

FERNANDA PEREIRA QUINSAN

**CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS E MÉDICOS DA
EQUIPE DE PSF SOBRE QUESTÕES
DE SAÚDE BUCAL**

BELO HORIZONTE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
2009

FERNANDA PEREIRA QUINSAN

**CONHECIMENTO DOS
ENFERMEIROS E MÉDICOS DA
EQUIPE DE PSF SOBRE QUESTÕES
DE SAÚDE BUCAL.**

Trabalho apresentado como
requisito final para obtenção do título
de Especialista em Saúde Coletiva
Orientadora - Profa. Andréa Maria
Duarte Vargas

BELO HORIZONTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

2009

Agradecimentos

À DEUS – *Tudo posso naquele que me fortalece*; à minha família e Lucas pelo apoio; à PBH pela oportunidade oferecida; à minha orientadora Andréa, aos professores da UFMG e aos colegas de turma pelo convívio enriquecedor e um agradecimento em especial à Giovanna Ribeiro Souto pela grande ajuda na formatação deste trabalho.

TUDO VALE A PENA SE A MENTE NÃO É PEQUENA.

SUMÁRIO

1- Introdução	pag.08
2- Revisão de Literatura	pag.13
2.1- Periodontite como risco para doença cardíaca	pag.13
2.2- Periodontite como um risco para complicações diabéticas	pag.14
2.3- Periodontite como um risco para infecções respiratórias	pag.15
2.4- Periodontite como risco para complicações na gravidez	pag.15
2.5- A obesidade e a doença periodontal	pag.17
2.6- Avulsão dentária	pag.17
2.7- Infecções endodônticas	pag.18
3- Objetivos	pag.20
4- Metodologia	pag.21
5- Resultados	pag.22
6- Proposta de intervenção	pag.27
7- Avaliação	pag.28
8- Summary	pag.29
9- Referências bibliográficas	pag.30
10- Anexos	pag.34

LISTA DE ABREVIATURAS

ASB-	Auxiliar de Saúde Bucal
AGE-	Glicolisação Avançada
ATM-	Articulação Têmporo Mandibular
CD-	Cirurgião Dentista
CEO-	Centro de Especialidade Odontológica
DEZ.-	Dezembro
DPOC-	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF-	Equipe de Saúde da Família
GD-	Grupo de Discussão
IGM-	Imunoglobulina
IL-	Interleucina
IL-6	Interleucina seis
IL-1 β -	Interleucina um beta
LPS-	Lipopolissacarídeos
PAB-	Piso da Atenção Básica
PACS-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PGE-2-	Prostaglandina E Dois
PSF-	Programa de Saúde da Família
SB-	Saúde Bucal
SMSA-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
TNF- α	Fator de Necrose Tumoral Alfa
TSB-	Técnico de Saúde Bucal
UBS-	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELA

- 1- Tabela nº 1 – Distribuição das respostas dos profissionais da Equipe de Saúde da Família.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo verificar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe de saúde da família sobre a relação da saúde bucal e as doenças sistêmicas. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado. Os resultados identificaram que alguns profissionais não conheciam muitas doenças ou condições bucais que podem causar problemas sistêmicos. A proposta de intervenção incluiu a realização de um grupo de discussão para uma maior interação dos profissionais da equipe de saúde.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde, o SUS, pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. A Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada participa do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

A Constituição de 1988 concretizou princípios, no que diz respeito à Saúde, que podem ser divididos em duas ordens distintas, mas inter-relacionadas: princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos. Os primeiros podem ser resumidos na Universalidade, Equidade e Integralidade; os segundos, na Descentralização, Regionalização e Hierarquização da Rede e Participação Social.

O Processo de implantação do SUS tem sido orientado por instrumentos chamados Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema.

No Brasil, a organização da atenção está delegada à gestão municipal e os repasses dos recursos federais são automáticos, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), fixo e variável.

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve sua implantação iniciada em 1994, como um avanço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O PSF tem sido colocado como uma alternativa para a organização de sistemas de saúde, segundo os princípios do SUS. A estratégia de Saúde da Família como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de Saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o

desenvolvimento de sua atuação. Permite, assim, compreender a dinâmica do núcleo familiar, suas relações na sociedade, inclusive o modo social de produção, e avaliar que determinantes sociais contribuem para um melhor ou pior desenvolvimento do processo de saúde nessa comunidade. O PSF representa tanto uma estratégia para reverter a forma atual de prestação de assistência à saúde como uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. Caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações. Estrutura-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Uma das principais estratégias do Programa de Saúde da Família é sua capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras.

Configura, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Para que essa prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada.

A inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família através da portaria Dez./2000 no início de 2002 representou a criação de um novo espaço de práticas e de relações a serem construídas, a partir da reorientação do processo de trabalho e da

própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

O cuidado em saúde exige a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e práticas de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde, por meio de medidas de caráter individual e/ou coletivo, com base no vínculo a partir de uma comunidade adstrita a um território. Existem duas modalidades de implantação de Equipes Saúde Bucal (ESB) na Saúde da Família: ESB – Modalidade I, composta por Cirurgião Dentista (CD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); e ESB – Modalidade II, composta por CD, ASB e Técnico de Saúde Bucal (TSB).

