

Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

OLÍVIA FREIRE SILVA

Cuidados no atendimento odontológico aos indivíduos
com Diabetes Mellitus a luz da literatura.

CORINTO/MINAS GERAIS
2011

OLÍVIA FREIRE SILVA

Cuidados no atendimento odontológico aos indivíduos
com Diabetes Mellitus a luz da literatura.

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. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos

CORINTO/MINAS GERAIS
2011

OLÍVIA FREIRE SILVA

Cuidados no atendimento odontológico aos indivíduos
com Diabetes Mellitus a luz da literatura.

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. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos

Banca Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

Agradeço a

Deus pela oportunidade;

Á minha família e amigos que sempre me incentivaram;

E á todos os professores desse curso, em especial a minha orientadora Ayla Norma Ferreira Matos que me auxiliou com paciência e dedicação na elaboração desse trabalho.

“Quem luta com monstros deve velar porque ao fazê-lo, não se transforme também em monstro. E se tu olhares, durante muito tempo, para um abismo, o abismo também olha para dentro de ti.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

A Diabetes Mellitus constitui-se num sério problema de saúde na atualidade e sua abrangência envolve todas as classes sociais. O objetivo deste estudo foi identificar na literatura quais os cuidados necessários a serem tomados pelos cirurgiões-dentistas quando do atendimento a indivíduos com Diabetes Mellitus na Atenção Básica. Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa com busca de artigos na base de dados do LILACS e MEDLINE, utilizando o unitermo “Diabetes Mellitus Saúde Bucal”, sendo selecionados artigos no período de 1994 a 2009. Também foram consultadas outras fontes como livros, dissertações, teses e manuais do Ministério da Saúde, por estes serem considerados de relevância para o estudo. Como resultado, foi possível identificar que a característica debilitante e degenerativa da Diabetes Mellitus e, também, sua interferência no modo de vida, faz desta doença uma prioridade no programa de Atenção Básica. Várias alterações bucais podem ser observadas nos indivíduos com Diabetes Mellitus sendo importante o cirurgião-dentista conhecer essas alterações e promover ações de modo a impedir o agravamento da mesma. Quando necessário, o tratamento odontológico no diabético deve ser realizado e norteado pela sua situação clínica. Em virtude de suas complicações, o atendimento a indivíduos com Diabetes Mellitus requer uma abordagem multidisciplinar. Frente à literatura consultada pode-se concluir que o cirurgião-dentista precisa ser capacitado para atender indivíduos com Diabetes Mellitus, pois há necessidade de estabelecer condutas necessárias de profilaxia e tratamento. A realização de ações educativas é essencial, pois se configuram como oportunidade para divulgação de informações sobre a doença e, também, para despertar nas pessoas a necessidade de adotar um estilo de vida mais saudável.

Unitermo: Diabetes Mellitus Saúde Bucal.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus constitutes a serious health problem at present and its scope encompasses all social classes. The aim of this study was to identify in the literature the appropriate care to be taken by dentists in the care for individuals with diabetes in primary care. It was performed a literature review for articles in databases LILACS and MEDLINE, using the uniterm "Diabetes Mellitus Oral Health". The articles were selected within the last 15 years. Other sources were also consulted such as books, dissertations, theses and manuals of the Ministry of Health, because they were considered highly relevant for the study. The degenerative and debilitating feature of Diabetes Mellitus, and also its interference in the way of life, makes this disease a priority in primary care. Several oral changes can be observed in individuals with Diabetes Mellitus and it is important to the dentist know about these changes and promote actions to prevent the aggravation of it. When necessary, dental treatment in diabetics should be performed and guided by their medical condition. Because of its complications, care of individuals with Diabetes Mellitus requires a multidisciplinary approach. According to the literature it can be concluded that the dentist need to be able to cater for individuals with Diabetes Mellitus, because it is necessary to establish procedures necessary for prophylaxis and treatment. The implementation of educational measures is essential, as they are considered opportunity for disseminating information about the disease and also to awaken in people the need to adopt a healthier lifestyle.

Unitermo: Diabetes Mellitus Oral Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ADA – American Diabetes Association

APS – Atenção Primária em Saúde

CD – Cirurgião-Dentista

CPOD – Dentes Cariados Perdidos e Obturados

DM – Diabetes Mellitus

DMID – Diabetes Mellitus Insulino-Dependente

DMNID – Diabetes Mellitus Não-Insulino-Dependente

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde de Família

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

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 Contextualização do problema.....	11
2.1 Atenção básica e a ESF.....	11
2.2 A inserção da saúde bucal na ESF.....	12
2.3 O Diabetes Mellitus e a saúde bucal.....	14
2.4 Atenção odontológica aos indivíduos com DM.....	20
3 OBJETIVO.....	26
4 METODOLOGIA.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Após a conclusão do curso de graduação em Odontologia, comecei a trabalhar no serviço público, onde passei a integrar uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Bocaiúva, Minas Gerais. Dessa forma, surgiu a necessidade de buscar mais conhecimento sobre esta área de atuação e, por meio do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade a distância, ministrado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), iniciei esta qualificação.

O curso me possibilitou agregar conhecimentos e desenvolver ações no sentido de conhecer melhor o território de atuação e, com isso, planejar o desenvolvimento de ações de intervenção baseada na realidade epidemiológica da população adscrita deste território. Esta iniciativa foi importante porque a partir de 1997 o município de Bocaiúva adotou a ESF para reorganização da Atenção Básica e, em 2009 contava com nove equipes na zona urbana e quatro equipes na zona rural, com cobertura de 100% da população.

Através dos dados obtidos com o diagnóstico situacional desenvolvido pela equipe da ESF onde atuava e, também, mediante dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), foi possível identificar diversos problemas de saúde apresentados pelos usuários. Entre os critérios adotados pela equipe, para a determinação da prioridade desses problemas, estava a frequência com que estes problemas apareciam, as urgências, importância e capacidade de enfrentamento de cada um deles.

Baseado nestes critérios constatou-se um número grande de usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM), o que despertou meu interesse pelo assunto, especificamente em minha área de atuação, a Odontologia. Assim, surgiu a idéia de fazer um estudo sobre os cuidados necessários quando da realização de atendimento clínico odontológico aos indivíduos com DM, usuários da Atenção Básica, uma vez que a saúde bucal muitas vezes é a primeira a apresentar sinais quando ocorre alguma alteração sistêmica frente a este agravo.

A ESF surgiu com a proposta de reorganizar a Atenção Básica visando mudar o modelo assistencial de saúde centrado na cura das doenças para um modelo de promoção da saúde e assim integrar as ações de promoção e prevenção, bem como realizar ações de recuperação e proteção à saúde, organizadas para atender os princípios da integralidade, hierarquização, regionalização e descentralização dos serviços e da gestão (BRASIL, 2000).

A inserção da Odontologia na ESF, em 2000, através da Portaria 1.444, de 28/12/2000, representou uma importante contribuição para melhoria da qualidade de vida da população brasileira e, foi um passo importante para garantir a integralidade da atenção a saúde.

Além disso, a atenção à saúde bucal foi inserida neste contexto por serem de alta prevalência as afecções que acometem a cavidade bucal ou por apresentar manifestações bucais e assim merecem atenção especial dos profissionais que atuam na Atenção Básica à saúde. (BRAGA, 2006).

