

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

AQUILES CASTRO ARAÚJO

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2013

AQUILES CASTRO ARAÚJO

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

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. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2013

AQUILES CASTRO ARAÚJO

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

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. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em: 30/12/2013

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pelo apoio, paciência e grande dedicação.

A todos os meus amigos que participaram direta e indiretamente, obrigado pelo companheirismo e apoio nos momentos difíceis.

A Deus, por me dar diariamente força nesta caminhada.

RESUMO

O Brasil passa por um processo de transição demográfica. Avanços na tecnologia e melhorias nos padrões de saúde provocaram o aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional. Atrelado a essa condição, surgem às perdas de capacidade funcional e o aparecimento de doenças, como Diabetes mellitus e Hipertensão arterial. A grande demanda desses usuários na atenção básica e a importância do controle dos distúrbios exigem métodos que favoreçam a aquisição de conhecimento e atendimento adequado e resolutivo por parte dos cirurgiões-dentistas e de toda equipe de saúde da família. O objetivo deste estudo foi desenvolver um protocolo de atendimento odontológico aos portadores de hipertensão e diabetes na atenção básica, propondo uma reorientação dos procedimentos odontológicos, evidenciando a importância do atendimento multidisciplinar para a prevenção, controle e tratamento das suas complicações. Para subsidiar a elaboração do protocolo foi realizada uma revisão bibliográfica na literatura nacional nos bancos de dados integrantes da Biblioteca Virtual em Saúde, com a finalidade de identificar evidências já existentes sobre elaboração de protocolos como uma das maneiras de organizar a assistência e, assim, fundamentar a sua aplicação na prática. Com a utilização do protocolo proposto espera-se reduzir consideravelmente falhas na execução dos procedimentos, propiciar melhor racionalização destes, inclusive de tempo, bem como viabilizar uma prática clínica com maior segurança no atendimento. A literatura consultada reforça a importância do protocolo como uma diretriz para a prestação de um atendimento qualificado e que possibilitará a criação de parâmetros avaliativos das ações ofertadas e, conseqüentemente, dos resultados propostos.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Hipertensão. Atenção básica à saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

Brazil is going through a demographic transition. Advances in technology and health standards improvements led to a life expectancy increased and consequent population getting old. Together to this condition, it may arise losses of functional capacity and onset of diseases such as diabetes mellitus and hypertension. The great demand of these users in primary care and the importance of controlling disturbances require methods to encourage the achievement of knowledge, appropriate and effective care on the part of dentists and the Family Health Team. The aim of this study was to develop a protocol for dental care to patients with hypertension and diabetes mellitus in primary care, suggesting a reorientation of dental procedures, indicating the importance of multidisciplinary care for the prevention, control and treatment of its complications. In order to support the protocol development, a literature review was performed in the national literature on the banks of data of the Virtual Health Library. It was performed to identify existing evidence on development of protocols as one of the ways to organize care, and then support its practical application. Using the proposed protocol is expected to greatly reduce failures in implementing the procedures, provide better use of them, including time as well as enable a clinical practice more safely in attendance. The literature emphasizes the importance of the protocol as a guideline for the provision of skilled care and enable the creation of evaluative parameters of given shares and, consequently, of the results.

Key words: Diabetes mellitus, Hypertension, Primary care, Oral health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
6 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO.....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Diante do processo de transição demográfica que pode ser explicada pelas mudanças na tecnologia e melhorias nos padrões de saúde da população, percebe-se que a expectativa de vida vem ganhando espaço, com redução tanto das taxas de natalidade quanto de mortalidade infantil por doenças infecciosas.

Ao se tratar da maior expectativa de vida, considerou-se a população de idosos, que vem apresentando um índice de crescimento nos últimos tempos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística demonstrou um percentual, em 1970, de 3,5% de pessoas acima de 65 anos, e de 5,5% em 2000, com perspectiva de aumento nesse grupo etário em 2050, caracterizando o envelhecimento da população brasileira (IBGE, 2010).

Nesse contexto, onde há expectativa de vida, não se pode deixar de perceber que com o envelhecimento surgem as perdas da capacidade funcional, promovendo o aparecimento de doenças, debilitando o organismo imunológico e impedindo que o mesmo reaja com o avançar da idade. É assim que conseqüentemente vem crescendo o número de idosos portadores de diversas patologias, dentre elas a Diabetes mellitus e Hipertensão arterial.

Aliada a essa informação, frisa-se que diversas áreas da saúde vêm preocupando com o número de idosos portadores de Diabetes mellitus e Hipertensão arterial, em especial a saúde bucal. Macêdo *et al.*, (2009) apontaram também a diversidade de problemas periodontais e lesões de mucosa bucal nessa população.

De acordo com Kaplan (2006), 22% da população brasileira com faixa etária acima de 20 anos são vítimas do Diabetes mellitus, sendo que 80% da população de aposentados Hipertensos tiveram acidente vascular encefálico e 60% infarto do miocárdio.

De acordo com Sonis, Fazio e Fang (1996), a Diabetes mellitus pode ser compreendida como a carência absoluta ou relativa de insulina, gerada tanto pela baixa produção de insulina pelo pâncreas, bem como pela ausência de resposta dos tecidos periféricos à insulina. Esse quadro interfere substancialmente na qualidade

de vida dos portadores da Diabetes mellitus, apresentando sintomas tais como: polidipsia, polifagia e poliúria. Ocorre que a atuação da insulina é fundamental na regulação de muitos processos metabólicos do organismo, tendo influência direta em quase todos os sistemas orgânicos. Os portadores da Diabetes apresentam quadro de patologias evidenciadas nos grandes e pequenos vasos, elevando a probabilidade de desenvolver complicações vasculares, neurológicas e infecciosas.

A Diabetes mellitus tem demonstrado que é uma doença que merece a atenção da saúde pública, pois mesmo diante da investigação nesse campo, tem atingindo um grande número de pessoas (ASSUNÇÃO;SANTOS;GIGANTEA, 2001). Os dados descritos na Organização Mundial de Saúde destacam a ocorrência contínua desse tipo de doença, considerando ainda que em 2030, aproximadamente 300 milhões de pessoas terão tal distúrbio metabólico (WILD *et al.*, 2004). Corroborando, Beers e Berkow (2001) descreveram a Diabetes mellitus como uma epidemia mundial que vem atingindo um número considerável de mais de 135 milhões de pessoas, o que torna esse fato um grande desafio aos serviços de saúde que vêm tentando edificar trabalhos de prevenção e controle.

