprometimento sistêmico.

REFERÊNCIAS

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

MALAMED, S. F. **Manual de anestesiologia**. 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.

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.

UNIDADE 5

MÓDULO 7

5 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 lesões prevalentes e que o dentista clínico geral da atenção básica tem a obrigação de reconhecer e promover a conduta necessária para a sua prevenção, seu tratamento ou para o encaminhamento do paciente a um serviço de saúde de referência. Em muitos casos, como veremos a seguir, as lesões podem ser classificadas como de cor branca e em outros de cor avermelhada.

5.1 Lesões brancas da mucosa bucal

As lesões brancas da mucosa bucal são frequentes e representam manifestações clínicas de diversas doenças bucais e/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:

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

5.1.1 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 da mesma. O paciente geralmente queixa-se de halitose e sensação de gosto ruim, sem motivo aparente. O tratamento recomendado será a correta orientação da higiene bucal com a introdução ou a melhora da 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 saburrosa tem longo tempo de duração pode levar ao espessamento do epitélio de revestimento e pigmentação por corantes presentes nos alimentos e 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 e deve consumir o número de consultas necessárias não só para que o paciente apresente melhora no quadro, mas para que ele seja conscientizado da 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 apresenta 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. E o que pode afetar a imunidade ou o meio bucal? 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 candidíase em pacientes sem alterações no meio bucal pode ser indicativa de imunodepressão, possibilidade a ser investigada com exames laboratoriais, sobretudo hematológicos e das doenças que causam imunodepressão, que devem ser solicitados pelo dentista ou pelo médico do paciente, para 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 paciente 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 UBS, utilizando exatamente o mesmo kit e o mesmo laboratório que o ginecologista da sua unidade de saúde utiliza para fazer os exames para a prevenção de câncer de colo de útero, conhecido como Papanicolau.

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, 3 vezes ao dia em um período de 15 dias.

Queimaduras Químicas/Térmicas e Úlceras Traumáticas

As queimaduras químicas e térmicas 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. As químicas são frequentemente causadas pela colocação de comprimidos de analgésicos do grupo do ácido acetilsalicílico diretamente sobre a mucosa em pacientes com dores de origem dentária.

As queimaduras térmicas são mais encontradas em pacientes que consomem altas quantidades de café ou chimarrão. Em ambos os tipos de queimaduras, se forem abolidos os estímulos nocivos, haverá a remissão espontânea num curto período de tempo.

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. A sua duração esperada é de 7 a 15 dias. Após este período, se o paciente não apresentar remissão da lesão, investigar a presença de trauma crônico, a possibilidade de úlcera aftosa recorrente ou câncer bucal.



Na Prática

Após a detecção de uma lesão branca no dorso de língua do seu paciente, 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. A partir somente deste momento, você adotará as medidas clínicas e laboratoriais citadas no texto para saber qual o diagnóstico dessa lesão branca e qual conduta você deve adotar para o caso.

5.1.2 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 **hiperceratose friccional focal**.

São lesões brancas causadas por mordiscadas frequentes, irritação por fricção ou sucção, localizadas sobretudo em rebordo alveolar edêntulo de pacientes que não fazem uso de próteses e submetem a mucosa ao trauma mastigatório, mucosa jugal e língua de pacientes com fricção ou hábitos de sucção da mucosa contra os dentes ou bruxismo/apertamento (linha alba de mordida). Também podem estar presentes em pacientes 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 com pacientes sob intenso estresse ou alterações psicológicas. Neste caso, passa a chamar-se *morsicatio buccarum* e demanda, além do tratamento local, a abordagem da condição sistêmica em conjunto com psicólogos e/ou psiquiatras.

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 o paciente sobre os perigos desse vício. O tratamento é a remoção do agente etiológico, ou seja, o paciente deixar de fumar.

A próxima lesão a ser comentada é a **candidíase crônica hiperplásica**. Também é conhecida como candidíase leucoplásica, sendo considerada uma forma crônica de doença, que se apresenta como placas brancas, de aspecto superficial grosseiro, localizadas especialmente na região retrocomissural (frequentemente bilateral), muito comuns em pacientes 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 que não podem ser caracterizadas clinicamente como qualquer outra doença, ou seja, quando uma lesão branca não tem um diagnóstico preciso (diferentemente das demais lesões até aqui enfocadas), ela será chamada de leucoplasia. 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 na boca de pacientes é a **queilite actínica**. 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 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.

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

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 preservação 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** 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 paciente (marcadamente a instabilidade emocional). Manifesta-se, em pelo menos metade dos casos, em mucosa bucal, caracterizando-se por duas apresentações clínicas principais: líquen plano reticular (mais frequente) e líquen plano erosivo.

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

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.



Saiba Mais

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: 10 jan. 2010.

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: 12 fev. 2010.

5.2 Lesões Vermelhas da Mucosa Bucal

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

5.2.1 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 pacientes portadores de próteses totais mal higienizadas. O paciente geralmente não apresenta sintomatologia e o tratamento é o mesmo descrito para a candidíase pseudomembranosa.

5.2.2 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 paciente e o exame de citologia esfoliativa na lesão.