Para conhecer o perfil epidemiológico de saúde bucal da população adscrita da ESF, segundo Faria et al., (2008) é preciso fazer o diagnóstico para tornar possível identificar as doenças mais prevalentes e desenvolver programas para instituir cuidados referentes às mesmas.

Dessa forma, a ESF prioriza o atendimento a grupos prioritários e assim o cirurgião-dentista passa a desenvolver ações com grupos programáticos ou temáticos. Entre estes grupos, o portador de DM é considerado de maior risco a doenças, assim como os hipertensos. (PAIVA, BERSUSA, ESCUDER, 2006).

A Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas não-transmissíveis mais prevalentes do mundo, com prevalência estimada para 2025 de 7,1% e 14% da população mundial e brasileira, respectivamente (GUIDONI; PEREIRA, 2009).

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o plano de reorganização de atenção ao usuário com hipertensão arterial e Diabetes Mellitus com objetivo de reestruturar o atendimento aos portadores dessas doenças e de proporcionar um atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde. Esse plano orienta que a equipe multiprofissional da ESF (médico, enfermeiro e cirurgião dentista) desenvolva ações que possibilitem uma avaliação interdisciplinar, onde deverão ser traçadas conjuntamente as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários portadores dessas doenças. (BRASIL, 2001).

Neste contexto, a equipe de saúde bucal (ESB) ao integrar a ESF, também desenvolve ações com grupos programáticos, uma vez que os mesmos se configuram uma das principais ações desta Estratégia. Esses grupos, além do acompanhamento da saúde, permitem a divulgação de informações a respeito do tema em questão, o que contribui para a educação do paciente em relação aos cuidados com a saúde e ao sucesso dos tratamentos (BRASIL, 2001).

Como a Odontologia integra a porta de entrada do usuário na Atenção Básica, torna-se importante que o cirurgião-dentista (CD) esteja atento aos sinais e sintomas que demandam encaminhamento para o médico, de forma a contribuir para o diagnóstico precoce de condições sistêmicas, neste caso a DM (MINAS GERAIS, 2006).

Dessa forma, o objetivo deste estudo é identificar na literatura quais os cuidados necessários a serem tomados pelos cirurgiões-dentistas quando do atendimento a indivíduos

com Diabetes Mellitus na Atenção Básica, de modo a intervir e evitar quadros de agudização da doença e com isso promover melhorias na qualidade de vida.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Atenção Básica e a ESF

Como reflexo do movimento de reforma sanitária, o Brasil assiste a partir do final da década de oitenta à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como caminho para a garantia da saúde como direito universal de seus cidadãos. Calcado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação da sociedade no controle da política de saúde, sua implementação se deu a partir da década de noventa, num contexto marcado pelas políticas de ajuste neoliberal no país, as quais se somaram à enorme dívida social deixada pelas seguidas décadas de restrição democrática, entre as quais se destaca a herança do modelo de atenção à saúde médico-assistencial-privatista, de cunho curativista e hospitalocêntrico (SOUSA, 2007).

Atualmente no Brasil, o Ministério da Saúde tem usado tanto a terminologia de Atenção Primária como Atenção Básica, para definir um conjunto de ações, individuais ou coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou como proposta oficial para organização da atenção em saúde a ESF. Concorde-se que o modelo brasileiro é um modelo próprio, construído através de experiências autóctones, ainda que reconhecida à influência das experiências internacionais (MENDES, 2002).

A ESF surgiu como uma estratégia de atenção em saúde com a proposta de possibilitar a implementação plena das diretrizes do SUS visando colaborar para o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, buscando a integralidade das ações que promovessem a qualidade de vida e tendo na sua organização os princípios da hierarquização, regionalização, descentralização dos serviços e gestão, regido sob a lógica de vigilância a saúde (BRASIL 2002).

A proposta da ESF não é nova, ela é a recuperação de uma série de iniciativas que buscavam reordenar o modelo assistencial a saúde e consolidar o SUS. Em 1991, o MS criou

o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que objetivava contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região nordeste do Brasil. Nasceu, portanto, com uma clara focalização de cobertura e objetivos, considerando que essa região concentrava o maior percentual de população em situação de pobreza e, conseqüentemente, mais exposta ao risco de adoecer e morrer (CORTEZ, 2006).

A ESF conta com a inclusão de diversos profissionais, de modo a construir uma equipe articulada e interdisciplinar, com a integração de ações coletivas e individuais para a melhoria e manutenção da qualidade de vida, de modo a possuir uma abordagem familiar, através de estratégias específicas para cada território de sua implantação (BRASIL 2002).

A ESF prevê um atendimento integral e hierárquico à saúde da população de sua abrangência, pois está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, que é a Atenção Básica e está vinculada à rede de serviços para garantir a atenção integral aos indivíduos e às famílias, com um sistema de referência e contra-referência para outros níveis de complexidade (CORTEZ, 2006).

Este mesmo autor confirma ainda que a ESF trabalha com a população adscrita (mapeada/definida), através de cadastramentos nas visitas aos domicílios por meio de uma equipe multiprofissional, com a participação da comunidade na identificação das causas dos problemas de saúde, assim como a definição das prioridades, o acompanhamento e avaliação do trabalho. Dessa forma, a ESF se integra ao serviço de saúde da região caracterizando-se como porta de entrada do sistema municipal de saúde e dispõe, na maior parte das vezes, de profissionais capazes de resolver grande parte dos problemas de saúde na própria unidade.

Trata-se de uma estratégia que apesar de priorizar as ações de promoção e prevenção, visa também realizar as ações de recuperação e de proteção à saúde, reorientando as práticas setoriais isoladas. Além disso, busca a abordagem familiar nos seus mais variados arranjos e procura redirecionar a participação dos diversos profissionais de saúde visando à construção de uma equipe articulada, multiprofissional e interdisciplinar, cujas ações estejam pautadas na Atenção Básica (BRASIL 2000).

A inserção da saúde bucal na ESF

Durante muitos anos, a atenção odontológica no serviço público brasileiro caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, através de programas voltados para a doença cárie e periodontal. O restante da população ficava excluída e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava

numa baixa cobertura de atendimento, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos (OLIVEIRA, 2005).

Atualmente, essa tendência vem sendo revertida observando-se o reforço para promover uma maior integração de saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida (BRASIL, 2006).

A Odontologia foi inserida na ESF pelas Portarias Ministeriais 1.444, de 28/12/2000, e 267, de 29/09/2001, com o intuito de buscar a construção de novos processos de trabalho voltados para a família, considerando-a uma instituição perene nas relações estabelecidas pela humanidade, em que ocorrem relações pessoais e se transmitem valores éticos, religiosos e culturais (OLIVEIRA, 2005).

Com a inclusão da Odontologia na ESF, em 2001, é definida uma importante contribuição para melhoria da qualidade de vida da população brasileira, uma vez que as práticas da ESF estão comprometidas com a solução dos problemas de saúde, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população. O profissional inserido nesta nova proposta enfrenta o desafio de ajustar o conteúdo técnico científico da sua formação profissional à prática diária (VOLSCHAN, SOARES, CORVINO, 2002).

É importante entender que o atendimento odontológico precisa ser feito em uma perspectiva multi e interprofissional, uma vez que a boca não é uma área independente do organismo e, conseqüentemente, as doenças bucais não se esgotam necessariamente nela (BRAGA, 2006).