A Hipertensão surge como ativadora das doenças que envolvem o sistema cardíaco e circulatório, podendo atuar como agravante para o surgimento de outras afecções. Se os valores pressóricos estiverem acima de 140 x 90 mmHg, em duas aferições distintas, em repouso, é diagnosticada a Hipertensão Arterial Sistêmica e o indivíduo necessita de acompanhamento médico e procedimento específico, podendo compreender o uso de medicamentos e/ou mudanças dos hábitos de vida (MARTIN *et al.*, 2004).

Desse modo, a Hipertensão arterial vem ganhando dimensões sociais, representando um problema de saúde pública relevante, tendo em vista que, em caso de não haver controle da doença, poderá o coração, os olhos, os rins e outros órgãos sofrerem danos graves, muitas vezes irreversíveis, levando o paciente a óbito. Diante de crises hipertensivas, o ideal e urgente é que haja intervenção médica.

O controle da Hipertensão arterial poderá então ser feito utilizando fármacos indicados e prescritos por médicos para cada paciente de forma específica. Se o tratamento é seguido de maneira correta, associado a exercícios físicos, o paciente

poderá ter uma vida saudável (GUEDES *et al.*, 2005).

Assuntos relacionados ao adequado controle da pressão arterial (PA) no pré-operatório, até mesmo a abordagem do paciente hipertenso tem sido bastante discutido nos últimos tempos. Essa preocupação surge diante da decisão de postergar ou não uma cirurgia eletiva no paciente com a pressão arterial modificada, vindo a ser um tema de acentuada controvérsia entre os anesthesiologistas e cirurgiões. Somado a isso, ressalta-se a elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população, em especial na faixa etária de idosos (LORENTZ; SANTOS, 2005).

É importante dizer que a Estratégia em Saúde da Família (ESF) propõe reorganizar a Atenção Básica em busca da vigilância à saúde através de ações sejam elas individuais ou coletivas, inseridas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Assim sendo, o Ministério da Saúde vêm dando outro formato à assistência a partir da Atenção Básica, produzindo uma nova dinâmica para a solidificação do Sistema Único de Saúde (SUS) (JESUS, LIMA, 2010).

A ampliação das ações das Equipes de Saúde da Família se deu com a publicação da Norma Operacional da Atenção Básica em 2002 (BRASIL, 2002), que define as ações básicas de saúde como responsabilidade dos gestores municipais, independente do porte e nível de organização, e define como prioridades sete grupos de ações, a saber:

Saúde da criança;

Saúde da mulher;

Controle da hipertensão arterial;

Controle do diabetes mellitus;

Controle da tuberculose;

Eliminação da hanseníase e;

Saúde bucal.

A portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da atenção básica define a Estratégia da Saúde da Família como principal política de atenção básica no Brasil e regulamenta as funções da equipe de saúde da família e de cada um dos seus

membros e das equipes de saúde bucal.

À vista do exposto, Macêdo *et al.*,(2009) descreveram que a implantação de Equipes de Saúde Bucal na ESF é fato recente, o que gera certa limitação. Por focar a família, como seu principal eixo de trabalho, busca-se consolidar um novo modelo de atendimento em saúde bucal, rompendo com os modelos vigentes, caracterizados ora como curativos e mutiladores, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar. Protocolos de atendimento contendo atribuições e competências para cada profissional da equipe de saúde da família foram criados. Protocolos incluindo o profissional cirurgião-dentista não foram desenvolvidos. Tais documentos definem todas as tarefas a serem efetivadas pelos agentes comunitários e demais profissionais que integram a equipe mínima do PSF, ou seja, médico, enfermeiro e técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

A inclusão do cirurgião-dentista (CD) na ESF suscita uma sequência de indagações quanto ao atendimento do serviço público. As evidências quanto à falta de protocolos clínicos odontológicos que possam nortear o atendimento dos usuários de áreas prioritárias do PSF como controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase, controle da Hipertensão arterial, controle da Diabetes mellitus, Saúde da Criança e Saúde da Mulher, inibem a atuação do CD, no que diz respeito ao real significado da interdisciplinaridade (MAIA; SILVA; CARVALHO, 2005).

Devido à importância da conservação da saúde bucal e o importante papel do cirurgião-dentista na promoção e manutenção do bem-estar e qualidade de vida dos portadores de Diabetes mellitus e Hipertensão arterial, pretende-se, portanto, construir um protocolo de atendimento odontológico para os portadores de Diabetes e Hipertensão para ser utilizado na atenção básica. O intuito da sua implantação é gerar melhoria na qualidade de vida dessas pessoas, prevenindo doenças e ajudando a solucionar problemas de saúde por meio de um tratamento diferenciado.

2 JUSTIFICATIVA

A inclusão das ações da saúde bucal nas equipes de saúde da família ocorreu com a publicação pelo Ministério da Saúde da portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000) e logo a seguir, em 6 de março de 2001, o Ministério da Saúde publica a portaria nº 267 (BRASIL, 2001) que estipula o incentivo financeiro por equipe implantada de acordo com sua modalidade. Surge então o ciclo das discussões da inserção da saúde bucal na atenção básica.

Muitos avanços foram alcançados com a criação da rede de atenção à saúde bucal, mas ainda são tímidos em relação aos problemas que afetam à população, como falta de assistência e de acesso aos serviços ofertados.

O município de Santa Helena de Minas conta com três Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas com equipes de saúde da família e saúde bucal, sendo uma delas de abrangência rural.

Após realização de diagnóstico situacional do município, verificou-se a grande quantidade de pacientes que apresentam Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus e que constantemente procuram assistência odontológica na atenção básica. Surge então a necessidade de desenvolvimento de um protocolo de atendimento especializado, direcionado a esses grupos, para que se possa obter uma assistência odontológica segura e eficaz.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um protocolo de atendimento odontológico do paciente diabético e hipertenso para organizar o atendimento na Atenção Básica.

3.2 Específicos

Buscar na literatura nacional, protocolos de atendimento do paciente diabético e hipertenso com ênfase em saúde bucal.

Apontar aspectos relevantes para a construção e implantação de um protocolo não abordado pela literatura.

4 METODOLOGIA

Para subsidiar a elaboração do protocolo de atendimento foi realizada uma revisão bibliográfica na literatura nacional nos bancos de dados integrantes da Biblioteca Virtual em Saúde, com a finalidade de identificar as evidências já existentes sobre elaboração de protocolos como uma das maneiras de organizar a assistência e, assim, fundamentar a sua aplicação na prática.

