

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

GEISA CORREIA DE AGUIAR

PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS
- MUNICÍPIO DE SARZEDO / MG -

LAGOA SANTA/MG
2014

GEISA CORREIA DE AGUIAR

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS
- 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: Profª. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**LAGOA SANTA/MG
2014**

GEISA CORREIA DE AGUIAR

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO EM PACIENTES PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS
- 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. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - Orientadora

Prof^a. Dra. Adelaide de Mattia Rocha - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 14 / 06 / 2014

Dedico

À pessoa que compartilho a minha vida, meu amor. Amor com você do meu lado me sinto capaz de realizar os meus sonhos. Obrigada pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e Nossa Senhora por essa experiência de aprendizado.

Ao meu amor pela paciência, força, apoio e incentivo de prosseguir.

A equipe de saúde bucal do município de Sarzedo, e secretário de saúde e os ACS.

Minha orientadora pela competência, paciência, força e incentivo de continuar.

Minha família pelo incentivo de sempre, principalmente minha mãe.

A todos os meus professores curso de especialização.

RESUMO

Este trabalho é fruto das atividades desenvolvidas como cirurgiã dentista na Secretaria Municipal de Saúde de Sarzedo / Minas Gerais, em atendimento às finalidades do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, criado pelos Ministérios da Saúde e da Educação com o intuito de valorizar e estimular equipes multiprofissionais da área de saúde a atuarem no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em municípios com áreas de difícil acesso e provimento e/ou com populações de maior vulnerabilidade. Com o objetivo de propor um protocolo que defina procedimentos para atendimentos odontológicos em pacientes especiais portadores de *diabetes mellitus*, este estudo fundamentou-se na pesquisa bibliográfica com levantamento de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do SciELO, no Google Acadêmico e na biblioteca virtual da plataforma Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), com os descritores: programa saúde da família, *diabetes mellitus*, saúde bucal e protocolos. Para tanto foi levado também em consideração o diagnóstico situacional do município, as fragilidades do sistema de saúde local, seus potenciais e a realidade da população alvo. Para que este protocolo seja efetivo há necessidade de que ocorra uma integração entre as equipes de saúde da família em todas as etapas do processo de atendimento aos usuários/pacientes nas unidades de saúde. O protocolo poderá ser uma ferramenta eficiente no auxílio aos cirurgiões dentista, em especial os da equipe de saúde família de Sarzedo, na abordagem, planejamento e tratamento de pacientes com *diabetes mellitus*.

Descritores: Programa Saúde da Família. *Diabetes mellitus*. Saúde bucal. Protocolos.

ABSTRACT

This work is the fruit of the activities developed as a surgeon dentist in Municipal Health Secretariat of Sarzedo / Minas Gerais, in meeting the purposes of the Program of Professional Appreciation of Basic Attention-PROVAB, created by the ministries of health and education in order to enhance and stimulate multiprofessional teams of health care to act within the framework of primary health care and Family Health Strategy (ESF) in municipalities with areas of difficult access and provision and/or populations of greater vulnerability. In order to propose a management protocol that defines procedures for dental care in special patients with *diabetes mellitus*, this study was based on bibliographical research with survey of articles in the Virtual Health Library (BVS), in the SciELO database, in Google Scholar and in virtual library of Core Platform of Education in Public Health (NESCON), with descriptors: the family health program, diabetes *mellitus*, oral health and protocols. To this end was taken also into account situational diagnosis of the municipality, the local health system weaknesses, its potential and the reality of the target population. So that this protocol be effective there is need for integration to occur between teams of family health in all stages of the process of service to users/patients in health units. The Protocol can be a powerful tool aiding surgeons dentist, especially those of the family health team Sarzedo, on approach, planning and treatment of patients with diabetes mellitus.

Keywords: Family Health Program. Diabetes *mellitus*. Oral health. Attendance Protocols.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Foto 1: Unidade (Centro) de Saúde Família de Sarzedo / MG.....	13
Foto 2: Atendimento odontológico na Unidade de Saúde Família de Sarzedo / MG	14
Foto 3: Atendimento odontológico nas escolas.....	15
Figura 1: Estratégia da Saúde da Família.	22
Figura 2: Fluxo da Etapa I – Encaminhamento para tratamento odontológico	32
Figura 3: Fluxo da Etapa II – Tratamento odontológico após orientações e/ou acompanhamento da equipe médica	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação dos tipos de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para atendimento dos procedimentos referentes a Saúde Bucal.....	24
Quadro 2: Principais manifestações na cavidade bucal associado ao DM	28
Quadro 3: Caracterização e apresentação das principais complicações agudas do diabetes mellitus	36

LISTA DE SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Odontológico
AINES	Anti-inflamatórios não esteroides
AAS	Ácido Acetilsalicílico
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CD	Cirurgião Dentista
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVO.....	18
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	19
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
	5.1. Programa Saúde Família	20
	5.2. Saúde Bucal	22
	5.3. Diabetes mellitus	26
	5.4. Protocolos de Atendimento	29
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que os determinantes de saúde estão associados diretamente ao padrão sanitário de uma população e a posição que cada indivíduo ocupa na sociedade, bem como as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham.

Hoje, de forma mais exacerbada, a sociedade lida com problemas como o desemprego, evasão escolar, violência, uso de drogas, alcoolismo, gravidez na adolescência, condições de moradia precária, esgoto a céu aberto. Todos esses fatores socioeconômicos e ambientais são determinantes e condicionantes de saúde.

Em 2011, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB¹ com o intuito de valorizar e estimular equipes multiprofissionais da área de saúde (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) a atuarem no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade.

Como profissional de saúde e inserida no PROVAB, este trabalho é fruto das atividades desenvolvidas como cirurgiã dentista na Secretaria Municipal e Saúde de Sarzedo, Estado de Minas Gerais, em atendimento as finalidades desse programa.

Segundo os dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2013) a população de Sarzedo atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF) até dezembro de 2013 foi de 27.104 pessoas, totalizando 100% da população do município.

Em atendimento ao Programa Saúde da Família, a equipe de saúde de Sarzedo desenvolve várias atividades de acolhimento, acompanhamento da população associada às unidades de Saúde Familiar (USF), respeitando suas crenças, religião, cultura, condições de vida. No geral, as unidades odontológicas da USF de Sarzedo realizam visitas domiciliares e atividades em escolas, atendimento a hipertensos, puericultura, gestantes, idosos e aos pacientes com necessidades especiais (PNE), em especial os com *diabetes mellitus*, objeto de trabalho deste estudo.

O *diabetes mellitus*, classificado como doença sistêmica, é um agrupamento metabólico desordenado caracterizado, principalmente, por um quadro de hiperglicemia, resultante de uma alteração na secreção e/ou ação da insulina (CAMPOS *et al.*, 2009).

¹ Portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011 (Ministério da Saúde e Ministério da Educação).

