

LUIZ HAMILTON VIEIRA RIBAS - Ten Cel PM Dent

**MEDICINA PERIODONTAL - DIAGNÓSTICO E CONTROLE DAS ALTERAÇÕES
PERIODONTAIS E SISTÊMICAS: UMA PROPOSTA PARA O SERVIÇO DE SAÚDE
DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ.**

Monografia apresentada ao Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Estratégia de Doutorado em Segurança Pública.

Orientador de Conteúdo: Coronel QOPM RR
Jorge Luiz Rodrigues
Orientadora de Metodologia: Professora Dra.
Helena de Fátima Nunes Silva

CURITIBA
2008

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos gestores do Serviço de Saúde e ao Comando da PMPR, para que a integração necessária permaneça e floresça cada vez mais, angariando o envolvimento e comprometimento desta e das futuras gerações de comandantes para o desempenho adequado de suas funções, proporcionando aos usuários, nossos familiares inclusive, acesso a um serviço moderno, digno, ágil, eficaz, eficiente e efetivo, dentro dos melhores critérios para boas práticas em Serviços de Saúde.

Aos meus amigos e colegas do Curso Superior de Polícia, os quais me receberam e trataram com cortesia e como um igual, pela paciência, compreensão e dedicação que demonstraram. Certamente, esta amizade e companheirismo, se fortalecerão por toda a nossa existência. Foi, é e sempre será um prazer relembrar e contar aos meus descendentes, todos os momentos deste convívio salutar.

A todas as pessoas que utilizam ou deveriam utilizar os Serviços do Centro Odontológico da PMPR e suas unidades satélites, como pacientes, independente de qualquer condição funcional ou relação de dependência, a qualquer hora, necessitaram de cuidados de saúde odontológica e não puderam ser atendidas como mereceriam ou como deveriam, seja por negligência de profissionais de saúde, seja por falta de recursos ou de interesse das autoridades competentes, ficando a sua condição ao encargo da sorte ou da ajuda dos seus afins.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos comandantes da Corporação e do Serviço de Saúde da Corporação que, por ocasião do meu ingresso na Corporação, por concurso público, souberam reconhecer uma pedra bruta, a qual precisava de tempo para ser lapidada e, pacientemente, depositaram sua confiança na certeza de que brilharia, proporcionando, através de uma conduta intransigente pelas boas práticas profissionais, o retorno esperado e desejado que todos os usuários que passaram pelas suas mãos ansiavam e mereciam.

Agradeço aos colegas da Policlínica Odontológica Central e unidades satélites que, com suas atitudes, idéias e sugestões, influenciaram e/ou colaboraram, direta ou indiretamente, para a escolha do tema da pesquisa.

Agradeço às Bibliotecárias Senhoras Sônia Mara, da biblioteca do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná e à Senhora Mary Célia de Barros Claudino, da Biblioteca da Academia Policial Militar do Guatupê, pelo empenho, presteza, dedicação e disposição demonstrados em ajudar-nos na coleta de informações desta pesquisa, sem os quais nada seria possível.

Agradeço aos orientadores, Professora Helena de Fátima Nunes Silva e Cel QOPM RR Jorge Luiz Rodrigues, pela prestimosa ajuda e orientação, sempre disponíveis e prontos a mostrar-nos o melhor caminho para que o trabalho se conduzisse da forma mais adequada.

Agradeço a todas as pessoas que colaboraram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho, em especial, aos colegas militares do Centro Odontológico da Polícia Militar, Academia Policial Militar do Guatupê, Comando da Polícia Militar do Paraná.

Finalmente, agradeço aos meus familiares pela paciência, dedicação, compreensão e incentivo, de que o tempo e as energias dedicadas a este trabalho, subtraídos do convívio diário, foram necessários para a realização de um sonho,

convertido em uma tarefa necessária e imprescindível, imposta pelo aprimoramento e crescimento profissional, evolução e esmero dos serviços prestados pelo Centro Odontológico da PMPR.

EPÍGRAFE

PODER E AUTORIDADE

Na dinâmica da vida social o poder exerce forte fascínio sobre as criaturas. Muitas pessoas desejam ocupar cargos que lhes conceda poder sobre outros indivíduos, mas poucas sabem exercer esse encargo com autoridade.

Ter poder não é o mesmo que ter autoridade.

O poder “é a faculdade de forçar ou coagir alguém a fazer sua vontade, por causa de sua posição ou força, mesmo que a pessoa preferisse não o fazer.”

A autoridade é “a habilidade de levar as pessoas a fazerem de boa vontade o que quer, por causa de sua influência pessoal.”

Para exercer o poder não é necessário ter coragem nem inteligência avantajada. Crianças menores de dois anos são mestras em dar ordens a seus pais. A história da humanidade registrou os feitos de muitos governantes déspotas e insensatos. Mas, para ter autoridade sobre pessoas é preciso um conjunto de habilidades especiais.

Uma pessoa pode exercer autoridade mesmo não estando num cargo de poder, enquanto outra pode estar no poder e não ter autoridade alguma sobre seus subordinados.

Em uma sociedade injusta, o poder pode ser vendido e comprado, dado e tomado. As pessoas podem ser colocadas no poder porque são parentes ou amigas de alguém, porque têm dinheiro, uma posição social de destaque ou outra conveniência qualquer.

Mas com a autoridade isso não ocorre. A autoridade não pode ser comprada nem vendida, nem dada ou tomada. Diz respeito a quem você é como pessoa, ao seu caráter e à influência que exerce sobre terceiros. Para estabelecer autoridade, o líder precisa ser honesto, confiável, responsável, respeitoso, entusiasta, afável, justo, dar bom exemplo, ser bom ouvinte.

Quem não tem autoridade pensa só nas tarefas e exige que suas ordens sejam cumpridas.

Quem tem autoridade pensa nas tarefas, mas cuida também dos relacionamentos. No processo administrativo há sempre essas duas dinâmicas em jogo: a tarefa e o relacionamento. Atender uma, em detrimento da outra, é caminho curto para

o fracasso. E conseguir o equilíbrio entre ambas é uma característica de quem exerce liderança com autoridade.

Assim sendo, se você é um líder e precisa lembrar isto às pessoas, é porque você não é. Mas se você não está no poder e mesmo assim as pessoas buscam suas orientações, é porque você tem autoridade.

Pense nisso, e lembre-se: liderar é executar as tarefas que estão sob sua responsabilidade ao tempo em que constrói bons e duradouros relacionamentos.

Pense nisso!

O líder ideal é aquele que, pela sua autoridade intelecto-moral, inspira os seus colaboradores e os eleva à condição de amigos.

Quem tem autoridade efetiva não teme perdê-la ao se aproximar dos outros e tratá-los exatamente como gostaria que os outros o tratassem.

Assim, se você é responsável pela condução de outros seres, medite quanto à responsabilidade que lhe cabe sobre os destinos dessas pessoas e procure ser alguém com autoridade, e jamais apenas alguém que detém o poder.

Pense nisso, e procure ouvir os que convivem com você mais de perto.

Equipe de Redação do Momento Espírita, com base no cap. 1, do livro O Monge e o Executivo, de James C. Hanter, ed. Sextante.

RESUMO

O presente estudo é resultado da estrutura de um discurso técnico-científico, institucional e administrativo, o qual apresenta as temáticas da Medicina Periodontal, questionamentos administrativos para estruturação do serviço de Saúde da Corporação, além de destacar o problema referente à motivação, ao envolvimento e comprometimento com a boa prestação do serviço odontológico na Polícia Militar do Paraná. Para isto, a instituição de uma filosofia de atendimento que contemple o diagnóstico e o controle das alterações periodontais e sistêmicas e suas inter-relações, aplicada à prática cotidiana. Por meio de uma pesquisa bibliográfica descritiva e comparativa das informações pertinentes produzidas nos últimos dez anos, buscou-se justificar a modernização e adoção das práticas adotadas pelo COPM. Pela observação e análise do ambiente da PMPR é possível afirmar que há o despreparo e a inadequação clínica e administrativa, do atual serviço prestado pelo COPM. A área da Saúde, de atualização e modernização dinâmicas, obriga os gestores e executores de serviços de saúde da PMPR a uma constante revisão e adequação das filosofias e tratamentos, visando atender as necessidades de uma população beneficiária com inúmeras demandas reprimidas a serem atendidas. Finalmente, apresenta-se uma proposta de reestruturação dos serviços abrangendo uma filosofia preventiva, adoção de regras de avaliação e certificação da qualidade dos serviços prestados, respeito pelas normas reguladoras das instituições oficiais fiscalizadoras da estruturação e do exercício profissional, estruturação da equipe de prestação de serviços odontológicos, estruturação orçamentária capaz de manter a independência do COPM.

Palavras chaves: Doença Periodontal, Enfermidade Periodontal, Gengivite, Periodontite, Polícia Militar do Paraná.

ABSTRACT:

The present study is the result of a technical-scientific, institutional and administrative speech based research which presents Periodontal Medicine and administrative questioning of the structural services in the Health Corporation as its main thematics, as well as putting on display the problems in reference to motivation, involvement, and commitment in well provided dentistry services of the Military Police of the State of Paraná. For this purpose, the utilization of a new service philosophy that contemplates the diagnosis and the control of the periodontal and systematic alterations and its interconnected relations applied to a daily routine. Through descriptive and comparable bibliographical research of the pertaining information published within the last ten years, justify the modernization and implementation of the practices taken on by the COPM. Through the observation and analysis of the surroundings of the PMPR it's possible to assert the lack of, clinical and administrative, preparation of the COPM services provided. The Health department and the modernizing of dynamics, compels the administrators and service providers of the PMPR to employ a constant revision and assessment of its philosophies and treatments, to aim at meeting the needs of the beneficiary population with numerous repressed demands. Finally, a proposal to restructure these services with a preventative philosophy, the addition of new rules of evaluation and the guarantee of the quality of services provided, respect for the regulatory norms of the official inspection institutes of structure and the exercised professionalism, structuring of staff providing the dentistry services, budgetary structuring able to maintain the COPM independent.

Key words: Periodontal Medicine, Periodontal Illness, Gengivitis, Periodontitis, Military Police of the State of Paraná.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	14
1.3 JUSTIFICATIVA.....	15
1.4 OBJETIVOS.....	15
2 LITERATURA PERTINENTE.....	17
2.1 FATORES DE RISCO PARA DOENÇA PERIODONTAL.....	25
2.2 DOENÇA PERIODONTAL E DOENÇA SISTÊMICA.....	36
2.2.1 Doença Periodontal e Doença Cardiovascular.....	38
2.2.2 Doença Periodontal e Doença Respiratória.....	47
2.2.3 Tabagismo e Intervenções Odontológicas.....	48
2.2.4 Doença Periodontal e Diabetes Mellitus.....	53
2.2.5 Doença periodontal e o Paciente Feminino.....	61
2.2.6 Doença Periodontal e Osteoporose e Osteopenia.....	65
2.2.7 Doença Periodontal e Deficiência de Imunidade.....	69
2.2.8 Doença periodontal e Paciente com Câncer.....	72
2.2.9 Doença Periodontal e Paciente Transplantado.....	75
2.2.10 Doença Periodontal e Doenças do Sangue.....	86
3 METODOLOGIA.....	94
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	94
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	94
3.3 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE.....	95
4 MEDICINA PERIODONTAL E A POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ.....	96
5 PROPOSTA PARA A POLÍTICA DE SAÚDE, VOLTADA PARA A	
ODONTOLOGIA, NA PMPR.....	133
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	136
REFERÊNCIAS.....	138

1 INTRODUÇÃO

O desconhecimento das inter-relações entre as enfermidades bucal e sistêmica, por parte da população em geral e, particularmente, pela comunidade Policial Militar, aliado à atualidade do assunto através dos avanços técnico-científicos adquiridos pela MEDICINA e ODONTOLOGIA, os quais demonstram que o requisito microbiano não explica, totalmente, a gravidade de alguns casos, evidencia a necessidade da disseminação deste conhecimento e a adequação dos Serviços de Saúde para as boas práticas na prestação de serviços, particularmente, o da Corporação.

Os avanços técnico-científicos citados, apesar de realizados, em sua maioria, em outros países, os quais adotam padrões, às vezes, bem diferenciados de caracterização da população estudada. No entanto, estes padrões permitem que sejam adotados como referencial expositivo para alertar, população e gestores, para sua adoção em nossa comunidade. Assim analisando, conclui-se que o problema está na incorporação destes conceitos e tecnologia em nosso meio. Por este prisma, o título inicial: MEDICINA PERIODONTAL: dirigida ao público leigo, mostrando as relações entre doença bucal e sistêmica, deve ser alterado para: MEDICINA PERIODONTAL - DIAGNÓSTICO E CONTROLE DAS ALTERAÇÕES PERIODONTAIS E SISTÊMICAS: UMA PROPOSTA PARA O SERVIÇO DE SAÚDE DA POLÍCIA MILITAR DO PARANÁ.

O presente projeto é resultado da estrutura de um discurso técnico-científico, institucional e administrativo, o qual é iniciado pela introdução (capítulo um), que apresenta breve panorama sobre as temáticas da Medicina Periodontal, questionamentos administrativos para estruturação do serviço de Saúde da Corporação, além de destacar o problema referente à motivação, ao envolvimento e comprometimento com a boa prestação do serviço.

Este capítulo se encerra com apresentações da justificativa e objetivos que nortearam essa investigação.

O capítulo dois é reservado à revisão da literatura pertinente, ou seja, a uma abordagem teórica sobre os principais assuntos pertinentes à pesquisa, abordando os aspectos genéricos que devem ser de domínio de usuários e gestores do sistema. Está

subdividido em seções de modo a identificar as relações existentes entre a doença bucal e as doenças sistêmicas.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Partindo-se do pressuposto de que, nas últimas décadas, ocorreu um crescimento no interesse de gestores de organizações, civis e militares, e pesquisadores pela área de Medicina Periodontal, têm-se realizado, no mundo e no Brasil, vários estudos científicos e aplicações práticas destes conhecimentos em diversos tipos de organizações de Saúde. No entanto, conforme estes estudos e práticas aumentam, cresce também a necessidade de informações a respeito da produção científica já realizada sobre esta área. Sendo assim, quando os gestores de organizações de Saúde que se interessam em adotar e executar as boas práticas de atendimento integrado nesta área, inevitavelmente, se deparam com os seguintes questionamentos:

- a) Quais são as informações existentes sobre a Medicina Periodontal que interessam e devem ser repassadas ao público alvo?
- b) Quais os mecanismos de coleta de informações do paciente devem ser adotados?
- c) Quais as condutas clínicas mais apropriadas para manipulação destes pacientes?
- d) Quais os recursos necessários para a implantação e manutenção de um serviço de Saúde competente e de qualidade?
- e) Qual a população beneficiada: militares da ativa, reserva remunerada, reformados, dependentes (definir critérios), pensionistas?
- f) Profissional CONCURSADO X Profissional CONTRATADO: como obter a excelência na prestação do serviço?

Todos esses questionamentos podem se resumir em uma pergunta, ou problema da pesquisa, a qual se refere ao tema do presente Trabalho de Conclusão de Curso, que é a seguinte:

Qual é o tipo do tratamento e atendimento de Saúde, voltado aos aspectos odontológicos, que a Polícia Militar do Paraná necessita?

1.2 JUSTIFICATIVA

O desconhecimento das inter-relações entre as enfermidades bucal e sistêmica gera distorções, tanto no campo pessoal (indivíduo não cuida da sua saúde – prevenção) como no corporativo (gestores do sistema de saúde não tomam as decisões por falta de conhecimento específico), uma vez que um indivíduo mal assistido, por um Serviço de Saúde gerido por diretrizes inadequadas e/ou obsoletas, as quais se limitam ao tratamento emergencial (voltado para solução imediata, às vezes improvisada) e não preventivo (garantir o não aparecimento da enfermidade e a longevidade aos resultados obtidos com os tratamentos adotados), não cuida da própria saúde adequadamente, impossibilitando justificar e perenizar os recursos (humanos, materiais, financeiros) necessários ao bom desempenho na prestação de Serviços de Saúde. Se esta situação ocorre com a população em geral, cabe a nós tentar, por meio desta pesquisa, adaptar a realidade de nosso dia a dia, aos melhores padrões que a Corporação, como um todo, possa oferecer.

A principal motivação para a realização desta pesquisa é a contribuição que ela irá proporcionar aos dirigentes da Corporação, especialmente aos gestores do Sistema de Saúde, sobre a necessidade de elaborar uma proposta de re-estruturação das políticas de Saúde da PMPR no diagnóstico e controle das alterações periodontais e sistêmicas, pois servirá como um importante instrumento de consulta, adequação e avaliação sobre as boas práticas de Saúde que a população beneficiada merece. Nesse sentido, será possível ao usuário desse sistema opinar sobre os rumos que o sistema de Saúde da Corporação deve seguir.

1.3 OBJETIVOS

Elaborar uma proposta de re-estruturação das políticas de Saúde da PMPR para o diagnóstico e controle das alterações periodontais e sistêmicas, a qual permita adequar a prestação dos serviços à realidade atual.

Decorrente deste objetivo geral, tem-se os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar as políticas de Saúde da PMPR;

- b) verificar a estrutura geral (recursos humanos, instalações físicas, recursos financeiros) do serviço de Saúde da PMPR;
- c) analisar as “melhores práticas” adotadas em outros centros de pesquisa nacionais;
- d) identificar as práticas orientadoras e esclarecedoras para a saúde periodontal;
- e) verificar a necessidade da re-estruturação das políticas de Saúde Odontológica da PMPR.

2 LITERATURA PERTINENTE

Por ser um assunto atual, a revisão da literatura focou-se em estudos técnico-científicos, institucionais, conceituais e filosóficos, aperfeiçoados nos últimos dez anos, principalmente, abordando, convertendo e transcrevendo a informação de modo que um público leigo possa compreender.

Os avanços científicos e tecnológicos das Ciências da Saúde (Medicina, Odontologia, Enfermagem e Farmácia) estão mudando os conceitos relacionados ao gerenciamento, demografia, padrões das doenças e a expectativa pública da qualidade de vida. Diferenças na ocorrência das doenças e sobrevivência das populações geram maior atenção sobre a idade, sexo, etnia, orientação sexual, localização geográfica e padrão sócio-econômico. Tais avanços científicos associados às responsabilidades sobre os profissionais da saúde, auxiliarão estes profissionais a rever e direcionar as conexões entre as infecções orais e doenças sistêmicas.

O melhor conhecimento da Biologia Humana, diagnósticos e terapêuticos baseados na genética, inovações da bioengenharia e dos biomateriais, melhor compreensão do comportamento individual, familiar e comunitário, poderão reduzir e substituir as intervenções, clinicamente, inadequadas e de alto custo.

A doença periodontal por atingir, às vezes irreversivelmente, os tecidos do periodonto e resultar na perda do elemento dentário, justifica a condução de estudos sobre a sua prevalência de modo a orientar profissionais, leigos e governantes a identificar sua incidência e severidade, possibilitando traçar estratégias de saúde individuais e comunitárias, visando a prevenção, tratamento e controle da doença periodontal. (ARAÚJO, M.G. , SUKEKAVA, F., 2007, p.7)

As doenças infecciosas, os pacientes imunossuprimidos, as drogas imunossupressoras usadas em pacientes transplantados, os pacientes comprometidos imunologicamente, variados graus de imunossupressão favorecendo o aparecimento de microorganismos obscuros, doenças sistêmicas complexas influenciadas por infecções oportunistas, doenças malignas, doenças cardiovasculares, entre inúmeras outras

alterações, influenciaram o ressurgimento do interesse pelas microbiota oral. Estes interesses renovados devem-se aos avanços da epidemiologia, microbiologia, imunologia, biologia celular e molecular, os quais afluíram questões sobre as infecções orais e doenças sistêmicas que necessitam de respostas.

A presença de bactérias normais ou comensais sobre o corpo humano (dentes, implantes protéticos, mucosa bucal, trato respiratório, esôfago, trato intestinal e urinário) e que, em condições favoráveis, tornam-se oportunistas e associados a infecções orais e sistêmicas. A boca representa metade delas, cerca de 300 a 500 espécies bacterianas, somando cerca de 6 bilhões de microrganismos e formando um ecossistema dinâmico. Este ecossistema, inclui bactérias, fungos e vírus, que podem ser transmitidos da mãe para o filho, por pessoas que cuidam de crianças, entre casais ou serem adquiridos do ambiente.

A interação dinâmica do hospedeiro e patógenos, cujas evidências sobre a participação dos microrganismos orais nas doenças sistêmicas estão aumentando e mudando o paradigma da Medicina Oral.

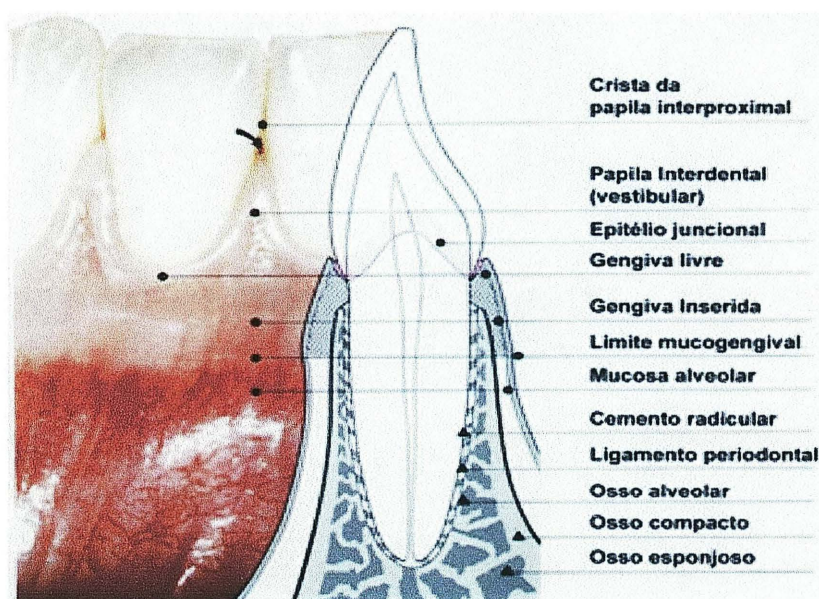
A participação de bactérias da cavidade oral na etiopatogenia de doenças sistêmicas pode ocorrer pela migração destes patógenos para o foco da infecção extra-oral e ou pelo estabelecimento de um quadro inflamatório sistêmico crônico a partir da infecção oral. Estudos recentes sugerem que a doença periodontal pode interferir na saúde sistêmica por meio destes mecanismos. (FERES, M., FIGUEIREDO, L.C., 2007)

Microrganismos transmissíveis e oportunistas ligados à cárie dentária e doença periodontal, microrganismos específicos ligados aos processos infecciosos, microrganismos, toxinas bacterianas e citocinas das respostas teciduais liberados na circulação, interações gene-gene e gene-ambiente, influenciam complexas interações e a suscetibilidade do hospedeiro, exposições externas, estilos de vida e comportamento, manuseio da saúde e das doenças, requerem educação multidisciplinar, estratégias e oferta de cuidados com a saúde.

As informações relevantes sobre as condições normais e alteradas do periodonto serão mostradas, facilitando a compreensão do leitor.

A. Anatomia do Periodonto

O termo periodonto (perio = ao redor; odonto = dente) compreende o conjunto de tecidos em torno do dente. Divide-se em periodonto de proteção (gengiva) e de sustentação (cimento radicular, ligamento periodontal e osso alveolar). Figura 1. **Periodonto normal** (Rateitschak, 2005, p.07).



A gengiva divide-se em livre (da base do sulco até a gengiva marginal) e inserida (da gengiva marginal até a junção mucogengival). Abaixo da junção mucogengival está a mucosa alveolar, a qual faz continuidade com o lábio, bochecha e assoalho da boca. No adulto, a gengiva marginal localiza-se sobre o esmalte dental entre 0,5 a 2,5 mm coronal à linha cervical, é arredondada e adjacente ao sulco gengival (aprox. 2 a 4 mm de profundidade), o qual pode ser medido e servir de parâmetro clínico.

Denomina-se “bolsa periodontal” a histopatologia dos tecidos moles e duros subjacentes, como resposta inflamatória a uma infecção oral. O sulco gengival possui um fluido, o qual pode alterar-se no estado inflamatório, permitindo mensuração das

citocinas e fatores de tecido necrosado. A profundidade da bolsa e as alterações mensuráveis do fluido gengival, servem como parâmetros de saúde e doença.

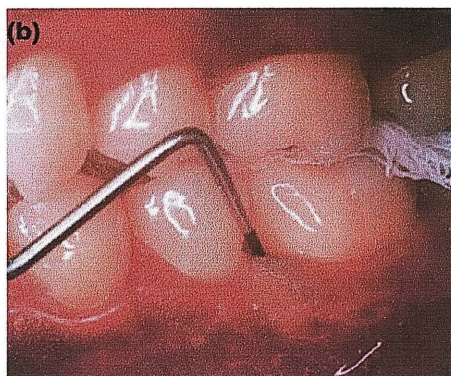


Figura 2. Demonstração de mensuração de profundidade de bolsa periodontal localizada na face proximal do 1º Molar Inferior Esquerdo.

A doença periodontal ocorre de duas formas: gengivite (envolve a porção apical do epitélio juncional, a junção cimento-esmalte ou nas proximidades) e periodontite (envolve o ligamento periodontal, o qual é destruído pela inflamação, permitindo migração do epitélio juncional). Ocorre na presença ou não de alterações nas condições sistêmicas. A Gengivite pode ocorrer pela presença da placa bacteriana, chamada gengivite marginal e, quando há envolvimento de alterações sistêmicas, como a gengivite dos pacientes com HIV ou os crescimentos gengivais decorrentes do uso prolongado de determinadas drogas (ex: fenitoína, ciclosporina, nifedipina e diidropiridina). Já a Periodontite pode ocorrer de duas maneiras principais: do Adulto (com ou sem envolvimento sistêmico) e a Juvenil ou de início precoce (geralmente associada a alterações nas funções dos neutrófilos).

B. Estrutura do Periodonto

O tecido gengival está revestido por epitélio, o qual divide-se em: oral, sulcular e juncional. Abaixo do epitélio gengival, o tecido conjuntivo une a gengiva ao dente e ao osso alveolar, através das fibras conjuntivas supra-alveolares. Recobrendo o tecido gengival está o epitélio oral, que é queratinizado. (ROSE, 2002, p.3)

O sulco gengival é revestido pelo epitélio sulcular, assemelhado do epitélio oral, porém, não queratinizado. A camada celular da base do sulco gengival une o tecido

conjuntivo gengival com a superfície dentária. É na região anatômica do epitélio sulcular e juncional que a placa bacteriana subgengival interage com os mecanismos defensivos do hospedeiro.