A pesquisa ocorreu sem definição de tempo e ainda utilizou-se de publicações já existentes no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estadual e Municipal de saúde sobre o tema.

A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando-se as seguintes palavras-chave:

Diabetes mellitus;

Hipertensão;

Atenção Básica à Saúde;

Saúde bucal.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A doença periodontal, considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a sexta complicação crônica da Diabetes mellitus, vem ganhando maior atenção dos profissionais da odontologia, uma vez que os tecidos periodontais são as estruturas bucais mais afetadas pela doença. Considerada como uma complicação microvascular da Diabetes, essa condição está presente em 75% dos casos, merecendo uma atenção especial da saúde pública (GRANT-THEULE, 1996).

De acordo com Sousa *et al.*, (2003), são variadas as manifestações bucais dos pacientes diabéticos não controlados. Dentre essas manifestações ganham destaque a xerostomia, glossodinia, distúrbios de gustação e patologia periodontal. É comum a modificação da flora bucal com tendência à candidíase oral e queilite angular.

Grant-Theule (1996) alertou para o fato de que quanto mais cedo surgir a Diabetes mellitus, e quanto mais durável for a doença não controlada, maiores serão as possibilidades do desenvolvimento de uma doença periodontal. Além disso, ressaltou-se que, uma boa anamnese, com esclarecimentos quanto ao surgimento, duração e controle da Diabetes mellitus, é essencial para o manejo clínico desses pacientes.

A história médica de cada paciente portador de Diabetes mellitus foi relacionada com os dados de prevalência e gravidade da doença periodontal em um grupo de 100 pessoas. O resultado demonstrou prevalência de doença periodontal severa duas vezes maior em pacientes diabéticos em relação a pessoas com periodontite moderada. Observou-se, nesse estudo, uma relação entre a severidade da doença periodontal e a existência de doenças sistêmicas, sendo necessária uma estratégia terapêutica unificada para o restabelecimento da saúde (SOORY, 2007).

Estudos apresentados por Terra; Goulard e Bavaresco (2010) demonstraram que a doença periodontal tornou-se uma dificuldade para que se obtenha um controle metabólico correto do paciente diabético. A doença periodontal incita a inflamação, levando ao estresse, o que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, agravando

o controle do diabetes.

Vergnes *et al.*, (2009), realizaram uma meta-análise verificando que o tratamento periodontal pode melhorar o controle glicêmico pelo paciente portador de Diabetes mellitus.

Corroborando, Sousa *et al.*, (2003), também entenderam que a terapia periodontal tem contribuído para reduzir a necessidade da aplicação de insulina pelo diabético. Não restam dúvidas de que é fundamental a inclusão do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional em prol dos cuidados ao paciente portador de Diabetes mellitus.

A literatura atual indica que a doença periodontal pode agravar doenças cardiovasculares, Diabetes e induzir partos prematuros, além de ser possível causa de endocardite bacteriana, pneumonias e abscessos cerebrais. O tratamento dentário é importante tanto para a saúde bucal como para a saúde sistêmica, devendo, portanto, fazer parte do tratamento sistêmico, integralizando dessa forma a Odontologia à Medicina (ALMEIDA e CORRÊA, 2003).

No Brasil, a partir da década de 60, as doenças cardiovasculares superaram as infectocontagiosas como primeira causa de morte. Em 2003, 27,4% dos óbitos foram devido às doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte o acidente vascular encefálico (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Quanto à prevalência da Hipertensão arterial na população brasileira, estudos como o de Magalhães *et al.*, (2002) demonstraram que em crianças e adolescentes o percentual é relativamente baixo. Entretanto, em alguns casos o problema é clinicamente significativo e merece uma atenção especial.

Outros estudos como de Fuchs; Petter e Accordi (2001) apontaram prevalência de Hipertensão arterial na população adulta mundial como elevada. Numa revisão de estudos epidemiológicos de vários países, as prevalências de hipertensão variaram de 1% em regiões rurais de países africanos até aproximadamente 30% entre operários urbanos de São Paulo, Brasil.

Corroborando Ximenes (2005) demonstrou que o percentual da população adulta hipertensa se situa na casa de 15%. Esse mesmo estudo descreveu que há uma

variável entre 9 e 30% dependendo da localidade. Verificou-se que a classe mais pobre da população tem maior prevalência de hipertensão e outras complicações como acidentes vasculares. As regiões rurais não demonstram índices altos de hipertensão. O autor concluiu que o ambiente contribui de forma preocupante para a prevalência de hipertensão, isso em conjunto com outros fatores como urbanização, hábitos sociais e a atividade profissional.

Em verdade, a hipertensão tem sido uma doença em destaque na sociedade moderna. Como se observou nos contextos supracitados, a prevalência maior está entre os adultos. Nesse ditame é que há uma preocupação com a população de idosos, acima de 60 anos, que lida com alterações próprias do envelhecimento. De acordo com Izzo, Levy, Black (2000) os idosos diante da fragilidade própria do envelhecimento são mais propensos para desenvolver a Hipertensão arterial, tornando-a a principal doença crônica nesta população.

Em busca de ressaltar o contexto do autor supracitado, Miranda *et al.*, (2002) demonstraram números extraídos de um estudo feito com idosos residentes na cidade de São Paulo, onde foi constatada uma prevalência de Hipertensão arterial de 62%. Em outro estudo epidemiológico, na mesma cidade, apenas 10% dos idosos hipertensos estavam com sua pressão controlada, e em cerca de 10% dos idosos o diagnóstico de Hipertensão arterial foi tardio, sendo realizado somente após evento clínico decorrente de pressão elevada por vários anos, como acidente vascular encefálico (AVE) e infarto agudo do miocárdio (IAM). Comprovou-se que a aferição rotineira da pressão arterial em consultório odontológico é de suma importância, pois existem muitos pacientes que não tem conhecimento de sua condição sistêmica.

Em análise realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), verificou-se que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2% das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. Desse total, 17,75% foram relacionados ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) e ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Essas doenças são de grande importância epidemiológica, visto seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar seqüelas irreparáveis. Dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) descrevem que 40% das aposentadorias precoces decorrem dessas doenças (XIMENES, 2005).

Estudos como o de Gortzak e Abraham-Inpijn (1995) demonstraram preocupação com relação à elevação da pressão sistólica de pacientes durante procedimentos e exames odontológicos. Após a monitorização utilizando um dispositivo não invasivo denominado *Oxford Monitoring System* por 27 horas, os resultados comprovaram a elevação da pressão sistólica e uma tendência da pressão diastólica também em se elevar, em comparação aos valores registrados nas atividades normais dos pacientes 24 horas antes.