O grande desafio é poder além de oferecer Atenção Básica às famílias, nas unidades básicas de saúde, ofertar tratamento odontológico mais complexo, em total harmonia com o SUS. Em alguns municípios brasileiros a atenção à saúde bucal na ESF tornou-se "a porta de entrada" do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, em virtude de inexistirem recursos para atendimento de maior complexidade, ou seja, a população fica restrita a procedimentos básicos e por isso não recebe o tratamento completo (OLIVEIRA, 2005).

Entre as ações a serem realizadas pelo cirurgião-dentista, além do atendimento clínico, está previsto desenvolver ações educativas, tais como, escovações supervisionadas, grupos operativos, palestras e visitas domiciliares (BRASIL, 2006).

No caso da DM, as equipes Saúde da Família poderão, com ações comunitárias e individuais, informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica, inclusive a medicamentosa, manter o

cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população (BRASIL, 2006).

Em relação ao atendimento clínico, ele é necessário e importante, inclusive é uma oportunidade onde é possível descobrir com antecedência a presença da DM, a qual se apresenta como um problema de saúde pública, ora pela clara evidência de morte precoce dos portadores da doença, ora pelos altos gastos com medicamentos e tratamento das complicações tardias associadas (MCLELAN, 2007).

O atendimento clínico torna-se ainda mais importante quando se tem em vista que o conhecimento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, através de estudos epidemiológicos populacionais, pode contribuir com o planejamento de políticas da saúde pública (MOLENA, 2008).

Entre as atividades educativas ou de promoção da saúde a serem desenvolvidas pelo cirurgião-dentista na ESF, as ações realizadas com grupos programáticos ou temáticos é uma delas, pois essas atividades têm se configurado como uma das principais realizações nesta Estratégia. De acordo com Souza, Carvalho (2003) as reuniões com grupos, além do monitoramento da saúde, permitem a divulgação de informações a respeito de vários temas, o que contribui para a educação do paciente em relação aos cuidados com a saúde e ao sucesso dos tratamentos.

É valiosa a informação ao paciente de que as doenças bucais ou a microbiota da cavidade bucal podem produzir doenças sistêmicas e que, em algumas circunstâncias, essas doenças podem estar correlacionadas ou ocasionar quadros graves como a hipertensão ou o Diabetes Mellitus, por exemplo. E, na perspectiva de mudança de paradigma clínico curativista, parece interessante a proposta da ESF de ação preventiva e multiprofissional, quando se pode efetivar a participação de todos os profissionais da equipe da ESF imbuídos na educação preventiva em saúde (BRAGA, 2006).

O Diabetes Mellitus e a saúde bucal.

O DM constitui-se num sério problema de saúde na atualidade. Sua abrangência envolve todas as classes sociais, e requer, do ponto de vista da saúde pública, uma abordagem multidisciplinar. Sua característica debilitante e degenerativa, sua interferência no modo de

vida do portador, bem como, suas interações com outras condições sistêmicas e locais faz desta doença uma prioridade no programa de Atenção Básica do Brasil (MAIA, 2005).

As conseqüências humanas, sociais e econômicas são devastadoras, pois são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006).

No Brasil a prevalência de diabetes, semelhantemente a dos vários países desenvolvidos, em indivíduos entre 30 e 70 anos de idade é de 7,6 %. Tendo uma prevalência que varia de 2,6% para grupo etário de 30 a 49 anos a 17,4% para o grupo de 60 a 69 anos, sendo que 90% são do tipo 2. 5 a 10% do tipo 1 e 2% do tipo secundário ou associado a outras síndromes (MINAS GERAIS, 2006).

O diabetes no Brasil, junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e, representa ainda, 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise (BRASIL, 2006).

O DM é uma enfermidade metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina, na sua ação ou em ambas. Esta enfermidade está caracterizada por uma deficiência absoluta ou relativa da secreção de insulina. (CARDOZO, 2003).

O DM pode também ser vista como uma desordem comum do metabolismo de carboidratos que provavelmente tem muitas causas, embora o problema básico seja a produção diminuída de insulina ou a resistência tecidual aos efeitos da insulina (MAIA, 2005). O resultado dessa alteração é um aumento no nível sanguíneo da glicose (hiperglicemia) (NEVILLE et al., 2004).

O DM é geralmente dividido em dois tipos: o Diabetes mellitus insulino-dependente (DMID) ou tipo I ou diabetes de aparecimento juvenil e o Diabetes mellitus não-insulino-dependente (DMNID) ou tipo II ou diabetes de aparecimento adulto (NEVILLE et al, 2004).

O DMID é caracterizado por uma ausência de produção de insulina. Os pacientes geralmente apresentam-se com hiperglicemia intensa e cetoacidose. A maioria dos pacientes com DMID apresenta a doença durante a infância, necessitando de injeções de insulina exógena para sobreviver (NEVILLE et al., 2004).

O DMNID é um distúrbio transmitido geneticamente, ocorre em cerca de 80% dos casos e manifesta-se após os 40 anos, sendo ainda fortemente associado com doença cardiovascular e hipertensão. O tipo II da doença habitualmente é tratado com

hipoglicemiantes orais e/ou dieta. A insulina é produzida pelas células do pâncreas com deficiência (LAUDA et al., 1998).

O DM pode apresentar quadro de hiperglicemia crônica, acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras, caracterizado por hiperglicemia que resulta de uma deficiente secreção de insulina pelas células beta, resistência periférica à ação da insulina ou ambas cujos efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (MINAS GERAIS, 2006).

O diagnóstico do diabetes em adultos, com exceção das gestantes, baseia-se na demonstração de uma glicemia superior a 180 mg/dL, quando dosada 2 horas pós ter ingerido 75 g (gramas) de glicose dissolvida em água, ou glicemia de jejum em pelo menos duas ocasiões superior a 110mg/dL, nestes casos, o jejum deve ser de 8 horas (BRASIL, 2007).

Os principais sintomas da DM são a polidipsia, polifagia e poliúria, que são resultados da deficiência da insulina, sendo a atuação deste hormônio de fundamental importância na regulação de muitos processos metabólicos do organismo, tendo, portanto, influência em praticamente todos os sistemas orgânicos. Indivíduos portadores da DM possuem elevada ocorrência de doenças nos grandes e pequenos vasos podendo desenvolver complicações vasculares, neurológicas e infecciosas (MAIA, 2005).

Em relação à saúde bucal, várias alterações podem ser observadas nesses pacientes, sendo assim importante o CD conhecer essas alterações e promover ações que possam intervir nessa condição de modo a impedir o agravamento da mesma (NEVILLE et al., 2004).

Além disso, para minimizar o risco de emergências no consultório odontológico em pacientes com DM, é necessário que o CD tenha em mente várias considerações antes de iniciar o tratamento desses pacientes (CARDOZO, 2003).

A hipoglicemia e a cetoacidose são complicações agudas que podem ocorrer na diabetes (MINAS GERAIS, 2006). Além disso, emergências como a hipoglicemia e a cetoacidose metabólica podem ocorrer durante o atendimento odontológico, e o cirurgião-dentista deve estar atento para suspeitar previamente de um Diabetes Mellitus não diagnosticado (SOUSA, 2003).

As características da hipoglicemia são:

- . Acontece quando a glicose se encontra abaixo de 45 mg;
- . O usuário apresenta sudorese fria e pegajosa, tremor, palidez, fraqueza, salivação abundante e palpitações, podendo evoluir para convulsões, inconsciência e coma;
- . As causas predisponentes são doses excessivas de insulina, jejum prolongado, aumento de atividade física e ansiedade;

. Caso ocorra, o procedimento odontológico deve ser interrompido, soluções açucaradas ministradas de imediato, e solicitada à presença do médico.