Tecido Conjuntivo Supra-alveolar

Corresponde ao tecido conjuntivo posicionado coronariamente à crista alveolar, formado por fibras, células, vasos e nervos. Os fibroblastos são suas principais células e produzem seus principais elementos. Células mesenquimais indiferenciadas, macrófagos e mastócitos também estão presentes. Fibras colágenas compõem a maior parte do tecido conjuntivo gengival, podendo orientar-se em feixes distintos e de orientação definida:

- a) Circulares: assemelha-se a um anel que circundam o dente;
- b) Transeptais: localizadas na região interdental, unem o cemento de um dente ao adjacente;
- c) Dentogengivais: partem do cemento de um dente, correndo paralelamente ao sulco;
- d) Dentoperiósticas: partem do cemento e unem-se ao mucoperiosteó.

21 Localization and Orientation of Gingival and Periodontal Ligament Fiber Bundles (see also Fig. 22)

In the supra-alveolar region, both in the free marginal gingiva and partially also the attached gingiva, the connective tissue compartment is composed primarily of collagen fiber bundles (A). These splay from the cementum of the root surface into the gingiva. Other fiber bundles course more or less horizontally within the gingiva and between the teeth, forming a complex architecture (Fig. 22). In addition to collagen fibers, one may also observe a small number of reticular (astroplike) fibers.

The periodontal ligament space (B) in adults is ca. 0.15–0.2 mm wide. About 60% of the space is occupied by collagen fiber bundles. These fibers traverse from cementum to alveolar bone (C).

Right: Marginal gingiva. Fiber-rich connective tissue (A, blue), junctional epithelium and oral epithelium (reddish brown).

Histology courtesy N. Long

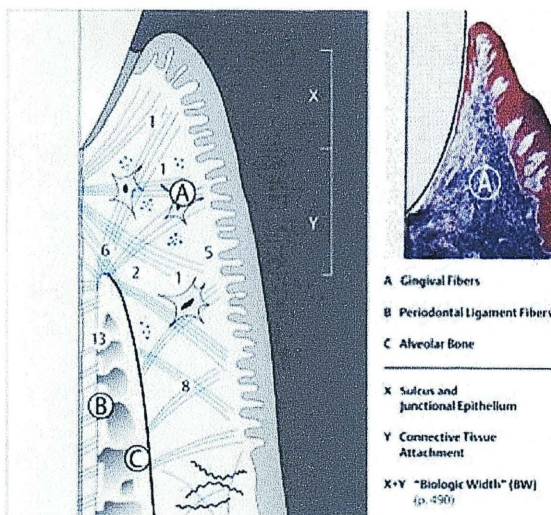


Figura 3. Fibras gengivais e periodontais (Rateitschak, 2005, p.12)

Vascularização Sangüínea

O tecido gengival é ricamente vascularizado, originando-se dos vasos supraperiósticos, os quais são ramos das artérias lingual, mental, bucinador e palatinas, espalhando-se ao longo do processo alveolar, sendo que alguns ramos podem penetrar o septo interdental. Inúmeros capilares podem ser vistos abaixo da membrana basal dos epitélios do sulco, juncional e oral.

Gengiva Sadia

Clinicamente, a gengiva saudável apresenta como características: coloração rosa clara; boa adaptação ao dente; pontilhado tipo “casca de laranja” em sua superfície; firme aderência ao processo alveolar e aos dentes. A profundidade do sulco gengival varia de 1 a 3 mm e não sangra quando realizada sondagem. Histologicamente, pequeno número de plasmócitos e linfócitos são encontrados.

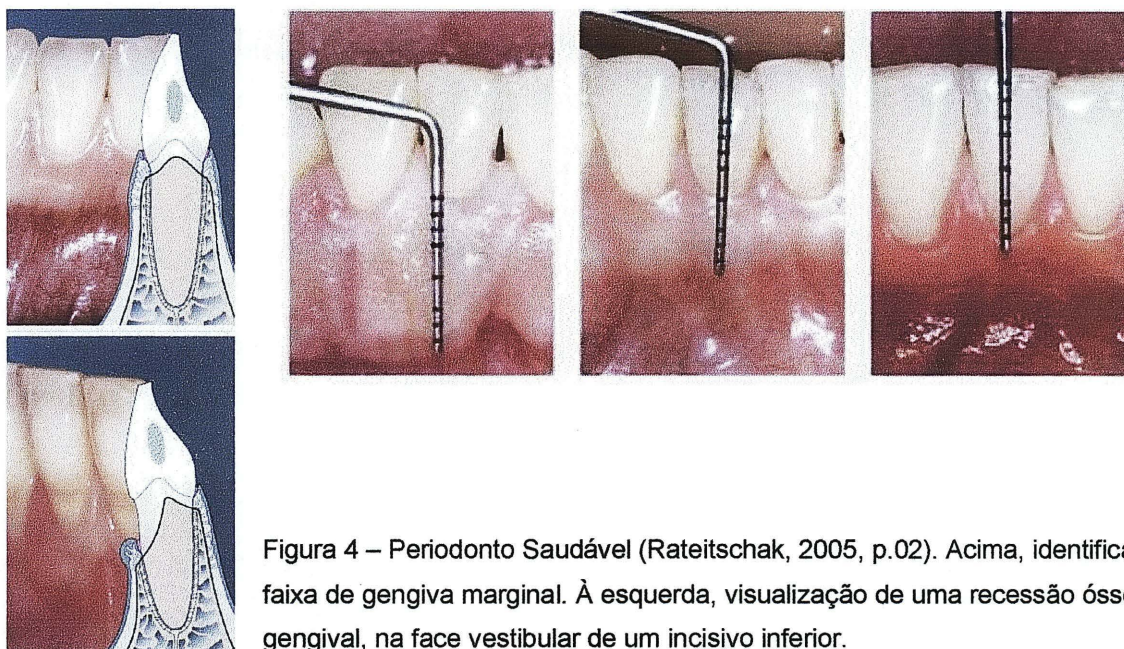


Figura 4 – Periodonto Saudável (Rateitschak, 2005, p.02). Acima, identificação da faixa de gengiva marginal. À esquerda, visualização de uma recesso óssea e gengival, na face vestibular de um incisivo inferior.

Periodonto de Inserção

A inserção de um dente em seu arcabouço ósseo ocorre por meio de feixes de fibras, tecido conjuntivo e vasos sanguíneos. Este sistema de revestimento e suporte é formado por: cimento, ligamento periodontal e processo alveolar.

1) Cimento: tecido calcificado que reveste a raiz dental; depositado durante a formação dental, pode ser celular e acelular. O cimento acelular tem coloração clara, é amorfo, constituído por cementoblastos que não ficam embebidos na matriz. As chamadas Fibras de Sharpey são as fibras que ficam embebidas pelo cimento. Recobre a maior porção radicular, exceto na porção apical. O cimento celular possui cementoblastos inclusos na matriz e assemelha-se ao tecido ósseo, diferindo dele caso não haja remodelagem durante a vida. As chamadas Linhas Incrementais, formadas pela aposição de camadas de cimento que são vistas durante a vida, são mais escuras e referem a atividades funcionais, sendo margeadas por uma fileira de cementoblastos, compensando os movimentos fisiológicos dentais.

2) Processo Alveolar: é formado por tecido ósseo e corresponde à porção superficial que delimita o alvéolo dental. Possui orifícios por onde passam vasos sanguíneos, linfáticos, nervos. Fibras de tecido conjuntivo, chamadas Fibras de Sharpey prendem-se a ela. Entre o osso cortical e o osso alveolar encontra-se o osso de suporte ou esponjoso, o qual forma a maior porção do septo interdental, apresentando áreas de depósito e reabsorção óssea. Osteócitos e matriz extracelular aparecem, sendo depositado próximo ao ligamento periodontal e reforçado pelo osso de suporte. Através dos orifícios, os grandes vasos e seus ramos penetram no ligamento periodontal.

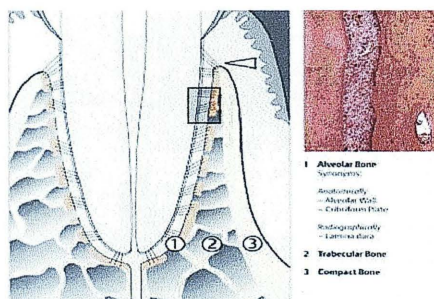


Figura 5 – Estrutura do Processo Alveolar
(Rateitschak, 2005, p.16).

3) Ligamento Periodontal: é constituído por tecido conjuntivo formando fibras colágenas que se organizam em feixes, prendendo o dente ao osso alveolar. Os principais feixes de fibras são:

- a) Horizontais: seguem, diretamente, do osso alveolar para o dente;
- b) Oblíquas: vão do osso alveolar, apicalmente, em direção ao cimento;
- c) Apicais: circundam o ápice radicular, unido o dente ao osso alveolar;
- d) Inter-radulares: presentes em dente multi-radulares, vão da crista óssea inter-radicular ao dente.

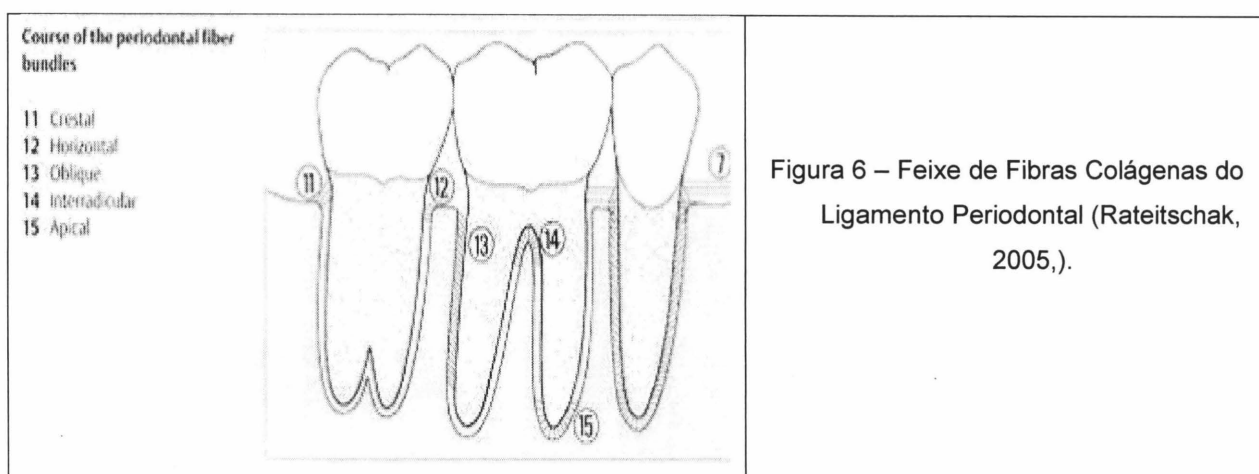


Figura 6 – Feixe de Fibras Colágenas do Ligamento Periodontal (Rateitschak, 2005,).

Existem indicativos de acentuada renovação destas fibras, observando-se menor diâmetro e maior quantidade no lado do cimento, enquanto que do lado ósseo elas são mais calibrosas e menor quantidade, tendendo a entrelaçar-se, determinando a largura do ligamento.

Os vasos sangüíneos, linfáticos e nervos estando mais próximos ao lado ósseo, unem-se aos vasos mais calibrosos na medula óssea.

As células mais encontradas no ligamento são: fibroblastos, cementoblastos, osteoclastos e remanescentes de células epiteliais.

Estudos atuais têm demonstrado o potencial regenerativo do periodonto de inserção, permitindo, através dos tratamentos clínicos, recuperar o suporte periodontal perdido.

Evidências crescentes da associação de doenças sistêmicas e infecções oportunistas orais têm influenciado o ressurgimento do interesse na microbiota oral, na imunidade das mucosas e nas associações entre condições sistêmicas. O interesse pela Medicina Periodontal acentua-se muito em épocas como a atual, onde avanços significativos em áreas da microbiologia, imunologia, biologia celular e molecular permitem desvendar o genoma microbiano, as infecções orais, o genoma humano e uma variedade de desordens e doenças sistêmicas. (ROSE, 2002. p.8)

2.1 FATORES DE RISCO NA DOENÇA PERIODONTAL

As doenças periodontais atingem parte significativa da população, sendo responsáveis por sintomatologia dolorosa e perda dental, são reconhecidas como infecções bacterianas, estando entre as doenças mais comuns do ser humano. Apesar da abrangência, existem alguns indivíduos relativamente resistentes às formas graves da doença, o que nos leva à possibilidade da existência de fatores de risco para a doença, que podem modular a suscetibilidade e a resistência dos indivíduos.

Estão surgindo evidências que sugerem as periodontites como capazes de aumentar o risco para certas doenças sistêmicas, como as cardíacas, recém nascidos de baixo peso, entre outras. Atualmente, a abordagem em relação à doença periodontal inclui a prevenção, os tratamentos das infecções periodontais e a modificação dos fatores de risco que podem aumentar a possibilidade do indivíduo iniciar a doença ou se reinfectar com microorganismos periodontais. (ROSE, 2002, p.11)

Assim, o entendimento da etiologia microbiana e da patogênese da infecção periodontal, o conhecimento dos fatores que aumentam o risco das doenças periodontais e o fornecimento de informações ao paciente, possibilitando determinar o seu perfil de risco e nível de risco para o desenvolvimento das doenças periodontais.

As doenças periodontais, reconhecidamente infecções bacterianas, afetam uma grande porcentagem da população mundial, aparecendo entre as mais importantes causas de dor e perda dental. Apesar disto, uma parcela de indivíduos mostra uma resistência para as formas graves da doença periodontal. Esta observação sugere que, hipoteticamente, existam fatores de risco modulando a suscetibilidade e a resistência dos indivíduos.

Além disto, estão surgindo evidências da participação das periodontites no aumento do risco para algumas doenças sistêmicas, como enfermidades cardíacas, recém-nascidos de baixo peso, doenças respiratórias entre outras possibilidades. Ressalta-se que a prevenção e tratamento da doença periodontal são necessários pois, com a presença de doença periodontal, a saúde geral está comprometida. (ROSE, 2002, p. 11)

É importante ressaltar que:

- 1) entender a etiologia microbiana e da patogênese da doença periodontal;
- 2) conhecer, detalhadamente, os fatores que aumentam o risco da doença periodontal;
- 3) fornecer informações do trato com o paciente, determinando o seu perfil de risco ou os níveis de risco para infecções periodontais.

Etiologia da Doença Periodontal

Este conceito tem sofrido inúmeras alterações nos últimos anos, sabendo-se hoje do envolvimento de muitas bactérias orais específicas e subgingivais, dentre outras, relacionadas com formas mais graves da doença periodontal. Participam ainda, grupos patogênicos não encontrados normalmente na boca, estando incluídos na associação com a doença. Além disso, estas infecções estão associadas a bactérias específicas e residentes da área subgingival, mesmo na presença de mecanismos de defesa do hospedeiro. Inúmeras delas apresentam fatores de virulência potentes e capacidade de invasão às células epiteliais, o que pode justificar, parcialmente, a relação doença periodontal e doença cardíaca.

Associações medicamentosas têm sido apresentadas relacionadas, diretamente, com infecções periodontais específicas. Além disso, o desenvolvimento de testes microbiológicos mostrou-se úteis para uma abordagem e seleção terapêutica apropriada para cada caso.

Patogênese da Doença Periodontal

Os microorganismos patogênicos periodontais causam danos diretos aos tecidos. No entanto, desequilíbrios entre os mecanismos de protetores e destrutivos no organismo contribuem para extensas destruições periodontais.

A patogênese ocorre pela agressão direta dos produtos tóxicos bacterianos provocando ativação celular, levando a uma migração de células de defesa e produção de anticorpos, promovendo controle e redução da flora infectante. Apesar disto, muitos microorganismos escapam destes controles e promovem destruição das células de defesa, inibindo suas funções ou digerindo os anticorpos e seus complementos. Em seguida, ativam-se as células mononucleares e os fibroblastos, levando a destruição tecidual e reabsorção óssea. O controle exercido pelos anticorpos e fagócitos, provoca a remissão da doença. As condições do sistema imunológico do hospedeiro podem provocar a remissão da doença, quando as defesas são suficientes, ou permitam exacerbação e progressão da doença, quando as defesas estão debilitadas.

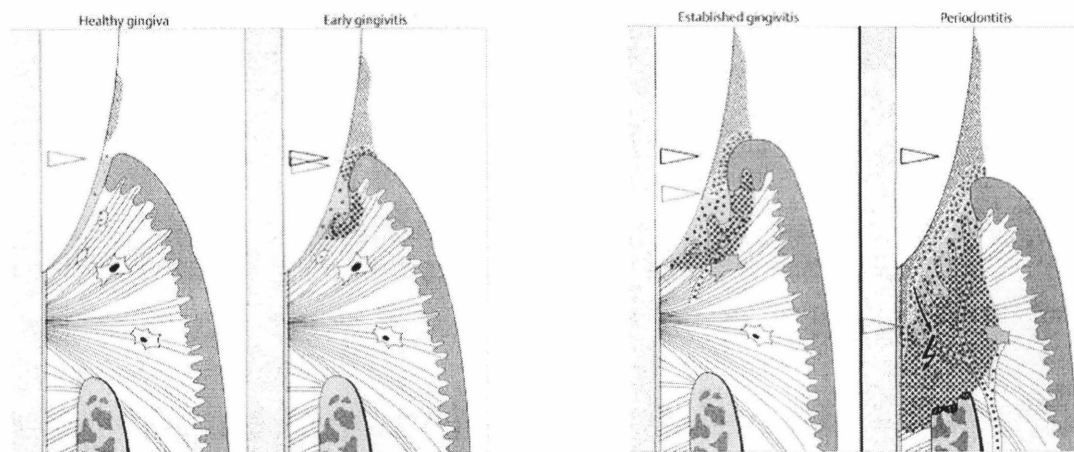


Figura 7. Estágios evolutivos da doença periodontal: gengiva norma, gengivite precoce, gengivite estabelecida e periodontite. (Rateitschak, 2005)

Fica evidente que fatores externos, como o tabagismo e internos, como predisposição genética, podem influenciar no avanço da doença pela modificação da resposta do hospedeiro.

Fatores de risco

São circunstâncias envolvidas na evolução da doença, que podem ser modificadas ou não. O termo indica uma condição que pode ser modificada, mas nem sempre é assim. Aqueles que não podem ser modificados são os chamados fatores determinantes ou “de fundo”. Os verdadeiros fatores de risco para a doença, são confirmados pelos estudos longitudinais e intervencionais, e pela existência de mecanismos biológicos plausíveis para ação destes.

A análise dos riscos serve para melhorar a saúde da população. É importante que o mecanismo de ação dos fatores de risco seja biologicamente aceitável para se entender como este concorre para a doença. Além disso, conhecendo seu modo de ação, existe possibilidade de desenvolver intervenção sobre o risco, modulando ou limitando o efeito sobre a doença.

Fatores de Fundo ou Determinantes

Idade




Estudos sobre a prevalência, extensão e gravidade indicam mais doenças em grupos mais adultos do que nos mais jovens. Existência de placas bacterianas mais espessas e mais gengivite grave em pessoas mais velhas, mostram relação com a idade. Apesar disto, a maior parte dos estudos mostra que a gravidade da doença em pessoas mais velhas se deve a destruições acumuladas durante a vida, e não a uma alteração afetando a suscetibilidade à doença. Estudos norte americanos indicam que, considerando a condição higiênica bucal, não houve relevância da idade para determinação da doença. Estudo mostrando a destruição acumulativa da perda de inserção periodontal sugere que, pelo menos até 75 anos, a destruição foi igual durante

a vida. Estas indicações sugerem que a idade avançada pode ser um risco, porém, apenas ela, parece não manifestar influência antes dos 75 anos. Mais estudos, por certo, definirão melhor a influência da idade avançada sobre a doença periodontal.

Raça

A busca pela relação entre raça, situação sócio-econômica e pobreza, não têm obtido sucesso. Estudos recentes, relacionando situação periodontal equilibrada com relação à higiene bucal e tabagismo, não esclareceu uma associação entre doenças periodontais graves e situação sócio-econômico.

Estudos norte americanos de fatores de risco para grupos étnicos, mostraram mais indicadores relacionados à situação sócio-econômica. Comparando-se um agente bacteriano como fator de risco, houve diferença entre grupos étnicos. Porém, quando pessoas destas raças pertencem ao mesmo grupo sócio-econômico, as diferenças na doença desapareceram. Para obter maior certeza sobre o papel da raça e etnia, mais estudos necessitam ser realizados, permitindo fatores genéticos ligados aos diversos grupos étnicos norte-americanos.

	<p>Figura 8. Imagem Superior mostra estruturas moles e duras, observar características de normalidade (coloração, contorno, adaptação). (Rateitschak, 2005, p.08).</p>
	<p>Imagem média, mostra a diferença de quantidade da faixa de gengiva inserida e queratinizada marginal.</p>
	<p>Imagem inferior, mostra as características de normalidade da gengiva marginal, destacando a pigmentação presente por fator racial.</p>

Sexo

Considerando-se a faixa etária, descreve-se a doença periodontal como mais prevalente no homem. Eles higienizam menos a boca e freqüentam menos os dentistas. Porém, quando corrigidos estes maus hábitos, a condição sócio-econômica, as consultas odontológicas e a idade, a associação do gênero masculino com a doença mais grave se mantém, levando-se em conta a perda de inserção quanto à altura óssea.

Estudos relacionados aos efeitos dos hormônios, principalmente o estrógeno feminino, que parece atuar na proteção contra perda óssea, podem nos ajudar a entender um pouco mais porque da gravidade da doença ser maior no homem, mas não definitivamente.

Fatores de Risco Sistêmicos e Fatores Indicadores

Consideráveis evidências, baseadas em diversas modalidades de estudos, permitem diferenciar dois grupos de fatores sistêmicos: o primeiro inclui o tabagismo e o segundo inclui a diabetes mellitus.

Há o grupo dos fatores relacionados ao desenvolvimento precoce da doença, stress e distress e coping, fatores da dieta (cálcio e vitamina C), fatores genéticos, fatores das doenças imunes (AIDS), relacionadas às drogas e as que afetam a resposta do indivíduo associadas às doenças graves em jovens.

Tabagismo

Apesar da longa história da relação entre doença periodontal e tabagismo, a observação de que índices de placa e cálculo mais elevados nos fumantes podem ser os responsáveis por esta associação, dificultou o convencimento da comunidade sobre a importância do fumo e o risco de doença periodontal. (ROSE, 2002, p.15)

Estudos recentes sobre a influência do tabagismo na doença periodontal, ajustadas outras variáveis como: sexo, idade, condição sócio-econômica, higiene bucal, mostram que o consumo de cigarros influencia o agravamento das alterações

periodontais, induzindo a perda de inserção clínica, perda óssea e perda dental. Outras evidências estão se confirmando através de estudos realizados em fumantes, ex-fumantes e não-fumantes, relacionando o tempo do hábito, o consumo diário, a efetividade do tratamento e a recidiva da doença periodontal.

Os mecanismos pelos quais o tabagismo afeta o periodonto são os mais diversos, tais como: atuação na microcirculação gengival, alteração dos mecanismos celulares de defesa, redução da capacidade imunológica, penetração direta de substâncias tóxicas para o interior tecidual, redução da absorção de cálcio no intestino influenciando nas perdas ósseas, modificação na reparação tecidual, efeitos adversos sobre a flora bacteriana subgengival.

Diabetes Mellitus

Uma grande quantidade e variedade de estudos têm relacionado a diabetes e a doença periodontal, mostrando fundamentação da prevalência, gravidade ou extensão das manifestações periodontais nestes pacientes.

A importância destes e outros estudos que estão sendo realizados e ainda o serão, está na confirmação de que o controle da doença periodontal pode influir positivamente para o controle da glicemia nos diabéticos tipo 1 e tipo 2.

Deficiências Imunológicas

As doenças sistêmicas, em especial, aquelas que comprometem a capacidade do indivíduo de se defender das infecções, provocam geralmente doença periodontal mais grave. (ROSE, 2002, p. 17)

Muitos estudos têm sido publicados descrevendo formas graves e destrutivas de doença periodontal em pacientes com a imunidade comprometida, como por exemplo nos pacientes com AIDS, causando lesões ulcerativas que afetam o osso alveolar. Esta deficiência imunológica dos pacientes HIV positivos, propicia a manifestação de lesões bucais de grande variedade e agressividade, que interferem na qualidade de vida dos pacientes e exige que os serviços de saúde estejam preparados para solucioná-las ou, pelo menos, proporcionar-lhes o alívio necessário.

Osteoporose

Estudos norte-americanos mostram a importância desta redução da massa óssea, afetando porcentagem significativa da população, levando a alterações capazes de facilitar/ocasionar quantidades consideráveis de fraturas/ano. É uma condição fisiológica, relacionada ao sexo e à idade, caracterizada pela perda de massa óssea e fragilidade óssea.

Inúmeras pesquisas têm sido realizadas elucidando, cada vez mais, a influência da osteoporose na doença periodontal.

Fatores da dieta

Os estudos realizados permitem afirmar que há fortes evidências das deficiências de cálcio, vitamina C e outros nutrientes na atuação sobre a doença periodontal. Quando associados à outros fatores de risco, como por exemplo o tabagismo, as evidências ficam ainda mais fortes.

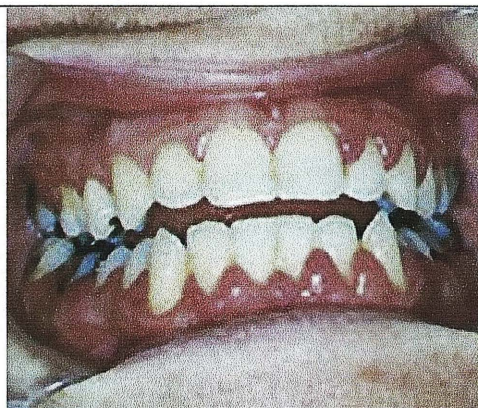


Figura 9 - Escorbuto: Embora seja rara a deficiência de vitamina C no ocidente, o escorbuto pode ocasionalmente provocar hiperplasia gengival. A maioria dos pacientes que se apresentam com o problema possui uma dieta pobre em frutas e vegetais frescos.

Stress e Desordens Psicológicas

A influência do stress e desordens psicológicas têm sido relacionados às doenças bucais, desordens da articulação temporomandibular, cáries, disfunções salivares e doença periodontal na infecção pelo HIV. Estudos de 1950 já demonstravam a participação destas alterações emocionais nas manifestações da gengivite ulcerativa necrosante aguda. Os mecanismos pelos quais o stress pode modular a doença periodontal são o modelo biológico e o comportamental.