Feijoo *et al.*, (2010), ratificaram a informação de Gortzak e Abraham-Inpijn (1995), ao afirmar existir alta prevalência de Hipertensão arterial em pacientes odontológicos, seja ela não diagnosticada ou não controlada, justificando a rotina de se aferir a pressão arterial nos consultórios.

Para Munoz *et al.*, (2008), o cirurgião-dentista pode prevenir qualquer complicação inerente a HA durante seu atendimento a partir da monitorização dos valores de PA, uma vez que, valores elevados contraindicam alguns procedimentos odontológicos, principalmente o cirúrgico.

Recentemente a literatura passou a abordar um número maior de estudos sobre protocolos de atenção à saúde. Esses protocolos têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes ambulatoriais e hospitalares. Em sua maioria são baseados em evidências científicas e envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e ao emprego de medicamentos (WERNECK, FARIA e CAMPOS, 2009).

Segundo Mello (2008) a construção de protocolos clínicos na odontologia exige uma uniformização de evidências sustentadas em: princípios éticos; na tríade conhecimentos, habilidades e atitudes que constitui a competência; e em experiências vivenciadas no exercício profissional.

De acordo com Jacques e Gonçalo (2007) os protocolos propiciam processos ricos em aprendizagem organizacional e, como prescrevem racionalmente os melhores recursos a serem utilizados, são a garantia da maior probabilidade de resultados assistenciais almejados.

Os protocolos clínicos, segundo Hebling *et al.*, (2007), são definidos como reproduções estruturadas para gerir referências técnicas, partindo de normas

científicas e destaques clínicos. Por esse motivo é que se torna necessário padronizar diretrizes clínicas que possam orientar a execução de procedimentos com objetivos diagnósticos e terapêuticos, a partir de um conjunto temporal de cuidados. Não há que se duvidar que a utilização de protocolos reduza consideravelmente falhas na execução dos procedimentos, propicie uma melhor racionalização destes, inclusive de tempo, bem como viabilize uma prática clínica com maior segurança no atendimento.

A literatura consultada reforça a importância do protocolo como uma diretriz para a prestação de um atendimento qualificado e que possibilitará a criação de parâmetros avaliativos das ações ofertadas e, conseqüentemente, dos resultados propostos.

6 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

As ações contidas neste protocolo foram selecionadas com a participação da equipe de saúde, o que certamente irá contribuir para a sua implantação.

Todo usuário que chegar à unidade de saúde por qualquer motivo e tiver idade maior ou igual a 45 anos, fatores de risco para Diabetes mellitus e/ou Hipertensão arterial, deverão ser convidados a marcar consulta médica/enfermagem e a participar de atividades educativas.

De acordo com American Diabetes Association (2003), o diagnóstico dos possíveis portadores de Diabetes Mellitus deverá seguir as seguintes condições clínicas, conforme descritas no quadro 1.

Quadro 1 - Condições clínicas para diferenciação entre pré-diabético e diabético.

Pré-diabético	Diabético
<ul style="list-style-type: none"> • Glicemia em jejum < 126 mg/dL; • Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose < 200 mg/dL. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poliúria, polidipsia e perda de peso inexplicada; • Concentração de glicose plasmática casual = 200 mg/dL; • Glicemia em jejum = 126 mg/dL; • Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose > 200 mg/dL.

Fonte: American Diabetes Association (2003)

A classificação dos possíveis portadores de Hipertensão arterial deverá ocorrer de acordo com os valores sistólicos e diastólicos, propostos pelo VII Joint National Committee, descrito no quadro 2 (CHOBANIAN *et al.*, 2003).

Quadro 2 - Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo o VII Joint National Committee.

Classificação	Pressão arterial sistólica (mmHg)		Pressão arterial diastólica (mmHg)
Normal	< 120	e	< 80
Pré-hipertensão	120 a 139	ou	80 a 89
Hipertensão estágio 1	140 a 159	ou	90 a 99
Hipertensão estágio 2	≥ 160	ou	≥ 100

Fonte: Modificado de Chobanian *et al.*, (2003).

Os usuários que tiverem confirmação diagnóstica de Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus serão cadastrados no HIPERDIA. Trata-se de um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social.

Diabetes mellitus:

A Diabetes mellitus, como outras doenças crônicas progressivas e incapacitantes, tem grande importância epidemiológica, em virtude da magnitude de sua distribuição, e do fato de ser uma doença degenerativa. Sua identificação leva em consideração o surgimento de diversos sinais e sintomas, bem como de alterações na bioquímica do sangue, capitaneadas pelo aumento da concentração de glicose. O tratamento é bem estabelecido, e varia de apenas dieta e exercícios físicos até o uso de medicação específica (hipoglicemiantes orais, insulina), de acordo com o subtipo da doença. Categorias de risco ajudam no estabelecimento de planos de tratamento.

Sonis; Fazio; Fang (1996) elaboraram categorias de risco para pacientes com Diabetes mellitus, que devem ser considerados pelo cirurgião-dentista, quando da sua avaliação para tratamento dentário/periodontal (quadro 3).

Quadro 3 - Categorias de risco para pacientes com Diabetes mellitus.

PACIENTES DE BAIXO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • Bom controle metabólico em um regime médico estável; • Ausência de história de cetoacidose ou hipoglicemia; • Ausência de complicações do Diabetes; • Nível de glicose sanguínea, em jejum, menor do que 200mg/dl.
PACIENTES DE RISCO MODERADO
<ul style="list-style-type: none"> • Controle metabólico razoável em regime médico estável; • Ausência de história recente de cetoacidose ou hipoglicemia; • Poucas complicações do Diabetes; • Taxa de glicose no sangue, em jejum, abaixo de 250mg/dl.
PACIENTES DE ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • Controle metabólico deficiente; • Sintomas frequentes; • Problemas frequentes envolvendo cetoacidose e hipoglicemia; • Múltiplas complicações do Diabetes; • Taxa de glicose no sangue, em jejum, acima de 250mg/dl.

Fonte: Sonis; Fazio; Fang (1996).

A partir do estabelecimento das categorias de risco (quadro 3), o cirurgião-dentista determinará, de forma específica, a abordagem odontológica que será aplicada aos portadores de Diabetes mellitus (quadro 4).