A cetoacidose apresenta as seguintes características:

. Ocorre quando há aumento de corpos cetônicos no plasma levando à acidose (PH sanguíneo abaixo de 7.35), envolvendo uma alta taxa de glicose sanguínea.

. Têm como causas predisponentes quando o usuário não está fazendo uso de insulina ou quando há o aparecimento de infecções e doenças, assim como resistência à insulina ou inanição;

. Pode ameaçar a vida do usuário e o quadro clínico em geral é dramático;

. Normalmente desenvolve-se num período de semanas a meses, podendo, entretanto, instalar-se em algumas horas;

. O usuário apresenta sinais de glicose alta (polidipsia, poliúria, hálito cetônico), seguindo-se desidratação, desorientação e hiperpnéia compensatória (respiração de Kussmaul);

. Os usuários com estes sinais e sintomas devem ser encaminhados ao médico para avaliação imediata (MINAS GERAIS, 2006).

Outros sinais e sintomas da DM, como sede intensa, micção freqüente, difícil cicatrização, entre outros, que sugerem possível diagnóstico desta doença, também podem ser relatados aos profissionais da saúde bucal por usuários que desconhecem serem diabéticos. Caso ocorra suspeita, o cirurgião-dentista deve solicitar que o usuário faça uma avaliação médica e, de acordo com o resultado, sejam tomadas as medidas necessárias para conclusão do diagnóstico e encaminhamentos (MINAS GERAIS, 2006).

As informações obtidas durante a avaliação geral orientam a abordagem e a intervenção clínica (MAIA, 2005). Assim, verificar a época do início doença, tipo de diabete, medicamentos em uso, modificações recentes no esquema terapêutico, última dosagem de glicose sanguínea em jejum, referência a complicações agudas, complicações crônicas e hospitalizações são de grande importância para o plano de tratamento (BRASIL, 2006).

As manifestações bucais do usuário com diabete não controlado incluem a queilose, tendência para secura e fissuras na mucosa oral, sensação de ardência, diminuição do fluxo salivar, alterações da flora, erupção padrão dos dentes alterado, maior incidência de cáries, maior prevalência e severidade da doença periodontal, incluindo aumento de sangramento e de mobilidade dentária (NEVILLE et al., 2004).

Freqüentemente os pacientes apresentam, também, xerostomia, diminuição na saliva, dor ou sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. Com menos freqüência, têm-

se relatado tumefação de glândula parótida, abscessos recorrentes, hipoplasias, hipocalcificação dentária (BARCELLOS, et al., 2000)

O paciente diabético apresenta muitas alterações fisiológicas que diminuem a capacidade imunológica e a resposta inflamatória, aumentando a susceptibilidade às infecções. O controle glicêmico está envolvido na patogênese dessas alterações. Há disfunções nos leucócitos, com anormalidades na aderência, quimiotaxia, fagocitose e destruição intracelular. Há diminuição, também, da ativação espontânea e da resposta neutrofílica, quando comparados aos pacientes controles não diabéticos (BANDEIRA et al, 2003).

Além de danos causados pela hiperglicemia crônica nos olhos, rins, nervos e sistema cardiovascular, ocorrem distúrbios na cavidade bucal de indivíduos com DM, sendo a doença periodontal o mais freqüente, podendo levar a perdas dentárias (AMARAL, 2006).

Entre as alterações bucais dos pacientes diabéticos estão a hipoplasia, a hipocalcificação do esmalte, diminuição do fluxo e aumento da acidez e da viscosidade salivar, que são fatores de risco para cárie. O maior conteúdo de glicose e cálcio na saliva favorece o aumento na quantidade de cálculos e fatores irritantes nos tecidos. Ocorre xerostomia, glossodínia, ardor na língua, eritema e distúrbios de gustação (SOUSA, 2003).

Os pacientes tendem a apresentar redução do fluxo saliva ou xerostomia que além de causar desconforto ao paciente, pode ajudar a aumentar a incidência de cáries e a dificuldade mastigatória e de deglutição (MINAS GERAIS, 2006).

Quanto ao tratamento de paciente diabético, um aspecto que merece atenção do CD, é a ocorrência da doença cárie, visto que esta pode desencadear um processo infeccioso, ocasionando assim uma alteração do índice glicêmico (AMARAL, 2006).

O consumo de açúcar, até recentemente, era contra-indicado na dieta dos indivíduos diabéticos, sendo esta conduta ainda adotada por muitos profissionais que lidam com DM. Sendo a sacarose o mais cariogênico dos açúcares, seria razoável supor que indivíduos com seu uso restrito tivessem menor ocorrência de cárie. No entanto, não há evidência de que uma dieta pobre em açúcares reverta em indiscutível redução na ocorrência de cárie nestes indivíduos. As alterações na quantidade e qualidade da saliva, na flora bacteriana da boca e em presença de DM, poderiam predispor a ocorrência de cárie (AMARAL, 2006).

O usuário com diabete controlada apresenta resposta tissular normal, dentição desenvolvida normalmente e não há aumento na incidência de cárie (MINAS GERAIS, 2006).

O DM pode ser predisposto ou exacerbado em pacientes com doença periodontal. Pacientes diabéticos, com doença periodontal, tem maior dificuldade no controle da glicemia

e, o tratamento da doença periodontal pode reduzir a necessidade de insulina e melhorar o controle glicêmico (TOLEDO, 2002; MANSON; ELEY, 1999).

De acordo com Sousa et al, (2003) a doença periodontal, processo infeccioso que resulta em uma potente resposta inflamatória, é a manifestação odontológica mais comum em pacientes diabéticos mal controlados. Aproximadamente 75% destes pacientes possuem doença periodontal, com aumento de reabsorção alveolar e alterações inflamatórias gengivais. Ocorre inflamação gengival, desenvolvimento de bolsas periodontais ativas, abscessos recorrentes, perda óssea rápida e progressiva, havendo também osteoporose trabecular e cicatrização lenta do tecido periodontal.

O DM pode acelerar a destruição periodontal e, em contrapartida, o tratamento periodontal pode reduzir as exigências de insulina e melhorar o equilíbrio metabólico do indivíduo com DM. Portanto, os diabéticos precisam de tratamento e controle da doença periodontal (OLIVER; TERVONEN, 1994).

A progressão da doença periodontal é maior em diabéticos que apresentam a doença há muito tempo, particularmente naqueles que demonstram complicações sistêmicas e com doença periodontal avançada, pois sofrem mais com complicações do tipo abscessos que pacientes que não apresentam a doença (MANSON; ELEY, 1999).

A presença de infecções leva à estimulação da resposta inflamatória resultando em situação de estresse, que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, piorando o controle do diabetes (MINAS GERAIS, 2006).

Os procedimentos dentários cirúrgicos em pacientes diabéticos causam bacteremias em mais de 80% dos pacientes, e o tratamento periodontal, quando precedido da administração sistêmica de antibióticos, melhora o controle metabólico dos pacientes. De forma geral, a necessidade ou não da medicação depende do controle metabólico do paciente, mas a escolha da medicação, a dose e a via de administração são, usualmente, as mesmas encomendadas para indivíduos não diabéticos. Estes pacientes requerem vigilância particular durante o tratamento de infecções odontogênicas (SOUSA et al., 2003).

