

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ELAINE FERREIRA CAMPOS

**PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADO ODONTOLÓGICO AO USUÁRIO
PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SARZEDO- MG.**

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2013

ELAINE FERREIRA CAMPOS

**PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADO ODONTOLÓGICO AO USUÁRIO
PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SARZEDO- MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Andréa Maria Duarte
Vargas

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2013

ELAINE FERREIRA CAMPOS

**PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADO ODONTOLÓGICO AO USUÁRIO
PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SARZEDO- MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Andréa Maria Duarte
Vargas

Banca Examinadora

Prof. Andréa Maria Duarte Vargas - Orientadora

Prof. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte: 14/12/2013.

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho primeiramente a Deus,
pelo seu cuidado sustentando-me nos momentos difíceis.

A meus filhos, Haroldo, Bruno e Iasmin,
que sempre estiveram comigo
e acreditaram que tudo seria possível.

EPIGRAFE

“O planejamento só é ético quando visa um crescimento que possa se traduzir em melhor qualidade da vida coletiva, um cenário para a vida de todos, e só é democrático quando procura incorporar todos os envolvidos no processo de planejar”

João Caraméz

RESUMO

Atualmente o Diabetes Mellitus constitui-se um sério problema de saúde que abrange todas as classes sociais, homens e mulheres igualmente e sua incidência aumenta com a idade. É uma doença crônico-degenerativa, resultante da insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada tanto pela baixa produção de insulina pelo pâncreas, como pela falta de resposta dos tecidos periféricos à insulina. Seus principais sintomas são glicosúria, polifagia, polidipsia, poliúria, perda de peso, sendo que suas complicações resultam em agravos de grandes proporções ao modo de vida do portador do Diabetes Mellitus e a sociedade. O cuidado a essa enfermidade insere no Grupo Prioritário de Atenção, no Programa Saúde da Família. Este trabalho de revisão bibliográfica utilizou os Descritores em Ciências da Saúde na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases LILACS, SciELO com as palavras-chave abaixo citadas e outras fontes. Conceituou a doença, o mecanismo fisiopatológico, as manifestações bucais, como: xerostomia, glossodínia, distúrbios de gustação, a doença periodontal e sua importante relação no controle glicêmico na enfermidade, dentre outras como a candidíase oral, queilite angular, descalcificação óssea alveolar, hipoplasia de esmalte, tumefação da glândula parótida, aftas recidivantes e focos de infecção. Ressaltou a necessidade do Cirurgião- Dentista de seguir um protocolo clínico de cuidado odontológico com abordagem não apenas técnica, mas voltado para ações de prevenção, promoção e reabilitação da qualidade de vida do portador do Diabetes Mellitus através da integração da equipe multiprofissional na Atenção Básica de Saúde.

Palavras- Chave: Saúde da Família. Diabetes Mellitus. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Currently Diabetes Mellitus constitutes a serious health problem that spans all social classes, men and women alike, and its incidence increases with age. It is a chronic degenerative disease resulting from absolute or relative insufficiency of insulin, caused either by low production of insulin by the pancreas, and the lack of response of peripheral tissues to insulin. Its main symptoms are glycosuria, polyphagia, polydipsia, polyuria, weight loss, and its complications result in major injuries of the way of life of patients with Diabetes Mellitus and society. The care for this disease enters the Group Priority Attention in the Family Health Program. This work of literature review used the Health Sciences Descriptors in Virtual Health Library in LILACS, SciELO with keywords and other sources cited below. Conceptualized the disease, the pathophysiological mechanism, oral manifestations, such as xerostomia, glossodynia, gustatory disorders, periodontal disease and its important relationship in glycemic control in illness, among others such as oral candidiasis, angular cheilitis, alveolar bone decalcification, hypoplasia enamel, parotid gland swelling, ulcers and recurrent outbreaks of infection. Stressed the need for dental surgeon to follow a clinical approach to dental care not only technical, but facing prevention, promotion and rehabilitation of the quality of life of patients of Diabetes Mellitus by integrating multidisciplinary team in primary Health.

Keywords: Family Health. Diabetes Mellitus. Oral Health.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA - American Diabetes Association

AINES- Anti-inflamatórios Não Esteroides

CD - Cirurgião - Dentista

CEABSF- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

DM - Diabetes Mellitus

ESB- Equipe de Saúde Bucal

ESF- Equipe de Saúde da Família

Hb A1c- Hemoglobina Glicosilada

HTG- Hemoglicoteste

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS- Literatura Latino - americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MG- Minas Gerais

MS- Ministério da Saúde

NESCON- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OMS- Organização Mundial da Saúde

PSF- Programa de Saúde da Família

SciELO- *Scientific Electronic Library Online*

SUS- Sistema Único de Saúde

TTG- Teste de Tolerância Oral à Glicose

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3. METODOLOGIA	17
4. REVISÃO NARRATIVA	18
4.1 Conceito de Diabetes Mellitus	18
4.2 Manifestações Bucais	19
4.3 Tipos de Diabetes Mellitus	20
4.4 Diagnóstico Diferencial entre Hipoglicemia e Hiperglicemia	21
4.5 Classificação de Risco	22
5. PROTOCOLO DE CUIDADO ODONTOLÓGICO	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	30

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica de Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de doenças, desenvolvidas sobre forma de trabalho em equipe, dirigidas á população de territórios bem delimitados, pelas quais, assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas pessoas (MS, 2006a).

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da Atenção Básica (MS, 1997). Ela procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais, na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadora. Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade profissional, a integralidade do cuidado para a população, que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (MS, 1998).

No Brasil, estima-se que cerca de cinco milhões de indivíduos adultos com diabetes desconheçam o diagnóstico e, portanto, a doença será identificada frequentemente pelo aparecimento de uma de suas complicações. Atinge igualmente homens e mulheres e seu risco aumenta com a idade (MINAS GERAIS, 2006).

A prevalência de diabetes, no Brasil, assemelha-se a dos vários países desenvolvidos. Apresenta a incidência de 7,6%, em indivíduos entre 30 e 70 anos idade, variando de 2,6% para o grupo etário de 30 a 49 anos e 17,4% para o grupo de 60 a 69 anos. Considera-se que 90% são do tipo 2 e 5 a 10% são do tipo 1. As diabetes do tipo secundário e as demais associadas à síndromes, tem a incidência de 2% dos casos (MINAS GERAIS, 2006).