A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) foi estruturada com o objetivo de superar as desigualdades no acesso aos demais níveis de atenção em Saúde Bucal. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, a partir do fortalecimento da atenção básica, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações em saúde bucal, entendendo-o como fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Está articulado a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Do ponto de vista epidemiológico, a Política Nacional de Saúde Bucal se baseia nos dados obtidos por meio do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003. O maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal já realizado no país, e que se materializou a partir do esforço de cerca de 2.000 trabalhadores (entre cirurgiões-dentistas, auxiliares, agentes de saúde e outros profissionais), responsáveis pela

execução de 108.921 exames epidemiológicos em 250 municípios.

Dados preliminares do levantamento SB-Brasil realizado em todo o Brasil em 2003, apontam alguns dados sobre a situação da saúde bucal em nosso estado.

Em relação à cárie dentária, quase 22% das crianças de 18 a 36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo comprometido por cárie, sendo que aos 05 anos essa proporção aumentou para 52,3%. O índice CPOD aos 12 anos foi de 2,01: nos adolescentes (15 a 19 anos) foi de 5,90; nos adultos (35 a 44 anos) foi de 20,78 e nos idosos (65 a 74 anos) foi de 29,19.

Em relação à perda dentária, aos 18 anos 4% já estavam completamente desdentados. Entre os adultos, 17,3% não possuíam nenhum dente funcional, e, desses, 27,7% necessitavam de, pelo menos, uma prótese total removível (superior ou inferior). Apenas 55,9% dos adultos possuíam no mínimo 20 dentes. Entre os idosos a situação é bastante crítica: de um total de 32 dentes, 28 dentes já foram perdidos, em média, por pessoa. Somente 5,5% possuíam no mínimo 20 dentes e 72,3% eram desdentados sendo que, destes, 55,9% necessitavam de pelo menos uma prótese total removível.

Dados relativos à condição periodontal mostraram que apenas cerca de 18,0% dos adultos e 4,0% dos idosos apresentaram gengivas saudáveis, isto é, sem sinais de doença periodontal. O cálculo dental foi a condição mais observada entre esses dois grupos etários. Também foi observada a presença de bolsa periodontal igual ou maior que 4mm em 13,3% dos adultos e 5,1% dos idosos.

Do total de pessoas entrevistadas, 6,7% relataram nunca ter ido ao dentista, com percentuais de 10,6%, 2,3% e 4,3% nos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, respectivamente.

Os resultados do SB-Brasil apontam para uma tendência ao controle da cárie dentária e doença periodontal em escolares, mas ainda com necessidade de atenção ao grupo de polarização, em detrimento do restante da população, que se apresenta

com grande demanda por ações integrais de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal por meio da estratégia Saúde da Família, a ampliação e qualificação da Atenção Especializada com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Os CEOs oferecem tratamento endodôntico, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia menor, periodontia e diagnóstico bucal (com ênfase ao diagnóstico de câncer bucal), além de outras especialidades a serem definidas localmente.

Diante do exposto acima; a importância da inserção da saúde bucal no PSF veio reafirmar os princípios doutrinários/operacionais do SUS, uma vez que a saúde começa pela boca.

Este trabalho justifica-se pela necessidade da interação entre os médicos e enfermeiros com os profissionais da saúde bucal visando o atendimento integral ao indivíduo. Nesse sentido, conhecer o que os profissionais não dentistas da equipe conhecem e não conhecem sobre saúde bucal é de extrema importância porque vai proporcionar uma capacitação eficaz que será bom para todos.

2. Revisão de Literatura

No início do século vinte, a medicina e a odontologia estavam pesquisando as razões que levavam as pessoas a se tornarem afligidas com uma ampla variedade de doenças sistêmicas. Naquele momento, a medicina tinha pouco discernimento sobre as causas das doenças como artrite, pneumonia e pancreatite, para citar algumas. De acordo com Miller e Hunter, o conceito de que as bactérias e a infecção oral eram as causas prováveis da maioria das doenças sistêmicas de uma pessoa, repentinamente tornou-se muito popular (O'reilly & Claffey, citado por Lindhe 2005). Nos 40 anos seguintes, os médicos e dentistas abraçaram a idéia de que as infecções, especialmente aquelas que se originavam na boca, causavam a maioria dos sofrimentos e doenças do homem. Essa era, que pode ser conhecida como a “era da infecção focal”, pode ser atribuída principalmente a Willoughby Miller, microbiologista na Filadélfia, e ao médico londrino William Hunter (O'reilly & Claffey, citado por Lindhe 2005).

Em um artigo publicado em 1891, intitulado “A boca humana como foco de infecção”, Miller argumentou que a flora bucal causava otite, osteomielite, septicemia, piemia, distúrbios do trato alimentar, noma, difteria, tuberculose, sífilis, meningite, gangrena dos pulmões, angina de Ludwig, actinomicoses e candidose. Evidentemente, a partir dessa publicação pode-se avaliar quão extensamente a boca e a infecção oral foram responsabilizadas por causarem tantas doenças sistêmicas (Lindhe, 2005).