Fatores Genéticos

A influência dos fatores genéticos sobre as condições orais pode acontecer por:

- 1) anormalidades dentárias: afetam o tamanho, a forma, número de dentes, defeitos de esmalte e dentina, anormalidades da polpa dental;
- 2) anormalidades genéticas afetam o complexo orofacial;
- 3) fatores genéticos associados à doença periodontal.

Efeitos dos medicamentos e a doença periodontal

As manifestações bucais de medicamentos usados para enfermidades sistêmicas podem ocorrer por meio de “crescimentos” gengivais anormais, pigmentação da gengiva e mucosas e alterações celulares nos tecidos orais.

O uso destes medicamentos deve ser acompanhado de controle rígido da higiene oral, tratamento periodontal conservador e, se necessário, cirúrgico.

Fatores de Risco locais: microbiota periodontal

São conhecidos em torno de 400 gêneros e espécies de microorganismos que habitam a cavidade oral, alguns são membros da microbiota periodontal com potencial para iniciação e progressão da doença periodontal. Assim, quanto mais conhecidos são estes patógenos e seus mecanismos de atuação, maior será o controle de suas influências locais e sistêmicas sobre a integridade do hospedeiro.

Higiene bucal, Placa bacteriana (Biofilme) e Cálculo dentário

A placa bacteriana ou biofilme tem sido associado ao aparecimento de gengivites porém, em relação à doença periodontal esta associação não está clara. Apesar das controvérsias entre os estudiosos, foi demonstrado que pacientes com uma excelente higiene oral, realização de raspagem e alisamento radicular bi ou trimestral e manutenções semestrais, tiveram muito pouca doença periodontal detectável clinicamente. Isto demonstra que a periodontite pode ser prevenida e estabilizada por

meio do controle dos depósitos microbianos. Mostrou também, que a placa bacteriana acima da gengiva favorece a colonização da área abaixo da gengiva, influenciando a microbiota subgengival.(ROSE, 2002, p.24)

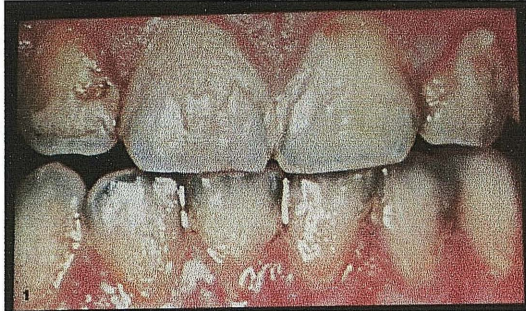
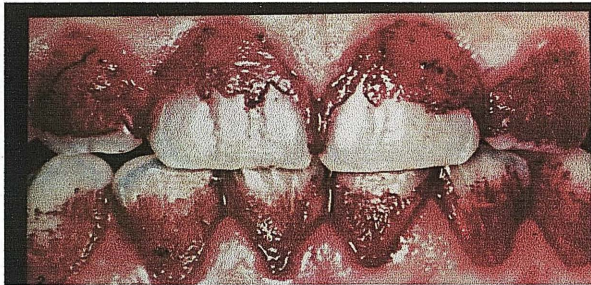
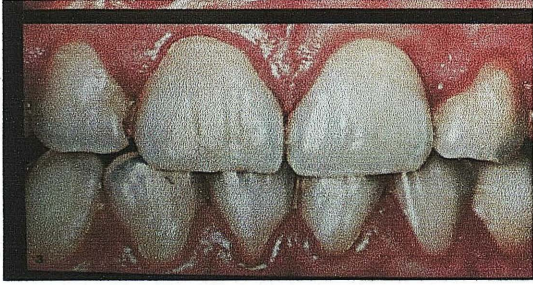
	<p>- imagem superior apresenta dentição coberta por acúmulo de placa bacteriana ou biofilme (saliva, sais minerais, restos de células descamadas, restos de alimentos e bactérias).</p>
	<p>- imagem do meio mostra a mesma boca após a aplicação de líquido revelador de placas (mostra aonde está a placa ou biofilme)</p>
	<p>- a mesma boca após a remoção da placa bacteriana ou biofilme com a utilização das técnicas de higiene oral (escovação e fio dental)</p>

Figura 10. Apresenta boca tomada pela placa bacteriana ou biofilme, antes e após utilização das técnicas de higiene oral.

O cálculo dentário e sua influência na doença periodontal são complexos. Estudos indicam que quando coexistem cálculo e doença periodontal, é difícil estabelecer se apenas o cálculo é um fator de risco. Provavelmente, o cálculo é um depósito que se forma após o aparecimento da doença periodontal e contribui para a progressão dela, favorecendo o acúmulo e a permanência da placa bacteriana.



Figura 11. Apresenta superfícies dentárias tomadas pela placa bacteriana ou biofilme, aderidos sobre o cálculo acima e abaixo da margem gengival. (Rateitschak, 2005, p.12).

Sangramento à sondagem

O exame clínico de sondagem periodontal consiste na utilização de um instrumento (sonda) calibrado, o qual é introduzido no sulco gengival (espaço entre a gengiva e o dente) para mensurar sua profundidade. Se for até 2 ou 3 mm, é considerado normal, mas se estiver acima disto, já é indicativo da presença de alterações periodontais. Apesar disto, parece ter pouco valor para previsões sobre a destruição periodontal futura. Estudos demonstram que, quando outros fatores (fumo, diabetes, acúmulo de placa e flora bacteriana) estão ajustados, a sondagem periodontal pode prever o aparecimento de até 50% dos casos de doença periodontal.

Doença Periodontal Preexistente

Possivelmente, uma das mais fortes associações, como fator de risco para a futura destruição periodontal, seja a presença e gravidade da doença periodontal determinada pela perda óssea alveolar no seu início. Isto confirmou que a doença periodontal preexistente está entre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença periodontal. (ROSE, 2002, p. 24)

Têm sido propostos e considerados fatores dentários individuais de risco, entre eles a oclusão, as forças oclusais excessivas e presença de focos de infecções pulpares, dependendo do suporte ósseo que apresentam.

Do exposto, evidencia-se a necessidade da abordagem da doença periodontal, com modificação dos fatores de risco, deve fazer parte do tratamento e está embasado em estudos e pesquisas.

2.2 DOENÇA PERIODONTAL E DOENÇA SISTÊMICA

A doença periodontal exaustivamente estudada e pesquisada tem demonstrado, cada vez mais, que as Ciências da Saúde precisam alterar seu foco de atuação, de modo a vislumbrar o indivíduo em sua totalidade e não fracionado (cada um observando sua área de atuação). A Odontologia por sua vez, partindo da melhor compreensão dos fatores envolvidos no aparecimento e desenvolvimento da doença periodontal, originou um novo termo para designar e englobar estes avanços, a Medicina Periodontal ou, também denominada, Periodontia Médica, evidenciando que a abrangência destes conhecimentos não se restringe à Odontologia.

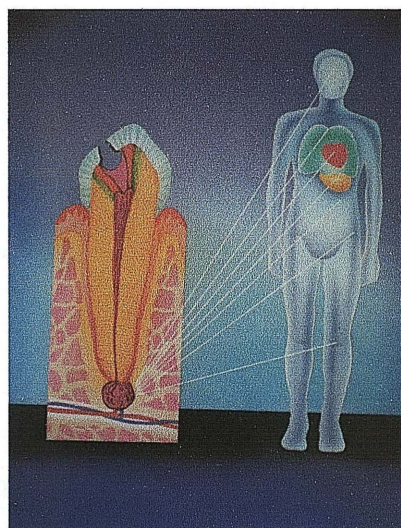


Fig.12. Foto retirada de um Atlas Odontológico germânico dos anos 80 – relação entre doença bucal e doença sistêmica

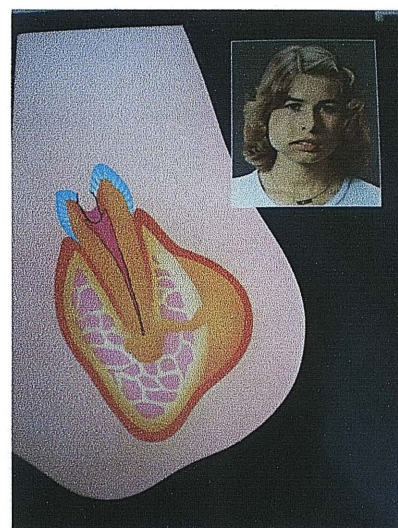


Fig.13. Foto retirada de um Atlas Odontológico germânico dos anos 80 – Infecção bucal localizada, com potencial à generalização

Hoje, sabe-se que o componente bacteriano, seja pela quantidade como pela qualidade, é essencial para desencadear o aparecimento da doença periodontal, porém, em muitos casos, a resposta do hospedeiro não corresponde ao ataque microbiano. Essa impossibilidade de creditar ao componente bacteriano o vigor da resposta do hospedeiro indica que outros componentes, os chamados fatores de risco, podem justificar essas diferenças em relação ao hospedeiro.

Constata-se então, que a Doença Periodontal não deve ser observada apenas como uma alteração exclusiva dos tecidos dentários, como também, pelas relações com outras enfermidades, como uma alteração que exige uma visão multidisciplinar, necessitando esforços conjuntos da Medicina e Odontologia, visando solucionar ou amenizar seus efeitos.



A Doença Periodontal, por meio do seu componente microbiano, ativa mecanismos teciduais no hospedeiro, os quais desencadeiam respostas inflamatórias e imunológicas, levando à destruição dos tecidos de sustentação dental. Cabe ressaltar que, apenas parte das bactérias existentes na boca têm potencial patogênico e que, em sua maioria, elas são necessárias para as condições normais de saúde bucal.

Entendem-se como fatores de risco, uma ou mais circunstâncias participantes na evolução da doença, as quais podem ser modificadas ou não. Os não modificáveis são também chamados de fatores determinantes. Seu conhecimento sobre a sua atuação permite que a intervenção sobre o risco, possa ser mensurada, limitando os seus reflexos sobre a doença sistêmica. Ressalta-se também, a influência da doença sistêmica sobre a evolução da doença periodontal, dando origem aos chamados fatores de risco sistêmicos. (ROSE, 2002)

Participam do grupo dos fatores de risco determinantes a idade, a raça e o sexo dos indivíduos estudados e o grupo de fatores de risco sistêmicos que incluem o tabagismo e a diabetes mellitus. Os fatores indicadores necessitam ainda hoje de mais estudos, por isto são assim classificados.

Complementando o descritivo da literatura pertinente serão apresentados, de forma sucinta, as conclusões dos mais recentes estudos relacionando a doença periodontal e alterações cardiovasculares, respiratórias, ligadas ao sexo feminino, diabetes, alterações da imunidade, alterações cancerígenas, alterações apresentadas em pacientes transplantados, alterações do sangue.

2.2.1 Doença Periodontal e Doença Cardiovascular

O relacionamento dos microorganismos bucais e as doenças cardiovasculares, já conhecidas e identificadas, demonstram que bacteremias originadas da microbiota oral podem infectar válvulas cardíacas, denominando-se endocardite bacteriana. Mais recentemente, estudos têm demonstrado o relacionamento de infecções periodontais com doenças das artérias coronarianas e com Acidente Vascular Cerebral (AVC). (ROSE, 2002) Tais bacteremias podem originar-se de manipulações e/ou procedimentos odontológicos como por ex: mastigação, ranger dos dentes (bruxismo), extração dental e raspagem e alisamento radicular, influenciadas pela gravidade do comprometimento periodontal existente. Sabe-se que o sistema imunológico, em condições normais, controla eficientemente a sintomatologia decorrente de bacteremias transitórias.

Inúmeros estudos realizados sugerem que a doença periodontal influencia a saúde geral, seja através de eventos locais (ao redor do dente), eventos sistêmicos (ocorrendo em órgãos à distância) ou pela capacidade de penetração dos microorganismos bucais via corrente sanguínea, facilitados ou não pelo uso de medicações (anticoagulantes, por exemplo). Considerando que as enfermidades cardiovasculares continuam sendo uma das principais causas de mortalidade, a prevenção das doenças periodontais para esse grupo de pacientes está justificada e é necessário para o adequado manejo deste tipo de paciente, freqüentemente, encontrado nos consultórios odontológicos.

Um estudo aprovado pelo Comitê Ético Científico de Copenhague e Frederiksberg, mostrou uma associação positiva entre doença periodontal e CHD de acordo com vários outros estudos. A associação era altamente idade dependente e só poderia ser atribuído à diabete e fumantes até certo ponto. (GEISMAR, et al, 2006, p.1552)

Um estudo de JOSHIPURA, publicado em 2003, no qual os ajustes estatísticos adequados foram realizados, considerando a dose do fumo, relatou uma associação positiva entre doença coronariana e vascular e perda dentária por doença periodontal. (CURY, et al, 2003, p.211)

As pesquisas que apontam para a associação da doença periodontal com a doença coronariana e o acidente vascular cerebral isquêmico (AVC), descortinam um futuro em que a Odontologia terá uma importância maior do que salvar dentes e sorrisos. (SABA-CHUJFI, E., SANTOS-PEREIRA, S.A., DIAS, L.Z.S., 2007, p.21-31)

Paciente com risco de Endocardite Infecciosa

Estudos norte-americanos mostram grande parte da população com risco para doenças cardiovasculares, acentuadamente na população geriátrica, a qual tem aumentado o tempo de permanência com dentes, gerando maior incidência de doenças periodontais. O manejo destes pacientes exige coleta de informações médicas, exames físicos e consultas médicas. Apesar dos protocolos para tratamento odontológico

destes pacientes estarem estabelecidos, os indivíduos com doença cardíaca valvular ainda geram controvérsias. (ROSE, 2002)

A endocardite infecciosa é uma infecção nas válvulas cardíacas, causada por uso de próteses, tecidos cardíacos circunjacentes e causas congênitas. Classifica-se em aguda (duração inferior a seis semanas) e subaguda (duração superior a seis semanas). Diversos microorganismos podem estar envolvidos, sendo os mais comuns, duas espécies que podem ser comensais da boca, sendo que seu número pode estar aumentado durante infecções bucais, como as periodontites. Algumas situações podem aumentar a variedade de microorganismos envolvidos, tais como: uso de drogas ilícitas injetáveis, uso de cateteres em pacientes hospitalizados, hemodiálise, dispositivos para administração de insulina, pacientes com HIV ou imunodeprimidos. Os pacientes com lesões valvulares não-diagnosticados apresentam fatores predisponentes tais como: doenças coronarianas, alcoolismo, abuso de drogas endovenosas ou longo período de hemodiálise. (ROSE, 2002)

A endocardite infecciosa atinge indivíduos com alterações valvulares cardíacas com maior intensidade, apesar de indivíduos sem alterações valvulares também estarem sujeitos a apresentar esta enfermidade, devido a microorganismos vindos pela corrente sanguínea. Apresenta alta taxa de mortalidade e morbidade, sendo a prevenção a melhor opção de tratamento, reduzindo o potencial das bacterimias.

Doença nas válvulas cardíacas

Pode manifestar-se em indivíduos de todas as idades e é causa de significativa morbidade cardíaca. As formas mais comuns de alterações valvulares são: prolapso da válvula mitral, estenose aórtica e calcificação valvular senil. Pode ser progressiva, pois as alterações degenerativas podem se sobrepor à anormalidade inicial.

As válvulas originais podem ser tratadas cirurgicamente, porém, estas terapias são paliativas e uma prótese valvular pode ser necessária. As próteses podem ser mecânicas ou biológicas, apresentando vantagens e desvantagens. Pela durabilidade, estão indicadas para pacientes jovens ou de meia idade. A desvantagem da prótese

mecânica é a necessidade do uso de terapia anticoagulante, devido ao risco de tromboembolismo.

As próteses valvulares biológicas podem ser xenográficas (geralmente de porco) ou alográficas e, em algumas ocasiões, autográficas (de um local para outro + prótese na área doadora). Sua deterioração é mais rápida, estando indicadas para pacientes acima dos 60 anos. Apresentam baixo risco de tromboembolismo e o uso de terapia anticoagulante em longo prazo é desnecessário

As falhas das próteses valvulares podem ocorrer tanto nas biológicas como nas mecânicas. Nas mecânicas, as falhas são raras e catastróficas. Nas biológicas, as falhas são esperadas e receptores jovens devem antecipar a colocação de futuras próteses.

Considerações dentárias

O paciente com doença cardíaca valvular está sujeito a inúmeras alterações, apesar dos dentistas envolvidos nos tratamentos destes pacientes estejam aptos a executá-los. Diversos procedimentos odontológicos realizados (p.ex: sondagem periodontal) e, até mesmo, funções normais do organismo (p.ex: mastigação, escovação dental, etc.) podem gerar bacteremias transitórias, as quais variam em significância. A incidência e a gravidade das bacteremias odontogênicas aumentam na presença de doença periodontal e focos de infecção, com ou sem manipulação dos tecidos orais, impossibilitando prever o paciente suscetível e o procedimento desencadeante.

A duração das bacteremias induzidas é variável, dissipando-se em até 15 minutos. O risco de complicações cardíacas causadas por bacteremias transitórias relacionadas à manipulação odontológica deve ser avaliada em relação ao custo e as complicações da antibioticoterapia, cujo uso deve ser conservador. A American Heart Association revê e emite, sempre que necessário, considerações sobre pacientes de risco no tratamento odontológico. Os quadros abaixo indicam os procedimentos odontológicos indutores de bacteremias: (ROSE, 2002)

Quadro 1. Procedimentos dentários que provocam risco de bacterímia

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exodontias ➤ Colocação de implante e reimplantação de dentes ➤ Procedimentos periodontais cirúrgicos e não cirúrgicos ➤ Instrumentação endodôntica além do ápice radicular ou cirurgia endodôntica ➤ Colocação inicial de bandas ortodônticas ➤ Injeções intraligamento periodontal ➤ Profilaxia quando o sangramento é esperado ➤ Colocação subgingival de fibras ou fitas com antibióticos |
|---|

Quadro 2. Procedimentos dentários com baixo risco de bacterímia
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedimentos restauradores com ou sem retração gengival ➤ Injeções anestésicas locais ➤ Colocação de separadores de borracha ➤ Remoção de suturas ➤ Colocação e ajustamento de aparelhos ortodônticos removíveis ou aparelhos protéticos ➤ Moldagens intrabucais ➤ Aplicação de fluoretos ➤ Radiografias orais ➤ Remoção de dentes decíduos |
|--|

O uso de soluções para bochechos com agentes antimicrobianos, previamente à manipulação odontológica pode reduzir a quantidade de microorganismos orais, principalmente em pacientes de risco com higiene oral precária. Porém, não existem evidências de que estes bochechos reduzam o risco de bacterímias. Não se recomenda o uso caseiro destes bochechos devido ao potencial desenvolvimento de microorganismos resistentes.

Existem condições cardíacas mais associadas com as Endocardites, como mostrado nas tabelas abaixo: (ROSE, 2002)

Quadro 3. Condições cardíacas que necessitam de profilaxia para o odontológico

Alto risco

- Próteses cardíacas valvulares, incluindo-se biopróteses e válvulas enxertadas
- Endocardite infecciosa prévia
- Malformações cardíacas congênitas complexas
- *Shunts* pulmonares sistêmicos (cirurgicamente construídos)

Risco Moderado

- Doença reumática cardíaca, doença de Kawasaki, desordens do tecido conjuntivo e outras complicações associadas com disfunção valvular, mesmo após cirurgias das válvulas
- Cardiomiopatia hipertrófica
 - Prolapso da válvula mitral com regurgitação valvular
 - A maioria das outras malformações cardíacas congênitas, exceto o que se encontra listado no quadro 4

Quadro 4. Condições cardíacas que não requerem profilaxia para endocardite

- Defeito septal atrial secundário
- Reparo cirúrgico dos defeitos septais atriais secundários, defeitos septais ventriculares, ou ducto arterioso patente após seis meses e sem seqüela
- Cirurgias coronarianas prévias, tal como ponte de safena
- Prolapso da válvula mitral sem regurgitação valvular
- “Murmúrio” cardíaco inofensivo, fisiológico e funcional
- Febre reumática prévia, doença de Kawasaki ou desordens do tecido conjuntivo sem disfunção valvular
- Marca-passo cardíaco e implantes desfibriladores

As recomendações da AHA para antibioticoterapia profilática específica para tratamentos odontológicos são revistas e publicadas, sempre que novas descobertas científicas sejam confirmadas. Para maioria dos pacientes adultos, recomenda-se o uso oral de 2g de Amoxicilina, 1 hora depois do procedimento odontológico. Também, numa conduta pré-tratamento, a clindamicina/cefalexina/cefadroxil ou azitromicina/claritomicina, são recomendadas para os pacientes alérgicos à penicilina.

As formas medicamentosas injetáveis são usadas para pacientes impossibilitados da ingestão via oral. Pacientes resistentes à penicilina, amoxicilina ou ampicilina, devem utilizar a clindamicina. A cefalosporina pode ocasionar reação de resistência cruzada com derivados da penicilina. (ROSE, 2002)

Embora os lasers estejam sendo usados em terapias periodontais por mais de 10 anos, clínicos têm apenas começado agora a saber do enorme potencial desta forma de terapia. A relativa ausência de dor, a facilidade de uso, e a especificidade local do laser, faz dele um instrumento de grande ajuda para o periodontista. (PANSINI, M.; GUANDALINI, S.L.; PANSINI, L.C.B.; 2006)

O laser de Nd:YAG tem sido utilizado em cirurgias de tecidos moles da cavidade oral como: gengivectomia, gengivoplastia, frenectomia, entre outras e também em tratamentos endodônticos, restauradores e preventivos. Tem como principais vantagens, a hemostasia, a aceleração do processo de cicatrização da ferida cirúrgica, não requer sutura da cirurgia na maioria das vezes, torna a ferida cirúrgica estéril, e ainda atua como um bom coadjuvante no alívio da dor.

O julgamento profissional e o bom senso devem ser usados, principalmente, quando os pacientes não se encaixam nas recomendações da AHA. O maior número de procedimentos possíveis devem ser realizados durante o período de uso de antibioticoterapia profilática e o clínico deve estar atento à sintomatologia apresentada pelo paciente, pois tal procedimento reduza o risco da endocardite infecciosa mas não elimina sua ocorrência.

Próteses valvulares nas endocardites

São pacientes que apresentam altas taxas de morbidade e mortalidade, podendo necessitar tratamento odontológico pré e pós-cirurgias cardíacas. Os focos e infecção oral e os dentes de prognóstico duvidoso devem ser eliminados, e realização de uma higienização bucal caseira adequada deve ser estimulada.

Após a instalação da prótese valvular, a cooperação médico-dentista é essencial. O tratamento periodontal deve respeitar o período pós-operatório adequado (6 meses),

a saúde bucal mantida por toda a vida e o uso de antibioticoterapia profilática utilizada em todos os procedimentos odontológicos de alto risco.

Paciente com tratamento anticoagulante

São pacientes portadores de prótese valvulares que apresentam alterações tromboembólicas ou de fluxo sanguíneo, os quais usarão medicação anticoagulante por períodos de tempo ou até por toda a vida. Quando respeitados os critérios de avaliação, estes pacientes podem ser submetidos à terapia periodontal, respeitando-se os cuidados cirúrgicos tópicos/locais. Deve-se evitar o uso de tetraciclinas por interferirem com a formação de protrombina. Dependendo do procedimento odontológico, uma consulta prévia com o médico do paciente é necessária, inclusive para avaliação da possibilidade de redução ou suspensão temporária de algum tipo de medicação anticoagulante. (ROSE, 2002)

Infecções orais como fator de risco para aterosclerose, doença coronariana e desmaios por motivos de isquemia

Estudos recentes indicam a possibilidade de infecções orais comuns participarem na ocorrência da aterosclerose, atingindo artérias médias e grandes, elásticas e musculares. O óbito pode ocorrer por lesões isquêmicas no cérebro, coração e extremidades, causando trombose e enfartamento dos vasos afetados.

A origem da aterosclerose parece estar ligada a uma injúria no interior do vaso sanguíneo, provocando migração celular de defesa e proliferação de fibras musculares lisas. A ativação das células de defesa induz a liberação de produtos que provocam danos e levam à necrose local. Em seguida, ocorre acúmulo de lipídeos formando a placa ateromatosa que, em estágios posteriores, pode ser coberta por uma capa fibrosa, a qual pode romper-se e levar a formação de trombos, causando obstrução arterial, resultando em infarto. (ROSE, 2002)

Atualmente, inúmeros estudos estão em andamento para explicar a associação das infecções em geral e infecções periodontais especificamente, com doenças cardíacas. Quatro mecanismos principais para sua ocorrência, podem ser;

- 1) efeitos diretos da infecção na formação do ateroma;
- 2) efeitos diretos ou mediados pelo hospedeiro, capazes de “disparar” a infecção;
- 3) predisposição genética comum para doença periodontal e aterosclerose;
- 4) fatores de risco comuns.

Manipulação da Doença Periodontal em pacientes com Aterosclerose

Pelas evidências acumuladas relacionando a infecção periodontal com a aterosclerose, algumas recomendações devem ser seguidas:

- 1) Pacientes com alto risco para doença aterosclerótica devem submeter-se a um exame periodontal completo;
- 2) Pacientes com doença periodontal devem ter um histórico médico bem detalhado, avaliando as condições sistêmicas, medicamentos, fatores de risco, e condições relacionadas à doença cardíaca;
- 3) O tratamento de pacientes com doença periodontal e doença cardíaca preexistente, devem receber atenção conjunta dos profissionais da Saúde para assegurar que o paciente está sendo tratado adequadamente;
- 4) Uma prevenção agressiva da doença periodontal deve ser realizada nos paciente com alto risco de doença cardíaca, instituindo um tratamento lógico capaz de erradicar a doença periodontal e prevenir sua recidiva;
- 5) Os pacientes devem estar conscientes das possíveis relações entre a doença periodontal e doença cardíaca, sem ficarem alarmados, mas que se motivem a participar na modificação dos fatores de risco, tanto para as doenças cardíacas como para a doença periodontal e o tabagismo.

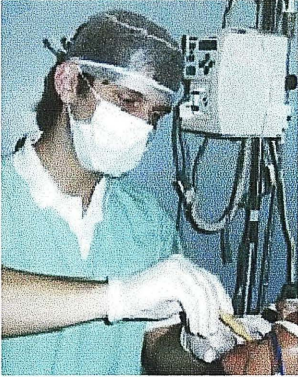


A maior gravidade da doença periodontal nos pacientes cardiopatas sugere que fatores sistêmicos podem estar envolvidos de forma simultânea na origem das duas doenças. Assim como, a alta prevalência das distintas formas de doença periodontal evidencia a necessidade de desenvolver estratégias de atenção em saúde bucal. (FELICIANO, C.F., 2004)

2.2.2 Doença Periodontal e Doença Respiratória

A doença respiratória, de grande prevalência, está entre as causas de óbitos e sofrimento para população, com papel significativo. Estudos revelam possíveis influências da microbiota oral no curso das doenças respiratórias, particularmente, as de origem periodontal.