O município de Sarzedo situa-se em Minas Gerais, possui uma população de 28.597 habitantes, abrange uma área de 62,17 Km², densidade demográfica de 415,45 hab/km², taxa de concentração habitacional urbana de 98,87% e rural de 1,12%, taxa de escolaridade 95,31%, abastecimento de água pública 98,40%, coleta do lixo 98,79%, Índice de desenvolvimento humano IDH 0,748%. O número de Doenças Referidas de pessoas com Diabetes é 669, corresponde a 2,34% da população, Hipertensão Arterial são 3.072 pessoas,

ou seja, 10,74% (IBGE, 2012). O Ministério da Saúde exige que sejam gastos 15% da receita arrecadada para a saúde, no entanto, o valor do investimento na saúde é R\$14.714.750, que corresponde a 26% da receita do município.

O processo de conhecimento do Território, através do Diagnóstico Situacional do município de Sarzedo- MG, foi realizado durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), no ano de 2012. O problema priorizado foi o absenteísmo dos Grupos Prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes), ao cuidado em saúde bucal. Analisou-se também, que existem locais de alta vulnerabilidade, onde as condições de moradia são precárias, esgoto a céu aberto, a pobreza é grande, problemas de desemprego, evasão escolar, violência, tráfico e uso de drogas, alcoolismo, gravidez na adolescência. Todos esses fatores socioeconômicos, culturais e ambientais resultam em determinar e condicionar a saúde da população. Percebeu-se também, que as organizações dos Conselhos de Saúde locais não são efetivas e resultam na participação pouco expressiva da comunidade no Controle Social.

Porém, nos últimos anos, o município de Sarzedo está recebendo muitos incentivos do governo federal na área da saúde, mas ainda há muito que fazer em melhorias para a população, principalmente em relação ao acesso as UBS. Existe um alto número de absenteísmo às consultas agendadas e à participação em atividades promocionais pelos usuários. Na última administração, crescentes investimentos públicos estão sendo realizados para a comunidade como: reformas das escolas, creches, Cemeis e UBS. O fato do transporte da população ser precário, implica em dificultar o acesso aos PSF. A prefeitura busca a melhoria do transporte da população na cidade, através da construção de uma ponte sobre a linha férrea, para facilitar a locomoção dos moradores dos bairros e do centro do município.

Em relação aos aspectos relacionados à política de saúde do município, no que diz respeito ao entendimento e cumprimento aos princípios e as diretrizes do SUS, percebe-se que os gestores buscam a cada dia o melhoramento e aperfeiçoamento do modelo assistencial do município, através de medidas como: Educação Permanente de Ensino dos profissionais das equipes de saúde, a fim de capacitá- los, promoção de campanhas educativas, palestras nas escolas, campanhas de vacinação, realização de grupos operativos com a participação da comunidade, distribuição de medicamentos para tratamento das doenças com o acompanhamento monitorado, visitas e busca ativa ao usuário fazendo-o conscientizar-se de sua responsabilização proativa pela saúde e o Controle Social.

O trabalho em equipe no município mudou de maneira construtiva todo o processo de trabalho. A necessidade de agir coletivamente, a união de saberes, os objetivos comuns, o aprimoramento das relações interpessoais, a comunicação aberta, foram necessárias para permitir a atuação e o exercício pleno das capacidades individuais e criativas, sem correr o risco de estagná-las com os vestígios da perniciosa cultura institucional ultrapassada. O crescimento contínuo refletido sobre a forma de trabalhar aproximou diferentes profissionais da equipe e também a equipe com a comunidade. Atualmente busca-se solucionar, com resolutividade, os vários problemas existentes em seu Território (local de transformações socioeconômicas).

A Saúde da Família é a estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica. Tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório odontológico), na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população adscrita, criam vínculos de corresponsabilização, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (MS, 2006a).

A Equipe de Saúde da Família deve atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem do cuidado à saúde. A definição das atribuições deve responder às peculiaridades locais, ao perfil da população sob cuidado e ao perfil da própria equipe de saúde (MS, 2006a).

O Cirurgião- Dentista deve desenvolver ações voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal do portador de Diabetes Mellitus. Traçar o perfil de saúde bucal desses pacientes na comunidade. Realizar procedimentos clínicos, com atenção especial à doença periodontal, pelo seu papel no controle glicêmico (MS, 2006b).

A ESB integra há pouco tempo a ESF em Sarzedo (2007), por isso trabalha-se exatamente com o objetivo de padronizar o atendimento de Saúde Bucal, através de elaboração de protocolos clínicos, juntamente com a equipe multiprofissional para as

propostas do cuidado integral. Busca-se assim, assegurar a adesão e o vínculo usuário- equipe de saúde, através da efetividade e resolutividade das ações do cuidado ao portador de Diabetes Mellitus.

Protocolos são importantes instrumentos para subsidiar as tomadas de decisões nos diversos problemas detectados no processo de trabalho. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (PAIM, 2004; WERNECK, 2009).

A equipe reúne- se mensalmente com vários objetivos em pauta, dentre eles está à elaboração de protocolos de cuidado à saúde. Promove-se o debate de cada protocolo em questão após estudos de literatura científica relacionando- o ao contexto situacional do nosso território. A coordenação de Saúde Bucal faz a mediação que busca o consenso dos pontos críticos entre os profissionais da ESB e a ESF. Depois apresenta os resultados aos Gestores da Saúde para validação do protocolo. Atualmente existe na ESB, o Protocolo de Urgências e Emergências Odontológicas, Atendimento à Gestante e Atendimento à Criança. A elaboração do Protocolo Clínico de Cuidado Odontológico ao Usuário Portador de Diabetes Mellitus pretende suprir as necessidades do cuidado integral à saúde, com respaldo científico, inserido na realidade local. Considera-se também, o aumento crescente de pessoas portadoras dessa enfermidade e suas complicações, que resultam em agravos incalculáveis para a sociedade.

Procuramos com esse trabalho, adotar uma Classificação de Risco que padronize o processo de trabalho, a fim de promover o controle e a prevenção da doença, sabendo que as manifestações bucais, em especial a doença periodontal, interferem no controle da glicemia do portador. Priorizar quais os cuidados necessários a serem tomados pelos Cirurgiões- Dentistas, quando do manejo desses usuários na Atenção Básica de Saúde e promover melhorias na qualidade de vida dos mesmos.

O Diabetes Mellitus representa um problema pessoal e de saúde pública com grandes proporções quanto à magnitude e a transcendência, apesar dos progressos no campo da investigação e atenção aos pacientes. A sua ocorrência vem aumentando, sendo que em 2030, 300 milhões de pessoas terão tal distúrbio metabólico, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (MS, 2006b).