Quadro 4 - Proposta de tratamento odontológico conforme categorias de risco para pacientes com Diabetes mellitus

PACIENTES DE BAIXO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento não cirúrgico, com atenção para orientações gerais aplicadas para todos os pacientes diabéticos: exame/radiografias, instruções sobre higiene bucal, restaurações, profilaxia supra gengival, raspagem e polimento radicular (subgengival) e endodontia; • Tratamento cirúrgico: extrações simples, gengivoplastia, extrações múltiplas, cirurgia com retalho, extração de dente incluso, apicectomia.
PACIENTES DE RISCO MODERADO
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento não cirúrgico, com atenção para orientações gerais aplicadas para todos os pacientes diabéticos: exame/radiografias, instruções sobre higiene bucal, restaurações, profilaxia supra gengival, raspagem e polimento radicular (subgengival) e endodontia; • Tratamento cirúrgico: extrações simples e gengivoplastia, que devem ser realizadas após ajuste na dosagem de insulina, em comum acordo com o médico da unidade. Para os demais procedimentos deve ser considerada a hospitalização do paciente. Avaliação médica e profilaxia antibiótica (2 gramas de amoxicilina 1 hora antes) para cirurgia bucal moderada a extensa.
PACIENTES DE ALTO RISCO

- Somente podem ser realizados exame/radiografias e instruções sobre higiene bucal. Demais procedimentos devem ser adiados até rigoroso controle do estado metabólico e das infecções bucais. Em todos os casos, o dentista deve tentar reduzir o estresse do paciente diabético. Quando possível convém fazer consultas de curta duração, considerando-se, ainda, a utilização de técnicas alternativas de sedação. O paciente deve ter sua consulta marcada para o meio da manhã, devendo ser instruído para alimentar-se normalmente no início do dia, ficando minimizada a possibilidade de hipoglicemia durante o procedimento dentário;
- **Exceção para infecção dentária ativa:** executar procedimento mais simples para controle.

Fonte: Sonis; Fazio; Fang (1996).

Uma atenção especial deve ser dada ao manejo das complicações agudas (hipoglicemia/hiperglicemia) durante o atendimento odontológico. Assim, consideraremos a proposição feita por Alves *et al.*, (2006) no que se trata dos sintomas e tratamentos relativos a tais condições clínicas (quadro 5).

Quadro 5 - Complicações agudas da Diabetes mellitus.

COMPLICAÇÃO AGUDA	SINTOMAS	TRATAMENTO
HIPOGLICEMIA	<p>Neuroglicopênicos: cefaléia, tontura, sonolência, irritabilidade, fraqueza, confusão mental, visão turva, incoordenação motora, diplopia, paralisia, distúrbios da memória, confusão mental, disfunção sensorial, desmaio, convulsão e coma;</p> <p>Adrenérgicos: tremor, sudorese, palidez, taquicardia, palpitação, fome.</p>	<p>Conscientes: 15 a 20 gramas de glicose;</p> <p>Inconscientes: açúcar na bochecha, glicose a 10% por via endovenosa (em média 30-50 mL).</p>
HIPERGLICEMIA	<p>Poliúria, polidipsia, polifagia, hálito cetônico, cetoacidose, taquicardia, hipotensão, náusea, vômito, dor abdominal,</p>	<p>Leve: alteração médica da dose de medicamentos utilizados;</p> <p>Grave: encaminhar para</p>

	desidratação, respiração de Kussmaul (respiração rápida e profunda), alteração do sensório, choque e coma.	emergência.
--	--	-------------

Fonte: Alves *et al.*, (2006)

Hipertensão arterial:

A hipertensão é uma doença que acomete aproximadamente 10 a 20% dos pacientes que frequentam os consultórios odontológicos e caracteriza-se pela elevação anormal da pressão sanguínea, sistólica em repouso acima de 14 mmHg e/ou da pressão sanguínea diastólica acima de 9 mmHg. Normalmente a hipertensão é uma doença assintomática até que se desenvolvam suas complicações, que podem levar ao comprometimento do coração, rins, cérebro, olhos e artérias, podendo acelerar a aterosclerose, levar à doença cardíaca e acidente vascular encefálico, limitando a atividade e diminuindo a vida do paciente (MORAES *et al.*, 1993).

Pela ausência de sintomas evidentes, esta doença só poderá ser diagnosticada se a pressão for aferida periodicamente. Por isso, o cirurgião-dentista desempenha um papel importante em sua detecção, uma vez que mantém contato com o paciente em inúmeras consultas e revisões semestrais.

Varellis (2005) ressalta que pacientes com P.A. acima de 14x9 mmHg (hipertensão estágio 1 e 2) necessitam ser controlados antes de serem submetidos a procedimentos odontológicos. Assim, após controle (classificação como Normal e Pré-hipertensão), os pacientes serão submetidos à conduta odontológica considerada comum, com cuidados relativos à administração de anestésicos, sendo preconizado o uso de vasoconstritores com concentração de no mínimo 1:100.000, dose máxima entre 18 e 59 mg de epinefrina (corresponde a até 03 tubetes) e evitar a injeção intravascular.

O manejo das crises hipertensivas e hipotensivas durante atendimento odontológico é de extrema importância, sendo as condições clínicas elucidadas por Rodrigues (2004) conforme pode ser visualizado no quadro 6.

Quadro 6 - Complicações agudas da Hipertensão arterial.

COMPLICAÇÃO AGUDA	SINTOMAS	TRATAMENTO
CRISE HIPOTENSIVA	Visão borrada, confusão, tontura, desmaio, sonolência, fraqueza.	Colocar o paciente imediatamente em posição onde os pés fiquem acima do nível do coração; Mudanças de doses de medicamentos; Aumentar ingestão de líquido e quantidade de sal na dieta, com supervisão médica; Encaminhar para avaliação médica.
CRISE HIPERTENSIVA	Urgência hipertensiva: Cefaléia, alterações visuais recentes, vasoespasmos ao exame de fundo de olho. Emergências hipertensivas: encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, infarto do miocárdio e evidências de hipertensão maligna ou de dissecção aguda da aorta.	Urgência hipertensiva: o CD, inicialmente, poderá monitorar a pressão arterial do paciente por 30 minutos, e depois encaminhá-lo, com acompanhante, para cuidados médicos adequados. Emergências hipertensivas: os pacientes devem ser hospitalizados e submetidos a tratamento com vasodilatadores de uso endovenoso, tais como nitroprussiato de sódio ou hidralazina.

Fonte: Rodrigues (2004).