É razoável admitir que os dentes possam atuar como um reservatório microbiano, de onde alguns microorganismos possam desprender-se e, via saliva, serem aspirados para o trato respiratório inferior, originando infecções pulmonares (pneumonias). Estimativas demonstram que, variadas espécies de agentes microbianos orais, incluindo-se alguns considerados benignos para a cavidade oral, estão presentes e confirmam que a aspiração de secreção salivar de pacientes com infecções orais participa de eventos respiratórios como pneumonias e abscessos pulmonares. A relação entre pacientes hospitalizados e higiene oral deficiente está evidenciada quando comparados aos pacientes ambulatoriais. (ROSE, 2002)

Estudos têm mostrado que o paciente dentado ou aquele que usa próteses dentárias, podem ter sua placa bacteriana dental colonizada por patógenos respiratórios, atuando como um reservatório para infecções nosocomiais. Admite-se potencial de risco similar para infecção do trato respiratório entre pacientes hospitalizados em UTI e idosos residentes em asilos que, por inadequada higienização bucal, predispõe a colonização oral por microrganismos patogênicos respiratórios. Inúmeros estudos sugerem e outros deverão ser realizados para demonstrar melhor a eficiência de um controle da higiene bucal adequada e/ou da doença periodontal instalada na evolução das doenças respiratórias. Uma vigilância sobre os patógenos, um controle rígido da infecção, a identificação dos pacientes de risco, atenção para com a adoção de rotinas (lavagem das mãos, por ex.) e materiais de proteção individual (uso de luvas, máscaras, gorros, entre outros) aliada a uma higiene bucal adequada, podem influenciar a redução do risco para doenças respiratórias.

	<p>Figura 17 - O Hospital Ministro Costa Cavalcanti é o único hospital do interior do Paraná a realizar a Odontologia Hospitalar em pacientes oncológicos, cardiopatas, nefropatas e da UTI. O serviço é prestado há cerca de um ano, pelo cirurgião-dentista Douglas Luiz de Araújo, formado pela FEB em 2006.</p>
 <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">equipo pessoal: Teresa de Moraes</p>	<p>Figura 18 - Cirurgiã-Dentista, Dra. Teresa de Moraes, realiza procedimentos odontológicos em um paciente internado na UTI da Santa Casa de Misericórdia de Barretos – São Paulo.</p>
	<p>Figura 19 - equipe odontológica realizando procedimentos odontológicos em paciente internado em UTI.</p>

2.2.3 Tabagismo e Intervenções Odontológicas

A utilização de cigarros pela população tem se mostrado como sendo o fator modificador mais simples e importante para os casos de câncer pulmonar, hipertensão e doenças cardiovasculares, além de estar associado com lesões orais malignas e pré-malignas. É a causa mais importante de morbidade e mortalidade.

Estudos sobre a população norte americana realizados nos últimos anos, demonstram que o uso do tabaco representa um alto custo econômico para a sociedade. Somando-se o custo indireto na gravidez, em dias não trabalhados, perdas

de produção por óbito são acrescentados aos custos médicos, a quantidade de recursos dispensados pela economia americana foi duas vezes e meia maior que o lucro obtido na comercialização de produtos tabagistas. A OMS estima que em 2030, os óbitos e casos de invalidez associados ao tabaco atingirão 10 milhões de pessoas/ano. Em relação à doença periodontal, metade dos casos diagnosticados em adultos com menos de 35 anos de idade estão influenciados pelo tabagismo. Os fumantes apresentam três vezes mais possibilidades de desenvolver periodontopatias em relação aos não-fumantes. Estudos mostraram que o efeito do tabagismo no periodonto é cumulativo e dose-dependente. Clinicamente, a gengiva marginal apresenta inflamação e recessão generalizada, com características de coloração. Aproximadamente 30% dos casos em não-fumantes estão associados a fatores ambientais, como fumar passivamente.

A utilização do tabaco pode desencadear uma diminuição da resposta imunológica, infecção por microorganismos anaeróbios da área sub-gengival e citotoxicidade, aumentando a gravidade da doença periodontal e prejudicando a reparação tecidual. Evidências mostram estes efeitos em todo o corpo, inclusive sobre a cavidade oral, demonstrando comprometimento significativo nos resultados de terapias periodontais não-cirúrgicas, cirúrgicas, regenerativas e implantodônticas nos pacientes fumantes em relação aos não-fumantes. Além de apresentar redução na resposta às terapias, a necessidade de tratamento periodontal de suporte e os retratamentos periodontais são maiores para os fumantes.

Considerando-se que uma doença periodontal grave resulta em freqüentes visitas ao dentista, mais horas de trabalho e tratamentos mais complexos, o custo do tratamento periodontal relacionado ao tabagismo é evidente. Calcula-se que 80% das doenças periodontais estão relacionadas ao número de cigarros fumados/dia, influenciando, significativamente, o custo do tratamento por paciente e por dente. Assim, além de causar e exacerbar doenças orais e alterar as condições bucais, o tabagismo afeta de maneira adversa os cuidados com a saúde bucal. (ROSE, 2002)

Deve-se ressaltar que a dependência nicotínica deve ser tratada em conjunto, sob pena de fracassarem os esforços pelo tratamento de outras enfermidades

("enxugar gelo"). Esta dependência é progressiva, crônica e debilitante, que governa o comportamento do tabagista. Similar a outras drogas usadas com abuso, está em constante agregação de novos dependentes, os quais têm grande dificuldade em largar o vício.

Ao nível do sistema nervoso central, as repetidas exposições à nicotina provocam redução do estímulo, aumentando a necessidade da ingestão de mais nicotina para inibir os sintomas da abstinência. Pode afetar outros órgãos como o coração e pulmões, causando diversas alterações deletérias.

O indivíduo dependente da nicotina usa a droga para evitar a sintomatologia da abstinência, sendo que o maior "prazer" de fumar ou mascar fumo é aliviar estes sintomas.

Epidemiologia do uso do tabaco

A dependência nicotínica ocorre gradualmente, ao longo de meses e anos, influenciada por razões psicossociais. A indução acontece em adolescentes, incentivados pela indústria, a propaganda e pelas promoções. Esta indústria precisa garantir lucros de longo prazo, razão pela qual tentam abolir barreiras e enganar os jovens, seduzindo-os ao consumo.

A maioria dos usuários inicia o vício em idade precoce, antes mesmo de poderem sustentá-lo. A dependência acontece antes do hábito tornar-se diário, com um consumo eventual. O usuário que consumiu em torno de 100 cigarros, tem risco elevado para dependência.

A dependência física acontece pela exposição continuada, aumentando os efeitos da nicotina sobre o sistema nervoso central, determinando os padrões do uso.

Um grande número de indivíduos, independente da idade, gostaria de parar de fumar, mas apenas uma pequena parte tenta largar o vício todos os anos. O número de mulheres que gostaria de parar é superior ao dos homens, porém, elas têm mais dificuldade. Para os adolescentes as estatísticas são similares.

Fatores de risco para dependência nicotínica

A prevalência do tabagismo é inversamente proporcional ao nível educacional e à renda. Estudos realizados em 1993 mostraram maior prevalência entre os adultos entre 9 e 11 anos de estudos, reduzindo em relação a colegas e nível superior e que os menos favorecidos economicamente fumavam mais.

Estudos norte-americanos mostram que a prevalência de fumantes varia sob o aspecto racial, é similar em relação ao gênero, fatores culturais influenciam na iniciação e fatores genéticos podem tornar algumas raças mais suscetíveis.

Um dos efeitos da nicotina, a supressão do apetite, influencia as mulheres em especial, tornando-as dependentes pelo “medo de engordar”. Indivíduos com depressão também estão mais sujeitos à dependência nicotínica.

Quem desiste

Independente das razões que levam o indivíduo a fumar, para ajudar àqueles que decidem parar deve-se considerar o gênero, fatores fisiológicos (sensibilidade e tolerância nicotínica), fatores comportamentais e fatores psicológicos.

Papel do dentista

Ajudar os pacientes a deixar o vício e manter abstinência é uma obrigação ética. Inúmeras evidências indicam o perigo do tabagismo para a saúde bucal. Esclarecer para os pacientes os seguintes fatos:

1º) O prognóstico dos tratamentos odontológicos está diretamente dependente do tabagismo;

2º) A intervenção profissional quanto ao tabagismo tem embasamento moral. É um ato de cidadania preservar vidas e prevenir doenças e morte.

3º) A intervenção profissional quanto ao tabagismo é custo-efetiva. Os fumantes ficam mais doentes, necessitarão dispende mais do seu tempo com tratamentos, tem sua capacidade de trabalho reduzida e comprometimento financeiro.

Muitas organizações de classe ajudam os clínicos a incorporarem na sua rotina sistemas de “policiamento aos fumantes”, adotando guias práticos de controle do tabagismo e prevenção de doenças bucais. O desenvolvimento desta estrutura facilita a ação do clínico na intervenção junto ao paciente fumante.

Tratando a dependência nicotínica

Mais do que um fator de risco, a dependência nicotínica é uma doença que requer tratamento, sendo o melhor deles o abandono do vício de fumar.

Estudos realizados nos anos 80 mostraram que os médicos conseguiam ser efetivos e aumentavam o número de paciente que deixavam o vício. Dentistas e outros profissionais também foram efetivos. Há evidências de que médicos e dentistas são essenciais na prevenção e interrupção do vício do fumo.

Cientificamente, o sucesso na suspensão do vício é admitido quando ocorre abstinência de longo prazo (maior do que 6 meses). Estudos com prazo menor não são considerados adequados.

O quadro abaixo indica os passos básicos que devem nortear aqueles que se propõe a ajudar pessoas a pararem de fumar:

Quadro 5. Passos básicos do programa de sucesso para “parar de fumar”	
“4 As”	
➤ ASK (Pergunte)	identifique a situação de cada paciente em relação ao uso do tabaco
➤ ADVISE (Oriente)	Aumente o interesse dos usuários do tabaco a pararem de fumar
➤ ASSIST (Dê assistência)	Ajude aqueles que estão com seus problemas resolvidos, usando determinadas maneiras e também farmacoterapia
➤ ARRANGE (Acompanhe)	Marque consultas de suporte durante o processo de deixar de fumar

Nos últimos 20 anos, evidências e pesquisas demonstraram, definitivamente, que o tabagismo influencia de forma negativa a gravidade, prevalência, incidência e progressão da doença periodontal. Aqui, também, a prevenção ao tabagismo deve ser adotada, conscientizando cada vez mais as pessoas de que os dependentes da nicotina querem parar de fumar e podem fazê-lo, sob orientação adequada.

A utilização de serviços de apoio, agentes farmacológicos certificados como eficientes para “para de fumar”, apresentação de informações clínicas e científicas mostrando os benefícios para a Saúde Geral e Periodontal, a opinião profissional e o direcionamento para uma melhor qualidade de vida, são essenciais para que as pessoas desenvolvam hábitos voltados para a Saúde.

O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco para doença periodontal. Além de aumentar sua incidência e gravidade, também influencia negativamente no seu tratamento. O consumo de cigarros diminui o ganho clínico de inserção após terapia periodontal convencional e regenerativa e promove piores resultados nos tratamentos cirúrgicos. Os pacientes tratados devem ser orientados quanto às limitações dos tratamentos periodontais em fumantes. (SALLUM, A.W., NETO, J.B.C., SALLUM, E.J., 2007, p.45-53)

2.2.4 Doença Periodontal e Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus caracteriza-se por um desequilíbrio metabólico relacionado ao metabolismo de carboidratos, direcionando para uma elevação dos níveis de glicose sanguínea (hiperglicemia), originada de um defeito na produção de insulina, uma alteração de sua ação ou ambos. Também se podem identificar alterações metabólicas para proteínas e lipídios. A elevação crônica dos níveis de glicose no sangue durante longo tempo, pode causar disfunção e danos em vários órgãos, principalmente olhos, rins, coração, pulmão e vasos sanguíneos. (ROSE, 2002)

Suas formas mais comuns, relacionadas à dependência de insulina, são: diabetes tipo 1 (insulino-dependente) e diabetes tipo 2 (não-insulino-dependente), sendo esta classificação baseada na fisiopatologia e não no tratamento utilizado

(injeção de insulina). O quadro abaixo identifica os tipos de diabetes, segundo a Associação Americana de Diabetes: (ROSE, 2002)

Quadro 6. Classificação do Diabetes Mellitus
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diabetes tipo 1 (anteriormente denominado insulino-dependente) ➤ Diabetes tipo 2 (anteriormente denominado não-insulino-dependente) ➤ Diabetes gestacional ➤ Outros tipos de Diabetes <ul style="list-style-type: none"> - defeitos genéticos na função das células β - defeitos genéticos na ação da insulina - Doenças pancreáticas ou injúrias <ul style="list-style-type: none"> Pancreatites, neoplasia, fibrose cística, trauma, pancreactomia - Infecções <ul style="list-style-type: none"> Por citomegalovírus, na rubéola congênita - Diabetes induzidos por drogas ou substância química <ul style="list-style-type: none"> Glicocorticóides, hormônios da tireóide - Endocrinopatias <ul style="list-style-type: none"> Acromegalia, feocromocitoma, gucagonoma, hipertireoidismo, síndrome de Cushing - Outras síndromes genéticas com diabetes associado

O mecanismo de ação da insulina pode ser descrito como segue: na digestão, quase todos os alimentos são convertidos em glicose, a qual penetra na circulação sanguínea e é utilizada pelas células teciduais para produção de energia e crescimento. Todas as células precisam da insulina para permitir a entrada da glicose, sendo exceção as células cerebrais e sistema nervoso central. A produção de insulina é diretamente proporcional à concentração de glicose no sangue, a qual permite sua utilização pelas células. Logo, uma redução da produção de insulina ou uma redução na sua atividade, altera o metabolismo glicêmico produzindo hiperglicemia. O contrário, leva a uma hipoglicemia (baixo nível de glicose no sangue).

O fígado é o órgão que estoca o excesso de glicose necessária para as atividades diárias. Estando em jejum ou quando a demanda excede a disponibilidade

de glicose dos alimentos, o fígado libera a glicose acumulada na corrente sanguínea, por meio de reações químicas específicas.

Diabetes tipo 1

É causada por alteração auto-imune com destruição das células β produtoras de insulina pancreáticas, resultando em deficiência total da insulina, com interrupção na produção de insulina. O aparecimento dos sinais e sintomas varia entre os indivíduos afetados, principalmente crianças e adolescentes. O início do diabetes tipo 1 acontece, normalmente, antes dos 30 anos, razão pela qual foi conhecido como diabetes juvenil. Apesar disto, pode se desenvolver em qualquer idade, com o aparecimento repentino dos sintomas clínicos. Os indivíduos diabéticos tipo 1 geralmente, são pessoas magras e tem peso normal porém, a ausência de insulina os obriga a utilização de injeções de insulina para sobreviver.

Diabetes tipo 2

É o tipo mais comum, abrangendo cerca de 90% dos casos de diabetes. Além da hiperglicemia, pode causar outras alterações como hipertensão, dislipidemia, obesidade abdominal e aterosclerose. De etiologia desconhecida, não havendo destruição auto-imune das células β . Caracteriza-se por 3 anormalidades principais: resistência periférica à insulina, secreção deficiente de insulina pancreática e aumento da produção de glicose no fígado, gerando hiperglicemia. Possui componente genético mais forte que o tipo 1 e tem como fatores de risco a obesidade, idade avançada e vida sedentária. Os indivíduos afetados podem permanecer sem diagnóstico por anos e, cerca de 50% dos pacientes não sabem de suas condições. Neles, ainda há produção de insulina corporal e, geralmente, não precisam de injeções de insulina para sobreviver.

Diabetes gestacional

A manifestação clínica ocorre durante o 3º mês de gestação, podendo antecipar. Uma elevação da incidência aparece em mulheres acima do peso, acima dos 25 anos, com história familiar e em grupos étnicos prevalentes. Está associada a uma resistência

à insulina. Aumenta significativamente a morbidade perinatal e a mortalidade, bem como o risco de cesareanas. A maioria das pacientes retorna ao normal após o parto porém, entre 30% e 50% das mulheres com história de diabetes gestacional poderão desenvolver diabetes tipo 2 nos dez anos após o diagnóstico inicial. (ROSE, 2002)

Complicações Clássicas do Diabetes

Além das alterações metabólicas dos carboidratos, lipídios e proteínas, o diabetes está associado às complicações microvasculares, consideradas específicas e macrovasculares, incidentes na população não-diabética, têm risco aumentado para os diabéticos.

São a maior causa da morbidade e mortalidade, sendo que o diabético possui risco aumentado para deficiência visual ou cegueira, deficiência renal, amputação de membros, acidente vascular cerebral (AVC) e infarto do miocárdio. A hiperglicemia e sua duração, a hipertensão, a dislipidemia e influências genéticas podem agravar as complicações do diabetes.

As alterações visuais (retinopatias) são mais comuns no tipo 1, aumenta com a duração e ocorre por alterações proliferativas (formação anormal de vasos frágeis e que se rompem facilmente) e não-proliferativas (dilatação, oclusão e aumento da permeabilidade dos vasos). Após 15 anos de duração do tipo 1, praticamente, todos os pacientes apresentarão algum grau de retinopatia.

A deficiência renal é a principal causa de mortalidade dos diabéticos, maior no tipo 1. Ocorre comprometimento da capacidade de filtração renal, podendo ocorrer aumento da pressão renal, que podem evoluir até a incapacidade renal. O paciente em fase terminal pode necessitar hemodiálise, diálise peritoneal, ou transplante renal, cujas complicações e seqüelas variam entre os pacientes.

A neuropatia diabética atinge metade dos afetados, afeta a inervação sensorial, motora e autônoma, sendo a periférica a mais comum, manifestada por dormência e formigamento nos dedos dos pés e dos pés, acompanhada ou não por câibras ou fraqueza muscular, alteração na maneira de andar e dor em "queimação". Com a evolução, a perda de sensibilidade facilita a ocorrência de traumas nos membros inferiores, cuja freqüência pode ser a maior causa de hospitalização e amputação. A incapacidade de perceber os traumas, combinado com alterações na reparação tecidual

e alterações na vascularização periférica, resulta em traumas que podem gerar gangrena e necessidade de amputação. Quando a inervação autônoma é comprometida, alterações cardíacas (disritmia, variações de pressão), alterações genitourinárias (incontinência, impotência), alterações gastrointestinais (diarréias, incontinência, constipação, náuseas e vômitos).

A causa mais comum de óbitos na diabetes tipo 2 é o infarto do miocárdio, justificando a importância das alterações macrovasculares, que também podem afetar os diabéticos tipo 1. A aterosclerose afeta as vascularizações periférica, cardíaca e cerebral e, junto com as doenças coronarianas, têm maior risco e incidência nos diabéticos do que na população em geral. A hiperglicemia causa aumento da espessura do vaso e formação do ateroma, levando à obstrução parcial e redução do fluxo sanguíneo. Quando atinge a circulação periférica, a redução do fluxo sanguíneo provoca alteração na homeostasia tecidual e na reparação. Em vasos maiores, a redução do fluxo ocorre, principalmente, no coração e cérebro, originando disfunções. (ROSE, 2002)

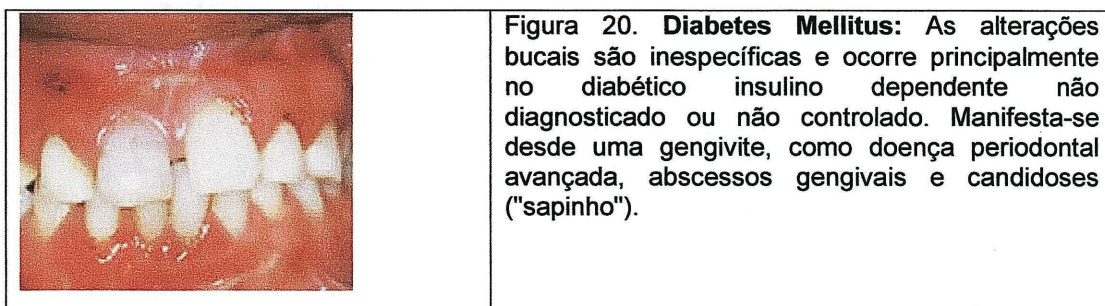
Os sinais clássicos do diabetes não-diagnosticado são: polidipsia (sede excessiva), poliúria (excesso de urina), perda inexplicável de peso e polifagia (fome excessiva). Pode ocorrer também, fraqueza, indisposição, irritabilidade, obscuridade ou outras alterações da visão, náuseas e boca seca. O diagnóstico acontece por observação da sintomatologia e exames laboratoriais.

Doenças orais e diabetes

As complicações orais do diabetes podem incluir alterações no fluxo salivar e seus constituintes, aumento na incidência de infecções, boca “ardente”, dificuldade na reparação de feridas, aumento da prevalência e gravidade da doença periodontal. Estudos têm procurado relacionar a incidência de microorganismos patogênicos, o índice de cárie e alterações no fluxo salivar.

Inúmeros estudos tentam elucidar o papel do diabetes na doença periodontal e vice-versa. Confirmado está que o diabetes é um fator de risco para a doença periodontal. Entre as suas manifestações estão: resposta inflamatória frente à placa bacteriana ou biofilme dental; maior prevalência de doença periodontal nos pacientes

diabéticos com insuficiente controle de glicemia; o diabetes tipo 2 mostra risco mais significativo para doença periodontal; influencia a prevalência, o progresso e a gravidade da doença periodontal.



A relação entre o controle metabólico dos diabéticos e a doença periodontal sugere ser diretamente proporcional. Estudos mostram que indivíduos com controle metabólico inadequado apresentam maiores complicações periodontais. Vale lembrar que a prevalência e gravidade da doença periodontal é bastante variável na população não-diabética, assim como a influência de outros fatores de risco como a higiene bucal inadequada e o tabagismo.

Tratamento dentário do paciente diabético

Os pacientes de consultório com sinais de diabetes não-diagnosticados devem ser, cuidadosamente, argüidos de forma a identificar sinais clínicos e histórico familiar que possam indicar a presença desta enfermidade.

Em pacientes diagnosticados mas pouco controlados, o dentista deve limitar-se ao tratamento emergencial, ser indicado para avaliação médica descrevendo os achados bucais e o tipo do tratamento a ser realizado, solicitar avaliação do controle glicêmico e a atendimento médico apropriado prévio. O controle glicêmico adequado resulta em melhora das condições periodontais e melhor avaliação das necessidades do tratamento. Se necessário, o tratamento periodontal inclui inúmeras visitas ao consultório e a manutenção de controle regular após o tratamento.

O paciente diabético bem-controlado pode ser tratado de modo similar ao não-diabético, incluindo-se: redução do estresse, modificação da dieta, paciente internos ou

ambulatoriais, uso de antibiótico, alterações no regime medicamentoso e hora das consultas.

O tratamento odontológico do paciente diabético deve incluir: redução do estresse e controle da dor (limitando a ação de hormônios endógenos que dificultam o controle glicêmico), uso de anestésicos locais com vasoconstritor (efeito mínimo na glicemia e alívio da dor, limitando liberação de hormônios endógenos), modificação da dieta, atendimento ambulatorial e/ou hospitalar, emprego de antibioticoterapia, realização antes ou após o pico de insulina (previne reações de hipoglicemia), solicitar que o paciente traga o seu glucosímetro (chegar glicemia antes do atendimento), determinar o tipo e quantidade de insulina que o paciente utiliza (informar quando foi a última refeição e o que ingeriu). Sempre que houver dúvidas, fazer contato com a equipe médica do paciente para que a conduta odontológica adequada seja adotada, no momento oportuno e com segurança.

Atendimento das emergências nos diabéticos

As emergências médicas com pacientes diabéticos podem ocorrer em consultórios odontológicos. A mais comum delas, nos pacientes diabéticos, é a hipoglicemia, que pode ser grave e originar-se nas seguintes condições:

1. injeção em excesso de insulina;
2. retardo ou ausência de alimentação enquanto usa dosagem normal da insulina;
3. aumento no exercício físico sem alimentação ou da dose de insulina;
4. consumo de álcool se sinais de hipoglicemia pela intoxicação alcoólica;
5. estresse.

A sintomatologia da hipoglicemia inclui: confusão, tremores, agitação, sudorese e taquicardia. Se não tratada, pode levar à desmaios, coma e óbito. Nos pacientes que trazem ao consultório odontológico o seu glucosímetro, a aferição deve ser imediata, sendo que a manifestação da sintomatologia ocorre por volta dos 60mg/dl, com registros para mais ou menos, dependendo do paciente. O quadro abaixo mostra os cuidados que o Cirurgião-Dentista deve adotar:

Quadro 7. Tratamento de emergência da hipoglicemia

Estabelecer o nível de glicose com glucosímetro, se possível;

No paciente acordado, dar 15 g de carboidrato oralmente, na forma de:

- 120 a 180 ml de suco de frutas ou soda açucarada;
- 3 a 4 colheres de café de açúcar;
- balas duras;
- bolos congelados como sorvete;

Se o paciente for incapaz de usar a via oral, usar a via endovenosa

- 25 a 30 ml, 50% de dextrose (D50) endovenosa
- 1 mg de glucagon endovenoso

Se o paciente for incapaz de usar a via oral ou a endovenosa não está adequada, administrar:

- 1 mg de glucagon subcutâneo ou intramuscular;

Monitorar por 1 hora após a recuperação;

Procurar assistência médica emergencial se o paciente não responder a nenhum tratamento.

Em alguns casos a sintomatologia da hipoglicemia e da hiperglicemia são semelhantes. Quando existe a dúvida diagnóstica da emergência, a melhor solução é, rapidamente, aferir a dosagem de glicose pelo glucosímetro. Se não houver aparelho disponível, o paciente apresenta sintomas de hipoglicemia após ingestão de carboidrato, recomenda-se a utilização do medicamento que eleva a glicose no sangue.

No consultório odontológico, a crise hiperglicêmica é mais comum que a hipoglicêmica, porém, a mais perigosa, mais rápida, imprevista e que necessita de avaliação médica imediata é a hipoglicêmica. (ROSE, 2002)

A coleta de informações do paciente quanto à frequência da ocorrência de crises glicêmicas e a sintomatologia apresentada, deve fazer parte da conduta adequada na realização da anamnese.