No Brasil, o Diabetes Mellitus e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. O Diabetes Mellitus representa hoje uma epidemia mundial. O Ministério da Saúde estima que existam 12,5 milhões de diabéticos - muitos deles sem diagnóstico. A doença pode afetar o organismo dez anos antes que o paciente desconfie dos sintomas. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento de prevalência do diabetes. A doença gera grande impacto econômico para os sistemas de saúde e a sociedade (MS, 2006b).

O documento de Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004), aponta a importância do eixo de modelo focado no cuidado e na promoção da qualidade de vida, desenvolvendo ações voltadas para grupos em condições especiais de vida, como os portadores de Diabetes Mellitus.

O Cirurgião-Dentista de Saúde da Família, assim como os demais membros da equipe de saúde multiprofissional, devem assumir postura proativa frente a este importante marcador em seu território de abrangência. Entre as manifestações orais comuns ocorrem: a xerostomia, glossodínia, ardor na língua, eritema, distúrbios de gustação e doença periodontal (presente em 75% destes pacientes). Além disso, emergências como a hipoglicemia e a cetoacidose metabólica podem ocorrer durante o atendimento e, o Cirurgião-Dentista deve estar atento, para suspeitar previamente de um Diabetes Mellitus não diagnosticado (SOUSA et al., 2003).

A implantação de Equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica é recente, busca-se consolidar um novo modelo de atendimento em saúde. A inclusão do Cirurgião-Dentista no Programa Saúde da Família integraliza a estratégia de atendimento do serviço público. A inexistência de protocolos clínicos odontológicos para o atendimento dos usuários nas seis áreas prioritárias do PSF (controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da Diabetes Mellitus, saúde da criança e saúde da mulher), limita o desempenho do Cirurgião-Dentista em relação à interdisciplinaridade. Protocolos de atendimento, contendo atribuições e competências para cada membro da Equipe de Saúde da Família foram desenvolvidos, mas, protocolos incluindo o profissional Cirurgião-Dentista não foram criados (MS, 2001).

O protocolo garante a qualidade da assistência e padroniza as ações no processo de trabalho de maneira efetiva, torna-se um instrumento de consulta, pesquisa e respaldo profissional, devendo ser revisto e atualizado periodicamente e ser de fácil compreensão para todos da equipe (PAIM, 2004; WERNECK, 2009).

A importância do presente trabalho justifica-se, pela necessidade da elaboração de instrumento que fomente as ações do Cirurgião-Dentista junto à equipe multiprofissional, que integra a Estratégia de Saúde da Família, em seu Território específico e, dessa forma orientar o processo de trabalho desses profissionais, proporcionando respaldo científico para o cuidado integral em saúde, ao usuário portador de Diabetes Mellitus na Atenção Básica.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Elaborar o protocolo clínico de cuidado odontológico ao usuário portador de Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde da Família.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conceituar a doença, o mecanismo fisiopatológico, as manifestações bucais e sua importante relação no controle glicêmico na enfermidade.
- Ressaltar a necessidade do Cirurgião- Dentista de seguir um protocolo clínico de cuidado odontológico com abordagem não apenas técnica, mas voltado para ações de prevenção, promoção.
- Reabilitar a qualidade de vida do portador do Diabetes Mellitus através da integração da equipe multiprofissional na Atenção Básica de Saúde.

3. METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão narrativa do contexto teórico, possui caráter descritivo sobre o tema definido para o cuidado odontológico ao paciente portador de Diabetes Mellitus na Atenção Básica de Saúde.

Os dados foram obtidos através de pesquisa em manuais oficiais do Ministério da Saúde e Secretaria do Estado, Leis, Decretos, Portarias do SUS, acesso a artigos científicos, livros, textos da Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON/UFMG), Módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF/UFMG) e busca utilizando os Descritores em Ciências da Saúde na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases LILACS, SciELO.

Os descritores usados foram: Saúde da Família, Diabetes Mellitus e Saúde Bucal. Os dados foram analisados e dispostos em Protocolo de Atendimento Odontológico ao Paciente Portador de Diabetes Mellitus na Atenção Básica em Saúde do Município de Sarzedo- MG.

4. REVISÃO NARRATIVA

4.1 Conceito de Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus é uma doença crônica não transmissível que afeta o sistema metabólico causando agravos degenerativos, sendo caracteriza pela deficiência parcial ou total da síntese do hormônio insulina que é produzido pelas células pancreáticas e alteração no metabolismo de proteínas, gorduras, sais minerais e glicose. Este hormônio é importante para o transporte de glicose para o interior das células e sua insuficiente produção resulta num acúmulo de glicose no sangue acarretando uma incapacidade de absorção desse excesso pelos rins e conseqüentemente instalam-se os sintomas de glicosúria, poliúria, polidipsia, polifagia característicos da Diabetes Mellitus (MAIA; SILVA; CARVALHO, 2005; MS, 2006b).

Segundo alguns conceitos, a doença pode estar relacionada a defeitos da secreção da insulina, sua ação envolvendo processos patogênicos específicos como a destruição das células beta do pâncreas que produzem a insulina, a resistência à ação periférica da insulina nos tecidos, entre outros (SOUSA et al., 2003; MS, 2006b; TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011).

Os pacientes que apresentam resistência à ação da insulina têm a utilização da glicose diminuída, que resulta no desenvolvimento de hiperglicemias. A obesidade é um dos fatores que promove o desenvolvimento dessa resistência. A intolerância à insulina a partir do fígado e dos músculos, onde inibiria a gliconeogênese, resultam em acúmulo de glicose e da hiperglicemia. O diagnóstico laboratorial do diabetes em adultos, com exceção das gestantes, baseia-se na incidência de uma glicemia ocasional igual ou superior a 200 mg/dl, ou glicemia de jejum em pelo menos duas ocorrências de 126mg/dl ou mais (SOUSA et al., 2003).

4.2 Manifestações bucais

As manifestações orais mais importantes no diabetes são: a xerostomia, glossodínia, ardor na língua, doença periodontal, eritema, distúrbios de gustação, tumefação de glândula parótida, candidíase oral e queilite angular (resultantes de modificações na flora bucal), aftas recidivantes e focos de infecções. É relatado também o aumento da acidez do meio bucal, aumento da viscosidade e diminuição do fluxo salivar, sendo fatores de risco para o desenvolvimento de cáries. Pacientes com controle incorreto do diabetes apresentam maior sangramento gengival e gengivite (SONIS; FAZIO; FANG, 1996; SOUSA et al., 2003).