Para Manson; Eley (1999), em pacientes com bom controle metabólico, os riscos são semelhantes àqueles que ocorrem nos pacientes normais e o antibiótico terá as mesmas indicações para ambos. Contudo, um enfoque terapêutico inicial deve ser direcionado para a prevenção do início da doença periodontal em pacientes diabéticos. Os antibióticos não devem ser usados como rotina no tratamento periodontal de pacientes diabéticos, mas podem ser administrados na presença de infecções e associados aos procedimentos periodontais invasivos com a finalidade de minimizar as complicações pós-operatórias. O uso de

cloredixina como agente anti-placa mostrou-se efetivo como coadjuvante no tratamento periodontal de pacientes diabéticos.

Restos alimentares nos dentes contribuem para a formação da placa bacteriana e, conseqüentemente, a instalação da cárie. Em se tratando do indivíduo diabético, especialmente o portador de DM tipo 1, este hábito de escovar corretamente se torna ainda mais preocupante. Assim, é importante que a orientação de higiene bucal seja realizada com orientações verbais sobre como escovar os dentes e como usar o fio dental, podendo ser usado um macromodelo como instrumento auxiliar de demonstração. Além disso, pode ser feita à orientação de higiene, mediante intervenção, como escovação supervisionada e/ou utilização de evidenciadores (ALMEIDA, 2008).

Na última década, De Lorenzo, 2002 e Brondani, 2002 formularam a hipótese de que infecções crônicas bucais, como a doença periodontal, pode dar origem ou complicar algumas doenças sistêmicas, por transporte via sanguínea dos microorganismos e/ou seus produtos tóxicos, pela aspiração ou pela capacidade de induzirem hiper-reatividade inflamatória e imunológica, e entre essas doenças está a DM.

Esses mesmos autores, afirmaram ainda que existam várias evidências de que periodontopatias severas estejam associadas a complicações sistêmicas como doenças cardiovasculares, bebês prematuros com baixo peso, abscessos metastáticos, pneumonias bacterianas e prejuízo no controle da DM. Diante desta forte possibilidade torna-se cada vez maior a necessidade de uma manutenção da saúde bucal, com freqüentes visitas a profissionais esclarecidos destes riscos.

Uma das mais eficazes medidas de prevenção contra a cárie e a doença periodontal é o hábito da escovação ser precocemente implantado (AMARAL, 2006).

Atenção odontológica aos indivíduos com DM

Uma cavidade bucal não saudável pode afetar a qualidade de vida, complicar o tratamento das condições médicas e criar ou exacerbar problemas nutricionais e psicossociais (MACHADO, 2008).

O cirurgião-dentista deve estar atento para suspeitar previamente de um Diabetes Mellitus não diagnosticado, devendo a história clínica incluir perguntas relativas à poliúria, polifagia, polidipsia e perda de peso. Pacientes que apresentarem história positiva devem ser encaminhados a laboratório de análise clínica ou ao médico, para uma avaliação adicional, antes de ser iniciado o tratamento dentário (SOUSA et al., 2003).

Além disso, o CD deve prestar atenção ao controle do nível glicêmico no sangue dos pacientes diabéticos de modo a impedir o aparecimento da doença periodontal e infecções (MINAS GERAIS, 2006).

O fluxo salivar diminui nos diabéticos, portanto, faz-se necessário também uma dieta menos cariogênica, ingestão de líquidos para a redução da flora bacteriana e irrigação dos tecidos, assim como controle na desestabilização da placa com o uso de escovação dental (BRASIL, 2001).

No âmbito da ESF, educação em saúde é uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Assim, espera-se que esses sejam/estejam capacitados para assistência integral e contínua da família (MELO et al., 2007).

Entre as variadas formas de utilizar a prática educativa, a visita domiciliar pode ser destacado como forma de realizar orientação de higiene e outras atividades, principalmente voltadas aos indivíduos que não podem ir à unidade de saúde. Essa identificação é feita com auxílio dos agentes de saúde e da equipe de enfermagem (ALMEIDA, 2008).

No caso de necessidade de atendimento clínico, segundo os estudos de Souza, et al. (2003) os pacientes diabéticos bem controlados podem ser tratados de maneira similar ao paciente não diabético na maioria dos procedimentos odontológicos de rotina. Pacientes com bom controle metabólico respondem de forma favorável à terapia periodontal não-cirúrgica, similarmemente aos pacientes não-diabéticos.

O tratamento clínico odontológico deve ser norteado pela situação clínica e em termos gerais pode ser planejado da seguinte forma:

- Usuários compensados: tratamento normal com os devidos cuidados;
- Usuários compensados, com história anterior de alguma complicação: tratamento normal, considerando a hospitalização para atos cirúrgicos moderados ou extensos. O propósito da hospitalização é proteção do usuário e maior segurança do profissional;
- Usuários não compensados, preferencialmente, adiar o tratamento até as condições gerais estarem estabilizadas. Em caso de urgência, recomendam-se administrar antiinflamatórios, antibióticos, analgésicos, de acordo com a necessidade evitando-se intervenção (MINAS GERAIS, 2006).

Pacientes que irão se submeter a procedimentos cirúrgicos pode requerer ajuste das doses de insulina ou de fármacos orais que façam uso e para isso o CD deverá consultar o médico tratante do paciente (CARDOZO, 2003).

No caso do anestésico a ser utilizado, o tipo de diabetes e as condições cardiovasculares são importantes na escolha, assim como a quantidade do vasoconstritor a ser usado (MINAS GERAIS, 2006).

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

Deve-se priorizar o tratamento odontológico do diabético, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose e, com isso gerar quadros de agudização da doença. Deve haver troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde a respeito da gravidade da doença, grau de controle, ajuste na dose de medicamentos, recomendações quanto à dieta e avaliação, risco-benefício quanto ao uso de medicamentos e aos procedimentos invasivos (BRASIL, 2006).

O programa de controle da placa dental deve ser estabelecido a partir da primeira consulta. Visando uma higiene bucal criteriosa, a mesma deve ser feita de forma cuidadosa para evitar o aparecimento de possíveis infecções e conseqüentemente o aumento do índice glicêmico (MINAS GERAIS, 2006).

Em geral, as consultas/atendimentos de pacientes com DM são recomendadas em sessões curtas e pela manhã, já que os níveis de cortisol (que incrementa os níveis de açúcar no sangue) são mais altos nesse horário (CARDOZO, 2003).

O medo e a ansiedade podem induzir a uma maior secreção de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), podendo desencadear um aumento nos níveis de glicemia. Assim, a indicação de medicação ansiolítica poderá ser importante para alguns usuários (MINAS GERAIS, 2006).

A terapêutica, geralmente, não difere daquela preconizada para usuário padrão, quanto à escolha do medicamento, dose, posologia e duração do tratamento. Em cada uso de antibiótico, deve-se acompanhar essa terapia devido à possibilidade de infecção secundária por fungo. Já os medicamentos para o controle da dor merecem cautela, devido à possibilidade de interação medicamentosa, devendo o médico ser consultado sempre que necessário antes de se prescrever algum medicamento (ANDRADE, 1998).

Pacientes diabéticos controlados apresentam baixo risco de desenvolver infecções. Essas infecções por sua vez, podem afetar o controle de glicemia, o qual pode interferir na

capacidade de cicatrização do organismo. Sendo por vezes necessário o tratamento com antibióticos (CARDOZO, 2003).