1.1 Cenário da pesquisa – PSF de Sarzedo / MG

O município de Sarzedo está localizado na região Metropolitana de Belo Horizonte, entre os municípios de Ibirité, Mário Campos e Betim, as margens da rodovia estadual MG-040. Está a aproximadamente 30 km do centro da capital do Estado.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) e da Prefeitura Municipal de Sarzedo (2014), sua população, em 2012, era de 28.597 habitantes, distribuídos em uma área de 62,17km², sendo 98,87% dela concentrada na área urbana e 1,12% na rural. Desse total, 4.945 habitantes estão na área de abrangência do PSF Centro assim detalhado:

- famílias cadastradas	=	2.415;
- moradias de alvenaria	=	99,39%;
- residências com coleta pública de lixo	=	99,56%;
- residência com água tratada (COPASA)	=	98,57%;
- residência com tratamento de esgoto	=	74,62%;
- residência com eletricidade (CEMIG)	=	99,90%;

O Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Sarzedo surgiu em 2006, após o primeiro concurso e com a admissão da enfermeira Gislene, que foi devidamente capacitada, tornando se a referência na Atenção Básica do município.

O município começou praticamente do zero, com apenas duas unidades básicas de saúde, uma no centro (Foto 1) e outra no bairro Brasília, que não atendia à demanda do município.

Foto 1: Unidade (Centro) de Saúde Família de Sarzedo / MG



Fonte: Autora.

Após alguns estudos e levantamentos da real demanda da população de Sarzedo foi elaborado um projeto inicial com cinco equipes de Saúde da Família, porém sem nenhum Agente Comunitário de Saúde (ACS). A partir de 2009, houve uma significativa melhora no atendimento das Unidades de Saúde ampliando o número de unidades e estruturando o atendimento odontológico e os preparativos para a construção de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Em atendimento ao Programa Saúde da Família, a equipe de saúde de Sarzedo desenvolve atividades de acolhimento, acompanhamento de gestantes e bebês (pré-natal e puericultura), curativos, distribuição de medicamentos básicos, preservativos e contraceptivos, atendimentos de enfermagem, grupo de educação em saúde, exames preventivos (câncer de colo de útero), imunizações (vacinas), atendimentos médico, até mesmo domiciliares, nebulizações, planejamento familiar, consultas e tratamentos odontológicos (Foto 2), teste de gravidez, ou seja, assistência integral aos indivíduos e as famílias nas unidades de Saúde Familiar (USF).

Foto 2: Atendimento odontológico na Unidade de Saúde Família de Sarzedo / MG



Fonte: Autora.

Essas unidades planejam seu trabalho de forma a atingir toda a população local respeitando suas crenças, religião, cultura, condições de vida, garantindo de alguma maneira, que a prevenção, a promoção e o tratamento sejam seguidos por eles. Ressalta-se que tais procedimentos são realizados em todas as fases do desenvolvimento humano, isto é, da infância, adolescência, idade adulta até a terceira idade.

A população é cadastrada por sua área de abrangência e tem seu atendimento realizado por meio de agendamento prévio de consultas.

Em 2011, a equipe multidisciplinar contava com uma médica generalista, um pediatra, um ginecologista, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e a equipe de odontologia.

No geral, as unidades odontológicas não têm problemas com a demanda espontânea em excesso, porque esta demanda é programada e o número de atendimentos de urgência mantem-se controlado.

Entre as atividades desenvolvidas pela equipe odontológica da USF de Sarzedo, citam-se as visitas domiciliares e atividades em escolas (Foto 3), atendimento a hipertensos, puericultura, gestantes, idosos e aos pacientes com necessidades especiais (PNE), em especial os com *diabetes mellitus*.

Foto 3: Atendimento odontológico nas escolas.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Sarzedo.

No caso específico de Sarzedo, a equipe da Secretaria de Saúde vem buscando uma unificação dos prontuários do PSF do município. Para tal, fizeram-se necessárias algumas ações de planejamento e a implantação de mudanças na rotina das unidades de saúde. As primeiras medidas adotadas foram:

- Desenvolver atividades conjuntas de promoção de saúde com diversos grupos eletivos como de diabéticos, hipertensos, gestantes, etc.;
- Possibilitar e promover agendamento de visitas domiciliares dos cirurgiões dentistas e dos técnicos de saúde bucal de acordo com a necessidade local de cada micro área;
- Possibilitar a troca de informação clínica e a visão interdisciplinar no atendimento aos idosos, diabéticos e gestantes;
- Planejar conjuntamente a puericultura odontológica, por meio de consultas individuais e junto às campanhas de vacinação; e

- Realizar palestras conjuntas de temas variados.

No caso específico do atendimento odontológico, medidas para simplificar esse atendimento foram tomadas, como por exemplo, a flexibilização da agenda (agendamento realizado pela recepcionista do PSF, e não no consultório odontológico).

A partir desse momento, as palestras obrigatórias para entrada em tratamento odontológico foram eliminadas e passou-se a realizar agendamento da demanda espontânea de acordo com a procura do usuário, como é feito com as consultas da enfermagem e a medicina.

Os acolhimentos passaram a ser realizados entre os atendimentos por meio de avaliações do dentista e as consultas com agendamento por horário, e não mais por senha.

Cabe, ainda, ressaltar que as atribuições dos técnicos de saúde bucal possibilitam ações de prevenção ao câncer bucal e o acompanhamento das condições de saúde bucal da população local, conforme descrito a seguir:

- Escovação supervisionada para todo paciente de primeira consulta no escovário;
- Dar continuidade, mensalmente, ao acompanhamento/tratamento de acamados, sob a orientação dos cirurgiões dentistas;
- Reagendar a puericultura e pacientes com necessidades específicas (idosos, pacientes com elevados riscos de cáries, etc.);
- Seguir o cronograma para a realização das visitas domiciliares.

Apesar de todos os avanços no atendimento de saúde da USF de Sarzedo, em específico da equipe de odontologia, o diagnóstico situacional feito como atividade do módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) apontou como problema prioritário a ser solucionado a sistematização do atendimento aos usuários diabéticos.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a literatura, a saúde do corpo começa pela boca, portanto, não pode ser tratada separadamente, pois diversas doenças têm manifestações e implicações na cavidade bucal: infecciosas, dermatoses, sistêmicas, como a *diabete mellitus*, a imunodeficiência humano (HIV), sarampo, leucemia, entre outras. Uma das responsabilidades do profissional da área odontológica é detectar qualquer problema apresentado na cavidade bucal, favorecendo diagnósticos e prognósticos mais precoces (RIBEIRO, 2012).

Segundo o Brasilsus (2014), o *diabetes* atinge, indistintamente, todas as faixas etárias, inclusive a mulheres grávidas, a doença não tem preferência a sexo, raça ou condições socioeconômicas sendo, portanto, uma doença de alta prevalência, que requer vários procedimentos e o trabalho de equipe multidisciplinar para o seu controle. Se bem controlada, pode evitar complicações agudas e crônicas.

A importância deste estudo está na apresentação de um protocolo para melhor atender os pacientes especiais portadores de *diabetes mellitus*, que procuram a unidade de saúde para atendimento odontológico.

3 OBJETIVO

Propor um protocolo que defina procedimentos para atendimentos odontológicos em pacientes especiais portadores de *diabetes mellitus*.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente, para elaborar a proposta do protocolo foi necessário realizar uma fundamentação teórica sobre os principais temas envolvidos no contexto deste estudo: o Programa Saúde da Família (PSF), a saúde bucal, a importância dos protocolos de atendimento e, por fim, o *Diabetes Mellitus*.

Foram realizadas pesquisas bibliográficas sobre os melhores métodos para se elaborar um protocolo de atendimento da saúde bucal de pacientes com diabetes mellitus.

Para tal, foram selecionados artigos científicos em consultas eletrônicas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) na base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como no Google Acadêmico e na biblioteca virtual da plataforma Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), com os descritores: Programa Saúde da Família, Diabetes *Mellitus*, Saúde bucal e Protocolos.