Os tecidos periodontais são as estruturas bucais mais afetadas pelo DM, sendo que a doença periodontal é considerada pela OMS como a sexta complicação crônica do distúrbio metabólico. A doença periodontal encontra-se presente em cerca de 75% dos casos e pode ser considerada como uma complicação microvascular do diabetes (MS, 2006b; TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011).

Em pacientes diabéticos com controle inadequado, a doença periodontal é a manifestação odontológica mais frequente, culminando em aumento de reabsorção alveolar rápida e progressiva, osteoporose trabecular, alterações inflamatórias gengivais, desenvolvimento de bolsas periodontais ativas, abscessos recorrentes, cicatrização lenta do tecido, maior profundidade de sondagem e número de dentes perdidos em sextantes com bolsas profundas (SOUSA et al., 2003; SILVA et al., 2010).

A presença de infecções orais leva à resposta inflamatória resultando em situação de estresse, que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, piorando o controle do diabetes, sendo que, a terapia periodontal reduz as necessidades de administração de insulina pelo diabético. O grau de controle dos níveis glicêmicos, a duração da doença, alterações vasculares, alteração no metabolismo do colágeno, fatores genéticos e a idade dos pacientes, são fatores correlacionados com a severidade e prevalência da doença periodontal. Os procedimentos dentários cirúrgicos causam bacteremias em mais de 80% dos pacientes e, o tratamento periodontal, quando precedido da administração sistêmica de antibióticos, melhora o controle metabólico dos pacientes (TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011).

4.3 Tipos de Diabetes Mellitus

A classificação de Diabetes Mellitus, segundo a American Diabetes Association (ADA), baseia-se na etiologia da doença, sendo os principais tipos de diabetes, o Tipo 1 e o tipo 2. O Diabetes Tipo 1 se desenvolve com maior frequência em indivíduos com menos de 30 anos de idade, sendo necessária a terapia com insulina em virtude da destruição das células β das ilhotas de Langerhans no pâncreas, com conseqüente cessação da produção de insulina, necessária ao transporte de glicose do sangue para os tecidos. O Diabetes tipo 2 é a forma mais comum da doença e é mais freqüente em indivíduos na meia idade, sendo causada pela queda na resposta dos tecidos à insulina (resistência à insulina) (SONIS; FAZIO; FANG, 1996; MAIA; SILVA; CARVALHO, 2005; MS, 2006b).

Essa classificação não determina a necessidade ou não do uso de insulina, visto que em pacientes com o tipo 2 que não conseguem atingir os níveis aceitáveis de glicose utilizando medicação hipoglicemiante oral, ou que apresentam diminuição da secreção endógena de insulina, devido a um diabetes secundário, decorrente de desordens auto-imunes que afetam o pâncreas, sendo necessário o uso de insulina (SOUSA et al., 2003).

O diabetes gestacional é um tipo de diabetes frequente encontrado de etiologia ainda não esclarecida, que em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento do pré-natal. Por fim, existem outros tipos não tão comuns, que podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (MS, 2006b).

4.4 Diagnóstico diferencial entre hipoglicemia e hiperglicemia

A hipoglicemia é uma queda na taxa de glicose sanguínea, que pode ser causada por dose excessiva de insulina ou hipoglicemiantes orais, sendo os principais sinais e sintomas semelhantes aos adrenérgicos e neuroglicopênicos, como: suor frio, diplopia, visão turva, sonolência, perda da consciência, mal estar, tontura e tremor. A suspeita de hipoglicemia deve ser confirmada medindo-se a glicemia capilar ou o paciente sintomático deverá ser tratado como se apresentasse uma verdadeira hipoglicemia. O tratamento indicado está de acordo com a ADA sugere que em pacientes conscientes administre-se 15 a 20 gramas de glicose, ou 1 comprimido de glicose, 1 copo de suco de frutas dentre outros. Se a glicemia não retornar ao normal em 15 minutos, repetir o procedimento. No paciente inconsciente administrar glicose a 10% por via endovenosa (em média 30-50 ml) (TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011).

Na hiperglicemia ocorre o aumento da concentração sanguínea de glicose devido à falta ou subdose de insulina ou de hipoglicemiantes orais, excessos alimentares, medicamentos que aumentam a glicemia, infecções, cirurgia, estresse físico, traumático, metabólico ou emocional. Os sinais e sintomas são poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso e hálito cetônico. Quando não controlada, pode evoluir para cetoacidose diabética, que se caracteriza por taquicardia, hipotensão, náusea, vômito, dor abdominal, desidratação (mucosa oral seca, saliva espessa), respiração de Kussmaul (respiração rápida e profunda), alteração do sensorio, choque e coma (SOUSA et al., 2003; TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011).

4.5 Classificação de Risco

A classificação de risco que será adotada nesse protocolo clínico que deverá ser considerada pelo Cirurgião-Dentista, quando da sua avaliação para o cuidado odontológico ao usuário portador de Diabetes Mellitus na UBS do município de Sarzedo- MG. Segue o esquema abaixo de acordo com os autores citados (SONIS; FAZIO; FANG, 1996; MAIA; SILVA; CARVALHO, 2005).

Usuários de Baixo Risco

- Bom controle metabólico em um regime médico estável.
- Ausência de história de cetoacidose ou hipoglicemia.
- Ausência de complicações do Diabete.
- Nível de glicose sanguínea, em jejum, menor do que 200mg/dl.
- Taxa de hemoglobina A1c de 7%.

Usuários de Risco Moderado

- Controle metabólico razoável em regime médico estável.
- Ausência de história recente de cetoacidose ou hipoglicemia.
- Poucas complicações do Diabete.
- Taxa de glicose no sangue, em jejum, abaixo de 250mg/dl.
- Nível de hemoglobina A1c entre 7 e 9%.

Usuários de Alto Risco

- Controle metabólico deficiente.
- Sintomas frequentes.
- Problemas frequentes envolvendo cetoacidose e hipoglicemia.
- Múltiplas complicações do Diabete.
- Taxa de glicose no sangue, em jejum, acima de 250mg/dl.
- Nível de hemoglobina A1c acima de 9%.

5. PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADO ODONTOLÓGICO AO USUÁRIO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SARZEDO- MG. (Apêndice A)

A equipe de Saúde da Família deve atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem do diabetes. A definição das atribuições deve responder às peculiaridades locais, ao perfil da população sob cuidado e o perfil da própria equipe de saúde (MS, 2006b).

Na Unidade Básica de Saúde, o usuário deverá ser encaminhado pelo médico ou enfermeiro ao atendimento odontológico após o diagnóstico de Diabetes, para avaliação e cuidados necessários. A avaliação do prontuário médico disponível na unidade fornecerá subsídios ao Cirurgião-Dentista para a classificação de Risco, e o tipo de procedimento a que o usuário portador de Diabetes Mellitus poderá ser submetido (MAIA; SILVA; CARVALHO, 2005).