2.1. Periodontite como risco para doença cardíaca

Loeshe (1997), cita em seu artigo que “bacteremias frequentes de baixa intensidade seriam benéficas pelo estímulo ao sistema imunológico, fazendo com que

diante de outras bacteremias de maior intensidade o organismo já esteja sensibilizado. Porém, diante de infecções mais severas, um número bem maior de microorganismos ganharia acesso à circulação, o que poderia levar à produção de citocinas inflamatórias, o que constitui um fator de risco para alterações cardiovasculares”. A plausibilidade biológica, utilizada para justificar a associação da doença periodontal e doença cardíaca, pode ser resumida em: (1) citocinas, liberadas como resposta aos agentes infecciosos relacionados à doença periodontal poderiam iniciar e propagar a formação de um ateroma; (2) hiper-resposta inflamatória ao lipopolissacarídeo de patógenos periodontais poderia agravar o quadro clínico das duas condições; (3) alguns patógenos periodontais também podem ter efeitos sobre eventos tromboembólicos (Williams et al., 2005).

2.2. Periodontite como um risco para complicações diabéticas

Assim como a doença cardiovascular, o diabetes Mellitus é um processo patológico multifatorial comum que envolve fatores de riscos genéticos, ambientais e comportamentais. Essa condição crônica é marcada por defeitos no metabolismo da glicose que produzem hiperglicemia nos pacientes. Conseqüentemente, a hiperglicemia crônica no diabetes leva à formação e acúmulo de produtos terminais da glicosilação avançada (AGEs). Os pacientes com diabetes apresentam níveis elevados de AGEs nos tecidos, incluindo os do periodonto (Brownlee 1994; Schmidt et al., citado por Lindhe 2005). A hiperglicemia crônica, o acúmulo de AGEs e a resposta hiperinflamatória podem promover injúria vascular e alterar a cicatrização de feridas pelo aumento de ligações cruzadas do colágeno e friabilidade, espessamento da membrana basal e velocidade de renovação tecidual alterada (Weringer & Arquilla, 1981; Lien et al., 1984; Salmela et al., 1989; Cagliero et al., 1991). Finalmente os pacientes diabéticos apresentam deterioração na quimiotaxia, aderência e fagocitose de neutrófilos (Bagdade et al., 1978, Manoucherhn-Pour et al.1981, Kjersem et al.

1988) e assim estão sob risco maior de infecções do tipo periodontite. Por outro lado, a infecção oral pode levar a uma cascata de eventos, incluindo aumento da produção de citocinas (TNF- α , IL-, IL-6), ativação da síntese de proteína de fase aguda, e consequente resistência da insulina. O tratamento da infecção periodontal em pessoas com diabetes é um importante fator no controle da glicemia.

2.3. Periodontite como um risco para infecções respiratórias

Estão surgindo evidências de que em determinadas populações de risco, periodontite e saúde oral deficiente podem estar associadas a diversas condições respiratórias. Garcia et al. (2001), fizeram uma revisão sistemática de evidências clínicas e epidemiológicas e encontraram que uma pobre saúde periodontal aumenta o risco de desenvolvimento de DPOC. As infecções respiratórias, tais como a pneumonia e certas doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) envolvem a aspiração de bactérias da orofaringe para o trato respiratório inferior (Sethi et al., 2000).

2.4. Periodontite como risco para complicações na gravidez

O nascimento de bebês prematuros de baixo peso representa aproximadamente 10% dos nascimentos anuais em países industrializados e é responsável por dois terços do total de mortalidade infantil. No início dos 90 anos, Offenbacher e seu grupo propuseram que as infecções orais, como a periodontite, podiam constituir uma fonte significativa de infecção e inflamação durante a gravidez. Offenbacher notou que a doença periodontal é uma infecção anaeróbica gram-negativa com potencial para causar bacteremias gram-negativas em pessoas com doença periodontal. Ele propôs que as infecções periodontais, que servem como reservatórios para organismos anaeróbicos gram-negativos, lipopolissacarídeos (LPS,

endotoxina) e mediadores inflamatórios incluindo PGE-2 e TNF- α , podem ser uma ameaça para a unidade fetoplacentária (Collins et al. 1994). O grupo de Offenbacher tem conduzido um extenso estudo epidemiológico molecular prospectivo projetado para examinar a atuação das infecções periodontais maternas sobre a gravidez anormal consequente. O principal objetivo do estudo é determinar se a presença de doença periodontal materna representa um fator de risco independente significativo para o nascimento prematuro e o nascimento com baixo peso no contexto de outros fatores de risco estabelecidos. A doença periodontal materna foi avaliada em valores referenciais (antes de 26 semanas de gestação) e no período pós-parto para examinar a progressão da doença periodontal durante a gravidez. Esse grupo mensurou a doença periodontal como uma exposição de três formas: (1) sinais clínicos – pela avaliação da extensão e gravidade da doença (Carlos et al., 1986). (2) resposta inflamatória – pela concentração de mediadores inflamatórios (PGE-2 e IL-1 β) dentro do fluido crevicular gengival e (3) carga microbiana – determinando os níveis de patógenos periodontais. Os achados desse estudo de coorte prospectivo, muito satisfatoriamente, confirmam as observações de Offenbacher. Em valores referenciais, a doença periodontal aumenta independentemente o risco de nascimento prematuro. Além disso, a doença periodontal aumenta o risco relativo para restrição ao crescimento fetal (peso diminuído pela idade gestacional, ajustando para paridade, raça e sexo do bebê), assim como hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia e morte neonatal. Complementando esses recentes achados epidemiológicos, Madianos et al.(2002) apresentaram achados iniciais de imunoglobulina fetal (IgM) específica para patógenos periodontais. Embora eles tenham detectado IgM específico para *P.gingivalis* e *B.forsythus*, entre outros, em espécimes de sangue do cordão fetal de bebês nascidos com peso baixo e normal, esses dados preliminares pelo menos confirmam que o feto pode ser acometido por bactérias periodontais maternas e pode elaborar uma resposta de hospedeiro independente.