O diabetes aumenta o risco de destruição periodontal, principalmente, em pacientes controlados inadequadamente, evidenciando a relação entre o diabetes e a saúde bucal. Compreender a influência do diabetes na etiologia das doenças bucais, a

atuação de infecções orais sobre o controle glicêmico, as abordagens médicas terapêuticas e as implicações no tratamento odontológico, fornece aos pacientes maiores chances de sucesso.

Estudos clínicos têm mostrado que o tratamento periodontal pode ser realizado com sucesso nos pacientes diabéticos e, adicionalmente, a resolução da infecção periodontal pode contribuir para o controle da glicemia na diabetes tipo 1 e 2. (CURY, et al, 2003, p.126).

Pesquisas continuam sendo realizadas demonstrando que a diabetes é um fator de risco para doença periodontal. Em relação à doença periodontal atuando no controle glicêmico Dada diabetes e os mecanismos desta associação têm sido sugeridos, requerendo a continuidade dos estudos. (NOVAES JÚNIOR, A.B., MACEDO, G.O., ANDRADE, P.F., 2007, p.42)

2.2.5 Doença Periodontal e o Paciente Feminino

O ciclo hormonal feminino sofre variações durante a vida da mulher. Influências hormonais associadas ao processo reprodutivo modificam as respostas dos tecidos orais e periodontais, de tal modo que o clínico deve estar apto para diagnosticar, adaptar e modificar os tratamentos propostos, adaptando-os à fase do ciclo em que a mulher esteja. A puberdade, o ciclo menstrual, a gravidez e a utilização de anticoncepcionais são de importância relevante para adoção de terapias adequadas.

Na puberdade, aumenta a produção dos hormônios sexuais (estrógeno e progesterona), mantendo-se relativamente constante ao longo da fase reprodutiva, sendo que o aumento da prevalência da gengivite, não corresponde à quantidade de placa bacteriana. Clinicamente, uma hiperplasia gengival pode ocorrer nas áreas com placa e cálculo, com aspecto eritematoso, ocorrendo sangramento durante a mastigação e escovação dentária. Cuidados preventivos e um programa de higienização oral devem ser instituídos. Nesta fase, distúrbios alimentares como bulimia e anorexia nervosas podem ocorrer, apresentando sinais como: desgastes

erosivos na face palatina dos dentes, aumento de volume de glândulas salivares (usuários de purgativos) e redução do fluxo de glândulas salivares. Os clínicos devem estar atentos e reconhecer estes sinais das alterações alimentares.

Na fase reprodutiva, durante o ciclo menstrual, podem ocorrer alterações nas concentrações das gonadotrofinas (hormônio foliculoestimulante e hormônio luteinizante) e hormônios ovarianos (estrógeno e progesterona) durante o ciclo menstrual. As gonadotrofinas influenciam os hormônios ovarianos na preparação do útero para a implantação do ovo fecundado. Muitos estudos têm relacionado que o hormônio ovariano pode aumentar a inflamação gengival, pelo desequilíbrio e/ou aumento da produção dos hormônios, e a resposta aos fatores irritativos locais. Efeitos sobre a microvascularização, produção do colágeno gengival, alterações metabólicas locais e alteração da imunidade parecem estar associados à progesterona.

A gravidez é o período em que a mulher pode apresentar as mais importantes alterações psicofisiológicas. Estudos recentes parecem sugerir que a doença periodontal pode modificar o estado de saúde geral da paciente, influenciando o bem estar do feto e elevar o risco de parto prematuro e bebês de baixo peso no momento do nascimento. As manifestações periodontais na gravidez são comuns, apresentando, clinicamente, eritema, edema, hiperplasia e sangramento aumentado. Assemelha-se, histologicamente, com um quadro de gengivite, conhecida também como “gengivite da gravidez”. A região anterior da boca é mais atingida, principalmente, as áreas interdentárias, sendo que a presença de edema pode provocar mobilidade dental transitória e aumento da profundidade das bolsas periodontais. Como fatores etiológicos para estas alterações aparecem: a composição da placa subgengival, a resposta imunológica da gestante e taxa de hormônios presentes. Estudos demonstram que a doença periodontal não-tratada em gestantes pode significar fator de risco para o parto prematuro e bebês de baixo peso ao nascimento.

A gravidez pode gerar outros tipos de manifestações orais como: erosão dental (enjôos e vômitos matinais, refluxo esofágico), xerostomia, ptialismo e sialorréia, situações de imunocomprometimento, diabetes gestacional, leucemias entre outras situações médicas. A avaliação odontológica da gestante deve constar de um

levantamento de informações do seu histórico médico (anamnese), contato com obstetra para discutir a condição médica, o plano de tratamento odontológico e a proposta para sua realização. Um programa preventivo deve ser adotado incluindo: cuidados nutricionais, controle de placa bacteriana ou biofilme, aplicação pré-natal de flúor (discutível) e orientações sobre “cárie de mamadeira” (causada por produtos contendo açúcar, colocados na mamadeira).



Figura.21 - Paciente com 23 anos de idade, 5º mês gestacional, apresentando inflamação gengival generalizada (gengiva edemaciada, com aumento de volume, brilhante e sem aspecto de casca de laranja, com coloração alterada). O sangramento a qualquer estímulo era imediato e abundante. Clinicamente não se detectou evidências de perda óssea



Figura.22 - Vista posterior da mesma paciente da fig.21, destacando-se não apenas as características inflamatórias já citadas, como também o crescimento localizado da gengiva entre os dentes 35 e 36, caracterizando um granuloma gravídico

Tratamento

O tratamento odontológico na gestante deve ser eletivo: no 1º trimestre evita-se o tratamento porque é o período que o feto mais sofre influências do meio; o 2º trimestre é o mais adequado, o feto está formado e se desenvolvendo; no 3º trimestre, devido aos riscos de parto prematuro e crise hipotensiva (posição da gestante na cadeira, leva a uma compressão de grandes vasos, prejudicando o fluxo sanguíneo). Realizar tratamento emergencial, reduzindo as dores e eliminando infecções capazes de gerar stress para a mãe e perigo para o feto. As radiografias odontológicas devem ser evitadas, porém, quando necessárias, devem ser realizadas com o protetor de chumbo e em aparelhos providos de sistemas de filtração e colimação dos raios. O uso de medicamentos deve ser cauteloso, conservador, prudente, empregando a dose mínima

necessária e por período curto, alertando sobre os possíveis efeitos colaterais e consultando previamente o médico da paciente, independente do grupo medicamentoso (analgésico, antibiótico, anestésico, outros). As mesmas orientações para Cirurgiões-Dentistas e mães devem ser adotadas durante o período de amamentação, pela possibilidade, mesmo remota, de transferência da droga, via leite materno, para o neném.

Os contraceptivos orais, agindo de modo a interromper o ciclo menstrual, fazem com que as mulheres apresentem manifestações clínicas semelhantes às observadas na gravidez. Eles exacerbam os problemas gengivais, apresentando uma resposta exagerada aos irritantes locais e manifestações clínicas, tais como: maior presença do exsudato inflamatório; edema e eritema gengival; hemorragias e hiperplasia gengival. Nas mulheres que usam contraceptivos orais, há um aumento numérico do microorganismo responsável pelo aparecimento de maior pigmentação por melanina no tecido gengival, assim como ocorre com a pele. Pode ocorrer tanto um aumento quanto a diminuição do fluxo salivar, o que exige que sejam tomadas medidas cabíveis para a melhora do quadro. As utilizações de “salivas artificiais” e administração de flúor tópico ou em forma de bochecho e até mesmo a troca ou finalização da aplicação deste recurso contraceptivo (baseando-se no monitoramento médico), podem ser coadjuvantes no tratamento. A terapia assemelha-se à adotada para mulheres em época de gravidez.

Do exposto deve-se ressaltar que: há evidências da relação entre as mulheres e manifestações sistêmicas e periodontais; o componente hormonal feminino está atuando em alterações periodontais; aos clínicos, é necessário conscientizar-se de que o tratamento é integral e não apenas de uma infecção localizada; um histórico médico detalhado da condição feminina é primordial ao início do tratamento; controle e programa preventivo deve ser instituído.

Sendo a gravidez um dos estágios da vida da mulher com capacidade de influenciar a sua saúde bucal, assim como um período em que os cuidados com a saúde materna e educação da paciente têm um efeito profundo na sua saúde bucal e do seu filho, faz-se necessária uma coordenação entre profissionais de Odontologia e Obstetrícia, assegurando, desta forma, uma melhora na saúde bucal das gestantes e

de seus bebês. (PASSANEZI, E., BRUNETTI, M.C., SANTA'ANA, A.C.P., 2007, p.32-38)

2.2.6 Doença Periodontal e Osteoporose e Osteopenia

O tecido ósseo possui um metabolismo muito ativo e uma vez formado, pode sofrer alterações durante a vida, respondendo às demandas metabólicas. Esta atividade, conhecida por remodelação óssea, faz com que o osso se renove e esteja apto ao desempenho de suas funções, no caso, suportar os dentes. A dinâmica da remodelação e renovação óssea, provoca a remoção do osso “velho” e sua substituição por osso “novo”, de tal maneira que se calcula que o esqueleto seja trocado a cada sete a dez anos, assim mantendo-o por toda a vida.

O processo de remodelação óssea é um processo complexo e dinâmico, objetivando manter calcificada a matriz óssea. Envolve inúmeros fenômenos celulares e ocorre em quatro fases: ativação, reabsorção, reversão e formação. O processo se completa ao redor de 8 meses, envolvendo fatores e locais sistêmicos.

Entre os fatores sistêmicos estão: os hormônios reguladores do cálcio, hormônio da paratireóide (PTH), vitamina D e calcitonina (CT) e os hormônios reguladores do crescimento sistêmico, hormônio do crescimento, glicocorticóides, hormônio tireóideo e hormônios sexuais. Todos estes fatores atuam direta ou indiretamente na absorção, deposição ou remoção, fixação do cálcio na estrutura esquelética.

A massa óssea desenvolve-se na infância e adolescência, podendo continuar e estabilizar por mais 10 a 15 anos. A depleção ou perda de cálcio ocorre em osso esponjoso e cortical de maneira similar, a qual pode ou não ser lenta e dependente da idade. Afeta homens e mulheres, porém, as mulheres no período pós-menopausa sofrem uma aceleração no processo. Influências genéticas podem se manifestar com relação à massa óssea, explicando parcialmente as diferenças raciais e de gênero. Assim, mulheres caucasianas têm a menor massa óssea e homens afro-americanos a maior, estando homens caucasianos e mulheres afro-americanas em nível intermediário. Assim considerado, os maiores riscos para osteoporose e fraturas estão nas mulheres caucasianas.

Osteoporose e Osteopenia

Osteoporose significa “osso poroso”, uma condição onde não há osso suficiente para suportar o corpo. Osteopenia é uma condição onde há uma redução da densidade óssea mineral (DOM) abaixo de um nível pré-estabelecido. As definições atuais da osteoporose, apesar de descreverem o processo de perda óssea, não representam utilidade significativa na clínica diária e, quando se emprega o valor da DOM, verifica-se que o seu uso é mais pertinente para o grupo das mulheres caucasianas, ficando os homens e outros grupos étnicos sem uma referência.

Estudos norte-americanos permitem estimar o comprometimento da população, calculada em 10% de pacientes comprometidos, sendo responsável por milhões de fraturas/ano. Tal comprometimento exige investimentos altos, atendimentos em domicílio e até óbitos, gerando uma carga social e financeira altíssima para qualquer governo preocupado com Saúde Pública.

Classificação

A manifestação clínica da osteoporose na forma primária ou na forma secundária, dependendo de outras condições sistêmicas ou enfermidades. A forma primária pode ser idiopática e ocorrer em crianças e adultos, e involutiva. As formas idiopáticas são mais raras e aparece em homens e mulheres na mesma proporção. A involutiva é a mais encontrada, dividindo-se em tipo I (pós-menopausa) e tipo II (pela idade).

A osteoporose tipo I atinge mais as mulheres, relacionada à deficiência do hormônio estrógeno, acelerando a perda óssea com o início da menopausa e acentuando nos 5 a 8 anos seguintes. Caracteriza-se pela perda de osso esponjoso, originando fraturas onde este tipo de osso prevalece. Pode apresentar sintomatologia com dor, perda de peso e deformação esquelética.

A osteoporose tipo II atinge homens e mulheres em processo de envelhecimento, sendo mais prevalente nas mulheres. Afeta o osso cortiça e o esponjoso igualmente, é mais lenta e ocorre durante toda a vida. Os dois tipos podem gerar fraturas nos pacientes.

A osteoporose secundária relaciona-se à várias enfermidades endócrinas, doenças gastrointestinais, com as síndromes de mal-absorção do cálcio e vitamina D,

com doenças malignas, doenças do tecido conjuntivo, quadro de imobilização total (quadriplegia), quadro de repouso absoluto em pacientes não-paralíticos e em astronautas (ausência de gravitacional). A relação com tabagismo e doenças pulmonares ainda é desconhecida.

Estudos recentes têm demonstrado consistência com relação a evidências de que a Densidade Óssea Mineral (DOM) da mandíbula, em relação com a DOM esquelética.

Outros estudos demonstram evidências entre osteoporose e perda dentária, indicando que mulheres portadoras da enfermidade perdem mais dentes em relação às que não tem a enfermidade.

Com relação à doença periodontal, os estudos são controversos e, apesar da limitação das evidências, sugere-se que osteoporose, osteopenia e doença periodontal estão associadas.

Caracterizadas como doenças crônicas multifatoriais, a osteoporose e a doença periodontal compartilham fatores de risco, tais como: fatores genéticos, dietéticos, ambientais e sistêmicos.

Quadro 8. Fatores de Risco para osteoporose e Doença Periodontal		
	OSTEOPOROSE	DOENÇA PERIODONTAL
Hereditariedade/genética	Sexo feminino Caucasianas História Familiar Menopausa Pouco Flúido Corporal "Pico ósseo Sub-Ótimo"	Idade Raça Agregação Familiar IL-1 polimórfica
Fatores da Dieta	Baixa Ingestão de Cálcio Baixa Ingestão de Vitamina D Alta ingestão de Cafeína, Proteína, Sal e Fosfato	Baixa Ingestão de Cálcio Baixa Ingestão de Vitaminas, C,E,A, Selênio
Ambiente	Tabagismo Álcool Vida Sedentária	Tabagismo Álcool Stress
Fatores Sistêmicos	Diabetes Mellitus Mieloma Múltiplo Doenças do Tecido Conjuntivo	Diabetes Mellitus Osteoporose Alterações Hormonais

As evidências mostram uma relação entre o nível de estrógeno com doença periodontal e com a DOM. Os resultados destes estudos demonstram a relação do estrógeno com perda óssea mandibular, agravando a doença periodontal de mulheres pós-menopausa. (Rose, 2002)

Com relação ao tabagismo, estudos sobre a densidade óssea demonstraram maior perda óssea em mulheres fumantes na pós-menopausa do que naquelas não fumantes, assim como o risco de fraturas. Apesar de limitados, em relação ao tabagismo, os estudos mostraram resultados similares para os homens fumantes.

O tabagismo aparece como principal fator de risco para doença periodontal e osteoporose. Estudos mostram que os fumantes possuem risco mais alto para doença periodontal, quando comparados a não-fumantes e a outros grupos (idade, nível econômico, diabetes, outros). A dosagem e tempo de uso aumentam o risco.

Em relação à dieta, a ingestão de cálcio é fundamental para a formação e desenvolvimento esquelético. A ingestão insuficiente de cálcio na infância e adolescência, afeta a massa óssea e pode piorar a osteoporose relacionada à idade e a menopausa.

Quadro 9. Recomendação sobre ingestão de cálcio "National Institute of Health (NIH) Consensus Conference"	
Mulher na pré-menopausa (25 a 50 anos)	1.000mg/d
Mulher na pós-menopausa (tratamento com estrógeno)	1.000mg/d
Mulher na pós-menopausa (sem tratamento com estrógeno)	1.500mg/d
Homem (25ª 65 anos de idade)	1.000mg/d
Mulher e Homem com mais de 65 anos	1.500mg/d

A função do fósforo, vitamina A,C,D, proteínas, fluoretos, cafeína e selênio na alteração e comprometimento da massa óssea estão sendo evidenciados por estudos recentes. Em relação à doença periodontal, uma dieta apropriada de vitaminas e

minerais, assegura a proteção da massa óssea do indivíduo e, também, protege contra a destruição de tecido conjuntivo e osso alveolar causados pela infecção periodontal. (ROSE, 2002)

Em relação aos fatores genéticos, podem influenciar na obtenção do pico da massa óssea e no controle da renovação óssea. Parece estarem envolvidos na suscetibilidade à infecção periodontal e nas respostas inflamatórias aos microorganismos envolvidos.

Dos estudos já realizados pode-se ressaltar:

- 1) ingestão adequada de cálcio na infância e adolescência é essencial para formação do pico de massa óssea;
- 2) exercícios físicos são necessários para a manutenção da massa óssea ao longo da vida;
- 3) a redução dos níveis de estrógeno pós-menopausa altera a massa óssea, sendo que a terapia de reposição hormonal (HRT) é uma maneira de controlar esta perda;
- 4) parece haver relação direta entre doença periodontal e mulheres que recebem HRT, com diminuição de sangramento gengival, perda óssea e perda dentária;
- 5) tratamentos à base de drogas como o bifosfonato, têm evoluído e melhorado sua efetividade no tratamento da osteoporose;
- 6) Medidas preventivas em relação à osteoporose e doença periodontal devem ser adotadas rotineiramente, visando reduzir a influência destas enfermidades.

Alguns autores têm sugerido uma possível relação entre a perda óssea mandibular e a osteoporose. Entretanto, a associação entre a densidade de massa óssea reduzida e a perda de inserção clínica tem demonstrado resultados conflitantes. (LOTUFO, R.F.M., 2007, p.56)

2.2.7 Doença Periodontal e Deficiência de Imunidade

As manifestações periodontais aparecem como sinais de degradação do sistema imunológico e do avanço da doença HIV, sendo que o seu reconhecimento inicial e a sua compreensão devem nortear os prestadores de serviços de saúde a estes pacientes. Até pouco tempo, acreditava-se que o vírus HIV não se replicava

constantemente e não apresentava períodos clínicos assintomáticos. As terapias enfocavam uma queda lenta na replicação e na transcrição das proteínas virais. Estudos recentes mostraram a existência de células com infecção latente, o que representa problemas para resposta imunológica e para o tratamento com drogas. O comprometimento do sistema imunológico do paciente pelo HIV influencia as manifestações da doença periodontal, sendo que o contrário ainda não está bem elucidado. (ROSE, 2002)

Os pacientes infectados pelo HIV apresentam condições orais e lesões, freqüentemente, associada à imunossupressão, que podem refletir e complicar condições sistêmicas. Nestes indivíduos, as lesões bucais encontradas, referem-se mais à função imunológica comprometida e a presença de microorganismos oportunistas, do que causadas diretamente pelo HIV.

As lesões periodontais agressivas podem ser a primeira expressão clínica da infecção pelo HIV. Infecções bacterianas, fúngicas, virais ou parasitárias interferem no curso da doença HIV, necessitando de tratamento diferenciado daqueles realizados nos pacientes periodontais não-infectados. A gravidade das infecções é mais séria. Estudos estão sendo realizados para determinar a associação de doença periodontal e infecção pelo HIV.



Figura.23 - **Gengivite associada ao HIV** - Caracterizada por severo eritema da gengiva marginal, inserida e mucosa alveolar. Pode apresentar um halo eritematoso que se estende da gengiva livre à inserida. Normalmente, essas alterações sangram à sondagem periodontal. A ausência de fatores locais é observada.

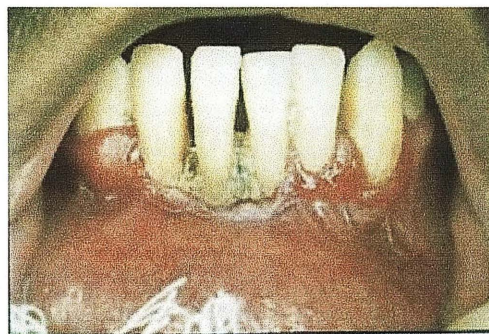


Figura.24 - **Periodontite associada à necrose** - pode levar à exposição de tecido ósseo com seqüestro do mesmo; dor intensa por toda a maxila ou mandíbula, pode ser a queixa principal do paciente. (CARMO, M.R.C., 2008)

As formas de doença periodontal consideradas fortemente associadas ao HIV são três:

1. Eritema Linear Gengival (ELG);
2. Gengivite Necrosante (GN) ou Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN);
3. Periodontite Necrosante (PN) ou Peridontite Ulcerativa Necrosante (PUN).

O eritema linear gengival aparece, clinicamente, como uma linha vermelha na gengiva marginal, caracterizada pela desproporção entre a intensidade da inflamação e a placa presente. Não há ulceração, nem perda de inserção ou bolsa, apresentando tímida resposta aos procedimentos de higiene bucal e raspagem. A maioria dos estudos refere-se a pacientes adultos, embora estes sinais clínicos tenham sido relatados nos poucos estudos pediátricos já realizados. O tratamento, devido aos pobres resultados da terapia convencional (remoção de placa e raspagem e alisamento radicular), que apresenta resultados na redução da sensibilidade é a adoção de medidas de controle de placa junto com aplicações de iodo-povidine.



Figura 25. ERITEMA GENGIVAL LINEAR EM GENGIVA MARGINAL (Centro de Atendimento a Pacientes Especiais, 2008)

A gengivite necrosante, a periodontite necrosante e a estomatite necrosante são as lesões periodontais mais graves. Podem representar diferentes estágios da mesma doença. A distinção é feita pela área envolvida:

1. gengivite necrosante – lesões envolvem o tecido gengival, sem perda de inserção;
2. periodontite necrosante – lesões evoluem rapidamente e envolvem perda de inserção;

3. estomatite necrosante – lesões muito destrutivas, ulcerativas e necrosantes, de progressão rápida e muito dolorosas, com exposição óssea ou penetração e extensão para os tecidos adjacentes.

O tratamento das gengivites e periodontites necrosantes é similar, com baixa resposta à raspagem e melhora da higiene oral. Nestes casos, quando associado ao uso do metronidazol, a redução da dor e promoção da reparação tecidual melhoram bastante. Os cuidados de acompanhamento com esses pacientes são essenciais para o controle do tratamento.

Ainda podem ocorrer as formas comuns de doença periodontal nos pacientes infectados pelo HIV, sem necrose tecidual ou outros aspectos. Com aspectos clínicos mais dramáticos, incluem a periodontite do adulto e a periodontite rapidamente progressiva. O tratamento consiste em higienização bucal intensiva e cuidados profissionais freqüentes, por meio de programas preventivos intensivos e iniciados a partir da confirmação do diagnóstico.

2.2.8 Doença Periodontal e Paciente com Câncer

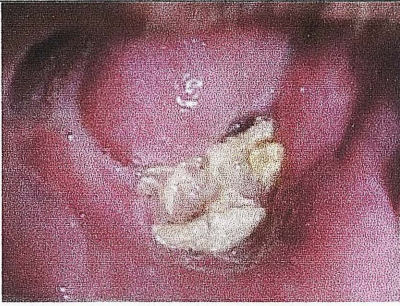

Pacientes diagnosticados com lesão cancerosa na região de cabeça e pescoço, necessitando submeter-se à radioterapia, estão sujeitos a efeitos sobre a saúde bucal e glândulas salivares, cuja dramaticidade e intensidade variam ao longo do tempo. Mucosite, alteração funcional das glândulas salivares e risco de infecção são exemplos de efeitos agudos e imediatos. Em longo prazo pode ocorrer alteração vascular de tecidos moles e do osso, danos em glândulas salivares, diminuição celular nos tecidos ósseo e conjuntivo e aumento da síntese de colágeno com fibrose. Os danos celulares geram redução da renovação celular dos tecidos, fibrose do tecido conjuntivo e alterações vasculares com espessamento da íntima, endoartrite e trombose. O osso afetado reduz a capacidade de remodelação e aumenta o risco de infecção.



Figura 26 e 27. Paciente com diagnóstico de câncer submetido à quimioterapia acometido por infecções oportunistas, tratadas com antibióticos

As altas dosagens de radiação atuam no periodonto, causando injúrias na microcirculação, periósteo e ligamento periodontal, resultando no aumento da incidência da doença periodontal, alteração na reparação tecidual com diminuição da capacidade de remodelação óssea. Devido a este comprometimento periodontal dos dentes, devido à alta irradiação no local, os elementos dentários que não puderem ser mantidos devem ser removidos previamente à irradiação, para evitar e/ou reduzir a osteonecrose. Também devemos considerar o envolvimento periodontal de dentes altamente irradiados, sendo que, nessas áreas, pode levar ao aparecimento da osteoradionecrose. O envolvimento periodontal e a perda dental indicam o comprometimento local dos tecidos, podendo-se atribuir tal envolvimento pela alteração na renovação celular, vascularização local, reparação tecidual alterada e capacidade de remodelação óssea deficiente.

A decisão da preservação dentária será considerada, antes e depois do tratamento por irradiação, levando-se em consideração o nível de cuidado com a higiene bucal profissional e caseira, a condição restauradora do dente e seu comprometimento periodontal, a intensidade da irradiação e seus efeitos de curto e longo prazo e, a importância para a restauração da função.

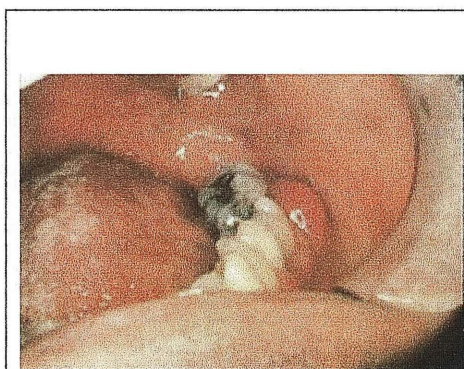
		<p>Figura 28 - Osteorradionecrose de mandíbula (ALMEIDA, et al. 2004)</p>
		<p>Figuras 29 - Cárie de irradiação iniciando-se na região cervical dos dentes e com destruição coronária (ALMEIDA, et al. 2004)</p>

Importantes considerações devem ser analisadas para os pacientes receptores de altas dosagens de quimioterapia e/ou transplante de medula óssea, pela potencial capacidade de manifestações orais. A leucemia, doença maligna e progressiva dos órgãos formadores do sangue, aparece com destaque, pela abrangência e agressividade, sendo que os sinais orais surgem nos estágios precoces ou durante o desenvolvimento da doença. Caracteriza-se por uma alteração na formação e desenvolvimento dos leucócitos e seus elementos precursores na medula óssea. Classifica-se de acordo com a diferenciação celular em aguda e crônica, e com o envolvimento celular predominante em mielóide e linfocítica. Os pacientes, dependendo da alteração sangüínea, podem apresentar alterações periodontais como sangramento gengival, ulceração gengival sem reparo e com baixa resposta ao tratamento odontológico.