O Cirurgião- Dentista deve desenvolver ações voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal do portador de Diabetes Mellitus. Traçar o perfil de saúde bucal desses pacientes na comunidade. Realizar procedimentos clínicos com atenção especial à doença periodontal, pelo seu importante papel no controle glicêmico (MS, 2006b).

O usuário portador de Diabetes Mellitus diagnosticado, deve informar ao Cirurgião-Dentista qual o tipo da doença, a terapia médica que está sendo empregado, o nível de controle metabólico e presença de complicações secundárias. Deve ser questionado especificamente sobre o tempo de surgimento da doença, a ocorrência de hipoglicemias, a história de hospitalização pós-cetoacidose e modificações no regime terapêutico (SONIS; FAZIO; FANG, 1996; SOUSA et al., 2003).

O acesso facilitado dos usuários diabéticos aos cuidados odontológicos deverá ser prioritário, considerando que as infecções agudas e condições inflamatórias bucais podem aumentar a taxa de glicose sanguínea e seus agravos à saúde. (MS, 2006b).

No cuidado odontológico, a primeira etapa se dá através da realização da anamnese. O Cirurgião- Dentista deve questionar a suspeita de o usuário ser portador de Diabetes Mellitus e apropriar- se das condições dos casos já confirmados. Pode lançar mão de recursos diagnósticos, normalmente solicitados apenas pelo médico, como os exames laboratoriais. Pode- se solicitar a taxa de Glicemia de jejum, Glicose pós-prandial, Teste de Tolerância Oral

à Glicose (TTG), Hemoglicoteste (HTG), Hemoglobina glicosilada (Hb A1c). Os exames laboratoriais ampliam o conhecimento do profissional, quando solicitados em concordância com as hipóteses diagnósticas, são valiosos instrumentos tanto para o diagnóstico quanto para orientação terapêutica. Os principais sintomas de diabetes são poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso, citados anteriormente (MS, 2006b; TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011; SILVA, 2011).

Aqueles usuários com diagnóstico prévio de DM deverão ter sua glicemia capilar avaliada para identificar e tratar uma possível hipoglicemia ou hiperglicemia com a realização do exame Hemoglicoteste (HGT) antes dos procedimentos odontológicos.

Os usuários diabéticos bem controlados podem ser tratados da mesma forma que o paciente não diabético nos procedimentos odontológicos de rotina (SOUSA et al., 2003).

Deve-se estabelecer o controle de placa dental a partir da primeira consulta e a manutenção de uma boa higiene bucal a fim de promover um meio não patogênico, livre de infecções e consequente aumento do índice glicêmico (MINAS GERAIS, 2006).

Após a análise do prontuário médico- odontológico disponível, consideramos a Classificação de Risco estabelecida anteriormente, para o procedimento odontológico a ser realizado:

a. Usuários de Baixo Risco

- Tratamento não cirúrgico, com atenção para orientações gerais aplicadas para todos os pacientes diabéticos: exames e radiografias, instruções sobre higiene bucal, restaurações, profilaxia supragengival, raspagem e polimento radicular (subgengival) e endodontia.

- Tratamento cirúrgico: extrações simples, gengivoplastia, extrações múltiplas, cirurgia com retalho, extração de dente incluso, apicectomia.

b. Usuários de Risco Moderado

- Tratamento não cirúrgico, com atenção para orientações gerais aplicadas para todos os pacientes diabéticos: exames e radiografias, instruções sobre higiene bucal, restaurações, profilaxia supragengival, raspagem e polimento radicular (subgengival) e endodontia.

- Tratamento cirúrgico: extrações simples e gengivoplastia, que devem ser realizadas após ajuste na dosagem de insulina, em comum acordo com o médico da unidade. Para os demais procedimentos deve ser considerada a hospitalização do paciente.

c. Usuários de Alto Risco

-. Somente podem ser realizados exames e radiografias e instruções sobre higiene bucal. Demais procedimentos devem ser adiados até rigoroso controle do estado metabólico e das infecções bucais.

- Em caso de urgência, recomenda-se administrar anti- inflamatórios, antibióticos e analgésicos, de acordo com a necessidade, evitando-se a intervenção (MINAS GERAIS, 2006).

O Cirurgião- Dentista deve tentar minimizar o estresse do usuário portador de Diabetes Mellitus programando consultas de curta duração, no meio da manhã, instruindo-o para alimentar-se antes da consulta, evitando uma possível hipoglicemia durante o procedimento odontológico. Deve- se avaliar a utilização de técnicas alternativas de sedação (SOUSA et al., 2003; MAIA; SILVA; CARVALHO, 2005).

A Lidocaína como solução anestésica local por ser um anestésico de curta duração não é a melhor escolha. Os anestésicos de longa duração também não são de melhor escolha, porque têm influência no miocárdio. A anestesia de bloqueio deve ser preferida, evitando-se o uso de soluções que contenham vasoconstritor à base de adrenalina como a epinefrina, pois esta promove a quebra de glicogênio em glicose, ação oposta da insulina e pode determinar hiperglicemias (SOUSA et al., 2003; SILVA, 2011).

O uso de vasoconstritores adrenérgicos quando contra- indicado, pode-se optar alternativamente por felipressina, mepivacaína ou ropivacaína. Não há contra- indicações absolutas quanto ao uso da felipressina, mas recomenda-se cautela em gestantes, devido ao risco de aumentar a contratilidade uterina (TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011).

O uso de fios de retração impregnados com agentes vasoconstritores fica contra- indicado por causarem isquemia localizada e escarificação tecidual (MINAS GERAIS, 2006).

A amoxicilina é o antibiótico de escolha. No caso de infecção dental aguda ao portador de diabetes não controlada, a utilização do antibiótico deverá se iniciar antes do procedimento invasivo e continuar por vários dias após a drenagem e o controle primário. Para os pacientes com bom controle metabólico, os riscos são semelhantes àqueles que correm os pacientes normais e o antibiótico terá as mesmas indicações. Os antibióticos não devem ser usados como rotina no tratamento periodontal de pacientes diabéticos, mas podem ser administrados na presença de infecções e associados aos procedimentos periodontais invasivos com a finalidade de minimizar as complicações pós-operatória e melhorar o controle metabólico dos pacientes. A terapia periodontal reduziu as necessidades de administração de insulina pelo diabético. As infecções periodontais agudas devem ser tratadas energicamente. O uso profilático de antibióticos no pós-operatório deve ser considerado (SOUSA et al., 2003).