Na elaboração da proposta foi levado também em consideração o diagnóstico situacional do município de Sarzedo, as fragilidades do sistema de saúde local, seus potenciais e a realidade da população alvo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados os temas que darão sustentação à elaboração dessa proposta de protocolo: Programa Saúde da Família, Saúde Bucal, *Diabetes Mellitus* e Protocolos de Atendimento.

5.1. Programa Saúde Família

A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) é de levar saúde a todo cidadão brasileiro, ações assistenciais e preventivas que se destinem a garantir às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, mental e social.

O Ministério da Saúde, em 1991, após o estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)², e com a experiência adquirida, principalmente, no Estado do Ceará pode perceber a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e quanto o foco de atuação voltado ao indivíduo doente precisava ser redirecionado à saúde da família (BRASIL, 1991).

A partir desse momento, a ideia do Programa Saúde Família (PSF)³, hoje denominado de Estratégia da Saúde da Família (ESF), surge já com a necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes comunitários não atuassem de forma isolada.

Segundo Rosa e Labate (2005), o Programa Saúde Família foi arquitetado em dezembro de 1993, após uma reunião promovida pelo Ministério da Saúde, com a temática “Saúde da Família”. O Programa visa atender a família, de forma contínua e integrada, reorganizando a prática assistencial, tradicionalmente centrada no hospital, passando a enfocar a família em seu ambiente físico e social.

A Saúde da Família, estratégia priorizada para organizar a Atenção Básica, incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

A Atenção Básica 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, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas,

² Criado para reduzir o índice de mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.

³ PRT/GM/MS nº 692, de 25 de março de 1994 - DO de 29/3/94. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

trabalhadas em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2012).

A equipe da Saúde Família é composta por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que dentro da própria Unidade Básica de Saúde (UBS), ou em domicílio, presta atendimento a população local. A proposta é criar um vínculo entre a comunidade assistida e os profissionais para facilitar a identificação e o atendimento dos problemas de saúde detectados.

A estratégia do Programa Saúde Família (Figura 1) está estruturada a partir da Unidade de Saúde, que trabalha com base em 04 princípios (COBRA et al.; 2010-2012):

- Caráter substitutivo: trabalho comprometido com a solução de problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população no lugar de práticas tradicionais da assistência, focada nas doenças;
- Integralidade e hierarquização: a Unidade Básica de Saúde a frente, garantindo atenção básica integral à comunidade, assegurando a referência e a contra referência para clínicas e serviços de maior complexidade;
- Territorialização e cadastramento das famílias: a Unidade Básica de Saúde trabalha com território de abrangência definido, cadastrando e o acompanhamento à população adstrita a esta área; e
- Equipe Multiprofissional: médico, enfermeiro, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, técnicos em higiene dental.

O Departamento da Atenção Básica é composto por cinco coordenações dentro do da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (Acompanhamento e Avaliação, Alimentação e Nutrição, Gestão da Atenção Básica, Hipertensão e Diabetes, Saúde Bucal).

Nas unidades de saúde, as ações educativas são realizadas por meio de grupos operativos, porém a falta de interesse é muito grande. Isso envolve vários fatores como a falta de vínculo, o horário inadequado, a insatisfação, espaço inapropriado, didática dos profissionais e comunicação, dentre outros.

A integração da Equipe de Saúde Bucal com a Estratégia da Saúde da Família se deu depois de seis anos da criação da Atenção Básica brasileira, em 2000, pelas Portarias nº

1.444/GM/2000⁴ e nº 267/2001⁵. A partir desse momento, grandes reformas na política de Saúde Bucal foram implantadas de forma a beneficiar toda a população brasileira.

Figura 1: Estratégia da Saúde da Família.



Fonte: Cobra *et al.* (2010-2012, p.18).

5.2. Saúde Bucal

Com a inserção e a junção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia da Saúde da Família (ESF), o SUS está cumprindo seu papel de levar saúde a todos, com seu princípio de oferecer um atendimento igualitário e mais humanizado para a população (BRASIL, 2006).

Antes dessas mudanças, alguns grupos populacionais não tinham direito ao tratamento odontológico, ou seja, o acesso era apenas para escolares e atendimentos de urgências (BRASIL, 2000). A partir dessas alterações na Saúde Bucal, as ações foram ampliadas e voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da população adstrita.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, dez 2000. Seção 1, p. 85.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Brasília, mar 2001. Seção 1, p. 67.

A incorporação de equipes de Saúde Bucal na estratégia tem o objetivo de ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, melhorar os indicadores de saúde, além de incentivar a reorganização desta área na atenção básica.

A portaria GM nº 267/01, quando define as atribuições comuns e específicas dos profissionais de saúde bucal na Saúde Família estabelece que eles devam participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades de Saúde Familiar; estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal; realizar visitas domiciliares, entre outras.

Com a publicação da portaria GM nº 673⁶, ficou estabelecido que se pode implantar quantas ESB forem necessárias desde que não ultrapassem o número existente de Estratégia da Saúde da Família. Com isso, o governo federal passou a garantir incentivo financeiro para a incorporação de Equipe de Saúde Bucal na proporção: 01 Equipe de Saúde Bucal para 01 Estratégia da Saúde da Família.

As equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família são implantadas de duas maneiras:

- 01 Cirurgião Dentista (CD) e 01 Auxiliar de Consultório Dentário (ACD); ou
- 01 Cirurgião Dentista, 01 Auxiliar de Consultório Dentário e 01 Técnico de Higiene Dental (THD).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, lançada em 2004, tem como uma de suas metas a ampliação do número de equipes da saúde bucal na estratégia Saúde da Família e o aumento dos recursos disponibilizados para implantação e custeio mensal das ações destas equipes. Nesse período cerca de 50% da Estratégia da Saúde da Família tinham Equipe de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

Uma das principais linhas de atuação do Brasil Sorridente é a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), tais Centros propiciam a continuidade do cuidado em saúde bucal realizado pela rede de Atenção Básica e, nos municípios com Estratégia de Saúde da Família, da Equipe de Saúde Bucal (ESB).

Segundo dados do site do Governo do Estado do Rio Grande do Sul (2013), os dentistas da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente realizando

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 673/GM, de 03 de junho de 2003. Brasília, jun 2003.

o encaminhamento ao Centro de Especialidade, somente dos casos que exijam maior complexidade. Existem três tipos de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Quadro 1: Classificação dos tipos de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para atendimento dos procedimentos referentes a Saúde Bucal

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Consultórios	3	4 a 6	7 ou +
Cirurgiões Dentistas	3	4 ou +	7 ou +
Carga Horária	120hs	160hs	280hs
Auxiliar Saúde Bucal	-	1	1 por CD
Procedimentos Individuais Preventivos	80	110	190
Dentística Básica	Presente	Presente	Presente
Procedimentos de periodontia	60	90	150
Procedimentos de Endodontia	35	60	95
Procedimentos de Odontologia Cirúrgica e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial	80	90	170

Fonte: Governo do Estado do Rio Grande do Sul (2013)

A portaria GM nº 267/01 estabelece a forma de aquisição de equipamentos odontológicos e instrumentais essenciais às equipes de saúde bucal.

Os equipamentos odontológicos essenciais são:

- Aparelho Fotopolimerizador;
- Cadeira odontológica;
- Compressor;
- Equipo odontológico;
- Estufa ou autoclave;
- Mocho;
- Refletor; e
- Unidade auxiliar.