É importante ressaltar que são comuns as situações de estresse durante uma sessão de tratamento odontológico, o que pode propiciar níveis pressóricos elevados, mas que não caracterizarão uma crise hipertensiva. Nesse caso, recomenda-se apenas a tranquilização do paciente, empregando-se técnicas de condicionamento psicológico, associadas ao uso de benzodiazepínicos ou da mistura de óxido nítrico/oxigênio.

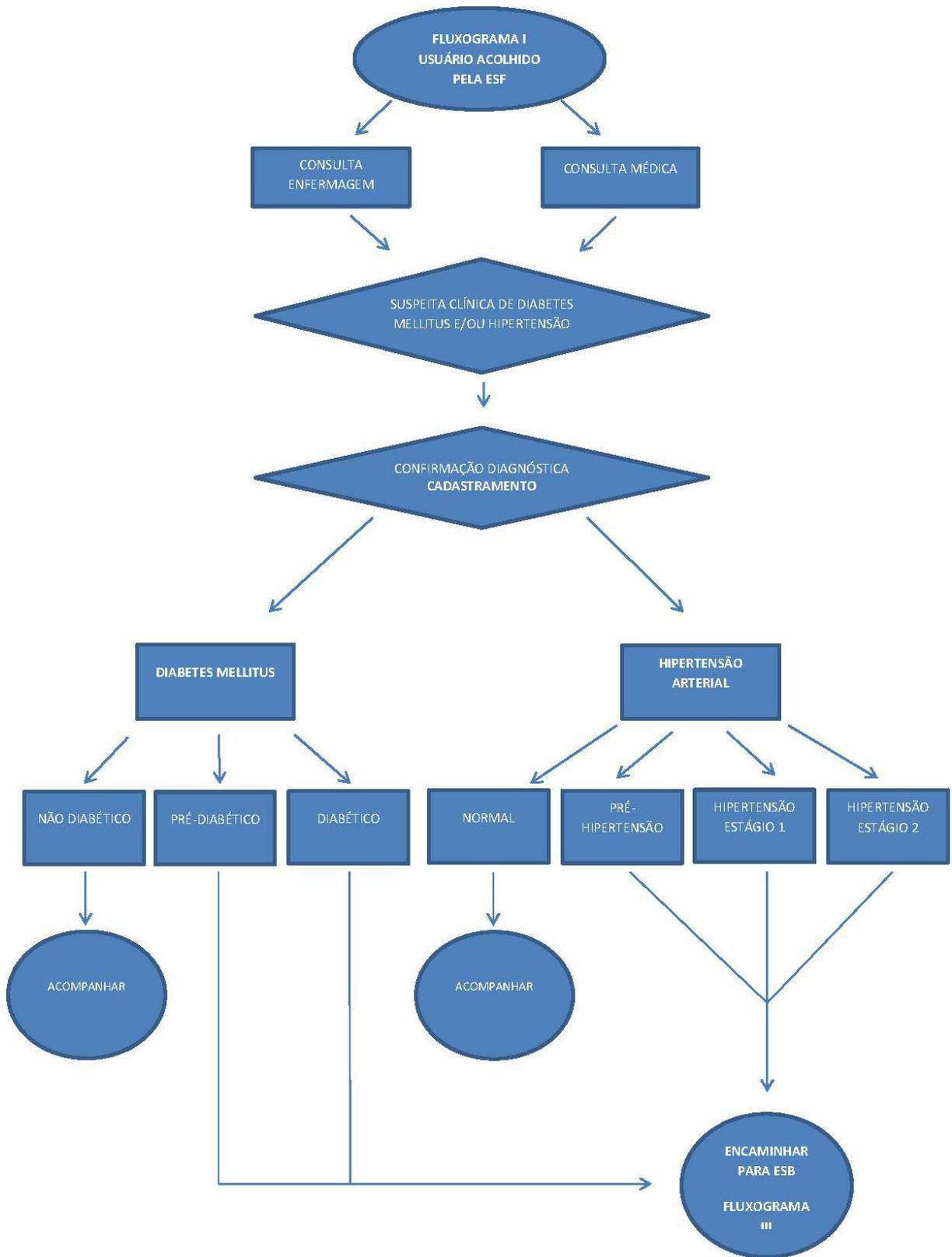


Figura 1: Fluxograma do atendimento ao usuário que chega à UBS e é acolhido pela ESF.