Anti- inflamatórios não esteróides (AINES) e a cefalexina (antibiótico betalactâmico) podem potencializar os efeitos dos hipoglicemiantes orais, aumentando o risco de hipoglicemia. Os anti- inflamatórios esteróides (corticóides) podem agravar a hiperglicemia. A prescrição desses medicamentos deve ser criteriosa com a participação do médico assistente para ajustar sua posologia. O uso prolongado de esteróides tópicos (por um período contínuo superior a duas semanas) pode resultar em atrofia da mucosa oral e candidíase secundária (TERRA; GOULART; BAVARESCO, 2011).

ESB e a ESF devem em conjunto estabelecer continuamente ações de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde do usuário e co- responsabiliza- lo no seu cuidado juntamente com seus familiares. O retorno programado do usuário à UBS deve ser monitorado, para controle e manutenção da Saúde (PALMIER, 2010).

O protocolo deve ser revisto e atualizado periodicamente, sempre pontuado no respaldado científico em concordância com o contexto situacional do Território (WERNECK, 2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado odontológico ao portador de Diabetes Mellitus está integrado com a ESF devido aos agravos morbofuncionais na vida desses usuários e na sociedade. Sabe-se que é uma enfermidade crônico- degenerativa que atinge igualmente homens e mulheres e seu risco aumenta com a idade.

O Cirurgião- Dentista deve estar atento às manifestações bucais que são importantes dados para o diagnóstico de DM. Considerar a importância da doença periodontal, sua fisiopatologia e seu controle, pois estão vinculados ao controle da glicemia do portador de Diabetes Mellitus.

Com a consolidação do Protocolo clínico, o Cirurgião- Dentista adquire ferramenta técnico- científica padronizada para o cuidado à saúde do usuário na UBS. Quando for necessário, ele deve ser revisto e atualizado.

A ESB e a ESF devem atuar ativamente nos grupos operativos programáticos e oficinas temáticas que priorizem a educação em saúde, orientando no auto cuidado, visando à promoção de hábitos de vida saudáveis, boa alimentação, prática regular de atividades físicas estruturadas e orientadas, pois, auxiliam no tratamento da doença, seu controle glicêmico e metabólico.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial**. Brasília: MS, 1997. 36p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: desafios e perspectivas**. Brasília: MS, 1998. 45p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabete Melitus: hipertensão arterial e Diabete Melitus**. 1. ed. Brasília: MS, 2001. 102p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004. 16p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: MS, 2006a. 72p.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica n.º 16 - **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 64p.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 3. ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed; 2012. 23-80p.
- CORREA, E.J.; SOUZA, M.S.L.; VASCONCELOS, M. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2013. 70-103p.
- FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2013.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coleção Digital. **Documentação Territorial, Sarzedo**. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/>>. Acesso em: agosto de 2012.
- FANG, L.; FAZIO, R. C.; SONIS, S. T. **Princípios e Prática de Medicina Oral**. Ed. Guanabara Koogan, 2ª Ed, 508p, 1996.
- MAIA, F. R.; SILVA, A. A. R.; CARVALHO, Q. R. M. Proposta de Um Protocolo Para o Atendimento Odontológico do Paciente Diabético na Atenção Básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.1, p. 16-19, dez. 2005.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes**. Belo Horizonte: SAS/ MG, 2006.
- PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.14

PALMIER, Andréa Clemente et al. Saúde bucal: aspectos básicos e atenção ao adulto. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 71p.

SILVA, A. M. et al. **A integralidade da atenção em diabéticos com doença periodontal.** Ciênc. saúde coletiva, jul 2010, vol. 15, nº 4, p. 2197- 2206. ISSN- 1413- 8123.

SILVA, O. F.; **Cuidados no Atendimento Odontológico aos Indivíduos com Diabetes Mellitus a Luz da Literatura.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso)-UFMG/CEABSF, Corinto. 2011.

SOUZA, R. R. et al. O paciente odontológico portador de Diabetes Mellitus. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** 2003: 3(2):71-7.

TERRA, B. G.; GOULART, R. R.; BAVARESCO, C. S. O Cuidado Odontológico do Paciente de Diabetes Mellitus Tipo 1 e 2 na Atenção Primária de Saúde. Rev APS. abr/jun; 14(2): 149-161, 2011.

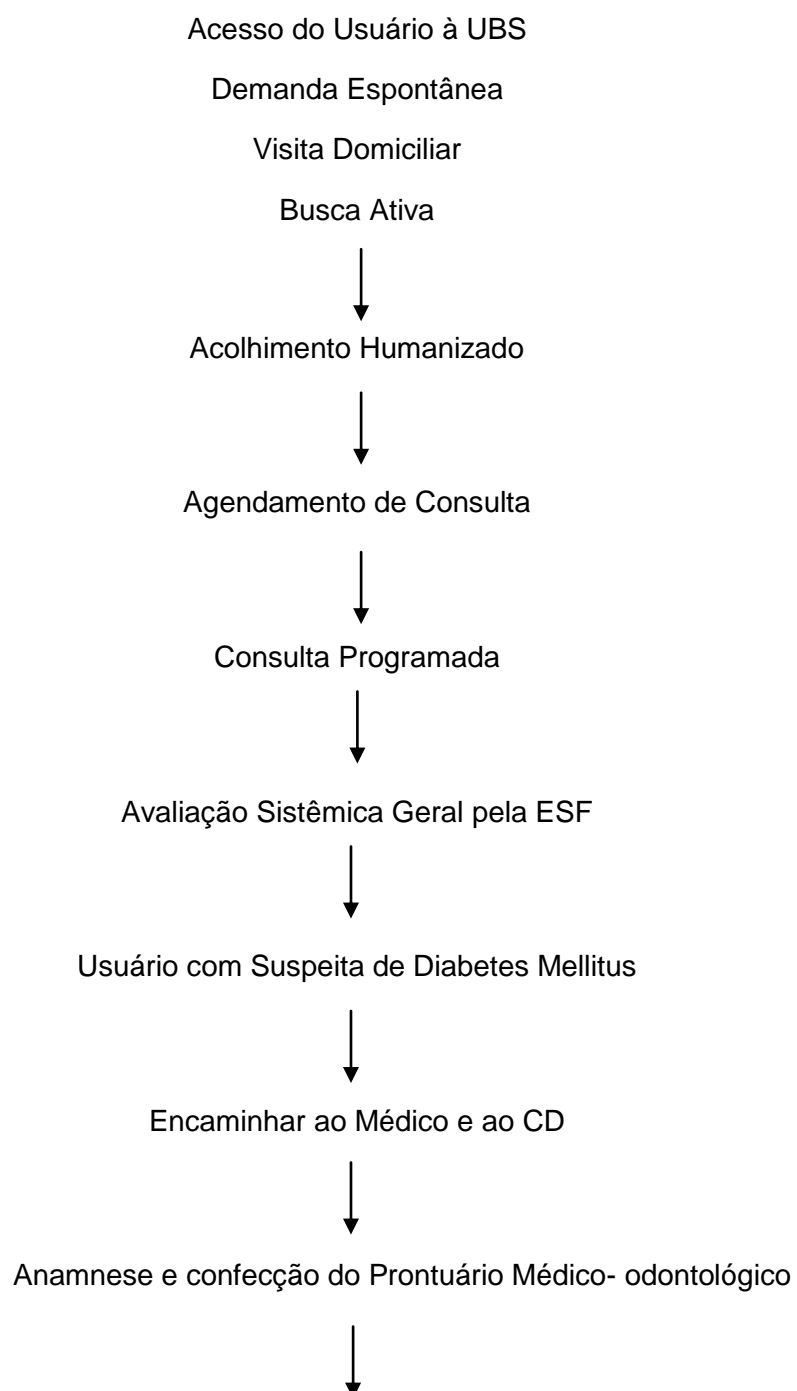
WERNECK, M. A. F; FARIA H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidados à saúde e de organização do serviço.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 90p.