Já os instrumentais odontológicos essenciais são:

- Alveolótomo;
- Aplicador para cimento (duplo);
- Bandeja de aço;
- Brunidor;

- Cabo para bisturi;
- Cabo para espelho;
- Caixa inox com tampa;
- Condensador Hollembach;
- Cureta alveolar;
- Elevadores (alavancas) para raiz;
- Esculpidor Hollembach;
- Espátula;
- Espelho odontológico;
- Fórceps infantis e adultos;
- Lima óssea;
- Pinça Halstead (mosquito) curva e reta;
- Pinça para algodão;
- Porta agulha;
- Porta amálgama;
- Porta matriz;
- Seringa Carpule;
- Sindesmótomo;
- Sonda exploradora;
- Sonda periodontal milimetrada;
- Tesoura cirúrgica reta e curva;
- Tesoura íris; e
- Tesoura standart (BRASIL, 2001).

Para a execução dos procedimentos básicos de saúde bucal a equipe necessita, além dos equipamentos e instrumentais citados, de insumos como:

- Algodão;
- Gase;
- Luvas de procedimentos;
- Glutaraldeído;
- Álcool hidratado a 70%;
- Máscaras descartáveis;
- Gorros descartáveis;
- Óculos de proteção;
- Brocas de baixa e alta rotação;

- Material restaurador temporário;
- Resina fotopolimerizável;
- Adesivo para esmalte e dentina;
- Ionômero de vidro;
- Limalha de prata;
- Mercúrio;
- Material para proteção pulpar;
- Pasta profilática;
- Flúor-gel;
- Pedra-pomes;
- Taças de borracha;
- Escovas de Robson;
- Potes Dappen;
- Fio-dental;
- Fita matriz;
- Agulhas odontológicas;
- Anestésico com vasoconstrictor;
- Anestésico sem vasoconstrictor;
- Sugadores descartáveis;
- Tira de lixa e discos ou similares para acabamento de resina;
- Selante auto ou fotopolimerizável;
- Fios de sutura, dentre outros (BRASIL, 2001).

5.3. Diabetes mellitus

O *diabetes mellitus* (DM) é uma doença metabólica sistêmica proveniente 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. Devido a essa ausência ou alteração na secreção e/ou ação da insulina ocorrem várias complicações crônicas como disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente retinopatia (olhos), nefropatia (rins), nervos, cérebro, coração, vasos sanguíneos, disfunção sexual e causa dano à polpa dentária (CAMPOS *et al.*, 2009).

Ainda segundo Campos *et al.* (2009), os tipos de DM que merecem destaque pela alta frequência na população brasileira são as do tipo 1, que é resultante de uma insuficiência

absoluta de insulina decorrente da destruição das células beta do pâncreas desencadeando uma dependência à insulina exógena. A do tipo 2, que atinge cerca de 90% dos casos em que os indivíduos acometidos podem apresentar resistência dos tecidos à ação da insulina e/ou diminuição dos níveis deste hormônio. Já a gestacional, é uma desordem metabólica transitória, geralmente cessada no período pós-parto, caracterizada por uma hiperglicemia resultante de alterações na ação da insulina, provocadas por hormônios secretados durante a gravidez.

Os principais sintomas do diabetes tipo 1 são a fome excessiva e perda de peso. Já o diabetes tipo 2 está relacionado à obesidade, maus hábitos alimentares, sedentarismos e estresse. Os pacientes produzem insulina, mas a ação da substância é dificultada pela obesidade o que causa resistência insulínica, que ocasiona a hiperglicemia. Os sintomas no diabetes tipo 2 podem ser muito discretos ou mesmo ausentes, podendo aparecer de forma lenta e gradual juntos a outros sintomas, tais como excesso de urina (inclusive a noite, durante o sono), urina doce, muita sede, fome excessiva, perda de peso (mesmo quando o paciente come demais), cansaço físico, fraqueza, vista embaçada ou turva, lesões de difícil cicatrização (principalmente nas pernas ou nos pés); infecções frequentes (pele, urina e dos órgãos genitais) e alterações visuais (CAMPOS *et al.*, 2009; WARMLING *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2010; GARAY *et al.*, 2011; AZUMA *et al.*, 2011; MINAS GERAIS, 2013).

Segundo Alves *et al.* (2006) citando Calliari (2004), o *diabetes mellitus* não tem cura. A abordagem terapêutica inclui: dieta, atividade física, educação, apoio psicossocial e medicamentos para controle da hiperglicemia. A insulinoterapia é indicada para todos os pacientes com DM1 e alguns com DM2. Os hipoglicemiantes orais são indicados para o DM2.

Para Rathmann, (2004), o *diabetes mellitus* atinge mais de 135 milhões de pessoas, sendo um grande problema de saúde pública de amplas proporções e sua ocorrência vem aumentando. É esperado para o ano 2030, um contingente de 300 milhões de pessoas com este distúrbio metabólico, de acordo com a Organização Mundial da Saúde. No atual momento, o Brasil é o sexto lugar no ranking mundial em relação ao número de portadores do DM, abrangendo cerca de 5 milhões.

De acordo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 10% dos brasileiros ou 13 milhões de pessoas têm diabetes, tipo 1, 2, ou gestacional, mas podem não saber disso: metade dos que já desenvolveram o distúrbio não conhece o diagnóstico. Muitos desconhecem os sintomas e o real alcance da doença (RATHMANN, 2004).

Uma pesquisa conduzida pelo Instituto Ipsos, em parceria com o laboratório Novo Nordisk, líder mundial no tratamento da doença, realizada em julho de 2012, mostrou que 10% da população brasileira faz parte de um grupo de risco para diabetes. Desses, 60% não têm ideia de que tem muitas chances de adoecer. E o mais alarmante: dos que estão na iminência de ficar diabéticos e não sabem disso, 73% consideram nada ou pouco provável ter a doença em algum momento da vida. Talvez os números reflitam o desconhecimento sobre os pormenores da doença, já que 41% associam o mal à velhice. O número de caso em jovem e criança é crescente. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, 4,8 milhões de pessoas morreram em decorrência do diabetes (REVISTA DO CORREIO, 2013).

Uma das manifestações odontológica bastante comum nos pacientes diabéticos mal controlados é a doença periodontal (MONTEIRO; ARAÚJO; GOMES FILHO, 2002).

Segundo Sonis;Fazio e Fang, (1996), a periodontite é um processo infeccioso que resulta em uma potente resposta inflamatória, que provoca inflamação gengival, desenvolvimento de bolsas periodontais ativas, abscessos recorrentes, perda óssea rápida e progressiva e cicatrização lenta do tecido periodontal.

Segundo Scannapieco (1998 *apud* SILVA, 2012), as principais manifestações na cavidade bucal associada ao *diabetes mellitus* estão detalhadas no Quadro 2.

Quadro 2: Principais manifestações na cavidade bucal associado ao DM

Localização	Manifestações Bucais
Gengiva	Inflamação gengival aumentada
Periodonto	Periodontite: mais frequente, severa, longa duração. Perda de inserção: mais frequente, mais intensa, Profundidade de sondagem: presença maior de bolsas profundas nos dentes Perda de osso alveolar: maior mobilidade Migração do dente: aumentada, Cicatrização: retardada, infecção aumentada após cirurgia.
Dentes	Predisõem o aumento de cárie dentaria, relacionada à diminuição da saliva e dieta
Lábios	Secos Queilite angular
Saliva	Fluxo diminuindo Glicose no fluido sucular Xerostomia associada com medicações contribui para infecções oportunistas como a candidíase.
Mucosa	Vermelha Edemaciada Candidíase bucal

	Queimação na boca e na língua Gosto alterado Pobre tolerância para próteses removíveis Demora na cicatrização.
--	---

Fonte: Scannapieco (1998 *apud* SILVA, 2012).