2.5. A obesidade e a doença periodontal

A obesidade vem registrando crescimentos assustadores nas populações dos países desenvolvidos, e também nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil; acarretando sérias preocupações à saúde pública. Além da conhecida associação das obesidades corporal e visceral com algumas doenças sistêmicas graves, essa condição também está sendo relacionada atualmente com a ocorrência da periodontite, principalmente em jovens-adultos; constituindo-se como mais um fator de risco à doença periodontal. O tecido adiposo tanto pode gerar citocinas pró-inflamatórias, quanto pode induzir a produção de mediadores que promovem a inflamação crônica. A obesidade parece contribuir para a má nutrição que acarreta sérias deficiências na geração de anti-oxidantes capazes de neutralizar os radicais livres patogênicos. O indivíduo obeso pode sofrer estados de estresse emocional e gerar mecanismos imunossupressores; subtraindo as respostas imunes que combatem os agentes microbianos patogênicos. Esse conjunto de circunstâncias poderá, em potencial, contribuir para a evolução da doença periodontal em indivíduos obesos. (Heluy et al., 2005).

2.6. Avulsão dentária

Um dente que foi totalmente deslocado de seu alvéolo é chamado de dente avulsionado. O sucesso do tratamento de dentes avulsionados parece estar diretamente relacionado ao tempo extra-alveolar antes do reimplante; quanto mais rápido um dente avulsionado for reimplantado, melhor será o prognóstico (Andreasen e Ravn - 1986). Teoricamente, se um dente avulsionado pode ser reimplantado no mesmo local onde aconteceu a lesão, o prognóstico é melhor do que se esperar até que o paciente seja transportado para o local adequado de tratamento. As orientações a seguir podem ser dadas por telefone a alguém apto a assistir a vítima: (1) enxaguar

o dente em água fria corrente. O objetivo é lavar qualquer óbvio fragmento que tenha ficado nas superfícies das raízes. (2) não escovar o dente. Quanto menos a superfície radicular for tocada, menor será o dano às fibras e células. (3) recolocar o dente na cavidade. (4) levar o paciente a um consultório dentário imediatamente. Se a pessoa não for capaz de recolocar o dente no alvéolo, a melhor maneira de transportá-lo é na própria boca; mantenha o dente no vestíbulo bucal até que ele ou ela chegue ao consultório. O leite pode também ser usado como meio de transporte. O método menos favorável é transportá-lo em água; entretanto, ele é ainda melhor do que deixar o dente secar por não tê-lo colocado em um meio líquido. O soro fisiológico também é um meio ideal de transporte; ele protegerá a sobrevivência dos ligamentos periodontais de células e fibras na superfície da raiz do dente. O reimplante no consultório deve ser precedido de uma avaliação cuidadosa do alvéolo traumatizado e do dente avulsionado. A seguir, deve-se avaliar a necessidade ou não de estabilização do dente reimplantado. Apoio complementar ao procedimento consiste de cobertura antibiótica, prevenção contra o tétano e terapia do canal radicular duas semanas após o reimplante. O dente reimplantado deve estar em observação clínica e radiológica permanentemente.

2.7. Infecções endodônticas

A cavidade pulpar do dente despolpado sem tratamento constitui um rico reservatório de várias bactérias aeróbias e anaeróbias. É sabido que alguns procedimentos orais podem produzir uma bacteriemia transitória. Entretanto, esta raramente ultrapassa mais de 30 minutos na maioria dos pacientes. É sabido que alguns microorganismos, escapando desta forma, podem produzir enfermidades: o melhor exemplo conhecido é a endocardite bacteriana subaguda, na qual os estreptococos, usualmente do grupo viridans, se localizam sobre as válvulas cardíacas previamente danificadas. De alguns anos para cá, a literatura endodôntica foi

inundada por inúmeras publicações no campo da patogenia e da imunopatologia das alterações pulpare e periapicais. Sabe-se hoje que as lesões periapicais contém todos os componentes necessários para as respostas imunopatológicas do hospedeiro. Bahn diz que a grande maioria das lesões periapicais é circunscrita , mas as conexões com os vasos sanguíneos linfáticos continuam, e que os antígenos microbianos dos canais radiculares e das lesões infectadas podem penetrar na circulação ou nos tecidos e tornarem-se uma constante fonte de antígenos estranhos. Se existe uma suspeita razoável de uma possível relação entre infecção dental e enfermidades gerais, é altamente desejável que a infecção seja eliminada. (Council on dental therapeutics – ADA. Prevention of bacterial endodontics: a committee report of the american heart association.amer.dent.ass.j.,110:98-100, 1985).