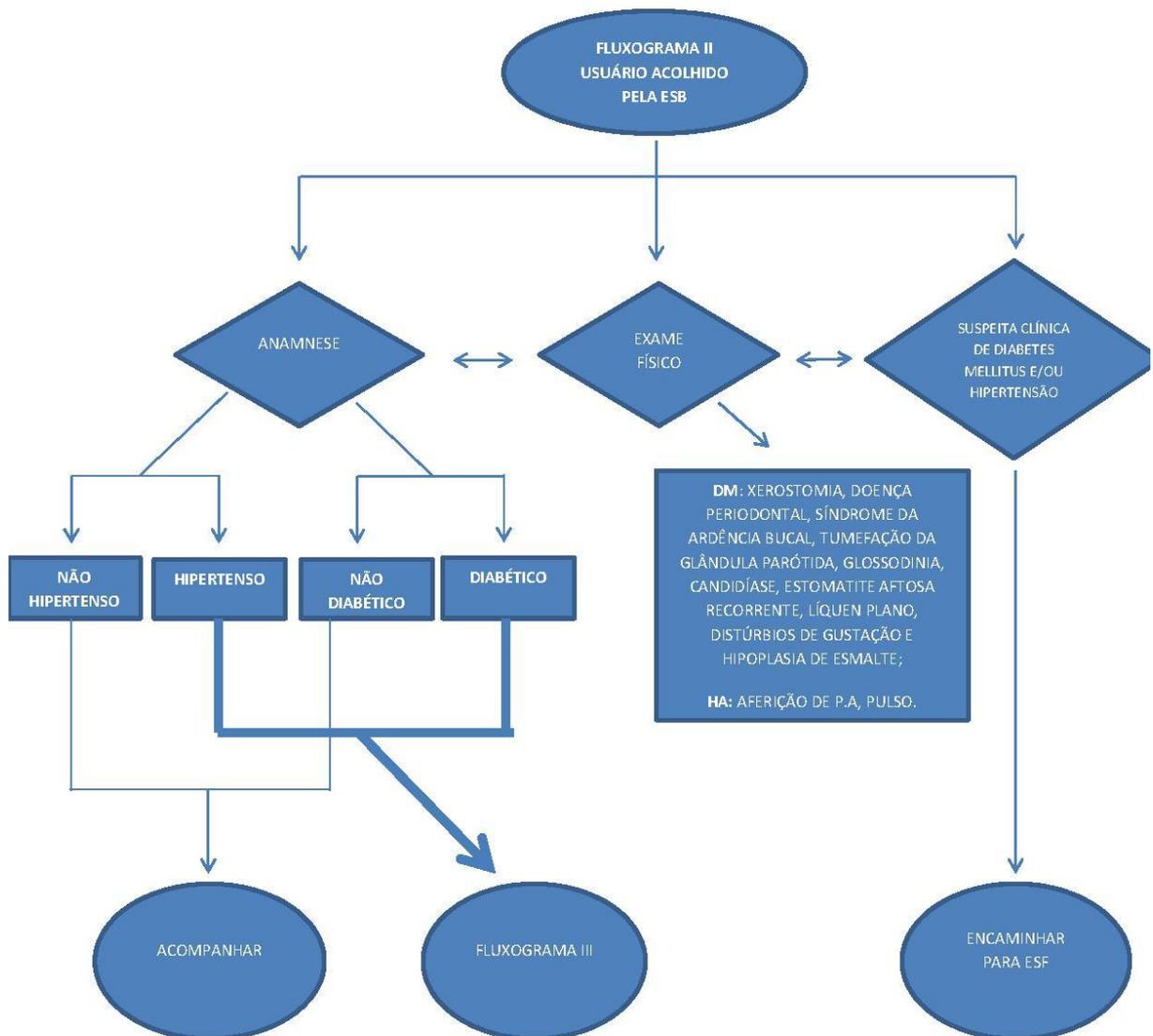


Figura 2: Fluxograma do atendimento ao usuário acolhido pela ESB.

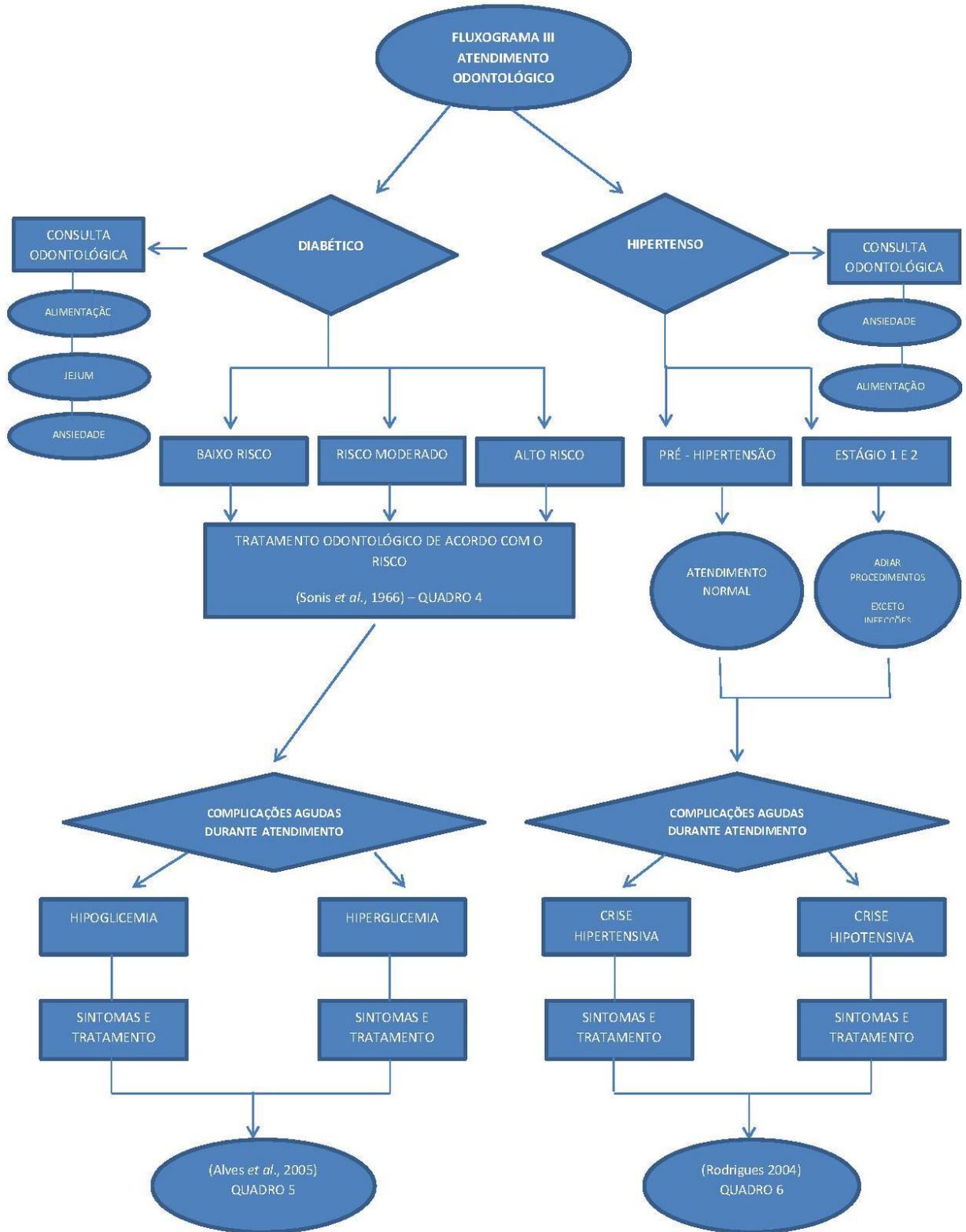


Figura 3: Fluxograma do atendimento odontológico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na atenção básica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande demanda de pacientes hipertensos e/ou diabéticos na atenção básica à saúde e a importância do controle dos distúrbios para evitar complicações, morbidades e mortalidades exigem métodos que favoreçam a aquisição de conhecimento e o atendimento adequado e resolutivo desses pacientes. Assim, para que o cirurgião-dentista trabalhe de forma integrada com a equipe de saúde, podendo oferecer melhores condições para o cuidado dos pacientes portadores de DM e HA, inclusive nas complicações agudas, é preciso que ele esteja atualizado em relação aos distúrbios metabólicos, suas consequências e necessidades dos seus portadores.

A literatura consultada veio reforçar a importância de se trabalhar com protocolos assistenciais porque oferecem mais condições e firmeza às condutas a serem tomadas no atendimento.