No caso específico do tratamento endodôntico, o controle glicêmico do paciente diabético deve ser rigoroso, sendo muito importante para o controle do processo infeccioso dental. Por outro lado, o *diabetes mellitus* bem controlado não constitui contraindicação para o tratamento endodôntico (de canal), sendo preferível e menos traumático que uma extração dental. As consultas com o dentista devem ser sempre agendadas de maneira a não interferir nos horários normais de aplicação da insulina e das refeições destes pacientes, para se evitar, assim, as hipoglicemias (MORIBE, 2012).

Ainda segundo Moribe (2012), estudos têm evidenciado que os altos níveis de glicose sanguínea interferem diretamente no processo de reparo de lesões periapicais, sendo que pacientes diabéticos descompensados submetidos a procedimentos dentários mostraram menor capacidade de reparo tecidual. Pacientes diabéticos não compensados e com envolvimento sistêmico necessitam de uma avaliação médica antes de receberem o atendimento odontológico/endodôntico.

5.4. Protocolos de Atendimento

Steinhardtts (2006) explica e define o termo protocolo como uma expressão grega formada por dois elementos: *proto* e *kollon*. O termo *Proto* significa “primeiro” e *kollon*, significa “colado”. É a primeira folha, que se colava às seguintes - a folha “proto kollon”. Por isso, se chamava “protocolo” do livro.

O termo protocolo significa, também, etapas a serem seguidas para alcançar determinado objetivo.

Segundo Werneck, Faria e Campos (2009), os protocolos podem ser organizacionais de serviços ou clínicos. O primeiro voltado para a gestão de serviço, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território. Já o segundo são instrumentos utilizados para direcionar a atenção à saúde dos usuários, voltado para as clínicas e para as ações preventivas, promocionais e educativas. Permite o enfrentamento de problemas de saúde específicos, através de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidencias científicas.

Os protocolos são instrumentos empregados pelos serviços diante de problemas a serem superados ou diante da necessidade de melhor se organizar as ações das unidades. Tais protocolos devem seguir as diretrizes do SUS, ou seja, as diretrizes políticas de saúde, por serem as que melhor se adéquam às necessidades identificadas nos territórios sob sua responsabilidade (WERNECK; FARIA; CAMPOS; 2009).

Ainda segundo Werneck, Faria e Campos (2009), os protocolos são medidas que ajudam os profissionais nas soluções dos problemas de saúde, das ações de gestão de um determinado serviço e que ocorre numa circunstância clínica específica. Eles oferecem informações precisas sobre diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelos profissionais de saúde no seu cotidiano. Seu principal foco é a padronização dos serviços da unidade, organização das atividades desenvolvidas e de gerenciamento dos serviços de saúde, visando um atendimento de qualidade, acessível e efetivo para os adscritos, sendo elaborados de acordo com as necessidades da população, proporcionando mais efetividade e eficiência no cuidado das pessoas.

Os protocolos auxiliam os profissionais na sua formação, nas dúvidas diante das condutas e no processo de trabalho. Além disso, os protocolos oferecem respaldo, segurança, agilidade, orientando o fluxo e os procedimentos clínicos. Eles devem ser empregados com critérios técnicos, científicos e político, e serem de fácil compreensão, aplicação e periodicamente avaliados e ajustados (BRASIL, 2005).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta aqui apresentada tem por base os procedimentos adequado e seguro para atendimento odontológico a usuários/pacientes com *diabetes mellitus* norteados por Campos *et al.* (2009) no Manual Prático para Atendimento Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais publicado pela Universidade Federal do Goiás e por Alves *et al.* (2006).

Para efeito de esclarecimento pode-se dividir os usuários que buscam as unidades de saúde do PSF em três tipos, os por demanda espontânea (usuários acessam a unidade de saúde), os por demanda programada (com agendamento de acesso) e os resultantes das visitas domiciliares (usuário acolhido pela equipe PSF).

Para facilitar o entendimento à proposta de intervenção, ela foi dividida em três etapas:

- * Etapa I – o atendimento preliminar do usuário pelo cirurgião dentista, com encaminhamento ou não para a equipe de enfermagem e/ou médica, em decorrência do quadro clínico do paciente (Figura 2);

- * Etapa II – o tratamento odontológico de fato após orientações/acompanhamento da equipe médica (Figura 3);

- * Etapa III – caracterização da Hipoglicemia e da Hiperglicemia, complicações agudas do *diabetes mellitus*, e os principais procedimentos em caso de complicações durante o atendimento odontológico (Tabela 2).

A integração do cirurgião dentista com a equipe multiprofissional responsável pelo tratamento do paciente é indispensável, uma vez que o *diabetes mellitus* tem uma grande repercussão sistêmica. A abordagem deve considerar a saúde integral do indivíduo.

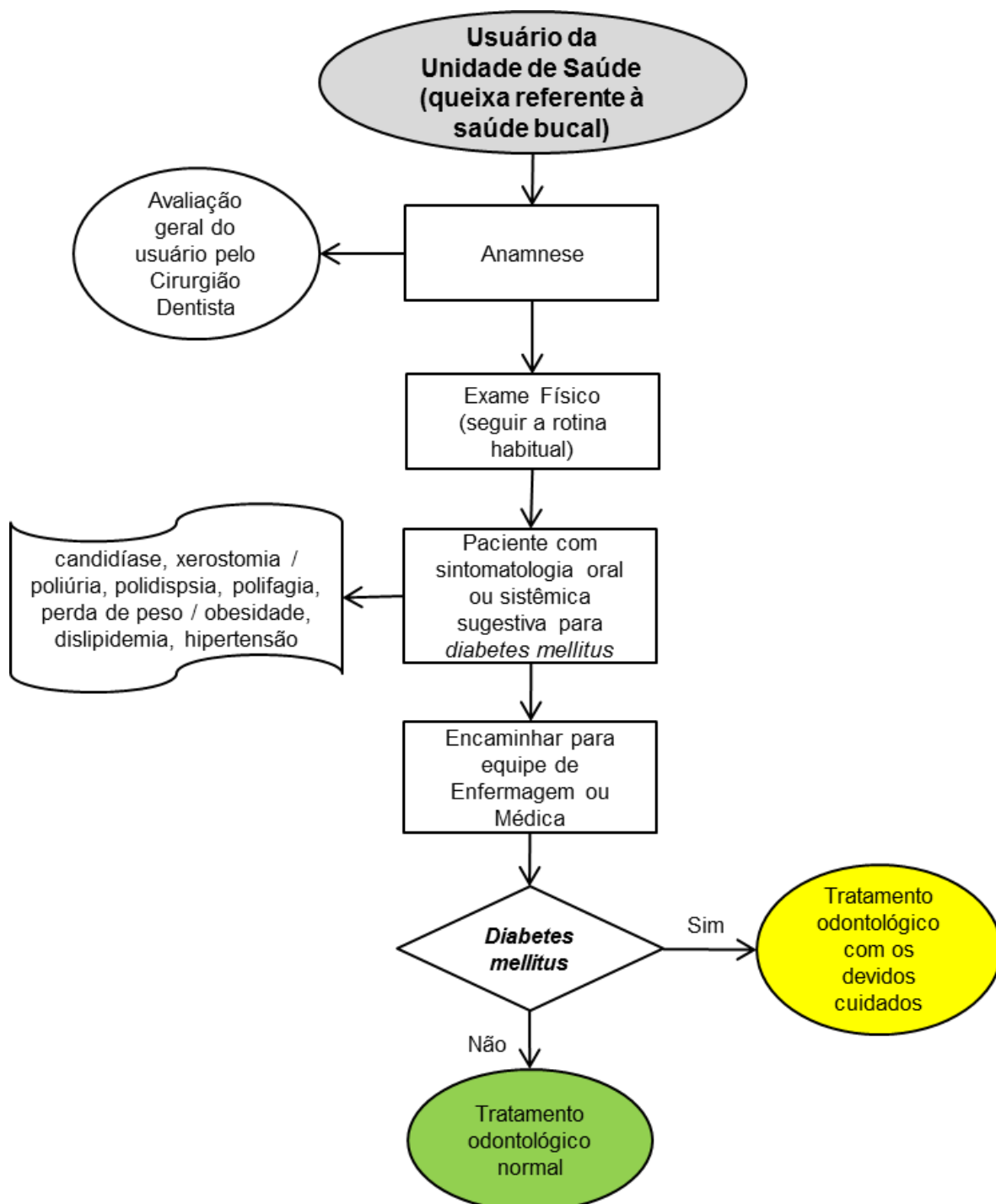
Para se realizar um atendimento odontológico adequado em pacientes com *diabetes mellitus*, o primeiro passo é registrar em um questionário de saúde (anamnese) dados minuciosos do paciente.