A amoxicilina é o antibiótico de escolha e no caso de infecção dental aguda em pacientes diabéticos não controlados, a utilização do antibiótico deverá se iniciar antes do procedimento invasivo (ANDRADE, 1998).

Com frequência, alterações na microcirculação do indivíduo com DM resultam em prejuízo do fluxo sanguíneo para os tecidos, neste sentido o uso de vasoconstritor poderá comprometer ainda mais essa condição, resultando em isquemia localizada e escarificação tecidual. Assim, fios de retração impregnados com agentes vasoconstritores, que podem causar uma rápida elevação na pressão arterial e na concentração de glicose sanguínea, são contra-indicados (MINAS GERAIS, 2006).

A cada consulta o CD deve investigar acerca do uso correto da medicação, dos cuidados com a dieta, dos níveis de glicemia para os que controlam glicose em domicílio, do grau de medo e ansiedade e da pressão arterial (BRASIL, 2006).

A DM é uma realidade deste novo século e constitui um sério problema de saúde na atualidade. A estatística é cada vez maior quando representa o número de pessoas atingidas pela doença e estima-se o aumento futuro deste número, visto a falta de conhecimento de muitas pessoas acerca desta doença e de seus sintomas, o que acarreta o desenvolvimento da mesma sem os cuidados preventivos necessários (FEDALTO; ARAÚJO, 2001)

Segundo Guidoni e Pereira (2009), atualmente existe a necessidade de desenvolvimento de programas com ênfase na prevenção primária, controle da incidência e complicações do diabetes, devido ao elevado índice de morbi-mortalidade, associação com comorbidades e custo sócio-econômico.

A saúde bucal está implícita na saúde integral e, assim, está relacionada às condições socioeconômicas e culturais da população. A saúde bucal está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso a serviços de saúde e informação. Nesse sentido, a luta pela saúde bucal está, fundamentalmente, ligada à luta pela melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos (PAULETO, 2004).

Os hábitos de vida que os seres humanos vêm adquirindo nos últimos anos são fatores desencadeantes da DM, assim como de doenças frequentemente relacionadas a ela como hipertensão e obesidade (ELIASCHEWITZ et al., 2000).

Para se ter uma boa saúde se faz necessário ter uma vida saudável, o que é um desafio nos dias de hoje, visto que o desenvolvimento dos recursos tecnológicos geralmente implica

em tornar o indivíduo cada vez mais sedentário, assim como a necessidade da praticidade na preparação das refeições acarreta hábitos alimentares também pouco saudáveis. E este conjunto de fatores, que deveria tornar a vida mais produtiva, acaba por comprometer a produtividade em função da maior incidência de doenças, queda na resistência física, obesidade, stress, ansiedade, etc (ADA, 2010).

Segundo Eliaschewitz et al, (2000), entre os fatores que contribuem para uma boa qualidade de vida, o segredo da boa alimentação consiste em adequar as preferências individuais com a quantidade e qualidade dos alimentos que farão parte da dieta habitual. A prática regular de atividade física também é fundamental na adoção de hábitos de vida mais saudável, pois além dos benefícios já conhecidos, tais como prevenção de doenças cardíacas, prevenção de osteoporose, redução do colesterol, redução da hipertensão, combate à obesidade e tantos outros, o exercício físico tem um efeito ainda mais importante. o indivíduo capaz de incorporar a atividade física aos seus hábitos de maneira definitiva, encontra uma nova fórmula de vida. E para a pessoa com diabetes, a atividade física, além dos benefícios já citados, auxilia no tratamento da doença (ADA, 2010).

Esses mesmos autores afirmam ainda que, a redução de peso pode melhorar a hipertensão, hiperlipidemia, uma vez que melhora a sensibilidade à insulina.

O exercício físico pode oferecer benefícios tanto no controle quanto no tratamento dos níveis glicêmicos, bem como no controle metabólico e no tratamento do DM, devendo, portanto, ser incentivada sua prática por diabéticos, de forma estruturada e orientada como meio de complementação (MOLENA-FERNANDES, 2008).

A educação e a informação sobre os cuidados com a saúde bucal são extremamente importantes e devem ser ressaltadas. O desconhecimento sobre cuidados necessários de higiene bucal representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. A importância de programas odontológicos educativos, que levantem e interpretem as necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos precisa ser valorizada (PAULETO, 2004).

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas, orientadas para prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes

do processo saúde doença oferece subsídio para adoção de novos hábitos e condutas de saúde (MELO et al., 2007).

A educação em saúde pode ser vista, portanto, como qualquer combinação de experiência e aprendizagem planejada com vista a facilitar e enfatizar a importância de combinar vários determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizado e de intervenções educativas. Visando assim, desencadear mudanças de comportamento individual e coletivo a partir de experiências e conhecimentos adquiridos (SAID, 2001).

Sendo assim, é essencial atuar na atenção ao indivíduo diabético, visando sua qualidade de vida e a longevidade (VIOLO, 1998). Permitindo a esses receberem orientações relativas à sua patologia e à suas implicações, além de orientações relativas às mudanças de estilo de vida e, conseqüentemente, melhorias na mesma (GUIMARÃES, 2002).

Vale à pena ressaltar que a qualidade de vida, constitui um tema que assume proporções mundiais, ao se falar de saúde, buscando uma compreensão ampla do que seja ser saudável. Pois inclui não apenas a ausência de doenças, mas sim uma articulação entre condições: 1) objetivas: como esperança de vida ao nascer, alfabetização e renda; e 2) subjetivas: como avaliação do estado de saúde, valorização do conhecimento formal e informal, satisfação com os serviços, recursos e redes sociais de apoio (UCHO, ROZEMBERG, PORTO, 2000).

De acordo com estudos realizados, foi possível constatar que a educação em saúde em pacientes com DM permite um melhor nível de conhecimento aos mesmos, diminuindo o índice de admissão hospitalar por complicações agudas e crônicas. Esses dados comprovam a eficácia dos programas educativos do controle de Diabetes Mellitus (SANTOS, 2005).

A educação em saúde evidencia a importância de uma equipe de saúde multiprofissional, visando melhoria na qualidade da assistência prestada (GUIMARÃES, 2002). Através da realização de palestras educativas, consultas médicas, orientações dietéticas, atendimentos de enfermagem e entrevistas sociais (SANTOS, 2005).

A equipe multiprofissional recebe subsídios para atuar com mais eficácia na educação do paciente e, com isso melhorar o relacionamento médico-paciente, assim como também, precisa reconhecer a complexidade do tratamento do DM e a necessidade de trabalho integrado com o paciente e sua família para a obtenção de bom controle metabólico, pois somente assim torna possível a prevenção das complicações crônicas do DM (VIOLO, 1998).

3 OBJETIVO

Identificar, através de revisão da literatura, os cuidados que o cirurgião-dentista deve ter na atenção odontológica prestada ao indivíduo com Diabetes Mellitus, na Atenção Básica.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura sobre os cuidados odontológicos no atendimento a indivíduos com Diabetes Mellitus. Segundo Rother (2007), a revisão narrativa baseia-se na interpretação e análise crítica do pesquisador a respeito da literatura publicada em livros, dissertações, teses, artigos de revistas entre outras fontes.