3. Objetivos

3.1. Verificar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a relação da saúde bucal e as doenças sistêmicas.

3.2. Organizar uma capacitação destes profissionais na área.

3.3. Avaliar a capacitação realizada.

4. Metodologia

Foi elaborado um questionário (em anexo) com 12 questões, sobre os seguintes temas: as atribuições comuns a todos os profissionais das ESF, as infecções bucais como agravante em algumas doenças crônicas sistêmicas, sobre o diagnóstico de alterações da mucosa bucal, gestante e saúde bucal e avulsão dentária. Algumas questões tinham como resposta múltiplas escolhas e apenas 01 delas era com resposta aberta. No total, a amostra foi composta de 18 profissionais: 11 médicos (05 do sexo masculino e 06 do sexo feminino) com faixa etária entre 25 e 50 anos, 06 enfermeiros (01 do sexo masculino e 05 do sexo feminino) com faixa etária entre 27 e 49 anos, com tempo de PSF variando de 06 meses a 10 anos e a gerente da Unidade Básica de Saúde - UBS, terapeuta ocupacional, 40 anos, há 03 anos como gerente na UBS. Após apuração dos resultados foi proposta uma capacitação com os profissionais através de um grupo de discussão.

5. Resultados

Dos 18 questionários distribuídos, 16 foram devolvidos (10 mulheres e 06 homens). A tab. 1 apresenta os dados principais com os resultados apurados do questionário.

Tabela 1
Distribuição das respostas dos profissionais da Equipe Saúde da Família

Questões	Número de profissionais
Participação da ESB	
Grupos operativos	14
Visitas domiciliares	12
Reuniões da equipe	8
Acolhimento	3
Ações educativas	1
Doenças sistêmicas que podem ser agravadas por doenças bucais:	
Diabetes mellitus	16
Doenças cardíacas	11
Insuficiência renal	8
Doença pulmonar obstrutiva crônica	6
Obesidade	4
Osteoporose	4
Hipertensão arterial	3
Doenças bucais que podem agravar doenças sistêmicas;	
Gengivite	
Periodontite	13
Lesões endodônticas	12
Cárie	11
	7
Sobre a saúde bucal do paciente	
Pergunta ao paciente sobre saúde bucal	6
Examinam a cavidade bucal durante a consulta	5
Não pergunta, não examinam	4

Sobre a importância da participação da equipe de saúde bucal nas atividades da unidade básica de saúde (UBS), a maioria (14) respondeu que seria importante a ESB participar dos grupos operativos. Em segundo lugar (12) participar das visitas domiciliares. Em terceiro lugar (8) das reuniões de equipe. Em quarto lugar (3) do acolhimento, e em quinto lugar (1) de ações educativas, ações intersetoriais.

Conforme as atribuições comuns a todos os profissionais das ESF ditadas pela SMSA é de obrigação de todos participar das atividades descritas acima.

Em relação à participação das infecções bucais como agravante das doenças sistêmicas, a maioria (16) respondeu diabetes mellitus; (11) as doenças cardíacas; (8) insuficiência renal; (6) doença pulmonar obstrutiva crônica; (4) obesidade e osteoporose e (3) hipertensão arterial.

A diabetes mellitus, as doenças cardíacas, a doença pulmonar obstrutiva crônica, a obesidade, a osteoporose e a insuficiência renal realmente podem ser agravadas pelas infecções bucais. A literatura não aponta a hipertensão arterial como possível repercussão nas infecções bucais.

Questionando-se sobre a participação das doenças bucais no agravo das doenças sistêmicas a maioria (13) respondeu gengivite; (12) periodontite; (11) infecções endodônticas e (7) cárie.

Somente a periodontite e as infecções endodônticas interagem com as doenças sistêmicas crônicas devido às conexões com os vasos sanguíneos. A gengivite por ser doença local dificilmente teria essa interação.

Com relação à saúde bucal dos seus pacientes, a maioria (6) apenas questiona a respeito da saúde bucal; (5) sempre examina a cavidade bucal durante a consulta e (4) nunca examina ou questiona a respeito.

Devemos considerar o indivíduo como um todo. A saúde começa pela boca. O ideal é encaminhá-lo para a odontologia para agendar uma consulta.

Ao indagar se os profissionais se sentem seguros em diagnosticar as alterações da mucosa bucal, a maioria (13) respondeu que não se sente seguro e apenas 2 se sentem seguros.

O importante é indagar ao paciente se ele observa alguma coisa de anormal na cavidade bucal e em caso afirmativo encaminhá-lo(la) para a saúde bucal, onde poderá se necessário ser referenciado para a patologia.

A respeito do tratamento odontológico na gestante, a maioria (15) respondeu que as gestantes devem fazer tratamento odontológico com algumas restrições e apenas 1 respondeu que podem fazer qualquer tipo de tratamento odontológico.