Tais relatos devem ficar devidamente assinados pelo paciente ou por seu responsável, atentando-se para os sintomas clássicos da doença: poliúria (aumento do volume urinário), polidipsia (sede aumentada e aumento de ingestão de líquidos), polifagia (apetite aumentado), glicosúria (excesso de glicose na urina) e perda de peso.

Além desse questionário faz-se necessário planejar o atendimento odontológico buscando a implantação de medidas preventivas e a adoção de estratégias para o tratamento, considerando seus problemas físicos e emocionais, bem como suas peculiaridades fisiológicas

e sociais, sendo necessária atenção especial a pacientes com relatos de frequentes mudanças no regime terapêutico.

Figura 2: Fluxo da Etapa I – Encaminhamento para tratamento odontológico



Segundo Alves *et al.* (2006), o exame físico da cavidade oral deve seguir a rotina habitual. No exame supragengival, enfatizar a avaliação de sangramento gengival, placa bacteriana e possíveis fatores retentivos, no caso das áreas subgengivais deve observar a

profundidade de sondagem, sinais clínicos de inflamação, níveis de inserção periodontal e recessão gengival.

Os pacientes com *diabetes mellitus* precisam ser instruídos quanto à necessidade de alimentar-se e ingerir a medicação adequadamente antes da consulta odontológica, minimizando, assim, a chance de desenvolver processos hipoglicêmicos.

Após a avaliação da taxa de glicose no sangue, com ajuda do glicosímetro o cirurgião dentista **deve adiar o tratamento odontológico eletivo** de pacientes com níveis de glicose inferiores a 70 mg/dl e superiores a 200 mg/dl por conferirem risco ao sucesso do procedimento (CAMPOS *et al.*, 2009).

Citando a *American Diabetes Association* (2004), Alves *et al.* (2006) afirmam que para o diagnóstico e as manifestações clínicas do diabetes, os valores padrões correspondentes a **glicemia de jejum**, ou seja, verificados com pelo menos 8 horas após a ingestão calórica, são os seguintes:

- Glicemia normal: < 99 mg/ dL;
- Pré-diabetes: de 100 a 125 mg/ dL;
- Diabetes mellitus Tipo 1 ou 2: ≥ 126 mg/ dL;
- Diabetes gestacional: ≥ 110 mg/ dL.

O atendimento aos pacientes com *diabetes mellitus* deve ser realizado preferencialmente no período matutino, momento em que os níveis de glicose encontram-se, geralmente, mais elevados, evitando consultas prolongadas que mantenham o indivíduo em longos períodos de jejum.

Há necessidade de acompanhamento médico, principalmente na indicação de medicação ansiolítica, dos pacientes com *diabetes mellitus*, uma vez que seu estado emocional (medo, dor, ansiedade) precisa estar controlado para não provocar alterações na glicemia.

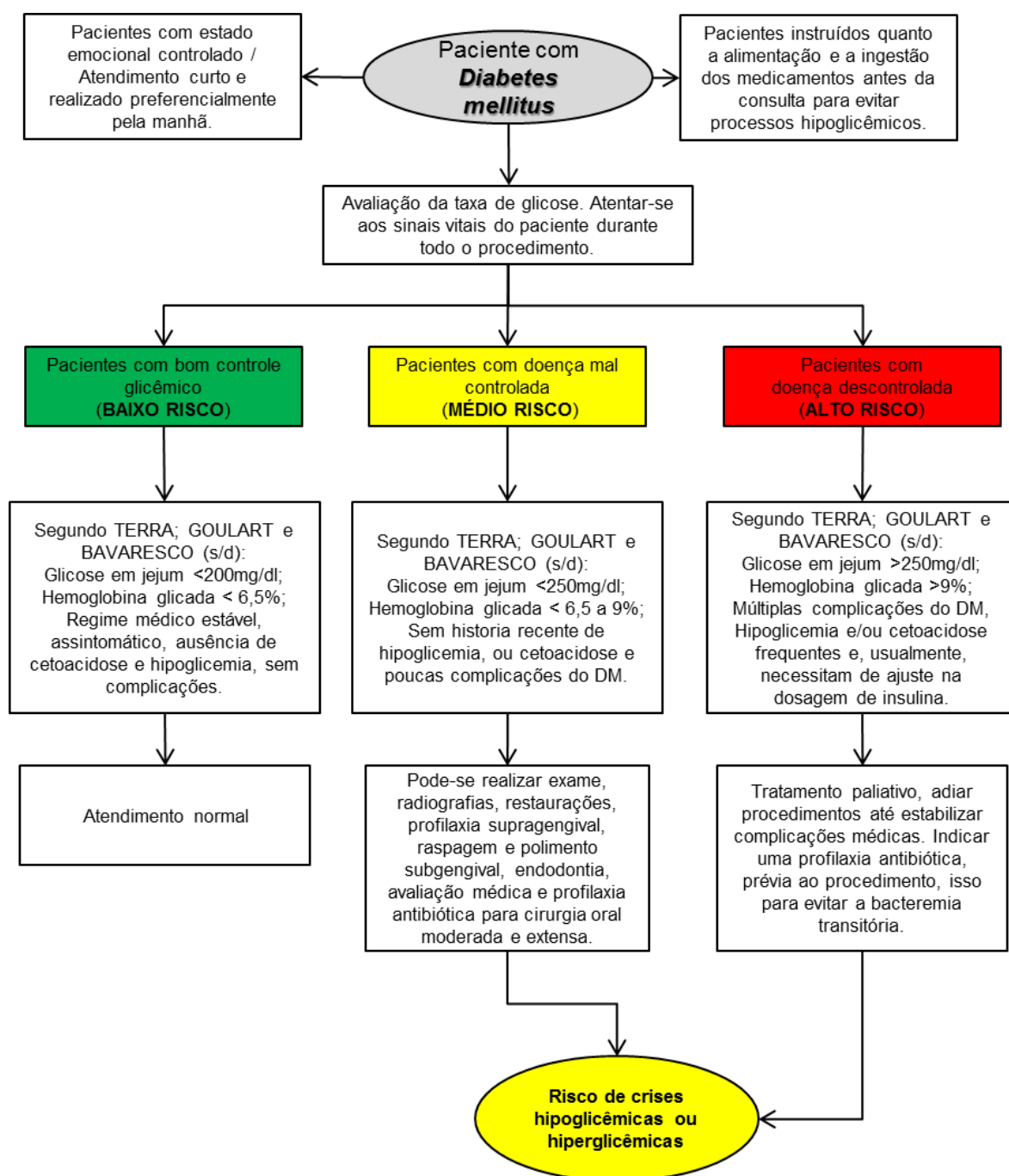
Em caso de estresse e/ou medo pode-se atenuar com o uso de benzodiazepínicos (midazolam, lorazepam) e/ou sedação com óxido nitroso e oxigênio, evitando situações emergenciais (CAMPOS *et al.*, 2009).