5.3 Lesões Pigmentadas da Mucosa Bucal

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

- a) Lesões pigmentadas de origem exógena;

- b) Lesões pigmentadas de origem endógena.

5.3.1 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 pacientes 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 fazer um exame radiográfico do local com filme periapical, fragmentos maiores de amálgama podem apresentar radiopacidades difusas. 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 da carga de lapiseira ou material semelhante.

5.3.2 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 melnose associada ao fumo e a Mácula melanótica bucal e nevo melanocítico.

A pigmentação fisiológica é representada por mancha difusa de cor marrom, cinza ou negra, que acontecem principalmente na gengiva vestibular e mucosa jugal de pessoas da raça negra ou descendentes. Normalmente são simétricas, persistentes e não sofrem alterações ao longo do tempo. Não necessita de tratamento e o paciente deve ser conscientizado sobre a não existência de doença.

Quanto à melnose associada ao fumo, trata-se de manchas acastanhadas difusas e múltiplas, que acontecem na gengiva vestibular anterior de 31% dos pacientes fumantes, devido à síntese

umentada de melanina estimulada pela nicotina. Pacientes do gênero feminino apresentam manchas maiores e de cor mais intensa devido ao efeito conjunto dos hormônios femininos. Não é uma lesão que tem 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 o paciente sobre os perigos desse vício. O tratamento é o abandono 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 pacientes 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.

5.4 Lesões que Levam a Alterações de Volume da Mucosa Bucal

5.4.1 Lesões Reativas da Mucosa Bucal

São lesões que produzem alteração de volume da mucosa e cessam o 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 paciente.

Hiperplasia Fibrosa Inflamatória

Lesão muito frequente na mucosa bucal, é 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 sésil 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, sésil, 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 paciente 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 sésil 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 arroxeadado, 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.

5.4.2 Lesões Neoplásicas da Mucosa Bucal

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

Lipoma

Neoplasia benigna de células adiposas (células de gordura) que apresenta-se clinicamente como nódulo amolecido de superfície

plana, sésil ou pediculado, assintomático e de crescimento lento. Acontece principalmente em mucosa jugal e vestibulo de adultos com sobrepeso. Seu metabolismo é independente do metabolismo da gordura corporal.

O tratamento é a remoção cirúrgica simples e a peça cirúrgica bóia 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 pacientes 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.



Saiba Mais

Granuloma piogênico:

DEZOTTI, M. S. G. Granuloma piogênico: ocorrência, prevenção de gênero e de idade e aspectos clínicos mais comuns. **Revista SalusVita:** ciências biológicas e da saúde, v. 15, n. 1, p. 47-60, 2000. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache%3AkSjWzYZ2ZeUJ%3Awww.usc.br%2Fedusc%2Fcolecões%2Fvistas%2Fsalusvita_pdf%2Fsalusvita_v19_n1_2000.pdf+Granuloma+piog%C3%AAnico%3A+ocorr%C3%Aancia%2C+preven%C3%A7%C3%A3o+de+g%C3%AAnero+e+de+idade+e+aspectos+cl%C3%ADnicos+mais+comuns&hl=pt-BR&gl=br>. Acesso em: 24 jun. 2010.

Lesão periférica de células gigantes: www.fosjc.unesp.br/cob/artigos/v5n3_08.pdf

Fibroma ossificante periférico:

SANTIAGO, L. M.; GUSMÃO, E. S.; SILVA, U. H. da. Fibroma ossificante periférico e hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso clínico.

Revista Odontologia Clínico-Científica, Recife, v. 2, n. 3, p. 233-240, set/dez., 2003. Disponível em: <http://www.crope.org.br/revista/r_v2n3a03/r_v2n3a03_12.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2010.

5.5 Conduta Preventiva do Câncer Bucal

O câncer de boca é considerado em nossos dias como um dos problemas de saúde pública de maior relevância. Isto porque a sua incidência vem aumentando a cada ano. No entanto, muito se pode fazer para diminuir este quadro e uma das principais ações deve acontecer na atenção básica, quando do atendimento odontológico dos pacientes que procuram os serviços de saúde. 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 mais minucioso, buscando sinais e sintomas que possam evidenciar lesões pré malignas, ou fatores que coloquem em risco a saúde do seu paciente.

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 do paciente (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 grande possibilidade de prevenção do câncer bucal, vem esbarrando não só na falta de conhecimento por parte da população dos fatores de risco que se encontram diretamente ligados a hábitos e comportamentos considerados pelo senso comum como sociais, portanto aceitáveis, mas também pela conduta inapropriada dos dentistas quanto à preocupação com o diagnóstico, solicitação de biópsia para casos suspeitos, tratamento e monitoramento do seu paciente, como no uso de linguagem acessível no momento das orientações como nas recomendações de condutas que efetivamente possam facilitar à população se prevenir desta doença.

Você, dentista que trabalha na atenção básica, precisa estar atento ao reconhecimento e tratamento das lesões pré malignas, principalmente as leucoplasias, eritroplasias e a queilite actínica. O diagnóstico e o tratamento destas lesões evitarão a sua evolução e as consequências danosas ao seu portador.