Adequada avaliação das condições de saúde bucal, previamente à manipulação do médico, deve ser realizada de modo a identificar condições clínicas, especialmente as que possuem potencial para infecção, que podem tornar-se sintomáticas durante o desenvolvimento da terapia médica. Estudos mostram grande potencial ao desenvolvimento de infecções bucais nos pacientes com leucemia ou submetidos à quimioterapia, levando a um período de internação mais longo. Logo, a cavidade oral e

sua população microbiana são uma fonte para contaminação destes pacientes. Algumas variações nos microorganismos participantes da infecção nestes pacientes, podem ser justificadas pelo uso profilático de antibioticoterapia sistêmica, inibindo ou exacerbando o aparecimento de determinada espécie.

Os cuidados com a doença periodontal em pacientes com câncer, receptores de quimioterapia e/ou transplantados, deve preceder as manipulações médicas do paciente, prevenindo a exacerbação da sintomatologia durante o tratamento médico. O tratamento odontológico e a sua manutenção têm se mostrado eficiente para evitar os desconfortos das complicações bucais e sistêmicas destes pacientes.



Linfoma

Figura 30. **Linfoma** - essas alterações associadas a dentes em mau estado, podem gerar suspeita inicial de abscesso dento-alveolar ou doença periodontal. Indica-se acompanhamento atencioso e a realização de biópsia diante da mais leva suspeita. (CARMO, M.R.C., 2008)

2.2.9 Doença Periodontal e Paciente Transplantado

O transplante de órgãos, hoje tratado como Ciência, evoluiu muito e, de tentativa desesperada e terminal de preservar e prolongar a vida do paciente, é o tratamento preferencial para muitas enfermidades. Estas enfermidades provocam alterações bucais, as quais podem alertar o Cirurgião Dentista para o encaminhamento para uma adequada avaliação médica e tratamento, incluindo a possibilidade do transplante. A melhora da coleta de órgãos, o transporte adequado e o desenvolvimento e utilização de drogas adequadas melhoraram muito o prognóstico destes pacientes, apesar de ainda existirem riscos, inclusive a rejeição do órgão. Para realização de tratamento odontológico com segurança, o entendimento destas alterações que motivaram o transplante, suas complicações e efeitos tardios, indica que a adoção de um protocolo

apropriado para diferentes patologias, permite a promoção de tratamento seguro e eficiente. Para cada situação a conduta a ser adotada visa à promoção de um tratamento seguro, de modo que a manipulação do paciente imunossuprimido não o exponha às infecções bucais, as quais poderão ocasionar a rejeição do órgão transplantado, comprometimento de outros órgãos e, até mesmo, a morte.

Transplante de Rins

A insuficiência renal, maior complicação da enfermidade renal e dos transplantes, atinge tanto o rim nativo quanto o transplantado, como resultado da doença renal crônica. Pode se desenvolver de modo rápido ou lento, após anos desde o início da doença. Suas fases incluem: inflamação, fibrose, atrofia e dano irreversível.

As condições sistêmicas mais comuns que levam à insuficiência renal são a glomerulonefrite, o diabetes melittus e a hipertensão.

As glomerulonefrites podem ser agudas ou crônicas, caracteriza-se por edema maciço, proteinúria, hipoalbumemia e suscetibilidade a infecções, das mais diversas origens e agentes (virais, bacterianos, parasitários). O tempo de duração da infecção, influências de outras alterações sistêmicas, abuso de tabaco e outras drogas, componentes genéticos, podem influenciar a evolução da doença.

Inúmeras alterações bucais podem ser manifestadas na presença de insuficiência renal, entre as mais comumente relatadas estão: a formação de cálculo aumentada, aparente redução do número de cáries (modificação do biofilme), mucosites, xerostomia, secura da boca, sangramento oral, infecções (bacterianas, virais e fúngicas) freqüentes, mobilidade dental aumentada, inflamação periodontal, dificuldade de cicatrização e refluxo esofágico.

Diálise

É o processo de substituição da função dos rins por equipamento que realize atividades semelhantes às do órgão. A hemodiálise pode ser empregada na insuficiência renal reversível ou não, podendo ser afetada de modo adverso pela excreção reduzida da urina, indução da hipotensão ou ativação do complemento.

Muitos fármacos empregados na Odontologia podem, por necrose tubular, induzir alteração renal, assim como, a presença de doença hepática (icterícia, por

exemplo) pode incrementar a toxicidade causada por drogas. O ácido úrico acumulado em diversas patologias (gota, por exemplo), pode induzir alterações renais.

Deve ser iniciada quando o órgão renal, acometido de insuficiência, não excreta, adequadamente, os produtos do metabolismo, não consegue regular o equilíbrio ácido-base ou manter a homeostase do sódio. Este procedimento retira o excesso de uréia e potássio do sangue, assim como o excesso de fluido extracelular. É realizado a cada dois ou três dias e, cada sessão, dura de quatro a cinco horas. Entre os efeitos colaterais temos: hipotensão grave, câibras, náuseas e vômito.

Para poder realizar a diálise, é necessário um acesso vascular, atualmente, realizado através de fistulas e anastomoses em artérias e veias. A anastomose deve permanecer por seis a oito semanas para o amadurecimento e posterior utilização. Os equipamentos de diálise utilizam membranas de filtro, por onde o fluxo sanguíneo passa, resultando em uma limpeza de soluções da diálise. Tais membranas devem ser biocompatíveis, reduzindo efeitos colaterais indesejáveis. Mesmo assim, a coagulação sanguínea dentro do sistema pode ocorrer, razão pela qual a utilização de heparina é empregada.

As indicações para hemodiálise incluem: uremia, hiperpotassemia, excesso de volume, acidose, pericardite urêmica e outros aspectos da síndrome urêmica.

As possibilidades terapêuticas permanecem constantes, com uma taxa de mortalidade de 20 a 25%. Entre as principais complicações estão as alterações cardíacas e infecções. A qualidade de vida piora com a frequência de utilização, que deve respeitar o tempo exigido pelo tratamento e, pode ser realizado em casa, com o devido treinamento de um familiar.

Transplante de Rins

A técnica do transplante é, sem dúvida, a melhor opção para recuperar e devolver a qualidade de vida do paciente, apesar da rejeição do enxerto e a infecção permanecerem com sérias complicações. Podem-se utilizar órgãos de indivíduos vivos ou não, sendo os melhores resultados provenientes indivíduos considerados compatíveis quanto ao grupo sanguíneo ABO e aos antígenos HLA. A situação ideal é o transplante realizado entre gêmeos, quando a compatibilidade é total e as drogas imunossupressoras, geralmente, não são necessárias.

Os protocolos de imunossupressão melhoram a cada dia, reduzindo a rejeição dos enxertos, porém, estas drogas deprimem as defesas do hospedeiro às infecções bacterianas, viróticas ou fúngicas. Os pacientes receptores devem, antes da intervenção, submeterem-se a testes e vacinações previamente.

A rejeição se deve a fatores humorais e celulares, podendo ser aguda ou crônica. A Aguda ocorre quando o paciente receptor possui anticorpos para grupos sanguíneos ou antígenos HLA. A crônica ocorre mais lentamente e, também, leva a perda do enxerto.

Entre as complicações que podem levar à perda do enxerto estão as doenças cardiovasculares, a hipertensão, as infecções, hiperlipidemia, hiperparatireoidismo, hiperpotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia e o diabetes mellitus pós-transfusão. Devido à função deficiente do rim, a anemia, leucopenia e desenvolvimento inadequado dos eritrócitos. A doença hepática induzida por uso de drogas ou devido à hepatite viral, também pode comprometer o enxerto.

O tratamento imunossupressor é fornecido por combinações de drogas, são essenciais para preservação do enxerto, mesmo possuindo efeitos colaterais. Rifampina, fenobarbital, fenitoína e outros anticonvulsivantes podem comprometer a ação da ciclosporina, razão pela qual a prescrição de qualquer droga deve ser precedida de consulta. A ciclosporina é um excelente imunossupressor, porém, com inúmeros efeitos colaterais. Novas drogas foram desenvolvidas e estão disponíveis para substituir a ciclosporina, com a vantagem de possuírem efeitos colaterais reduzidos.

Tratamento Dentário

Deve ser realizado com acompanhamento do médico do paciente, podendo ser seguro e efetivo. O plano de tratamento deve ser realizado em conjunto. O pré-tratamento deve ser realizado e, idealmente, todos os potenciais focos de infecção, os dentes em reparo e os suspeitos devem ser removidos. Deve-se instituir uma eficiente fisioterapia oral e o uso de enxaguatórios com clorexidine podem ser indicados.

O uso de imunossupressores potencializa a possibilidade da ocorrência de infecções, podendo mascarar as manifestações precoces das infecções orais.

As drogas de uso odontológico podem permanecer retidas no plasma sanguíneo devido à função renal comprometida. O acetaminofen e a codeína podem ser usados, mas, a aspirina deve ser evitada. Antibióticos como aminoglisídeos, tetraciclina e polipeptídios (bacitracina e polimixina) são nefrotóxicos. As penicilinas potássicas também devem ser evitadas, devido ao alto nível de sais de potássio.

O tratamento dentário deve ser conservador e não invasivo, se possível, especialmente nos primeiros 3 meses do transplante. Caso contrário, a cobertura antibiótica profilática adequada deve ser planejada e implementada. A ocorrência de sangramento excessivo associado ao uso de heparina nestes pacientes, sugere que tratamentos invasivos e/ou cirúrgicos sejam realizados após consulta médica e, em geral, no dia anterior à diálise adotando-se as técnicas cirúrgicas adequadas.

Doença Hepática

A doença hepática aguda, denominada hepatite, pode ser originada por vírus, drogas ou toxinas. Inúmeras vezes, o tempo se encarrega da recuperação, porém, o vírus da hepatite B (HBV) pode provocar doença crônica em 5 a 10% dos adultos e 80 a 90% das crianças. A doença crônica, também, pode desenvolver-se em 70 a 90% dos indivíduos contaminados com o vírus da hepatite C (HCV).

A redução da infecção pelo HBV ocorre, principalmente, em países desenvolvidos que adotam a imunização contra o vírus, cuidados adequados de saúde com o infectados e o cuidado na prevenção da contaminação entre os profissionais de saúde.

A transmissão da hepatite C pode ocorrer por transfusão de sangue, uso de drogas endovenosas e exposição ocupacional ao sangue e seus derivados. Às vezes, a contaminação pelo HCV ocorre em associação aos fatores de risco como trabalhos domésticos, contatos sexuais e múltiplos parceiros sexuais. A redução da contaminação pelo HCV ocorre pelos testes laboratoriais realizados previamente às transfusões de sangue, os quais identificam o vírus no sangue e seus derivados.

A infecção viral hepática geralmente é transitória, porém, em alguns casos, pode evoluir para um quadro fulminante da doença, levando o indivíduo afetado ao coma hepático ou óbito. A principal consequência da infecção viral aguda é a deficiência

hepática crônica, que pode levar à doença hepática em estágio terminal (DHET) ou ao desenvolvimento de doença maligna no fígado.

A hepatite crônica, descrita como inflamação hepática e com duração de até 6 meses, pode ser iniciada por hepatite auto-imune, hepatite crônica viral, induzida por droga, suscetibilidade genética, entre outras. Algumas vezes assintomática, porém, elevadas taxas de aminotransferase no soro pode ser encontradas. Sinais clínicos incluem fadiga, fraqueza, dor abdominal e icterícia, podendo ocasionar falência hepática e necessidade de transplante. Também podem ocasionar DHET: carcinoma hepatocelular sem metástase, doença alcoólica do fígado, overdose de acetaminofen, overdose de outras drogas ou hepatite tóxica induzida.

Estudos recentes demonstram possibilidade de recorrência do HBV, o qual é retirado de tecidos não hepáticos, especialmente da medula óssea, explicando a presença do HBV em pacientes transplantados.

A cirrose hepática é uma seqüela comum das doenças crônicas, levando a alteração de forma e função hepática. Como indicadores clínicos desta alteração temos o eritema palmar, ginecomastia, atrofia testicular, xantelasma e condições para surgimento de encefalopatia hepática ou síndrome hepatorenal.

Transplante de fígado

É a técnica mais comumente utilizada para todas as formas de enfermidades hepáticas graves. Está contra-indicado pacientes soropositivos, doenças malignas extra-hepáticas, câncer hepático metastático, sépsis ativo, doença cardiopulmonar avançada, alcoolismo ativo ou abuso de drogas. (ROSE, 2002, p.213)

Pode haver necessidade de transplante combinado fígado e rim, para tentar evitar o uso prolongado de hemodiálise em paciente reais graves, como em pacientes com doença cardiopulmonar ou neurológica.

A utilização de inúmeros medicamentos imunossupressores ou anti-rejeição pode ser necessária após o transplante hepático, os quais podem induzir nefrotoxicidade, hepatotoxicidade, neurotoxicidade, e diabetes mellitus. Algumas podem manifestar alterações orais. Desordens sistêmicas pré-enxerto podem permanecer afetando o indivíduo transplantado.

Entre as complicações pós-transplante encontram-se a ausência de função ou função comprometida do órgão transplantado, infecção e/ou rejeição do órgão, doenças oportunistas apresentam grande morbidade. Mais tardiamente, infecções virais, micobacterianas, parasitárias e bacterianas, bem como a infecção pelo citomegalovírus (CMV). Com a redução do tratamento imunossupressor a hepatite auto-imune recorrente pode ocorrer.

Em indivíduos transplantados, a osteoporose é comum e recentes estudos indicam que a administração endovenosa de bifosfonatos indica densidade óssea aumentada e eliminação de fraturas cervicais. A utilização de drogas imunossupressoras pode induzir diversos efeitos como interação medicamentosa, alterações no metabolismo hepático e função renal.

Tratamento Dentário

A intervenção odontológica nos pacientes com Doença Hepática no Estágio Terminal (ETDH) visa, antes da realização do transplante, eliminar a contaminação advinda da flora bucal, a qual pode gerar uma infecção passível de causar o comprometimento ou rejeição do órgão transplantado. O plano de tratamento é individual, devendo-se considerar as conseqüências desta fase da doença. Exemplificando: alterações na capacidade hepática de metabolizar drogas, as quais são comumente usadas pela Odontologia, demonstram que o seu uso deve ser cuidadoso, em doses mínimas requeridas e, somente, administradas após consulta médica.

Os pacientes portadores de ETDH, comumente, apresentam alterações sanguíneas envolvendo coagulação do sangue. Exames de sangue adequados devem ser solicitados e avaliados, antes de procedimentos odontológicos invasivos, como hemograma completo, tempo de sangramento, tempo de protrombina e tempo parcial de tromboplastina, os quais permitem a avaliação dos fatores de coagulação. Nestes pacientes, todos os fatores hemorrágicos devem ser considerados e a necessidade de suplementação com vitamina K, transfusão sanguínea ou infusão de plasma fresco e congelado ou de plaquetas.

Atenção do dentista clínico com as alterações do metabolismo protéico hepático, resultando em níveis de amônia alterados no soro, manifestando sintomatologia que pode ser identificada clinicamente. Tal sintomatologia inclui alteração da personalidade,

do humor, confusão e/ou atividade muscular tônica ou clônica. Estes pacientes não devem ser liberados até que a estabilização do coágulo seja obtida.

A manipulação de tecidos orais pode gerar uma bacterímia transitória induzida, a qual pode, em pacientes com ascite, colocar em risco a vida destes pacientes. Deste modo, cobertura antibiótica profilática pode ser requerida nos casos de procedimentos odontológicos geradores de sangramento significativo. Nestes casos, utiliza-se a recomendação da American Heart Association para as endocardites bacterianas, como também, utilizar associações antimicrobianas.

Controvérsias à parte, o paciente portador de ETDR ou transplantado deve ser tratado com cuidado, medicado quando necessário, orientado sobre a importância e o dever de cuidar da sua higiene oral, e chamados para reconsultas a cada 2 a 3 meses, mesmo quando o risco para o tratamento dentário seja reduzido.

Transplante de Pâncreas

Adotado para casos de diabetes tipo I, ocasionalmente. Frequentemente, obtido do mesmo doador do rim. Podem ocorrer complicações e o uso de drogas imunossupressoras afeta o tratamento. Pode não reverter algumas alterações diabéticas, renais e degenerativas da retina. Este procedimento apresenta benefícios para os pacientes diabéticos necessitados de hemodiálise ou transplante renal.

Transplante de Pulmão

Com índice de sucesso ao entre 50% a 70% dos casos, pode ser realizado unilateral, bilateral ou em conjunto com o transplante de coração, possuindo indicações variadas.

Existe escassez de doadores, motivo que leva a uma seleção aprimorada dos receptores, excluindo os fumantes e usuários de drogas ilícitas, assim como os que apresentam outras enfermidades sistêmicas que possam induzir falência do órgão, distúrbios neurológicos graves, doença coronariana, renal, hepática, osteoporose, malignidade prévia, doenças crônicas (diabetes mellitus) ou infecções crônicas não debeladas.

As técnicas associadas ao transplante de coração e as uni e bilaterais, estão indicadas dependendo da localização da alteração pulmonar.

As complicações pós-transplante, incluindo a rejeição do órgão, ocorrem no primeiro trimestre pós-cirúrgico, pelas mais variadas causas, sendo a infecção a mais importante. Como os demais órgãos sólidos usados em transplantes, complicações com a imunossupressão, são comuns e as recorrências de enfermidades têm sido descritas.

Os tratamentos odontológicos têm sido aplicados, apesar da microbiota periodontal estar envolvida em afecções respiratórias. É muito importante restabelecer e manter a saúde periodontal, a resolução de quaisquer contaminações e os cuidados empregados nos pacientes imunodeprimidos estão indicados.

Transplante de Coração

Indicado para pacientes capazes de suportar o procedimento e recuperar as funções vitais, excluindo os pacientes com danos graves em outros órgãos, os infectados sistêmicos (HIV, por exemplo), aqueles com doenças sistêmicas avançadas.

A dificuldade de conseguir doadores obriga a uma seleção apurada, a qual é realizada utilizando como parâmetros o tamanho do órgão, o tipo sanguíneo, na especificidade linfocitária e na prevenção da transmissão do citomegalovírus (CMV) entre paciente e doador. Tudo isto influi no sucesso para prevenir a rejeição do órgão.

As indicações da técnica incluem pacientes com enfermidade cardíaca terminal e com sobrevivência de 2 anos ou menos e pacientes com a qualidade de vida comprometida por outros tratamentos.

Estão excluídos os pacientes com infecções ativas, enfermidades sistêmicas que comprometam outros órgãos importantes, abuso de drogas, alcoolismo ativo e malignidade recente ou recorrente.

As complicações podem ser precoces, envolvendo a rejeição do órgão, insuficiência cardíaca e infecções por bactérias, vírus ou protozoários, e tardias, referentes à rejeição crônica do órgão, administração do tempo de vida e uso de drogas imunossupressoras.

O sucesso terapêutico pode atingir 70% de recuperação do débito cardíaco. Como o órgão transplantado permanece sem inervação, algumas alterações funcionais podem ocorrer. Sintomatologia menos grave atinge homens e mulheres, embora nas mulheres os efeitos sejam mais intensos.

Tratamento Dentário

Estudos recentes sugerem correlação entre paciente comprometido periodontalmente e infarto do miocárdio. Logo, saúde periodontal é fundamental para os pacientes receptores.

O emprego de agentes imunossupressores afeta as respostas do hospedeiro, mesmo que as evidências não demonstrem diferenças significantes entre usuários e a população em geral. O tempo de uso pode afetar em diferentes graus a medula óssea, levando à alterações hemorrágicas e às infecções graves.

O controle efetivo da placa bacteriana ou biofilme e a remoção de fatores irritantes locais, associados ou não ao emprego de soluções orais antimicrobianas, pode reduzir a gravidade das alterações periodontais resultantes do uso de imunossupressores.

O emprego da antibioticoterapia profilática pode ser necessária no semestre seguinte à realização do transplante, podendo ser dispensada após este período dependendo do nível de imunossupressão mantida. Infecções orais podem aparecer devido às complicações de ordem médica.

Transplante de Medula Óssea

Procedimento utilizado como tratamento para inúmeras patologias graves. Consiste na coleta de células tronco ou da medula óssea de um doador, que são tratadas por quimioterapia, radioterapia ou ambas, visando à eliminação de quaisquer células inadequadas ou alteradas da amostra coletada. Após este tratamento, a parte contendo células saudáveis é introduzida no paciente receptor, via transfusão sanguínea, com a intenção de reconstituir uma medula óssea saudável. O que se espera é que esta “nova medula” seja capaz de produzir e diferenciar os elementos celulares necessários ao desenvolvimento de uma vida normal ao paciente receptor.

As coletas do enxerto para transplante de medula óssea (TMO) são obtidas de doador histocompatível e pode ocorrer:

1. doador singênico – cujo material é geneticamente idêntico. É o caso de irmãos gêmeos ou doador aparentado.
2. doador autogênico – cujo material é coletado do próprio receptor.
3. doador alogênico – cujo material é coletado de outro indivíduo (não aparentado).
4. quando material é coletado do cordão umbilical e placentário.

No caso do enxerto alogênico, ainda há possibilidade de as células da medula transplantada (GVHD) reconhecerem o hospedeiro como “estranho” e tentam a rejeição. É potencialmente um risco para a vida do paciente, pode aparecer na forma aguda até 30 dias após o enxerto e a forma crônica aparece meses ou anos após o enxerto. (ROSE, 2002)

A utilização da quimioterapia, radioterapia ou ambas inicia-se uma a duas semanas antes do transplante. O paciente é isolado por quatro a seis semanas para redução do risco de infecção e permitir o restabelecimento das funções da medula e das defesas do hospedeiro. As drogas imunossupressoras são empregadas desde o transplante.

Os pacientes submetidos ao TMO estão sujeitos a infecções oportunistas, incluindo-se as infecções periodontais, que devem ser adequadamente tratadas e antibioticoterapia utilizada, após consulta com oncologista.

A doença do hospedeiro versus enxerto (GVHD), uma reação do enxerto contra o hospedeiro, pode ocorrer nas formas aguda e crônica. A forma aguda, na maioria das vezes, ocorre nos primeiros trinta dias após o enxerto, comprometendo diversos órgãos, inclusive a boca, provocando dor, lesão eritematosa ou ulcerada da mucosa oral. A forma crônica, ocorre quando as lesões persistem por mais de trinta dias, embora possam reaparecer meses ou anos após o enxerto. As manifestações bucais da forma crônica assemelham-se aos de outras enfermidades. (ROSE, 2002)

A confirmação do diagnóstico é realizada pelos aspectos clínicos e achados das biópsias. As manifestações orais variam de intensidade e sofrem influências da quimiorradioterapia aplicada.

A utilização de drogas imunossupressoras no tratamento das GVHD é comum e a dosagem utilizada deve ser a mínima necessária, podendo ser aumentada.

O tratamento odontológico prévio dos pacientes que serão submetidos ao TMO segue protocolos bem definidos, buscando alcançar o mais alto grau de higiene bucal possível. Durante a utilização de quimiorradioterapia a escovação dentária e o uso do fio dental são suspensos até que a contagem de leucócitos permita, sendo que neste período, emprega-se cotonetes, gaze, esponja macia e bochechos enxaguatórios. Após a recuperação do paciente, o tratamento dentário segue os protocolos para outros tipos de transplantes.

O uso da antibioticoterapia está recomendado para o tratamento das infecções orais, prevenindo septicemias, permitindo a manipulação de pacientes sob tratamento imunossupressor e para os pacientes oncológicos.

2.2.10 Doença Periodontal e Doenças do Sangue

A cavidade oral é, abundantemente, vascularizada por vasos sanguíneos e, devido a isto, toda e qualquer alteração do sistema hemostático têm manifestações bucais. Inúmeros procedimentos odontológicos necessitam higidez do sistema de coagulação para uma hemostasia adequada. Os pacientes comprometidos periodontalmente estão mais sujeitos às enfermidades sanguíneas devido à vascularização aumentada pela inflamação e, sangramento espontâneo pode ocorrer nas regiões inflamadas, como também, procedimentos cirúrgicos podem levar a alterações de sangramento. O conhecimento dos mecanismos hemostáticos deve ser dominado pelo profissional e, se necessário, ao manusear os tecidos, intervir local e sistemicamente, propiciando adequadas condições de tratamento.

A fisiologia da hemostasia é um processo complexo, envolvendo o sangue e seus produtos, podendo ser dividido em três fases: vascular, plaquetária e da coagulação.

A fase vascular inicia-se após injúria do vaso sanguíneo que, por atuação do sistema nervoso, resulta em vasoconstrição na região agredida, reduzindo o fluxo sanguíneo e a perda de sangue no local.

A fase plaquetária desencadeada, também, com a agressão local, desencadeia a adesão das plaquetas circulantes à parede dos vasos injuriados, auxiliadas por outras

substâncias participantes do processo. O processo de adesão das plaquetas circulantes às do primeiro grupo formado, chama-se “agregação plaquetária” e necessita de substâncias internas e externas para ocorrer. É importantíssima para estancar hemorragias a partir de pequenos vasos.

A fase de coagulação, também iniciada com a agressão, ativa inúmeras proteínas e fatores do sangue, os quais ativam outros fatores, processo denominado “cascata da coagulação”. A trombina resultante deste processo e a fibrina, que é formada pela combinação de trombina com fibrinogênio é, também, a substância que estabiliza o coágulo sanguíneo resultante do processo.

Após a sua formação, o coágulo é estabilizado e sofre lise após algum tempo, processo denominado “fibrinólise”. A substância chama ativador tecidual do plasminogênio, originada do endotélio do vaso, estimula a liberação da plasmina que dissolve o coágulo. Os fatores circulantes e a plasmina são inativados por proteínas e removidos da circulação, processo que delimita a formação e a lise do coágulo.

Doenças do Sangue

Desordens Vasculares

Alterações nas fases da hemostasia podem provocar doenças do sangue. Apesar disto, lesões, mesmo que inadvertidas, em um grande vaso pode, em indivíduos com hemostasia normal, levar a um sangramento prolongado e intenso. As anormalidades da parede dos vasos podem ocorrer por doenças provocadas por deficiências e por hereditariedade. Quando herdada, a doença é de caráter autossômico dominante, caracterizada por alterações na superfície epitelial, as quais sangram se traumatizadas e tratam-se topicamente. O uso de esteróide pode diminuir a incidência de sangramento.