A glicemia capilar deve ser monitorada frequentemente nos dias seguintes a realização dos procedimentos dentários prolongados, traumáticos ou estressantes, quando for necessário restrição alimentar, ou uso de antibióticos, anti-inflamatórios não esteroides (AINES) ou corticoides (potencializam a hiperglicemia). No caso de manifestação dolorosa, essa pode ser controlada com analgésicos simples (acetaminofeno, dipirona) e AINES (nimesulida,

ibuprofeno, diclofenaco). Nos casos graves, usar preparações com codeína (ALVES et al., 2006).

Ainda segundo Alves et al. (2006), ressalta-se que durante o tratamento odontológico também é recomendado para controle da placa, manutenção de flora não patogênica e prevenção da doença periodontal severa o uso de clorexidina.

Figura 3: Fluxo da Etapa II – Tratamento odontológico após orientações e/ou acompanhamento da equipe médica



O acompanhamento médico deve ocorrer durante o processo, pois podem ocorrer interações medicamentosas entre analgésicos / antiinflamatórios e os hipoglicemiantes orais dos pacientes diabéticos. O efeito hipoglicêmico das sulfoniluréias é potencializado, geralmente, pelo uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e AINES. É necessário, ainda, ao prescrever medicação, observar a presença de glicose na formulação da droga (CAMPOS *et al.*, 2009).

O uso de antimicrobianos para pacientes com bom controle glicêmico é semelhante ao do não diabético. Já os pacientes com a doença mal controlada, mesmo na ausência de sinais e infecção são recomendados a profilaxia antibiótica nos procedimentos que geram bacteremia importante. Caso seja necessária a prescrição curativa, podem ser usados: penicilinas (amoxicilina, ampicilina), cefalosporinas (cefalexina) ou macrolídeos (azitromicina, claritromicina) (ALVES *et al.*, 2006 citando TÓFOLI *et al.*, 2005; DAJANI *et al.*, 1997).

Para Campos *et al.* (2009), os anestésicos locais com vasoconstritores adrenérgicos, como a epinefrina, são permitido, desde que sejam aplicadas considerando a dose máxima permitida para o peso corporal do paciente, lentamente e após aspiração negativa. A epinefrina possui efeito contrário à insulina, por isso a necessidade de evitar a sua injeção diretamente na corrente sanguínea.

Pacientes com *diabetes mellitus* apresentam uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento da doença periodontal (independente da presença de fatores locais) e a xerostomia (secura na boca) os predis põem a cárie dentária, por isso se torna imprescindível ações de educação em higiene oral, bem como o controle de placa efetivo é essencial para não exacerbar o risco dessas enfermidades bucais no paciente diabético. Pode-se indicar como adjunto para prevenção dessas patologias, bochechos com clorexidina 0,12% e fluoreto de sódio, bem como gomas de mascar com xilitol ou ainda recomendar o uso de saliva artificial para aliviar os sintomas da xerostomia (ALVES *et al.*, 2006).

Durante todo o procedimento há necessidade de monitorar os sinais vitais do paciente, pois o indivíduo diabético pode apresenta complicações como hipoglicemias ou hiperglicemias (Quadro 2).

Quanto às medidas preventivas, durante as consultas odontológicas os pacientes deverão ser informados quanto às técnicas e frequências de uso do fio dental e da escovação. Devem também receber tratamento profilático e para cáries e periodontites com aplicação de flúor e remoção de placas e cálculo.

Quadro 3: Caracterização e apresentação das principais complicações agudas do diabetes mellitus

Complicações	Hipoglicemia	Hiperglicemia
Definição	Glicemia < 70 mg/dL	Em diabéticos, glicemia >140-180 mg/dL, a depender do grau de controle desejado.
Causas	Dose excessiva de insulina ou hipoglicemiantes orais, omissão ou atraso das refeições, ingestão de álcool, exercícios prolongados, insuficiência renal, má absorção intestinal, drogas com ação hipoglicemiante (antiinflamatórios não-hormonais)	Omissão ou subdose de insulina ou hipoglicemiantes orais, excessos alimentares, medicamentos que aumentam a glicemia (corticóides), infecções, cirurgia, estresse físico, traumático, metabólico ou emocional.
Sintomas	Adrenérgicos (tremor, sudorese, palidez, taquicardia, palpitação, fome) e neuroglicopênicos (cefaléia, tontura, sonolência, irritabilidade, fraqueza, confusão mental, visão turva, incoordenação motora, desmaio, convulsão e coma)	Poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, hálito cetônico (odor de maçã ou fruta passada, na respiração). Se não controlada, a hiperglicemia 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.
Classificação	Assintomática, sintomática leve (o paciente pode tratar sua hipoglicemia) e sintomática grave (o paciente requer ajuda de outra pessoa para tratar a hipoglicemia).	Casos leves (poliúria, polidipsia, polifagia) e casos graves (cetoacidose diabética).
Diagnóstico	A suspeita de hipoglicemia deve ser confirmada medindo-se a glicemia capilar. Caso isso não seja possível, o paciente sintomático deverá ser tratado como se apresentasse uma verdadeira hipoglicemia.	A suspeita de hiperglicemia deve ser confirmada pela medida da glicemia capilar.
Tratamento	O tratamento depende da gravidade. O paciente consciente deverá ingerir o equivalente a 15g de glicose: 1	Nos casos leves, o paciente fará os ajustes de doses orientados por seu médico. Na hiperglicemia

Complicações	Hipoglicemia	Hiperglicemia
	comprimido de glicose, 1 sachê de mel ou açúcar, 1 copo de suco de frutas ou de refrigerante, 1 colher de sopa rasa de açúcar, 2 balas de mel ou 3 colheres de geleia. Na falta desses, ingerir qualquer outro alimento com açúcar. Em seguida, monitorar a glicemia capilar a cada 15 minutos, até a sua normalização. O paciente inconsciente não deverá receber nada por via oral, com exceção de um pouco de açúcar aplicado na bochecha. O tratamento ideal para esses casos é a administração de glicose a 10% por via endovenosa (em média 30-50 mL).	grave, o paciente deverá ser encaminhado para uma Unidade de Emergência.
Procedimento do Cirurgião Dentista	Finalizar o atendimento, posicionar o paciente confortavelmente na cadeira e administrar carboidratos via oral. Caso não haja recuperação ou o paciente estiver inconsciente, socorro médico deve ser acionado e os sinais vitais monitorados.	Encerrar o atendimento imediatamente colocar o paciente em posição supina, monitorar os sinais vitais, administrar oxigênio e solicitar socorro do serviço de emergência.