O carcinoma epidermoide bucal pode se desenvolver em uma área de leucoplasia e/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 nossa preocupação deve ser com toda a população, mas a maior incidência se dá em adultos acima de 40 anos, mal nutridos e com exposição crônica e prolongada à luz solar. O risco aumenta mais ainda se o paciente for etilista e tabagista crônico, ou com imunossupressão.

Quando as lesões são detectadas precocemente, a probabilidade de cura é muito maior, além do fato de o tratamento ser menos mutilador. 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 do tabaco e de álcool. E por que isso? Estes 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 estar tentando, através de medidas educativas e legislativas, diminuir o consumo destes produtos, a grande maioria da população ainda os continua consumindo, assim como este consumo se processa em idades mais precoces.

O hábito de fumar tem sido associado à formação de leucoplasias, provavelmente devido aos seus compostos químicos irritantes. E qual a diferença do risco para o desenvolvimento do câncer bucal entre um indivíduo fumante e um não fumante?

O risco entre fumantes está estimado de 4 a 10 vezes maior quando comparado aos não fumantes. Trata-se, portanto, de um risco bastante considerável, e é por isso que temos a obrigação de defender medidas legislativas que coloquem obstáculos a este hábito em espaços coletivos, bem como 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? Também estará sob risco, pois a literatura comprova que o uso de tabaco sem fumaça está relacionado 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 paciente 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 um paciente não exposto a estes dois fatores.

Hábitos não são removidos simplesmente pelo processo de educação e o trabalho do dentista não pode se resumir apenas à informação. É necessário dar continuidade ao tratamento de seu paciente, procurando inseri-lo em algum grupo de autoajuda, apoiá-lo para que deixe seu hábito, evidenciar com exemplos a extensão da gravidade do câncer bucal.

Caso não haja grupos de auto-ajuda para pacientes fumantes em sua UBS ou em seu município, leve a ideia até as esferas administrativas competentes e colabore com a melhoria na estrutura de atendimento a esses pacientes.

Com relação especificamente ao câncer de lábio, a maior incidência ocorre entre os indivíduos que se expõem diretamente e persistentemente à radiação solar. Profissões como trabalhos agrícolas, pesca, construção civil, e prática de lazer e esportes ao ar livre e 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. Com relação aos meios de 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 ao portador. 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 do portador.

O processo de educação coletiva, capacitando 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, e somado 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, através de 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 controle do paciente.

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 (hábitos incorretos), 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 tomar. Ademais, há ainda o lado do governo, da instituição de políticas públicas que proporcionem, além de legislação específica de combate principalmente ao fumo e ao álcool, estrutura em suas unidades básicas de saúde para acolher aqueles indivíduos que queiram deixar de fumar e beber, promovendo grupos de apoio e até de assistência psicológica.

É imprescindível que, já nos cursos de Odontologia, se promova uma formação não apenas técnica e científica acerca dos problemas de

saúde bucal, mas também de visão crítica do significado social de hábitos inapropriados em relação à saúde como um todo, e quais são as possíveis maneiras de se chegar até a população para fazê-la entender que esta também tem responsabilidades com a manutenção de sua saúde.

Você sabe identificar quais são os fatores de risco mais importantes relacionados com o câncer de boca? Quando você faz a anamnese dos seus pacientes você aborda esses fatores etiológicos? É imprescindível que você se sinta capacitado para conscientizar seu paciente sobre o perigo que ele corre quando exposto aos fatores de risco, e tenha argumentos formulados com base neste texto e na literatura recomendada para convencê-lo a abandonar esses fatores.



Saiba Mais

HOSPITAL A. C. CAMARGO. Disponível em:

<<http://www.hcanc.org.br/index.php?idTipoCancer=5&page=14>>.

Acesso em: 28 fev. 2010.

OLIVEIRA, L. R. et al. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide 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/jbpml/v42n5/a10v42n5.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2010.

SANTOS, P.P.A. et al. Câncer de língua em adulto jovem: forte associação entre tabaco e álcool. *Odontologia Clínica-Científica, Recife*, v. 7, n. 4, p. 353-355, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.cro-pe.org.br/revista/v7n4/15.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta Unidade foram abordados como os estímulos físicos, químicos ou biológicos podem produzir lesões na mucosa bucal, dependendo da sua intensidade, do seu tempo de ação e da capacidade de reação individual de cada paciente. 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 tratadas em seus aspectos de forma, tipos de tratamento e os cuidados com os danos funcionais e estéticos que uma cirurgia pode ocasionar. Também enfocou-se as lesões que produzem alteração de volume da mucosa, o lipoma e o papiloma, que persistem crescendo mesmo após a cessação do estímulo que a produziu, assim como os tipos de tratamentos. Além disso evidenciou-se a relevância da educação em saúde para capacitar o indivíduo ao autoexame e à adoção de hábitos saudáveis para a prevenção do câncer bucal.

REFERÊNCIAS

- NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- 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.
- REGEZI, J. A., SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. **Patologia bucal: correlações clinicopatológicas**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J., POGREL, M. A. **Atlas de patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- 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.