Desordens das Plaquetas

Podem ser divididas em formas primárias, as quais englobam a púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) e a púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) e a tromboastenia, e as formas secundárias.

A PTI caracteriza-se pela destruição auto-imune das plaquetas, na maioria dos casos de origem desconhecida, parecendo estar associada à doença auto-imune

subjacente. Nos doentes infectados por HIV aparece como uma complicação. Seu tratamento engloba terapia com prednisona, esplenectomia e a administração endovenosa de imunoglobulinas.

A PTT é uma forma mais rara, resultando em redução da quantidade de plaquetas e desenvolvimento de trombos plaquetários na microcirculação, os quais podem ser identificados nas biópsias gengivais. Sua etiologia é desconhecida, podendo estar ligada a infecções, genética e imunológica. Seu prognóstico é ruim e o tratamento é de resultado imprevisível. O tratamento envolve o uso de prednisona, seguido de plasmaforese com a troca de plasma ou com plasma fresco congelado. Posteriormente, pode ser utilizado tratamento com anticoagulantes e esplenectomia. Não se emprega a transfusão plaquetária por incrementar o componente trombótico.

A tromboastenia, doença genética rara que causa anormalidades nas plaquetas, sendo que a quantidade e a morfologia estão normais. Seu tratamento não é necessário, porém deve-se evitar o uso de qualquer substância que cause inibição plaquetária e, havendo sangramento grave, utiliza-se transfusão de plaquetas normais.

As desordens secundárias são as mais comuns, entre elas a trombocitopenia, que é a redução do número de plaquetas no sangue. Origina-se por comprometimentos da função da medula óssea ou por destruição das plaquetas. Entre as causas da trombocitopenia estão: quimioterapia, drogas anti-neoplásicas, doença renal e hepática graves e drogas anti-inflamatórias não esteróides. (ROSE, 2002)

Desordens da coagulação

Hemofilias

A maioria das doenças congênitas da coagulação ocorre por três tipos de alterações: Hemofilia A ou deficiência do fator VIII, hemofilia B ou deficiência do fator IX e a doença autossômica de Von Willebrand. Estas alterações da coagulação manifestam-se nas formas leve, moderada e grave, gerando sérios riscos de vida para o paciente comprometido.

Anticoagulantes

A utilização de drogas anticoagulantes (que impedem ou retardam a coagulação), entre elas o Cumarin e a Heparina, está aumentando. O Cumarin permite o uso via oral, tornando o tratamento efetivo e conveniente. Devido à resposta individual diferenciada frente ao tratamento, estes pacientes necessitam monitoração rotineira, sendo de difícil tratamento após exodontia ou tratamento periodontal. (ROSE,2002)

A Heparina é empregada para pacientes acamados subcutânea ou endovenosa, necessitando monitoração.

Doença Hepática

O fígado é o órgão produtor do fibrinogênio, fatores da coagulação (II, VII, VIII, e internados, por via IX, X, XII e XIII) e na produção da protrombina III. Nas doenças hepáticas graves, qualquer destes fatores ou todos eles têm sua produção reduzida. As hemorragias nestes pacientes podem ser fatais, devido às alterações na coagulação e anormalidades plaquetárias. Na fase terminal, o transplante de fígado é o único tratamento viável.

Avaliação do Paciente

História

A identificação dos pacientes com potenciais alterações na hemostasia é importantíssima e questionários, bem elaborados, e entrevistas sobre sangramentos anormais no passado, devem ser utilizados durante a anamnese. Qualquer relato suspeito deve ser mais bem investigado para o esclarecimento de potenciais pacientes comprometidos. (ROSE, 2002)

Avaliação Laboratorial

Os testes laboratoriais mais comumente utilizados são: tempo de protrombina (PT), tempo parcial de tromboplastina (PTT), contagem de plaquetas e tempo de sangramento. O PT e O PTT avaliam a fase da coagulação da hemostasia, a contagem de plaquetas avalia a fase plaquetária da coagulação e o número de plaquetas

presentes, e o tempo de sangramento avalia a fase plaquetária da coagulação e também a vascular.

Os pacientes que apresentam história de sangramento anormal e alterações nos testes laboratoriais PT, PTT, contagem de plaquetas e tempo de sangramento, necessitarão de testes mais específicos para realização do diagnóstico preciso.

Tratamento

Aqui, como em outras anomalias, a prevenção é a melhor forma de “tratamento”. A coleta do histórico do paciente e um exame clínico intra e extrabucal, são os procedimentos mais simples e adequados na identificação de pacientes portadores de desordens na hemostasia. Identificado um paciente com desordens de coagulação sanguínea, o mesmo deve ser encaminhado para um médico, o qual solicitará os exames adequados para confirmação do diagnóstico e nenhum procedimento cirúrgico deve ser realizado. (ROSE, 2002)

Para pacientes que ainda não manifestaram sinais indicativos de alteração na hemostasia, o sangramento prolongado após procedimento odontológico pode ser um sinal significativo. Nestes casos, os procedimentos locais iniciais são: pressão, agentes tópicos e garrotes.

A aplicação de pressão manual no local é realizada após a localização da origem do sangramento, utilizando uma compressa de gaze do tamanho da área e ser aplicada por 5 minutos. Isto permite uma redução do fluxo sanguíneo, melhor agregação plaquetária e formação do coágulo. Controlado o sangramento, o paciente deve ser observado por mais 10 minutos e orientado, verbalmente e/ou por escrito, referentes à prevenção de sangramentos.

Quando a pressão local não é suficiente para controlar a hemorragia local, os clínicos devem estar preparados para possíveis complicações e possuir agentes hemostáticos locais para uso imediato. Estes agentes locais possuem em sua composição, substâncias hemostáticas e bactericidas para aplicação local, as quais são absorvidas pelo organismo depois de algum tempo, mantidas por pressão ou por meio de suturas, também absorvíveis. Podem-se utilizar anestésicos com vasoconstritor, os quais reduzem a circulação sanguínea local, reduzindo o sangramento, porém, devemos utilizar esta técnica com cuidado pois, após cessar o efeito do vasoconstritor,

o sangramento pode voltar. A escolha do agente tópico deve ser cuidadosa e depende do tipo de alteração apresentada pelo paciente. Atenção com pacientes sob terapia anticoagulante, os quais apresentam alterações cardíacas, cujo tratamento pode alterar as condições locais. (ROSE, 2002)

Anticoagulantes

Terapia utilizada na prevenção da trombose e embolia, sendo o mais comumente usado o Cumarim. Consulta ao médico do paciente, previamente ao tratamento dentário, é necessária e essencial. Ainda é controversa a redução ou suspensão da terapia anticoagulante, sendo que para casos de tromboembolia tal procedimento é inaceitável. Na maioria dos casos, não é necessária a interrupção da terapia anticoagulante para a realização do tratamento dentário, o qual deve ser realizado em áreas menores do arco, evitando-se anestésias por bloqueio e adotando-se as medidas hemostáticas locais.

Quadro 10. Tratamento do paciente em relação ao valor do INR (Índice de Normalização Internacional)	
Valor de INR	Recomendações de acordo com tratamento invasivo*
4,0 ou mais	Não realizar cirurgia até que INR seja reduzido
3,5 a 4,0	Procedimento cirúrgico menor emergencial somente, extrações simples, incisão e drenagem. Evitar anestesia com bloqueio: usar medidas hemostáticas locais.
2,5 a 2,9	Extrações múltiplas, impacção óssea simples, cirurgia periodontal com retalho ou raspagem e alisamento radicular, evitar anestesia com bloqueio, se possível, usar medidas locais para hemostasia.
1,5 a 2,4	Exodontias de todos os dentes, impacções óssea múltiplas, gengivectomia, cirurgia periodontal a retalho em múltiplos quadrantes, evitar anestesia por bloqueio, se possível, usar medidas locais para hemostasia.

*Fatores locais como periodontite/inflamação gengival ou medicamento que o paciente está tomando pode aumentar a gravidade do sangramento. A verificação risco deve incluir todos os fatores aplicáveis.

Intensificação do Fator

Os pacientes portadores de defeitos hereditários da coagulação podem necessitar de um fator de reposição para prevenir as complicações no sangramento pós-operatório. Estes tratamentos de promoção da coagulação apresentam riscos para o paciente e devem ficar a cargo do seu hematologista, cujo tipo de tratamento dependerá do tipo e gravidade do fator deficitário.(ROSE, 2002)

O tratamento de promoção da coagulação consiste na reposição, de pelo menos parte, dos níveis sanguíneos dos diversos fatores da coagulação. Pode ocorrer que alguns pacientes não responderão a nenhuma forma de tratamento de reposição. Assim, todos os tratamentos cirúrgicos possíveis deverão ser realizados na mesma sessão, aproveitando ao máximo os benefícios do tratamento de reposição dos fatores de promoção da coagulação. O Cirurgião Dentista deve estar consciente dos elevados custos dos tratamentos de reposição e dos riscos da transmissão de doenças infecciosas, utilizando-os com propriedade e aos cuidados do Hematologista do paciente.

Antifibrinólise

São substâncias utilizadas associadas às medidas locais, visando à manutenção do coágulo sanguíneo e sua estabilidade, sendo apresentados em variadas formas de administração. Têm efetividade comprovada em pacientes com medicação anticoagulante sob terapia cirúrgica, sem a necessidade baixar a dosagem do anticoagulante.

Transfusão de Plaquetas

Terapia utilizada em casos graves de trombocitopenia, em adição às medidas locais, visando aumentar a quantidade de plaquetas antes de procedimentos cirúrgicos, pelo menos trinta minutos. É um procedimento, geralmente, realizado em ambiente hospitalar, de alto custo e existem casos em que a transfusão necessita ser realizada

enquanto durar o ato cirúrgico. Existe o risco de transmissão de doenças infecciosas. (ROSE, 2002)

Conclusões

O atendimento odontológico aos pacientes com distúrbios do sangue pode e deve ser realizado em conjunto com médico da paciente. O tratamento em consultório é seguro e efetivo, desde que haja um planejamento para o caso, respeitando a preparação e os cuidados necessários para as técnicas cirúrgicas adequadas. Cuidados na utilização de medicamentos devem ser adotados. Nos casos graves, há necessidade de hospitalização do paciente. (Rose, 2002, p.240)

A somatória dos resultados e conclusões dos estudos apresentados ainda são questionados e carecem de maiores confirmações das interações etiopatogênicas do processo saúde-doença periodontal, incluindo os fatores que atuam sobre a doença e como esta pode atuar negativamente em condições/doenças sistêmicas. Entretanto o Cirurgião-Dentista não pode ignorar a possibilidade de que estas estejam envolvidas e deve, portanto, incluí-la em sua abordagem clínica. A cessação do hábito do fumo e o controle da diabetes são hoje mandatários para a prevenção em Periodontia. O quanto as estratégias preventivas periodontais serão responsáveis pelo decréscimo de morbidade e mortalidade ainda permanece obscuro. Entretanto, como profissão da saúde, a Odontologia deve ser mais um contribuinte na construção de indivíduos e populações mais saudáveis.

3 METODOLOGIA

Nesta seção, foi indicada a caracterização da pesquisa, seu contexto em relação ao ambiente que foi estudado, os procedimentos metodológicos que foram necessários para alcançar os objetivos propostos

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa é caracterizada como bibliográfica e descritiva em sua finalidade, pois se concentrou na análise dos fenômenos biológicos que se manifestam na doença periodontal associada à alterações sistêmicas já existentes. Essas informações serão aquelas descritas nas publicações técnico-científicas coletadas, produzidas nos últimos dez anos.

Com relação aos procedimentos técnicos utilizados, a pesquisa é caracterizada como comparativa quanto aos meios, pois envolve em sua coleta de dados, a utilização de bases de dados referenciais (ou bibliográficas) nacionais e internacionais como principais fontes de informações.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A primeira etapa na execução deste projeto referiu-se à coleta de informações. Os registros que foram incluídos correspondiam à produção científica em Medicina Periodontal, Medicina e Odontologia, publicadas entre os anos de 1998 e 2008, em livros, periódicos, teses e dissertações. Também foram inseridos comentários sobre a legislação existente nas diversas áreas, técnica, científica, institucional e administrativa.

A escolha dos periódicos consultados para o estudo, se deu por serem periódicos de circulação rotineira, editados de forma regular e que abordam, em suas publicações, artigos com temáticas pertinentes. Em cada um desses periódicos, os artigos serão selecionados com base na data de publicação (entre os anos de 2000 e 2008) e na temática referente ao estudo em questão.

Com relação às teses e dissertações, inicialmente será feita uma pesquisa das universidades brasileiras que tenham o tema Odontologia associado a Organizações Militares como uma de suas linhas de pesquisa. Em seguida, será feita uma busca nessas universidades, por meio de suas Bases de Dados on-line para verificar as teses e dissertações produzidas entre os anos de 2000 a 2008 pertinentes às temáticas selecionadas.

Na etapa seguinte, será feita a consulta on-line sobre a legislação pertinente aos serviços de Saúde Cívica e Militares, ao Conselho Regional da Classe Odontológica. Com isso, será feita uma seleção da legislação em vigor que sejam pertinentes às temáticas selecionadas.

Após, serão coletadas na documentação da PMPR, as informações relativas às políticas de Saúde existentes.

3.3 SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE

De posse das informações sobre as políticas existentes na PMPR para a Saúde, direcionadas para a Odontologia, as mesmas foram organizadas de modo a identificar a existência ou não de descontinuidades clínicas e administrativas, as quais contribuíram para a adequação destas políticas aos padrões modernos, eficientes e eficazes.

4 MEDICINA PERIODONTAL E A PMPR

As evidências das inter-relações entre a Doença Periodontal e as Enfermidades sistêmicas, a cada ano que passa, estão claramente demonstradas. Devemos ressaltar que, quanto mais avançam as pesquisas para confirmação das hipóteses científicas, mais e mais pesquisas são necessárias para elucidar novas dúvidas dos pesquisadores, novas técnicas e novos materiais e instrumentais são desenvolvidos, novos medicamentos são criados e, todo este esforço é realizado, mundialmente, para prevenir e tratar esta associação patogênica. As figuras 31 até 41 indicam os cuidados preventivos caseiros para controle da placa bacteriana ou biofilme.

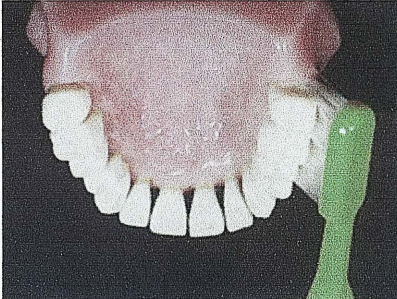

	<p>Figura 31. Escovação: Escove sem pressa, com escova macia, sempre que ingerir qualquer alimento, prestando bastante atenção no ato. A técnica também é muito importante.</p> <p>Não se deve aplicar uma força muito grande, pois isto fere a gengiva e causam abrasão aos dentes, mesmos motivos pelos quais devem-se evitar pastas dentais muito abrasivas. Peça ao seu dentista que lhe indique um creme dental adequado ao seu caso.</p> <p>A escovação deve ser feita com a escova inclinada em relação ao longo eixo dos dentes, em um ângulo de aproximadamente 45°, de forma a higienizar também o sulco gengival.</p>
	<p>Figura 32. O conhecido movimento circular permite a limpeza em todas as direções, abrangendo assim sulcos, cicatrículas e fissuras existentes nos dentes.</p>



Figura 33. Nesta foto, você vê a escova sendo aplicada sobre o dente sem a inclinação indicada.

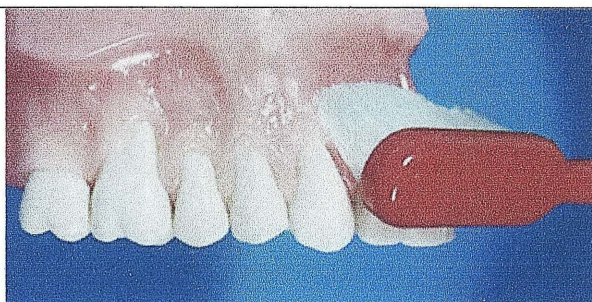


Figura 34. Nestas três últimas fotos, você acompanha o movimento no sentido gengivo-oclusal (da gengiva para a borda ativa dos dentes). Este movimento deve ser feito sempre, de preferência após o uso do fio dental e sem creme dental. Assim, ele auxiliará na remoção dos resíduos que ficam dentro do sulco gengival além de massagearem as gengivas.

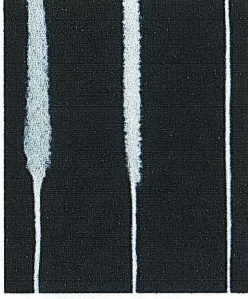
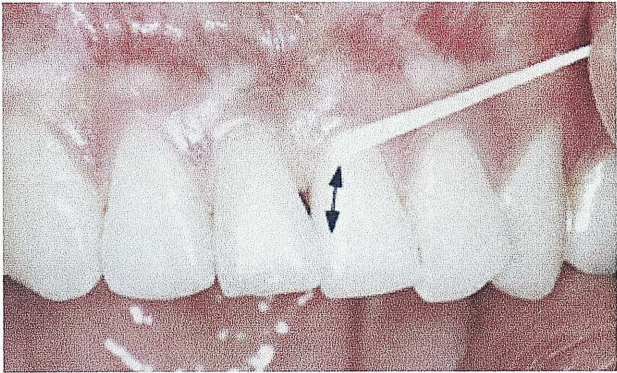


Figura 35. Nestas três últimas fotos, você acompanha o movimento no sentido gengivo-oclusal (da gengiva para a borda ativa dos dentes). Este movimento deve ser feito sempre, de preferência após o uso do fio dental e sem creme dental. Assim, ele auxiliará na remoção dos resíduos que ficam dentro do sulco gengival além de massagearem as gengivas.



Figura 36. Nestas três últimas fotos, você acompanha o movimento no sentido gengivo-oclusal (da gengiva para a borda ativa dos dentes). Este movimento deve ser feito sempre, de preferência após o uso do fio dental e sem creme dental. Assim, ele auxiliará na remoção dos resíduos que ficam dentro do sulco gengival além de massagearem as gengivas.

Estes avanços científicos devem atingir a população policial militar e seus dependentes, demonstrando ao usuário do Serviço de Saúde da Corporação que, por meio de uma filosofia de atendimento moderna e integrada, obrigando-o a realizar a parte da terapia que lhe compete (prevenção caseira), de modo a propiciar-lhe a compreensão de que Ele será o maior beneficiado.

	<p>Figura 37. Quando há espaços maiores entre os dentes, fica indicado o uso das escovas interdentais. Nestes espaços elas, juntamente com o fio dental, promoverão a saúde gengival desta região que é muito suscetível ao acúmulo de cálculo dentário (tártaro).</p>
	<p>Figura 38. Existem vários tipos de fios dentais. Consulte o seu dentista sobre a vantagem ou necessidade de um ou outro tipo. O tipo mais à direita é o mais comum, e se aplica praticamente a todos os casos.</p>
	<p>Figura 39. O fio dental deve entrar suavemente entre as papilas gengivais e os dentes, limpando profundamente – sem machucar. Após atingirem esta posição, deve-se combinar um movimento de vai-e-vem com o de "subida" do fio (veja esquema). É importante lembrar de novamente inserir o fio dental entre estes dois dentes para higienizar o dente vizinho.</p>

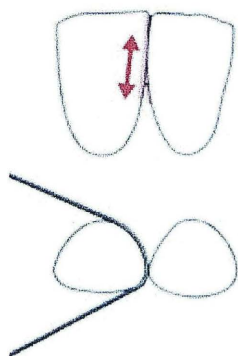


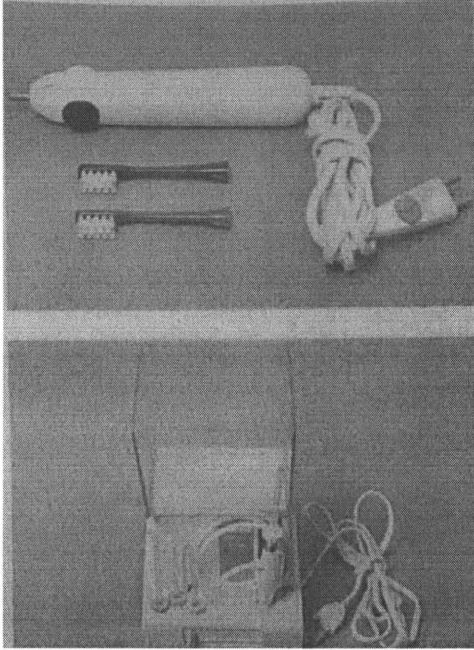
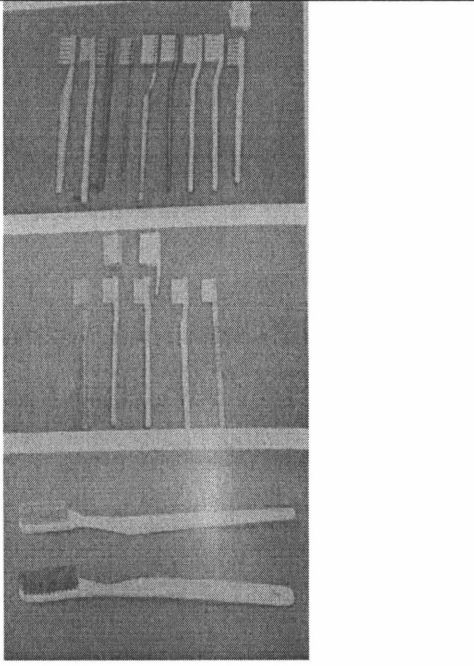
Figura 40. Fio Dental: Passe em **todos** os dentes, abraçando **todos** os lados.



Figura 41. Tome cuidado com a força aplicada. A utilização deste instrumento não deverá irritar a língua, e, se isto ocorrer, você deverá procurar o seu dentista para instruções.

Também, pode ser usada a escova comum, sempre extramacia ou macia.

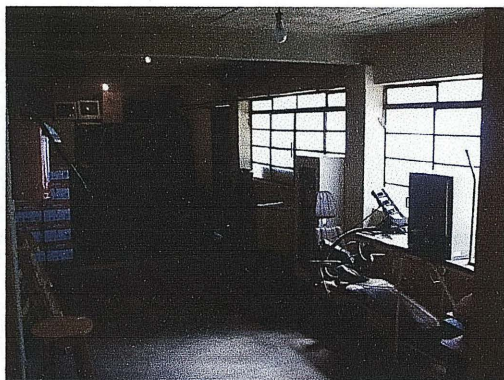
Todas estas evidências servirão para a conscientização dos dirigentes da Corporação, para os riscos decorrentes das associações de enfermidades e que a adoção e implantação destas boas práticas na prestação de serviços de Saúde, de modo que todos os esforços sejam promovidos, evitando assim, diagnosticar, observar e tratar o indivíduo de forma isolada (boca, coração, estômago, etc.) que se limita ao tratamento fracionado do paciente, quando deve ser observado o tratamento generalizado, isto é, o indivíduo como um ser único/completo, vislumbrando seu bem estar físico e mental.

	<p>Figura 42. Identifica dispositivos elétricos para higiene oral. Deve-se orientar o paciente para os riscos de “machucar-se”. Indicados para pacientes portadores de deficiências. (KINOSHITA, 1998)</p>
	<p>Figura 43. Identifica a variedade de escovas disponíveis no mercado. Cabe ao profissional orientar o paciente quanto à seleção da mais adequada. (KINOSHITA, 1998)</p>

Com a finalidade de tornar a estrutura administrativa do Centro Odontológico da PMPR (COPM) mais ágil, eficaz, efetiva e de gestão facilitada, uma sugestão do passado recente continua merecendo atenção. A adoção de um organograma similar ao adotado pelo Comando Geral, como segue:

CHEFIA DO COPM		
Função exercida por um Coronel PM Dentista		
Encarregado da administração geral, planejamento, execução das diretrizes		
<p>Chefia da Policlínica</p> <ul style="list-style-type: none"> - função exercida por um Tenente Coronel PM Dentista - auxiliar o Chefe do COPM elaboração e execução das diretrizes de Saúde Bucal - zelar pelo bom funcionamento dos consultórios da Policlínica - representar o COPM em todas as ocasiões, na impossibilidade do Chefe do COPM, por delegação do mesmo - auxiliar, junto com CPC e CPI, na preparação de um estudo de Estado Maior do COPM, visando à elaboração de normativas do COPM - zelar, como Responsável Técnico, pela organização e documentação da Policlínica 	<p>Chefia do COPM no CPC</p> <ul style="list-style-type: none"> - função exercida por um Tenente Coronel PM Dentista - auxiliar o Chefe do COPM elaboração e execução das diretrizes de Saúde Bucal - zelar pelo bom funcionamento dos Consultórios da área do CPC - representar o COPM em todas as ocasiões, na impossibilidade do Chefe do COPM, por delegação do mesmo - auxiliar, junto com Policlínica e CPI, na preparação de um estudo de Estado Maior do COPM, visando à elaboração de normativas do COPM - zelar, como Responsável Técnico, pela organização e documentação dos consultórios do CPC 	<p>Chefia do COPM no CPI</p> <ul style="list-style-type: none"> - função exercida por um Tenente Coronel PM Dentista - auxiliar o Chefe do COPM elaboração e execução das diretrizes de Saúde Bucal - zelar pelo bom funcionamento dos Consultórios da área do CPI - representar o COPM em todas as ocasiões, na impossibilidade do Chefe do COPM, por delegação do mesmo - auxiliar, junto com CPC e Policlínica, na preparação de um estudo de Estado Maior do COPM, visando à elaboração de normativas do COPM - zelar, como Responsável Técnico, pela organização e documentação dos consultórios do CPI

A estruturação do organograma proposto, se adotado, viabilizará o acompanhamento de um Oficial Superior PM Dentista junto à comitiva de Inspeção do Comando Geral, coletando as informações necessárias "in loco", divulgando e fiscalizando a execução das diretrizes de Saúde Bucal do COPM. Os dados coletados servirão para a elaboração de projetos de substituição, reposição e/ou baixa de equipamentos, materiais e instrumentais, irremediavelmente, danificados ou obsoletos cujos custos de reparo não compensam (p.ex: consultório do 7º BPM – Cruzeiro do Oeste).



Figuras 44 e 45 – mostram consultório odontológico do 7º BPM no ano 2006, quando da viagem de inspeção do Ten Cel Hamilton junto com Oficial Inspetor da PM4.