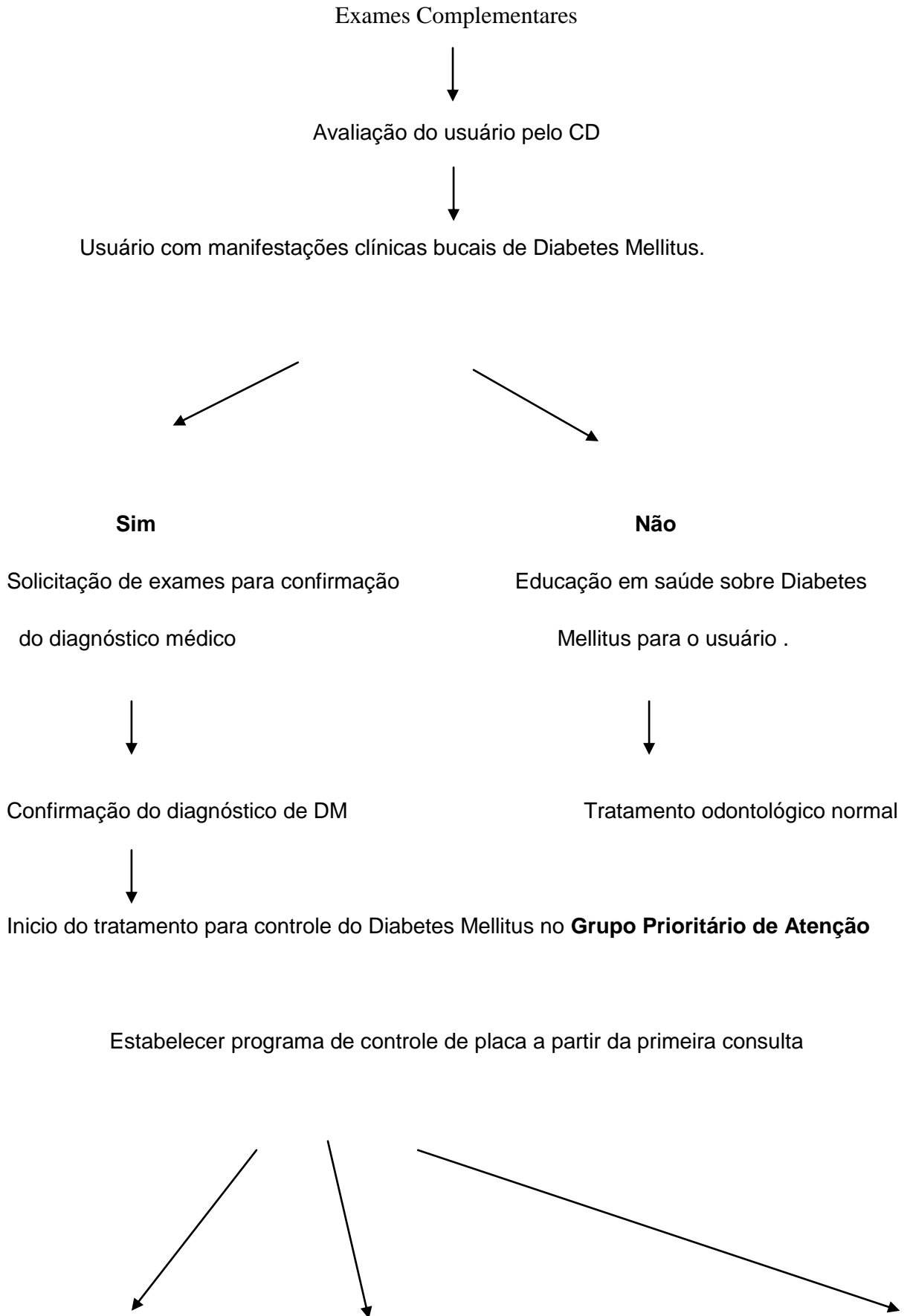
APÊNDICES

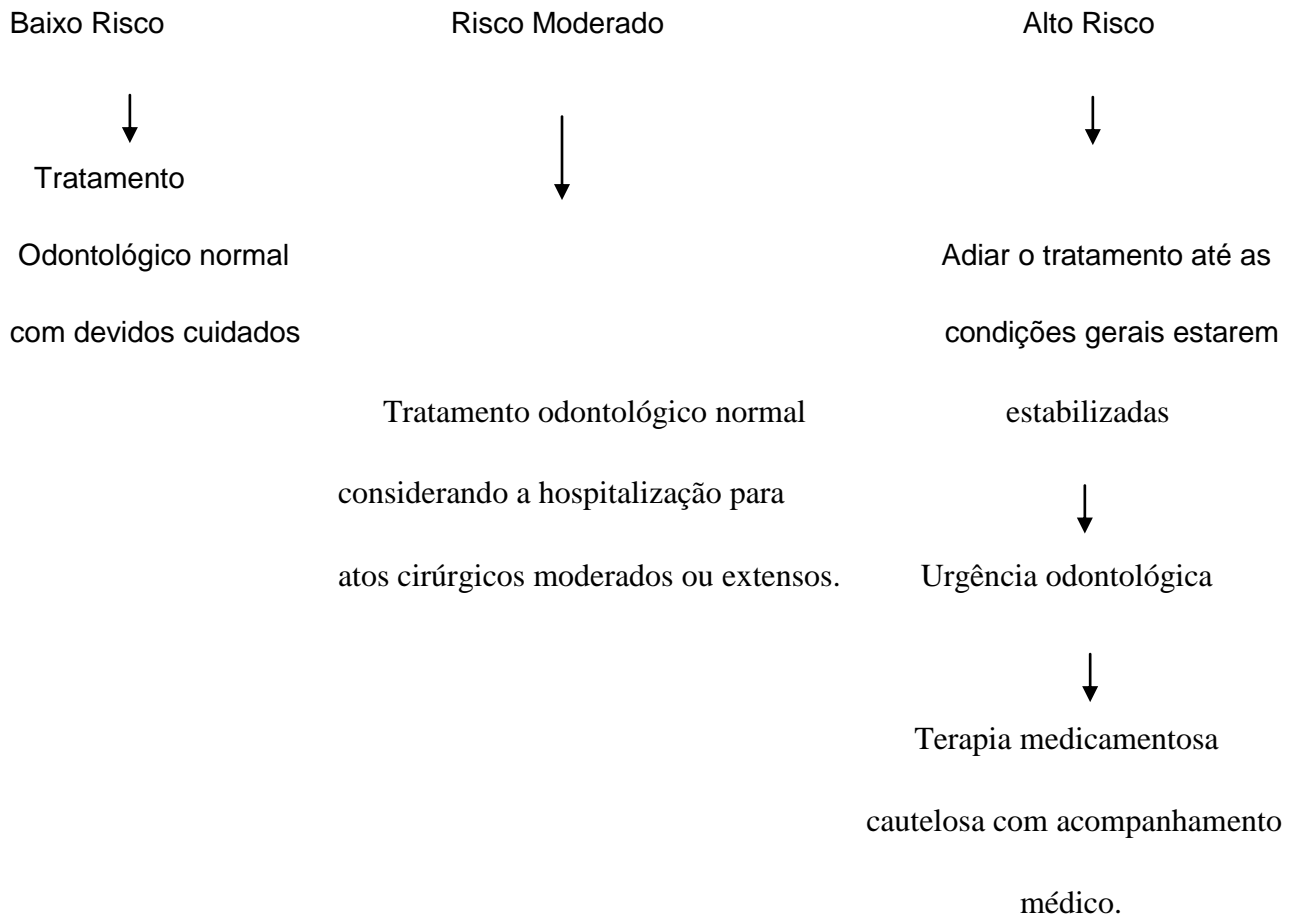
Apêndice A - Protocolo Clínico de Cuidado ao Usuário Portador de Diabetes Mellitus

Fluxograma

(Cuidado ao Usuário Portador de Diabetes Mellitus)







Objetivo: proteção do usuário e maior segurança profissional

Preferencialmente o tratamento odontológico ser realizado pela manhã e em sessões curtas a fim de evitar o estresse e ansiedade.

Cuidado odontológico concluído.

Retorno programado e monitoração do usuário para controle e manutenção da Saúde.

A ESB e a ESF devem em conjunto estabelecer continuamente ações de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde do portador de DM e co-responsabilizá-lo no cuidado à própria saúde.

Fonte: Atividade de própria autoria realizada durante o CEABSF/ UFMG (2012- 13).

Apêndice B - Trabalho de Estudo sobre o Problema: Falta de protocolo clínico de cuidado odontológico ao usuário portador de Diabetes Mellitus.

Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/ UFMG.

Pólo: Lagoa Santa

Módulo: Protocolos de Cuidados à Saúde e de Organização do Serviço.

Autor: Elaine Ferreira Campos.

Data: abr. 2013.

PROTOCOLO BASEADO EM PROBLEMAS

Equipe de Saúde Bucal	
Cidade: Sarzedo- MG Problema: Falta de protocolo clínico de cuidado odontológico ao usuário portador de Diabetes Mellitus Área de abrangência: Município de Sarzedo- MG	
Caracterização do problema	Plano de intervenção
Magnitude: Falta de um protocolo leva ao atendimento com menos efetividade, sem respaldo científico, resultados pouco satisfatórios, falta de controle da doença e posterior agravamento, levando a internações e óbitos.	Determinantes: Baixa escolaridade condições alimentares precárias, baixa higienização bucal, difícil acesso às informações sobre cuidados com a saúde.