Fonte: Alves *et al.* (2006) e Campos *et al.* (2009).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É clara a busca do Programa (PSF) em atender a população, de forma contínua e integrada, focando a prática assistencial na família e no seu ambiente físico e social.

O fato é que o sucesso desse Programa está na integração entre as equipes de saúde da família. Essa integração se justifica durante todo o processo de atendimento dos usuários/pacientes nas unidades de saúde, principalmente quando esses são pacientes portadores de necessidades especiais. Tal integração proporcionaria grandes benefícios aos pacientes, como qualidade, resolubilidade do tratamento, promoção e a proteção da saúde.

Aqui especificamente foi discutida a melhor forma de tratamento odontológico aos pacientes com o Diabetes mellitus, uma doença sistêmica com influência em todo o organismo, considerado um grave problema de saúde pública.

O cirurgião dentista, como parte integrante da equipe de saúde, precisa também estar capacitado para detectar a ocorrência e para tratar pacientes com o diabetes mellitus, doença muitas vezes desconhecida do próprio paciente.

A capacitação dos profissionais de saúde quanto ao atendimento de pacientes portadores de necessidades especiais, bem como a divulgação junto à população local de informações quanto à detecção dessas doenças deve fazer parte do Programa Saúde Família de todos os municípios brasileiros.

De maneira preventiva, o PSF também precisa promover a saúde oral, em campanhas educativas, divulgando as situações que possam indicar problemas dentários e a importância de serem tratados.

O Protocolo apresentado neste estudo pretende ser mais uma ferramenta de auxílio os cirurgiões dentista, em especial os da equipe de saúde do Município de Sarzedo, na abordagem, planejamento e tratamento de pacientes com diabetes mellitus.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. [et al.]. Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito: recomendações para a prática clínica. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 5, n. 2, p. 97-110, mai./ago. 2006.

AZUMA, M. M. [et al.]. A inter-relação entre as infecções pulpares e a Diabetes. **Revista UNINGÁ Review**, v.2, n.8, p.05-12. 2011. Disponível em: <http://www.uningareview.com.br/adm/uploads/86efef573e4f9a552a88636221773995.pdf>. Acesso em: mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692**, de 25 de março de 1994. Brasília, mar 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444**, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, dez 2000. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267**, de 06 de março de 2001. Brasília, mar 2001. Seção 1, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673/GM**, de 03 de junho de 2003. Brasília, jun 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2004. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf. Acesso em: mar, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 816/GM**, de 31 de maio de 2005. Brasília, mai. 2005. 2p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria interministerial nº 2.087**, de 1º de setembro de 2011. Brasília, set 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**, Volume nº 1. Brasília, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_2_vol_%201_diretrizes_para_a_ad_na_ab_final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família, 2013**. Município de Sarzedo – MG. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: MAR/2014.

BRASILSUS. **Brasil tem 7,5 milhões de pessoas diagnosticadas com diabetes**. Ano: 2014. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/noticias/9-principais/101332-brasil-tem-75-milhoes-de-pessoas-diagnosticadas-com-diabetes.html>. Acesso em: abr. 2014.

CAMPOS, C.C. [et al.] **Manual Prático para o Atendimento Odontológico de Pacientes com Necessidades Especiais**. Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Odontologia. Goiânia – GO, 2009.

CAMPOS, F.C. de; FARIA H.P.; SANTOS M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Belo Horizonte. NESCON/ UFMG, 2010

COBRA, B. T.; PEGORARO, I. B.; GONÇALVES, M. A.; OLIVEIRA, M. A. F. C. [et al.]. **O Programa de Saúde da Família**, 2010-2012. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/saudepessoal/dasp/pgm-saude-fam-historico.pdf>

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **CEO Centro de Especialidades Odontológicas**. Coordenação Geral da Saúde Bucal: Coordenação Nacional de Saúde Bucal/DAB/SAS/MS, 2013. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1372967946_

GARAY, B. *et al.* O cuidado odontológico do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde. **Revista APS**, v.14, n.2, p. 149-161, abr/jun; 2011. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps>. Acesso em: mai. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE.. Coleção Digital. **Documentação Territorial, Sarzedo**. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/>>. Acesso em: agosto de 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Atenção á saúde do Adulto: hipertensão e Diabetes**. Conteúdo Técnico da Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica (no prelo). Belo Horizonte: 2013. Disponível em: http://canalminassaude.com.br/2013/hipertensao2013/guia_tecnico.pdf. Acesso em: fev, 2014.

MONTEIRO, A. M. D.; ARAÚJO, R. P. C.; GOMES FILHO, I. S. Diabetes Mellitus tipo 2 e doença periodontal. **RGO**, Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 50-54, jan./mar. 2002.

MORIBE, M, F. **O Diabetes e o Tratamento Endodôntico**, 2012. Disponível em: <http://farmaciadocedia.blogspot.com/2012/07/o-diabetes-e-o-tratamento-endodontico.html>. Acesso em Fev 14, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SARZEDO. **Secretaria Municipal de Saúde de Sarzedo**. Disponível em: <http://www.sarzedo.mg.gov.br/>. Acesso em: mar 2014.

RATHMANN, W. A prevalência Giani G. global de diabetes: as estimativas para o ano de 2000 e projeções para 2030. **Diabetes Care**. v.27, n.10, p. 1047-1053, 2004.

REVISTA DO CORREIO. **Diabetes cada vez mais cedo**. Publicação: de 21/07/2013. Edição nº 427 da Revista do Correio, do Correio Brasiliense. Brasília. Disponível em: http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/revista/2013/07/21/interna_revista_correio,377771/diabetes-cada-vez-mais-cedo.shtml. Acesso em: fev, 2014.

RIBEIRO, B.B. [et al]. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. **Rev. Odonto** v.20, n.39, p. 61-70, 2012.

SANTOS, M.F, [et al]. **Abordagem odontológica do paciente diabético um estudo de intervenção, 2010.** Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882010000400009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 de jun. 2013.

SILVA, M. S. Manifestações bucais em pacientes com diabetes mellitus e seus cuidados no atendimento clínico odontológico na saúde indígena. **Rev Tempus Actas de Saúde Coletiva.** v. 6, n.1, p.149-157,2012. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1105/999>. Acesso em: nov, 2013.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. **Princípios e prática de medicina oral.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 491p.

STEINHARDTS, I. **Historias das Palavras. Protocolo,** 2006. Disponível em: <http://steinhardts.wordpress.com/about/>. Acesso em: 27 jun. 2013.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem.** v. 13, n.6, p.1027-34, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>.

TERRA, B. G.; GOULART, R. R.; BAVARESCO, C. S. **O cuidado do paciente odontológico portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde.** Porto Alegre, sem data (s/d).

WARMLING, G.R, [et al]. **Atenção à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial em unidade local de saúde: relato de experiência,** 2009.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço.** Belo Horizonte: NESCON/UFGM, Coopmed, 2009.