Neste sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de publicações entre 1994 a 2009, obtidas através das bases de dados da BIREME (MEDLINE e LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). O unitermo utilizado para a busca dos artigos foi: “Diabetes Mellitus Saúde Bucal”.

Esta busca durou cerca de oito meses (de outubro de 2009 a maio de 2010) e foram encontrados cerca de 170 artigos. Um detalhamento a respeito dos resultados, de acordo com as bases de dados pesquisadas, está exposto na Tabela 1:

Tabela1: Distribuição dos trabalhos encontrados em relação às bases de dados pesquisadas, Biblioteca Virtual de Saúde.

Base de Dados	Número de resultados
Lilacs	32
Medline	135

Após esse levantamento bibliográfico, foi feita uma seleção, baseada na leitura de títulos e resumos, na proximidade do tema estudado e ano de publicação e, com isso cerca de 30 artigos foram selecionados, lidos, analisados e utilizados na construção e elaboração do TCC.

Além desses artigos científicos, foram utilizados, também, livros, monografias, dissertações, teses e manuais do Ministério da Saúde, os quais foram obtidos no site do MS e tiveram como critério de seleção o tema em questão, por estes serem considerados de relevância para o estudo.

O período considerado da publicação dos artigos foi dos últimos 15 anos, indo desde a adoção da ESF no Brasil até 2009.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Fedalto e Araújo, (2001) o DM é uma realidade deste novo século e constitui um sério problema de saúde na atualidade. O que é reforçado por alguns autores, que afirmaram ser o DM um agravo de elevado índice de morbi-mortalidade, associação com comorbidades (GUIDONI; PEREIRA, 2009; MAIA, 2005).

Para evitar que o DM possa trazer comprometimento na qualidade de vida dos indivíduos e também, pelo alto custo que as complicações decorrentes deste agravo trás para o sistema de saúde, segundo Guidoni e Pereira, (2009) é imprescindível o investimento em ações preventivas. Pois, de acordo com Feldato e Araújo (2001) esta realidade deve-se a falta de conhecimento de muitas pessoas acerca desta doença e de seus sintomas. Embora o Ministério da Saúde reconheça que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações (BRASIL, 2006).

Neste contexto, para Melo et al, (2007) e Pauleto (2004) as atividades de educação em saúde tornam-se essenciais no planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas equipes saúde da família pois, por meio de práticas educativas temos condições de esclarecer as pessoas sobre as causas das doenças, como preveni-las e, também, motivá-las para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. Assim, a educação em saúde pode contribuir para melhorar a qualidade de vida dos diabéticos (VIOLO, 1998).

Quando necessário, o tratamento odontológico no diabético deve ser realizado e priorizado, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose e, com isso gerar quadros de agudização da doença (NEVILLE et al, 2004.; BRASIL, 2006). Nos indivíduos com DM, mas com bom controle metabólico, os riscos no tratamento odontológico são semelhantes àqueles que correm os pacientes normais (SOUSA et tal., 2003). Já em indivíduos que será realizado procedimentos cirúrgicos podem requerer ajuste

das doses de insulina ou de fármacos que façam uso e para isso o CD deverá consultar o médico tratante do paciente (CARDOZO, 2003). Dessa forma, percebe-se que a realização de tratamento clínico odontológico do indivíduo com DM deve ser norteada pela situação clínica do mesmo (MINAS GERAIS, 2006).

Entre as doenças bucais mais presentes nos indivíduos com DM, segundo Amaral, (2006), os distúrbios periodontais são os mais frequentes. Souza et al, (2003) corrobora com este pensamento, destacando que é a doença mais comum em indivíduos mal controlados.

Para minimizar o risco de emergências no consultório odontológico, é necessário que o CD tenha alguns cuidados e cautelas antes de iniciar o tratamento de pacientes diabéticos, tais como: haver troca de informações entre os profissionais da equipe de saúde a respeito da doença, controle, ajuste na dose de medicamentos, recomendações quanto à dieta e avaliação, risco-benefício quanto ao uso de medicamentos e aos procedimentos invasivos. Além disso, o programa de controle da placa dental deve ser estabelecido a partir da primeira consulta (BRASIL, 2006).

As consultas/atendimentos de pacientes com DM são recomendadas que sejam sessões curtas e pela manhã (CARDOZO, 2003) e a indicação de medicação ansiolítica poderá ser importante para alguns usuários (BRASIL, 2006).

Entre as complicações agudas que podem ocorrer no indivíduo com DM, a hipoglicemia e a cetoacidose são as principais (BRASIL, 2006; NEVILLE et al., 2004; SOUSA, 2003).

As manifestações bucais presentes nos indivíduos com DM incluem a queilose, xerostomia, maior incidência de cárie (MINAS GERAIS, 2006; NEVILLE et al., 2004; BARCELOS et al., 20003; SOUZA, 2003)

No caso do anestésico a ser utilizado, o tipo de diabetes e as condições cardiovasculares são importantes na escolha e quantidade do vasoconstritor a ser usado (BRASIL, 2006). No entanto, segundo Souza et al, (2003) o uso de lidocaína como solução anestésica local não é a melhor escolha, por ser considerado um anestésico de curta duração.

Para Sousa et al, (2003); Andrade (1998) os antibióticos não devem ser usados como rotina no tratamento periodontal de pacientes diabéticos, mas devem ser administrados na presença de infecções e associados aos procedimentos periodontais invasivos. E nestes casos, Andrade (1998) afirma ser a amoxicilina o antibiótico de escolha.

Esse cuidado, de acordo com De Lorenzo (2002); Brondani (2002) se justifica porque as infecções crônicas bucais, como a doença periodontal, pode dar origem ou complicar algumas doenças sistêmicas tais como as doenças cardiovasculares, bebês prematuros com

baixo peso, abscessos metastáticos, pneumonias bacterianas, além de prejuízo no controle da DM.

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos vivendo a transição demográfica e a epidemiológica e, com isso, os profissionais de saúde devem se preocupar não apenas em adotar cuidados especiais frente às doenças crônico-degenerativas, mas, também, de ter o conhecimento necessário, haja visto que a maioria dessas doenças está relacionada ao estilo de vida.

Neste estudo, observou-se que o cirurgião-dentista precisa estar preparado para atender pacientes com diabetes, pois os mesmos necessitam de cuidados especiais, mas, sobretudo, de ter conhecimento do que acarreta o desenvolvimento da DM e como podem preveni-la. Dessa forma, fica evidente a necessidade de que o profissional da Odontologia atue por meio da educação em saúde, conscientizando as pessoas, com ou sem agravos a saúde, a importância de desenvolverem hábitos de vida mais saudáveis.

Com a inserção da ESB na ESF, onde as ações educativas são à base desta estratégia, a ênfase nas atividades realizadas com grupos programáticos ou temáticos, se configuram como ações estratégicas, onde os usuários terão oportunidades de aprender mais sobre as patologias bucais e as patologias gerais associadas à saúde bucal, assim como de compartilhar suas experiências com outros usuários.

Além disso, vale ressaltar que as informações sobre as possíveis doenças bucais ou sobre como a microbiota da cavidade bucal podem produzir doenças sistêmicas e que, em algumas circunstâncias, essas doenças podem estar correlacionadas ou ocasionar quadros graves de hipertensão ou o DM, devem ser amplamente exploradas quando da realização de grupos temáticos direcionados ao DM.