O correto é fazer aquilo que não comprometa a condição de saúde da gestante. O ideal é fazer o tratamento entre o 4º e 7º mês da gestação onde ela sente menos incômodo.

Analisando se as doenças bucais da gestante podem afetar o desenvolvimento/nascimento do bebê, a maioria (13) respondeu que sim e apenas 3 responderam não.

A literatura diz que as infecções periodontais servem como reservatórios para organismos anaeróbicos gram-negativos, lipopolissacarídeos (LPS, endotoxina) e mediadores inflamatórios incluindo PGE-2 e TNF- α , podendo ser uma ameaça para a unidade fetoplacentária. A doença periodontal materna representa um fator de risco significativo para o nascimento prematuro e o nascimento com baixo peso.

Indagando sobre avulsão dentária, a maioria (10) nunca ouviu falar em avulsão dentária e 6 responderam que sim.

Avulsão dentária é quando um dente é deslocado totalmente de seu alvéolo.

Diante de um caso de avulsão, foi questionado se o profissional sabia qual providência deveria ser tomada. A maioria (12) disse sim e 4 responderam não.

O ideal é recolocá-lo imediatamente no seu alvéolo. Caso a pessoa não se sinta capaz, procurar o dentista mais próximo. O dente deve estar acondicionado num recipiente contendo de preferência leite ou então no soro fisiológico.

Caso não consiga recolocá-lo no lugar, foi perguntado qual seria o meio de transporte mais adequado até o momento do atendimento. A maioria (13) respondeu num recipiente com soro fisiológico. Em segundo lugar 2 disseram num recipiente com leite pasteurizado.

O recipiente mais propício é o leite, porque proporciona um ambiente mais favorável para preservação dos componentes do dente. Na UBS temos disponível apenas o soro fisiológico; sendo este então o melhor meio de transporte.

Sobre o local para o primeiro atendimento de quem sofreu este tipo de trauma, a maioria (9) respondeu Hospital Odilon Behrens. Em segundo lugar (5), o cirurgião dentista mais próximo do local do acidente. Em terceiro lugar (3), o especialista na área.

O paciente deve ir ao dentista mais próximo do local que sofreu o trauma (dentista particular ou UBS), porque quanto mais rápido o dente avulsionado for reimplantado, melhor será o prognóstico.

Foi deixado um espaço livre para as dúvidas mais frequentes em relação à saúde bucal dos pacientes durante as consultas dos profissionais. Obteve-se como resposta:

- fluxo de atendimento
- o que é urgência odontológica
- soluções adequadas para higienização da boca com ou sem lesões da mucosa e dos dentes
- procedimento pré-avaliação odontológica na cárie rampante
- diagnóstico de câncer/ patologia da mucosa oral mais comuns e a faixa etária correspondente.
- lesões malignas/benignas – como diferenciá-las
- oclusão/orientações gerais sobre prevenção
- fluxograma de atendimento fora da unidade básica
- medicação psiquiátrica que podem contra indicar o tratamento odontológico devido à necessidade de aplicação de anestesia
- distúrbios da articulação temporo mandibular - ATM – são tratados na rede pública?
- higienização das crianças até 01 ano de idade
- quais situações se faz necessário a extração de um dente

Pelas respostas obtidas no questionário, a equipe como um todo necessita de uma capacitação uma vez que surgiram muitas dúvidas em relação à saúde bucal, demonstram interesse em interagir com os nossos conhecimentos, visando sempre considerar o indivíduo como um todo. A capacitação vai criar um vínculo bem maior na equipe.

6. Proposta de intervenção

Foi proposto um Grupo de Discussão (GD) com todos os profissionais envolvidos no processo a fim de esclarecer e sanar as dúvidas levantadas. Foi realizada uma apresentação de slides com as respostas obtidas em cada uma das questões e ao lado de cada uma a resposta correta para uma melhor visualização e, em seguida, era apresentado o embasamento científico pertinente a cada dúvida.

O GD foi realizado na Sala de Reunião dentro da própria UBS. Dos 18 profissionais convidados, 08 compareceram; 06 não compareceram e justificaram a ausência alguns dias antes do encontro e 04 estavam na UBS, mas não compareceram alegando agenda cheia de pacientes para atenderem. Faltou-lhes planejamento em relação à agenda de seus pacientes uma vez que o convite foi feito com uma semana de antecedência. Era só remarcar-los.

7. Avaliação final

No final do GD foi pedido aos profissionais presentes para opinar sobre a oficina sobre saúde bucal. A maioria (6) achou a oficina esclarecedora e 2 muito esclarecedora. Em relação às sugestões apenas um profissional sugeriu que outras oficinas fossem propostas posteriormente.

É necessária que essa capacitação seja realizada periodicamente uma vez que a presença ao GD não atingiu a maioria dos profissionais; além de haver uma grande rotatividade destes, principalmente dos médicos, os quais (5) não são efetivos.