A partir das informações consideradas ao longo deste trabalho, propõe-se a implantação de um protocolo para o atendimento odontológico ao paciente hipertenso e/ou diabético como uma medida viável que auxilia na reorientação da equipe na atenção básica, visando não só à saúde bucal como também a sua saúde integral. Esse protocolo deve ser composto por um programa preventivo, que vise controlar a incidência dos problemas bucais; um programa curativo e de reabilitação para sanar os problemas instalados, além de um programa educativo que sirva de suporte para as demais ações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O. P.; CORRÊA M. E. P. Infecções bucais e doenças sistêmicas. **Rev Bras Med**.v.60, p. 175-178, 2003.
- ALVES C. *et al.* Atendimento Odontológico do Paciente com Diabetes Melito: Recomendações para a Prática Clínica. **Rev Ci Med Bio**. v.5,n. 2, p.97-110, 2006.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2003.
- ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I. S.; GIGANTEA, D. P. Atenção Primária em Diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev Saúde Pública**. V.35, n.1, p. 88-95, 2001
- BEERS, M. H.; BERKOW, R. **Manual Merck: Diagnóstico e Tratamento**. Edição Centenária. 17 ed. São Paulo: Ed. ROCA, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2000. Disponível em:<<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 mar. 2001. Disponível em:<[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32 Portaria 267 de 06_03_2001.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32%20Portaria%20267%20de%2003%202001.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 out. 2013.
- BRASIL.Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/02 e Portaria MS/GM 373 de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CHOBANIAN A. V. *et al.* The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA* 2003.
- V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 3, p. e24-e79. 2007.
- FEIJOO J. F. *et al.* Screening for hypertension in a primary care dental clinic. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 15, n. 3, p. 467-472, 2010.
- FUCHS, S. C.; PETTER, J. G.; ACCORDI, V. L. Estabelecendo a prevalência de hipertensão arterial sistêmica. Influência dos critérios de amostragem. **Arq Bras Cardiol**. v.76, n. 6, p. 445-8, 2001.

GORTZACK, R.; ABRAHAM-INPIJN, L. Pain-induced hypertensive episode in dental office. **Gen Dent.** v.43, n.3, p. 274-6, 1995.

GRANT-THEULE, D. A. Periodontal Disease, Diabetes, and Immune Response: a Review of Current Concepts. **Journal West Society Periodontics.** 44, n. 3, p. 69-77, 1996.

GUEDES N.G. *et al.* Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.39, n.2, p.181-8, 2005.

HEBLING S. R. F. *et al.* Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, pp. 1067-78, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA - IBGE. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil: 2010. **Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2013.

IZZO, J. L.; LEVY, D.; BLACK, H. R. Importance of systolic blood pressure in older americans. **Hipertension** v. 35, p. 1021- 4, 2000.

JACQUES, E. J.; GONÇALO, C. R. Gestão estratégica do conhecimento baseada na construção de protocolos médico-assistenciais: o compartilhamento de ideias entre parcerias estratégicas como vantagem competitiva. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.106-124, 2007.

JESUS, M. B.; LIMA, M. Z. **Avaliação do Programa de Saúde da Família na UBS Maria de Jesus, no município de Cajazeiras – PB.** 2010. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/32425/1/Avaliacao-do-Programa-Saude-da-Familia-na-UBSF-Maria-de-Jesus-na-cidade-de-Cajazeiras-PB/pagina1.html>>. Acesso em: 10out. 2013.

KAPLAN, N.M. **Hipertensão sistêmica: mecanismos e diagnóstico.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LORENTZ, M. N.; SANTOS, A. X. Hipertensão arterial sistêmica e anestesia. **Rev Bras Anestesiologia.** V.55, n. 5, p. 586-594, 2005.

MACÊDO D. N. *et al.* Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente idoso na atenção básica. **Odontologia. Clín. Científica.**, Recife, v.8, n.3, p.237-243, jul/set., 2009.

MAGALHÃES M. E. C. *et al.* Hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Rev Bras Hipertens.** v. 9. n.245-55. 2002.

MAIA, F. R.; SILVA, A. A. R.; CARVALHO, Q. R. M. Proposta de um protocolo para atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde Londrina**, v. 7, n. 1, p. 16-29, 2005.

MARTIN J. F. V. *et al.* Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Revista Arquivos Brasileira em Cardiologia**, São Paulo, v.83, n.2, p.125-30, ago. 2004.

MELO, M. B. O processo de trabalho e o protocolo na atenção odontológica. *In: PRÊMIO SINOGE DE ODONTOLOGIA – Trabalhos Premiados 2005 a 2009*. 1 ed. São Paulo: SINOGE, 2010, v. 1, p. 55-69.

MIRANDA R. D. *et al.* Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens**.v. 9, n.3p. 293-300. 2002.

MORAES S. *et al.* Prevalência de patologias sistêmicas ou condições especiais em pacientes odontológicos atendidos em pronto-socorro: análise de 2.000 atendimentos. **Rev bras Odontol**. V.50, n. 6, p. 32-5, 1993.

MUNOZ M. M. *et al.* Cardiovascular diseases in dental practice. Practical considerations. **Medina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, Valencia, v. 13, p. 296-302, 2008.

RODRIGUES, C. I. S. Tratamento das emergências hipertensivas. **Rev Bras Hipertens**,v.11, n. 3, p. 67-70, 2004.

SIM – **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/sis/sis00_sim.htm>. Acesso em: 03 nov. 2013.

SONIS, S.T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. **Princípios e Prática de Medicina Oral**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

SOORY, M. Periodontal Disease Severity and Systemic Diseases Prevalent in a Caribbean Catchment Area of Patients. **Journal West Indian Medical**, v. 56, n. 2, p. 190-193, 2007.

SOUSA R. R. *et al.* O Paciente Odontológico Portador de Diabetes Mellitus: Uma Revisão da Literatura. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada**, v. 3, n. 2, p. 71-77, 2003.

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**. 2010.

VARELLIS, M. L.Z. O paciente com necessidades especiais na Odontologia. Manual prático. São Paulo: Ed. Santos; 2005.

VERGNES J. *et al.* Periodontal Treatment Could Improve Glycaemic Control in Diabetic Patients. **Evidence-Based Dentistry**, v. 10, p. 20–21, 2009.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: COOPMED, 2009.

WILD S. *et al.* Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**. v. 27, n. 5, p. 1047-53, 2004.

XIMENES, P. M. O. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em pacientes submetidos a tratamento odontológico na FOUSP** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2005.