Assim, para se prestar uma melhor assistência a saúde, os profissionais de saúde além da necessidade de ser qualificados, precisam pensar em atuar junto as pessoas/população visando conscientizá-las a optar por melhor qualidade de vida, despertando-as para a necessidade de se ter um estilo de vida mais saudável.

Ao chegar ao final deste estudo percebo que ainda há muito a ser feito, pois tão importante quanto os profissionais da Odontologia estarem aptos a realizar os cuidados necessários no atendimento ao paciente com DM, é que este profissional possa repensar sobre as várias formas de cuidar, pois o grande investimento precisa ser nas ações educativas e não

meramente nas questões de ordem técnica, porque assim estará buscando outras possibilidades de intervenção sobre as doenças crônico-degenerativas, como é o caso da DM.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G.C.M.; FERREIRA, M.A.F. **Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo.** Cad. Saúde Pública. 2008; 24(9):2131-40.
- AMARAL, F.M.F.; RAMOS, P.G.A.; PERREIRA, S.R.G. **Estudo da frequência de cárie e fatores associados no diabetes mellitus tipo 1.** Arq Bras Endocrinol Metab. 2006; 50 (3):515-522.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Complications of Diabetes in the United States.** Available at <http://www.diabetes.org/diabetes-statistics/complications.jsp>. Acessado em Maio, 2010.
- ANDRADE, E.D. **Terapêutica medicamentosa em Odontologia: procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática odontológica.** São Paulo: Artes Médicas; 1998.
- BANDEIRA, F. et al. **Endocrinologia e diabetes.** Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- BARCELLOS, I.F. et al. **Conduta odontológica em paciente diabético.** Rev Bras Odontol. 2000; 57(6): 407-10.
- BRAGA, E.R. **Reflexão da ação multiprofissional no hiperdia saúde bucal, hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Universidade de Uberaba Especialização - Programa Saúde da Família Uberaba, Julho 2006. Disponível http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acao_multiprofissional_hiperdia_eduardo_braga.pdf, Aceso em Setembro, 2009.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica n.º16 - **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica N. 17 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Condutas Médicas: hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da unidade de saúde da família.** Caderno 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRONDANI. M.A.; BRONDANI. A.R.; BÓS. A.J.G. **Diabete e Periodontite: a hora e a vez da medicina periodontal.** J Bras Med. 2002; 82: 32-34.

CARDOZO, E.; PARDI, G. **Consideraciones a tomar en cuenta en el manejo Odontológico del paciente con Diabetes Mellitus** . Acta Odontol. Venez. 2003; 41(1):63-66.

CORTEZ, E.A.; TOCANTINS, F.R. **Em busca de uma visão antropológica no Programa de Saúde da Família**. Rev. Bras. Enferm. 2006; 59(6):800-4.

DE LORENZO, J.L.; DE LORENZO, A. **Manifestações Sistêmicas das Doenças Periodontais: Prováveis Repercussões**. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2002; 56: 211-214.

ELIASCHEWITZ, F.G.; GOLDBERG, A.C.; POÇO, C.A. **Protegendo o endotélio vascular de pacientes diabéticos com aspirina**. Informação médica BAYER. 2000; 7-12.

FARIA, H. P. et al. Unidade Didática I. **Organização do Processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2008a

FEDALTO, A. L. T.; ARAÚJO, A. C. **Aspectos psicológicos do paciente diabético**. Monografia de conclusão de curso. Universidade de Tuiti do Paraná, 2001. Disponível em <<http://www.symbolon.com.br/10-2004/monodoce.doc>>. Acesso em Setembro, 2009.

GUIDONI, C.M; PEREIRA, L.R.L. **Estudo da utilização de medicamentos em usuários portadores de diabetes mellitus atendidos pelo sistema único de saúde, 2009**. 160f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A.M.M. **Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2**. Rev Nutr. 2002; 15(1):37-44.

LAUDA, P.A.; SILVEIRA, B.L.; GUIMARÃES, M.B. **Manejo odontológico do paciente diabético**. J Bras Odontol Clín. 1998; 2(9):81-7.

MACHADO, F.C. et al. **Adesão a um programa de atenção à saúde bucal para crianças e adolescentes infectados pelo HIV e atitude dos responsáveis**. Ciência Saúde Coletiva, 2008; 13(6):1851-57.

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

MANSON, J.D.; ELEY, B.M. **Manual de periodontia**. 3. ed. São Paulo: Ed Santos; 1999.

MCLELAN, K.C.P. et al. **Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificações no estilo de vida**. Revista de Nutrição. 2007; 20(5):515-24.

MELO, M.C. et al. **Conhecendo a captação de informações de mães sobre cuidados com o bebê na estratégia saúde da família**. et al. Texto Contexto Enferm 2007; 16(2): 280-6.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. São Paulo: Mimeo; 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MOLENA-FERNANDES, C. A. et al. **Efeitos do exercício físico aeróbico no perfil lipídico de pacientes idosas, portadoras de diabetes mellitus tipo 2, atendidas em uma unidade básica de saúde da família, Maringá, Estado do Paraná.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2008;11(2).

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **Oral Health in America: A Report of the Surgeon General.** Available at: <http://www2.nidcr.nih.gov/sgr/sgrweb/welcome.htm>. Accessed March 12, 2008.

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

OLIVEIRA, J.L.C.; SALIBS, N.A. **Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes.** Ciência Saúde Coletiva, 2005; 10(0):297-302.

OLIVER, R.C.; TERVONEN, T. **Diabetes: A risk factor for periodontitis in adults.** J Periodontol. 1994; 65:530-538.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.P. S; ESCUDER, M.M. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2006; 22(2):377-85.

PAULETO, A.R.C.; PEREIRA, M.L.T.; CYRINO, E.G. **Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares.** Ciênc. Saúde Coletiva, 2004; 9(1):121-30.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática X revisão narrativa.** Acta Paulista de Enfermagem. 2007; 20(2):v-vi.

SAID, F.A. **Dinâmicas pedagógicas na perspectiva da educação em saúde.** Curitiba: Editora do autor; 2001.

SANTOS, M.G.N; BARACHO, M.F.P. **Educação em diabetes: uma experiência no Hospital do CRUTAC, UFRN, Sto. Antônio, RN.** Rev Bras Anal Clin. 1995; 27(2):57-60.

SOUSA, M.F. **Programa de Saúde da Família no Brasil – análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica.** Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. 250 p.

SOUSA, R.R. et al. **O Paciente Odontológico Portador de Diabetes Mellitus.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2003; 3(2):71-7.

SOUZA, R.A.; CARVALHO, A.M. **Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia.** Estudos de Psicologia UFMG. 2003.

TOLEDO, B.E.C.; FIGUEIREDO, L.C.; ROSSA, J.R.C. **Do tratamento da piorrêa a medicina periodontal-prevenção e promoção de saúde.** São Paulo: Artes Médicas, 20^o CIOSP. 2002; 5:3 -19.

UCHOA, E.; ROZEMBERG, B.; PORTO, M.S.F. **Entre a fragmentação e a integração: Saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos.** Anais, I Seminário Nacional de Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, Rio de Janeiro; 2000.

VIOLO, M.A; OLIVEIRA, O. **Educação em diabetes: papel e resultados das colônias de férias.** Arq Bras Endocrinol metab. 1998; 42(6):444-50.

VOLSCHAN, B.C.G.; SOARES, E.L.; CORVINO, M. **Perfil do Profissional de Saúde da Família.** Rev Bras Odontol. 2002; 59: 314-316.