SUMMARY

The aimed of this study was to check the level of knowledge of the professionals of health's team about the association of oral health and systemic diseases. The instrument used for data collection was a structured questionnaire. The findings identified that some professionals didn't know about the oral diseases or conditions that can cause systemic problems. There was a proposal to discuss in group about the doubts to improve the interaction of health professionals of the team.

8. Referências bibliográficas

1. ANDREASEN, J.O e RAVN, J.J. Epidemiology of traumatic dental injuries to primary and permanent teeth in a Danish population sample. In *J. Oral Surg*, I: 235-239 1972.
2. BAGDADE, J.D., STEWART, M. & WALTERS, E. (1978). Impaired granulocyte adherence. A reversible defect in host defense in patients with poorly controlled diabetes. *Diabetes* 27, 677-681.
3. BROWNLEE, M. (1994). Glycation and diabetic complications. *Diabetes* 43. In: LINDHE, J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 4. ed, Editora Guanabara, 2005. Cap.16, p.369.
4. CAGLIERO, E., et al. (1991). Characteristics and mechanisms of high-glucose-induced overexpression of basement membrane components in cultured human endothelial cells. *Diabetes* 40, 102-110.
5. COUNCIL ON DENTAL THERAPEUTICS – ADA. Prevention of bacterial endodontics: A committee report of the American Heart Association. *Amer. Dent. Ass. J.*, 110: 98-100, 1985.
6. DEUS, Quintiliano Diniz de . *Endodontia*. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1992. 695p.
7. ENGEI, C., ROCHA. M., MENDES, M. *Medicina Preventiva: Sistema Único de Saúde – Medcurso 2007*. Ed. Medwriters, 2007. Volume 4, cap. 1 e 2 pág. – 12-31.
8. GARCIA, R.I., HENSHAW, M.M. & KRALL, E.A (2001). Relationship between periodontal disease and systemic health. *Periodontology 2000* 24, 21-36.
9. GARCIA, R.I., NUNN, M.E., VOKONAS, P.S: Epidemiologic associations between periodontal disease and chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Periodontol*, 2001; 6: 71-7
10. GARCIA, R.I., KRALL, E.A. & VOKONAS, P.S. (1998). Periodontal disease and mortality from all causes in the VA dental longitudinal study. *Annals of Periodontology* 3, 339-349.

11. HAMMARSTROM, L., et al. Replantation of teeth and antibiotic treatment. *Endod. Dent Traumatol.* 2: 51-57 (1986).
12. HELUY, S.L.C., NAIDU, T.G. Obesidade e doença periodontal: uma análise dos possíveis mecanismos de patogênese. *Periodontia*; 15(1):22-27, jan.-mar. 2005.
13. KJERSEM, H., et al. (1988). Polymorphonuclear leucocyte dysfunction during short-term metabolic changes from normoto hyperglycemia in type 1 (insulin dependent) diabetic patients. *Infection* 16, 215-221.
14. LIEN, Y.H., et al. (1984). Inhibition of collagen fibril formation *in vitro* and subsequent cross-linking by glucose. *Science* 225, 1489-1491.
15. LINDHE, J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 4. ed. Editora Guanabara, 2005. 1013p.
16. LOESCHE, W.J. Association of the oral flora with medical diseases. *Current Opinion Periodontol.* N.4, p. 21-28, 1997.
17. LOESCHE, W.J., et al. (1998). Assessing the relationship between dental disease and coronary heart disease in elderly US veterans. *Journal of the American Dental Association* 129, 301-311.
18. MADIANOS, P.N.; et al. (2002). Maternal periodontitis and prematurity: Part II – maternal infection and fetal exposure. *Annals of Periodontology* (in press).
19. MANOUCHERHR-POUR, M., SPAGNUOLO, P.J., H.M, BISSADA, N.F. (1981). Impaired neutrophil chemotaxis in diabetic patients with severe periodontitis. *Journal of Dental Research* 60, 729-730.
20. MILLER, W.D. (1891). The human mouth as a focus of infection. *Dental Cosmos* 33, 689-713.
21. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. – 2. ed. – Belo Horizonte: SAS/MG. 2007. 290 p.
22. O'REILLY, P.G. & CLAFFEY, W.M. (2000). A history of oral sepsis as a cause of disease. *Periodontology 2000* 23, In: LINDHE, j. *Tratado de Periodontia Clínica e*

Implantologia Oral. 4. ed. Editora Guanabara, 2005. Cap. 16. p.357.

23. OFFENBACHER, S., et al. (1998). Potential pathogenic mechanisms of periodontitis-associated pregnancy complication. *Annals of Periodontology* 3, 233-250.

24. OFFENBACHER, S., et al. (1996). Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birthweight. *Journal of Periodontology* 67, 1103-1113.

25. OFFENBACHER, S., et al. (2002). Maternal periodontitis and prematurity: Part I – obstetric outcome of prematurity and growth restriction. *Annals of Periodontology* (in press).

26. BRASIL, Ministério Da Saúde. Revista Brasileira Saúde Da Família. – Ano VII, n. 12(Out./Dez. 2006). Brasília:, 2006.

27. SALMELA, P.I., et al. (1989). Increased non-enzymatic glycosylation and reduced solubility of skin collagen in insulin-dependent diabetic patients. *Diabetes Research* 11, 115-120.