Transcendência: A ESB precisa entender o quanto é necessária a padronização do atendimento para obter resultados efetivos e mais adesão ao tratamento odontológico.	Objetivos: Promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação do paciente, através de um atendimento efetivo, com respaldo legal científico.
Vulnerabilidade: A ESB tem tecnologias para o controle da	Elenco de atividades/ responsáveis: Busca ativa: ACS, acompanhamento do

<p>doença através das manifestações bucais como a doença periodontal. Porém não tem controle da adesão pelo paciente ao tratamento devido ao absenteísmo dos mesmos.</p>	<p>recebimento e uso dos medicamentos pelos usuários.</p> <p><u>Grupos operativos:</u> toda a ESF e ESB</p> <p><u>Palestras:</u> Médico, Cirurgião- Dentista, Enfermeiro.</p> <p><u>Monitoração da saúde bucal:</u> Cirurgião- Dentista.</p> <p><u>Monitoração da saúde sistêmica geral:</u> Médico, Enfermeiro, Téc. de Enfermagem.</p>
<p>Efeitos:</p> <p>Demora de acesso ao tratamento, principalmente se o paciente não for controlado, resultando no aumento da demanda de serviços mais complexos de saúde como internações e óbitos.</p>	<p>Mecanismo de acompanhamento:</p> <p>Retorno e monitoração periódica do usuário para avaliação e controle da saúde bucal de acordo com o risco da doença.</p>

Atividades	Méd	Enf	AE	ACS	ESB	Acompanhamento
Busca ativa				x		Controle da visita periódica à UBS.
Grupos operativos	x	x	x	x	x	Interatividade com a equipe e os usuários
Palestras	x	x			x	Integração do conhecimento.
Monitoração da saúde sistêmica	x	x			x	Avaliação, controle do usuário, exames periódicos.

Monitoração da saúde bucal.					x	Controle das manifestações bucais; em especial a doença periodontal; exames clínicos periódicos.
------------------------------------	--	--	--	--	---	--

Fonte: Atividade de própria autoria realizada durante o CEABSF/ UFMG (2012- 13).