28. SCHMIDT, A.M., et al. (1996). Advanced glycation endproducts (AGEs) induce oxidant stress in the gingival: a potential mechanism underlying accelerated periodontal disease associated with diabetes. *Journal of Periodontal Research* 31, 508-515. In: LINDHE, J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 4. ed. Editora Guanabara, 2005. Cap. 16. p.357

29. SETHI, S., et al: Airway inflammation and etiology of acute exacerbations of chronic bronchitis. *Chest*, 2000; 118: 1557-65.

30. WERINGER, E.J. & Arquilla, E.R. (1981). Wound healing in normal and diabetic Chinese hamsters. *Diabetologia* 21, 394-401.

31. WILLIAMS, R.C., PAQUETTE, D. Periodontite como fator de risco para doença sistêmica. In: LINDHE, J., KARRING, T., LANG, N.P. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 4 ed. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan, 2005. Cap. 16. p. 356-375.

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

QUESTIONÁRIO

DATA:

PROFISSIONAL:

PROFISSÃO:

ATUA NO PSF HÁ QUANTOS ANOS?

01-EM QUAIS SITUAÇÕES VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL?

- GRUPOS OPERATIVOS VISITAS DOMICILIARES ACOLHIMENTO
 REUNIÕES DE EQUIPE NÃO ACHA IMPORTANTE OUTRAS -----

02-DE ACORDO COM ESTUDOS RECENTES, EM QUAIS DOENÇAS CRÔNICAS SISTÊMICAS AS INFECÇÕES BUCAIS PODEM PARTICIPAR COMO UM AGRAVANTE?

- DIABETES MELLITUS INSUFICIÊNCIA RENAL OSTEOPOROSE
 DOENÇAS CARDÍACAS OBESIDADE HIPERTENSÃO ARTERIAL
 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA NENHUMA

03-QUAIS AS DOENÇAS BUCAIS PODEM INTERAGIR COM AS DOENÇAS SISTÊMICAS CRÔNICAS?

- CÁRIE PERIODONTITE GENGIVITE INFECÇÕES ENDODÔNTICAS (CANAL)

04-COM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DOS SEUS PACIENTES, VOCÊ:

SEMPRE EXAMINA A CAVIDADE BUCAL DURANTE A CONSULTA.

APENAS QUESTIONA A RESPEITO DA SAUDE BUCAL.

NUNCA EXAMINA OU QUESTIONA A RESPEITO.

05-VOÇÊ SE SENTE SEGURO NO DIAGNÓSTICO DE ALTERAÇÕES DA MUCOSA BUCAL?

SIM

NÃO

06-COM RELAÇÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NO PERÍODO DA GESTAÇÃO, VOCÊ CONSIDERA QUE:

AS GESTANTES NÃO DEVEM FAZER NENHUM TIPO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

AS GESTANTES PODEM FAZER QUALQUER TIPO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

AS GESTANTES DEVEM FAZER TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COM ALGUMAS RESTRIÇÕES

07-AS DOENÇAS BUCAIS DA GESTANTE PODEM AFETAR O DESENVOLVIMENTO/NASCIMENTO DO BEBÊ?

SIM

NÃO

08-VOÇÊ JÁ OUVIU FALAR DE AVULSÃO DENTÁRIA?

SIM

NÃO

09-DIANTE DE UM CASO EM QUE O ELEMENTO DENTAL TENHA SAÍDO COMPLETAMENTE DA BOCA E CAÍDO NO CHÃO, VOÇÊ TEM IDÉIA DE QUE TIPO DE PROVIDÊNCIA DEVERIA SER TOMADA?

() SIM () NÃO QUAL?-----

10-CASO VOCÊ NÃO CONSIGA RECOLOCÁ-LO NO LUGAR, QUAL SERIA O MEIO IDEAL QUE O DENTE DEVERIA FICAR GUARDADO ATÉ O MOMENTO DO ATENDIMENTO POR UM PROFISSIONAL?

- () EMBRULHADO EM GUARDANAPO DE PAPEL
- () NUM RECIPIENTE COM ÁGUA DA TORNEIRA
- () NUM RECIPIENTE COM SORO FISIOLÓGICO
- () NUM RECIPIENTE COM LEITE PASTEURIZADO

11-QUAL É O LOCAL PARA O PRIMEIRO ATENDIMENTO QUE SOFREU ESSE TIPO DE TRAUMA?

HOSPITAL ODILON BERHENS

- () CIRURGIÃO-DENTISTA MAIS PRÓXIMO DO LOCAL DO ACIDENTE
- () FACULDADE DE ODONTOLOGIA
- () ESPECIALISTA NA ÁREA

12-QUAIS SÃO AS SUAS DÚVIDAS MAIS FREQUENTES EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL DE SEUS PACIENTES DURANTE AS CONSULTAS?

ANEXO B

AVALIAÇÃO FINAL

ESSA OFICINA SOBRE SAÚDE BUCAL FOI:

- ESCLARECEDORA
- POUCO ESCLARECEDORA
- MUITO ESCLARECEDORA
- NÃO FEZ DIFERENÇA

SUGESTÕES