As visitas de inspeção do Oficial Superior Dentista ocorrerão anualmente, a pedido do Comandante ou Oficial Dentista da OPM e/ou quando o Comando da PMPR ou do Centro Odontológico julgar necessário. Nos intervalos entre inspeções, o controle da produtividade, do horário, das atividades e rotinas do Oficial Dentista das OPMs, ficarão a cargo da PM1 da unidade, devendo qualquer desvio de conduta ser, imediatamente, informado ao Comando do COPM para as providências cabíveis. Igual procedimento deverá ser adotado em relação ao Cirurgião-Dentista Civil, que presta serviço nos Batalhões.

Visando a adoção e implementação de boas práticas na prestação de serviços de Saúde em Odontologia, critérios que já existem na área médica e hospitalar e, estão sendo estudados e planejados para serem adotados na área Odontológica, merecem serem analisados, adotados e implantados urgentemente.

O que é acreditação?

Define-se Acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado.

Nas experiências brasileira e internacional, é uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e atualização da sua metodologia.

Em seus princípios tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

- **Mas quais as principais vantagens da acreditação?**

- Segurança para os pacientes e profissionais;
- Qualidade da assistência;
- Construção de equipe e melhoria contínua;
- Útil instrumento de gerenciamento;
- Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira;
- O caminho para a melhoria contínua.

- **Quem são os principais interessados pelo processo de Acreditação?**

- Líderes e administradores;
- Profissionais de saúde;
- Organizações de saúde;
- Sistemas compradores;
- Governo;
- Cidadão.

Instituições Acreditoras são organizações de direito privado, com ou sem fins lucrativos, credenciadas pela ONA, com a responsabilidade de proceder à avaliação e a certificação da qualidade dos serviços, dentro das normas técnicas previstas e com atuação em nível nacional. As IAC's, como são chamadas, podem também realizar atividades de capacitação e treinamento, bem como de diagnóstico organizacional. (Organização Nacional de Acreditação, 2008)

Para mensurar a qualidade da prestação de serviços odontológicos à população beneficiada, os critérios para prestação de serviços odontológicos devem ser implementados. As orientações e informações repassadas pelas disciplinas aplicadas no Curso Superior de Polícia – 2008, apresentadas nos Anexos E, H, I, são exemplos que devem ser adotados pelos gestores do serviço de Saúde e da Corporação. Estas

informações servirão de base para a estruturação das estratégias do Centro Odontológico da PMPR para a concretização de seus objetivos.

Para adotar práticas orientadoras da população sobre este assunto, a implantação de um prontuário único (médico-odontológico), a necessidade de estruturação da equipe de Saúde (Oficial do Quadro de Saúde + Assistente de Consultório Dentário + Técnico em higiene Dental + Técnico em Prótese Dental + Técnico em Enfermagem + pessoal auxiliar administrativo) e sua capacitação constante às novas técnicas e tecnologias, a adequação das instalações físicas à legislação pertinente, a criação de fontes de recursos e a manutenção e ampliação das já existentes deverão ser planejadas, discutidas, encaminhadas à apreciação do Comando da PMR e, se viáveis, implementadas.

Os métodos de instrução e orientação da população sobre este assunto, os quais podem ser executados por Técnicos em Higiene Dental ou, na ausência destes, por profissionais da Saúde da Corporação, Civis e Militares. As informações devem ser transmitidas de modo perceptível pelo paciente, se possível, evitando termos técnicos e outras dificuldades e, **nunca**, utilizar desenhos, charges, cartoons ou qualquer outra forma de chamar a atenção, utilizando formas apelativas, pejorativas ou depreciativas, as quais **denigrem a imagem da Odontologia e dos profissionais comprometidos com as modernas e boas práticas odontológicas**, reforçando no paciente, idéias e conceitos ultrapassados, mostrando a Odontologia como instrumento de **sofrimento ou tortura**. Abaixo, as figuras 46 até 50 ilustram exemplos de caricaturas inadequadas e adequadas para designação do Cirurgião-Dentista, militar ou civil:



Figura 46 – caricatura inadequada retirada de uma apresentação do COPM, realizada em 2008

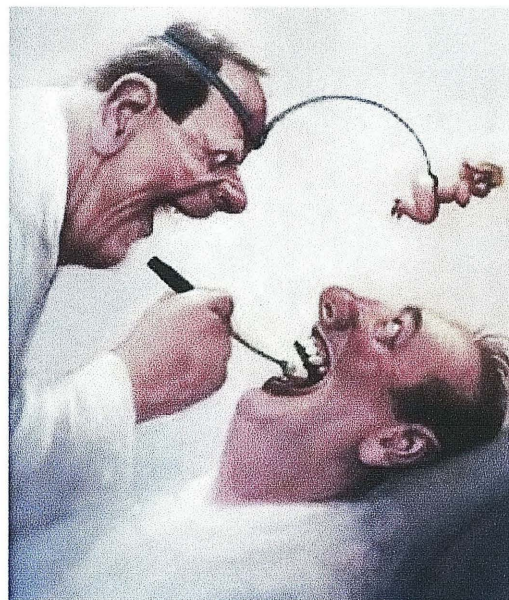


Figura 47 – caricatura inadequada para representação profissional / www.humorbabaca.com/cartoons/diversos/dentista



Figura 48 – caricatura adequada para representação do cirurgião-Dentista - <http://www.mauroalthoff.com/paginas/cartoon.htm>



Figura 49. <http://karinedias.multiply.com/photos/album/5#98>

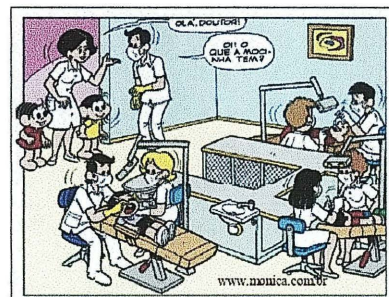


Figura 50. <http://karinedias.multiply.com/photos/album/5#96>

Para isto, pode-se utilizar folders informativos, recursos áudio-visuais da área preventiva, palestras proferidas por profissionais da Saúde da Corporação, distribuição de Kits prevenção (escova dental, pasta dental e fio dental com o logotipo do Centro Odontológico da PMPR), registro no prontuário clínico da evolução, favorável ou não, dos cuidados preventivos realizados pelo paciente. As consultas e reconsultas de prevenção devem ser realizadas previamente ao início de qualquer tratamento clínico, seus registros anotados para informação aos profissionais a cargo do paciente. Os materiais de divulgação e instrução ao paciente, devem ser elaborados de forma didática, utilizando linguagem acessível à população alvo e confeccionados ou adquiridos com recursos próprios, ou ainda, patrocinados por órgãos públicos, seguindo o exemplo de outras campanhas, como por exemplo: DETRAN patrocinando as cartilhas de educação para o trânsito.



Figuras 51 e 52. Exemplo de Kit escovação e material promocional do COPM, doado para utilização no "Domingo no Parque – 2006", nas comemorações dos 153 Anos da PMPR.

Este material de informação aos pacientes, deverá estar adequado à faixa etária, ao gênero e, quando houver, incapacidades físicas. Poderá ser utilizado em eventos da PMPR, eventos municipais, eventos estaduais e quaisquer outros em que a Corporação seja chamada a participar. Seguem exemplos de eventos em que o Centro Odontológico poderá representar a Corporação:

Corporação	Municipal	Estadual	Outros
- Aniversário da PMPR (Domingo no Parque) - Aniversário do Colégio e dos Batalhões	- Campanhas de Saúde Municipais da Região Metropolitana	- Campanhas de Saúde Estaduais - eventos da secretaria de Estado da Segurança Pública (BLITZ da CIDADANIA)	- campanhas de Saúde organizadas por entidades de classe ou civis organizadas (SESC)

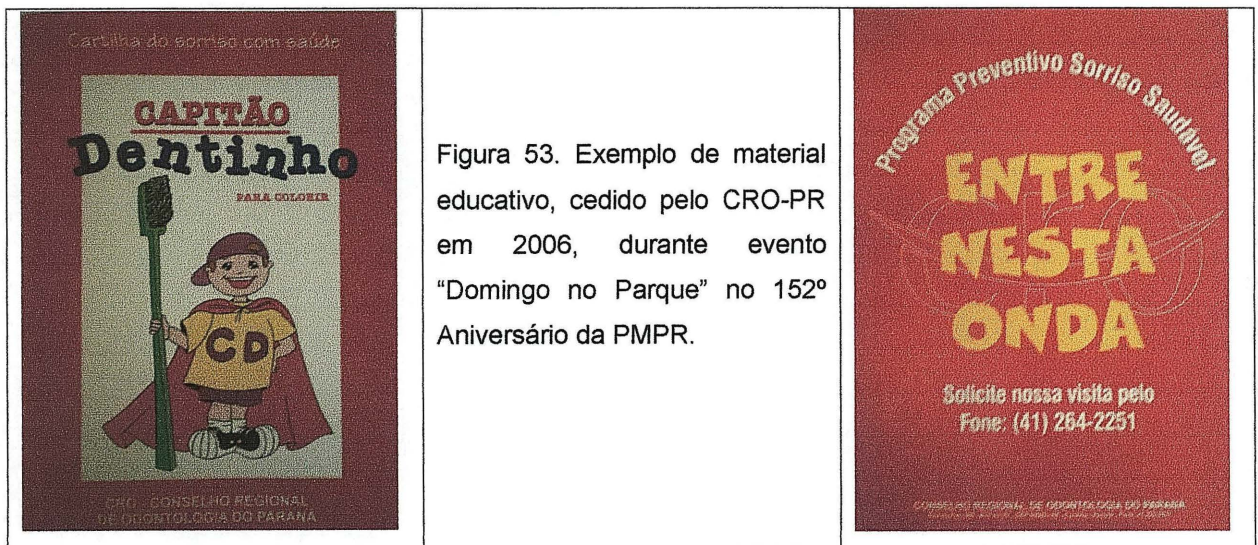


Figura 53. Exemplo de material educativo, cedido pelo CRO-PR em 2006, durante evento "Domingo no Parque" no 152º Aniversário da PMPR.

Estas participações internas e/ou junto das comunidades, ajudam a melhorar a imagem da Corporação, resgatar a confiança da população, "quebrar o gelo" da integração PM/comunidade (policiamento cidadão, junto com o cidadão) e permitirá que as ações policiais ocorram com menor risco de insucessos e acidentes.

<p>Capitão Dentinho contra a Cárie e a Placa Bacteriana</p> <p>Tudo vai que começamos a não escovar bem os dentes, os microorganismos fazem festa e começam a se proliferar formando uma película bacteriana.</p> <p>De repente, esse filme de açúcar, de cárie e placa bacteriana.</p> <p>As Cáries</p> <p>As cáries são cavidades e surgem dentro das nossas gengivas.</p> <p>Se dentro da cavidade há bactérias, elas se alimentam com açúcar e fazem os dentes se deteriorarem e gerar dor.</p>	<p>Figuras 54. Conteúdo da cartilha do CRO-PR, com ilustrações da temática odontológica para pintar. Maneira sutil de atrair e convencer aos pacientes pediátricos (e seus pais) para a adoção dos bons hábitos de Saúde Bucal.</p>
<p>Escova de dente</p> <p>A escova de dentes é como uma escova de cabelo, só que ela remove a sujeira e as bactérias para fazer os dentes saudáveis.</p> <p>Use a escova de dentes no tempo certo, em uma posição correta e com força adequada.</p> <p>Como usar a escova de dentes:</p> <p>Esfregue bem sobre os dentes e as gengivas, de cima para baixo e de baixo para cima, com movimentos circulares, moderados.</p> <p>Escovar o lado de fora dos dentes (o lado de fora) e o lado de dentro.</p> <p>Em caso de dentes que não são muito saudáveis, passar a escova com mais frequência e com mais força.</p> <p>Para evitar machucar a língua, escovar a língua também, com movimentos circulares.</p>	<p>Figuras 55. Conteúdo da cartilha do CRO-PR, com ilustrações da temática odontológica para pintar. Maneira sutil de atrair e convencer aos pacientes pediátricos (e seus pais) para a adoção dos bons hábitos de Saúde Bucal.</p>
<p>Quando devemos escovar os dentes?</p> <p>Devemos escovar os dentes sempre que:</p> <ul style="list-style-type: none"> acordamos; antes de tomar café; antes de ir para a escola; antes de dormir; antes de comer; antes de dormir; antes de dormir; <p>Quando devemos ir ao dentista?</p> <p>Devemos ir ao dentista quando tivermos:</p> <ul style="list-style-type: none"> dores nos dentes; quando os dentes estiverem amarelados; quando os dentes estiverem soltos; quando os dentes estiverem com manchas; quando os dentes estiverem com cáries; quando os dentes estiverem com sangramento; quando os dentes estiverem com dor; quando os dentes estiverem com inchaço; quando os dentes estiverem com vermelhidão; quando os dentes estiverem com febre; quando os dentes estiverem com outros problemas. 	<p>Figuras 56. Conteúdo da cartilha do CRO-PR, com ilustrações da temática odontológica para pintar. Maneira sutil de atrair e convencer aos pacientes pediátricos (e seus pais) para a adoção dos bons hábitos de Saúde Bucal.</p>

A implantação de um prontuário clínico unificado, complementado por uma ficha de anamnese, contemplando o histórico médico e odontológico (modelo de ficha anamnese + autorização para tratamentos cirúrgicos + cuidados pós-operatórios + ficha pré-triagem – ANEXOS A, B, C, D – modelos adotados pelo Dr Luiz Hamilton Vieira Ribas, autorizado pela BIODONTO – Educação e Pesquisas Avançadas em Odontologia, que encerrou suas atividades em 1999), se possível, pelo sistema digital, disponibilizará de imediato para consulta do Oficial **Médico ou Cirurgião-Dentista**,

proporcionando adequado e racional tratamento conjunto, prevenindo interpretações inadequadas pelo paciente, o qual, na maioria das vezes, não consegue compreender a importância do seu **Oficial Dentista** saber o que e como seu **Oficial Médico** o está tratando e vice-versa. Já citamos neste trabalho que, se um adequado controle da doença periodontal é adotado, seus reflexos perniciosos sobre a saúde ou enfermidade sistêmica do paciente desaparecem ou serão, sensivelmente atenuados. Como uma via de mão dupla, o controle da enfermidade sistêmica do paciente, permite implementar e executar o tratamento odontológico adequado, inclusive com a utilização dos medicamentos necessários e apropriado para o caso. Exemplificando: um paciente portador de enfermidade cardíaca, controlada adequadamente pelo seu cardiologista, permitirá que, no momento oportuno, os procedimentos odontológicos adequados e necessários, sejam adotados com plena segurança para o paciente. Cabe lembrar o que prevê o Código de Ética da Odontologia quando trata desta, importante e fundamental, documentação.

“VIII – elaborar e manter atualizados os prontuários dos pacientes, conservando-os em arquivo próprio;” (Conselho Federal de Odontologia, **Código de Ética Odontológica**, 2003).

Por equipe de saúde multidisciplinar, entende-se como sendo um grupo de profissionais, composta pelos Oficiais do Quadro de Saúde da PMPR (Médico e Cirurgião-Dentista) + Técnico de Enfermagem e Assistente de Consultório Dentário (criar o quadro ou contratar) + Técnico em Higiene Dental (criar o quadro ou contratar) + Técnico em Prótese Dental (criar o quadro ou contratar) + (Pessoal Auxiliar Administrativo), devidamente preparada (técnica, científica e administrativamente), para a execução de tarefas relevantes, disponibilizando os Oficiais de Saúde para dedicação, exclusiva, ao atendimento do paciente propriamente dito. Poderíamos incluir, desde que bem estruturado junto ao serviço Médico e Odontológico, a utilização de estagiários nas diversas áreas.

De grande importância é o incentivo, o estímulo e a manutenção de um elevado espírito de equipe entre os integrantes do serviço. Deste modo, a aplicação dos conhecimentos sobre Gestão de Pessoas, sobre dinâmica de grupo, ministrado pelo Professor Joel Souza e Silva, durante o Curso Superior de Polícia – 2008, está

justificado. A motivação para a realização de bons serviços é de responsabilidade do gestor, que deve identificar as fontes de insatisfação e discórdia, propiciando a sua resolução preservando a harmonia no serviço.

Hoje, os quadros de pessoal de Saúde existentes na Corporação são:

Profissionais	HPM CAPITAL	HPM INTERIOR	COPM CAPITAL	COPM INTERIOR
MÉDICOS	8	0	0	0
CIRURGIÕES- DENTISTAS	0	0	34	22
BIOQUÍMICOS	3	0	0	0
MÉDICOS- VETERINÁRIOS	0	0	0	0
ENFERMAGEM	50	0	0	0
AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	0	0	0	0
TÉCNICO EM HIGIENE	0	0	0	0
TÉCNICO EM PRÓTESE DENTAL	0	0	0	0
ADMINISTRATIVO	220	0	17	0

Quadro 11. Demonstra as limitações dos quadros de pessoal em 2008. (P1 – Hospital PMPR)

Do quadro 11, em números aproximados, observa-se que alguns quadros, indispensáveis à moderna e eficiente prática de Saúde, estão em **extinção**, **não existem** ou **desvio de função** (adaptados às necessidades).

A possibilidade da extinção de quadros fica evidente quando se observa as datas dos últimos concursos para preenchimento de vagas, as quais parecem que em toda a história do Quadro de Saúde da PMPR, nunca estiveram totalmente ocupadas, em um mesmo período de tempo. O último concurso para o Quadro de Saúde da PMPR

aconteceu em 1998, quando existiam 12 vagas para Oficiais Médicos, 14 vagas para Oficiais Dentistas e não foram abertas vagas para Oficiais Bioquímicos e Oficiais Médicos-Veterinários. Ora, fica evidente que, após alguns anos, não há Oficiais suficientes para atender ao aumento da demanda da Família Miliciana. Não podemos esquecer que intervalos muito grandes entre concursos para inclusão de Oficiais pode gerar uma incompatibilidade de gerações, onde os oficiais recém ingressados estão com todo o vigor e disposição, enquanto que os Oficiais mais antigos já apresentam sinais de cansaço e acomodação. Como se pode observar no quadro 13, anexo à Lei nº. 15.124, de 18 de maio de 2006, o quadro de Oficiais Dentistas pouco se alterou em relação ao número de pacientes.

RESUMO DOS QUADROS DE OFICIAIS - ANEXO 1 da Lei 15.124

QUADROS		CEL	TC	MAJ	CAP	1º T	2º T	SOMA
Q O P M		12	39	65	197	219	258	790
Q O B M		2	10	25	52	58	61	208
Q S	MÉDICOS	1	5	6	6	16		34
	DENTISTAS	1	2	7	8	14		32
	VETERINÁRIOS				3	2		5
	BIOQUÍMICOS		2	1	1	3		7
Q C P M						1		1
QOE	MÚSICOS				1	1	2	4
QEOPM		1	2	4	13	25	75	120
T O T A L		17	66	108	281	339	396	1201

Quadro 12. Demonstra os quadros existentes e o número de integrantes em 2006. (Lei nº 15.124- 2006)

O modelo de atendimento praticado no COPM, desde 1997, com pleno êxito, reconhecido pelos beneficiários é:

Período	Horário
MANHÃS	07:30 às 11:30
TARDES	13:30 às 17:30
NOITES	18:00 às 22:00

Além destes horários, o COPM ainda disponibiliza os horários de Plantão, atendendo fora dos horários acima, finais de semana e feriados. Com o advento do terceiro turno, é hora de repensar o serviço do plantão pois, o beneficiário que não consegue comparecer para tratamento nos horários normais, certamente, não conseguirá concluir o tratamento iniciado pelo plantonista. Vale lembrar que grande parte das chamadas “emergências odontológicas”, na realidade, se deve ao uso incorreto do serviço (paciente que não consegue ou não quer, uma vaga no horário normal), pacientes dependentes que não comparecem no horário estabelecido por que “meu pai ou meu marido não pode me trazer” e pacientes titulares que não comparecem ao horário estabelecido por que “as escalas não permitem”.

Para melhor atendimento dos beneficiários do serviço e aproveitamento da estrutura física existente (com necessidade de ampliação), para atendimento em três períodos em todas as unidades do COPM, capital e interior, haverá a necessidade da contratação de mais profissionais. Quanto aos Batalhões do interior, vale ressaltar que a área de abrangência de cada um deles é enorme, alguns envolvendo mais de 20 municípios. Isto obriga a tropa alojada à distância da sede, a realizar grandes deslocamentos para poder beneficiar a si e seus dependentes. Logo, é hora de planejar a instalação de consultórios nas Companhias de maior expressão, descentralizando o atendimento. Para isto, convênios e parcerias intermunicipais poderão trazer benefícios para o sistema de Saúde Odontológica da PMPR, por meio da cessão de profissionais da Odontologia para prestar serviço nas Companhias dos Batalhões, a exemplo do que acontece no 9º Batalhão, onde a Prefeitura cede os profissionais com a contrapartida de realizar, nas dependências do Batalhão, o atendimento dos pacientes da APAE – PARANAGUÁ. Este é um ótimo exemplo de parceria que vem funcionando e necessita ser aperfeiçoado, de modo a evitar, por exemplo, que “desavenças políticas” prejudiquem o atendimento. É óbvio que os demais componentes da equipe de Saúde

devem estar previstos e TODOS deverão respeitar os controles realizados pela P1 do Batalhão.

Em relação aos demais componentes da Equipe de Saúde, medidas urgentes necessitam ser adotadas. Estudos e projetos para a criação dos quadros de especialistas e auxiliares, inexistentes até o momento, devem ser elaborados e implementados de modo a liberar os Oficiais Médicos, Cirurgiões-Dentistas, Bioquímicos e Médicos-Veterinários para as funções mais relevantes, delegando as funções secundárias, aquelas que a legislação pertinente descreve (p.ex: revelação de RX), para o quadro de assistentes.

Nesse sentido, o Técnico de Enfermagem e/ou o Assistente de Consultório Dentário, além de ajudar o Médico e o Cirurgião-Dentista, Civil ou Militar, poderão aferir a pressão arterial (através do aparelho esfignomômetro), conforme figura 57 ou o nível de glicose (através do aparelho glucosímetro), como pode ser observado nas figuras 58 e 59, entre outros exames mais simplificados e com coordenação dos profissionais, dos pacientes que aguardam o início da consulta. Isto permitirá identificar possíveis oscilações nos sinais dos pacientes já comprometidos com enfermidades sistêmicas e, até mesmo, identificar precocemente aqueles casos já alterados, mas que ainda são desconhecidos pelo próprio paciente, permitindo o diagnóstico precoce e implantação do tratamento adequado.

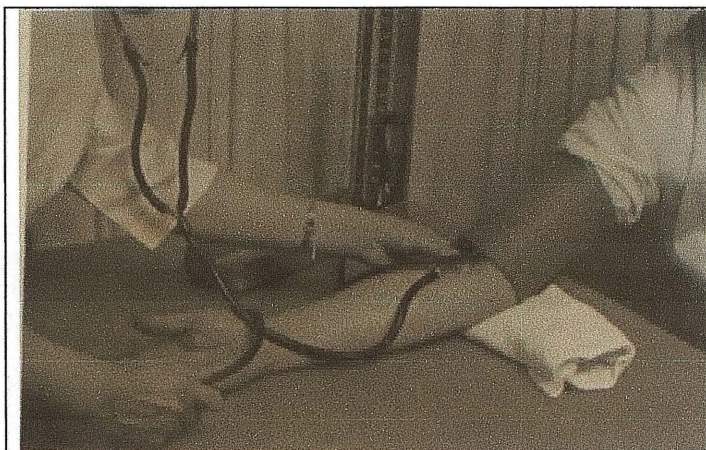


Figura 57. Exemplo de avaliação de pressão arterial, que pode ser aferida antes do início da consulta, por pessoal auxiliar, enquanto o paciente está aguardando na sala de espera. (KINOSHITA, 1998)



Figura 58. Gota de sangue para glucosimetria. Faz-se um “furinho” no dedo e o sangue aparece no local. Também pode e deve ser realizado, por pessoal auxiliar, enquanto o paciente aguarda sua consulta, na sala de espera. (KINOSHITA, 1998)

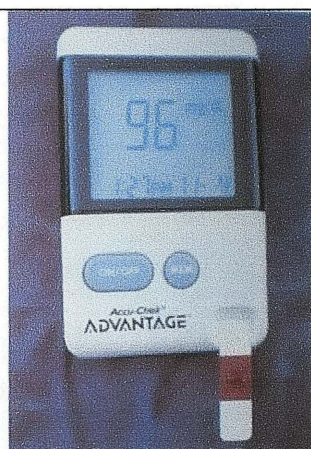


Figura 59. Glucosímetro – o sangue é colocado em uma área específica da fita glucosimétrica. Após alguns minutos, a glicemia é mostrada em número pelo visor do aparelho. (KINOSHITA, 1998)

Entre as competências do Auxiliar de Consultório Dentário, reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia e, devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia, sob supervisão do Cirurgião-Dentista, estão as seguintes:

1. Orientar os pacientes sobre higiene bucal;
2. Marcar consultas;
3. Preencher e anotar prontuários clínicos;
4. Controlar o movimento financeiro;
5. Revelar e montar radiografias intra-orais;

6. Preparar o paciente para o atendimento;
7. Auxiliar no atendimento do paciente;
8. Instrumentar o Cirurgião-Dentista e o Técnico em Higiene Dental junto à cadeira operatória;
9. Promover isolamento do campo operatório;
10. Manipular materiais de uso odontológico;
11. Selecionar moldeiras;
12. Confeccionar modelos de gesso;
13. Aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental;
14. Proceder a conservação e manutenção do equipamento odontológico;
15. Realizar lavagem, desinfecção e esterilização do instrumental e do consultório.

Em relação ao Técnico em Higiene Dental, estão entre suas competências, reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia e, devidamente, registrados no Conselho Regional de Odontologia, sempre sob supervisão e com a presença física do Cirurgião-Dentista, além das de Auxiliar de Consultório Dentário, as seguintes:

1. Participar do treinamento de Auxiliar de Consultório Dentário;
2. Colaborar nos programas educativos de saúde bucal;
3. Colaborar nos levantamentos e estudos epidemiológicos como coordenador, monitor e anotador;
4. Educar e orientar os pacientes ou grupos de pacientes sobre prevenção e tratamento das doenças bucais;
5. Fazer demonstração de técnicas de escovação;
6. Responder pela administração da clínica;
7. Supervisionar, sob delegação, o trabalho dos Auxiliares de Consultório Dentário;
8. Fazer tomada e revelação de radiografias intra-orais;
9. Realizar teste de vitalidade pulpar;
10. Realizar a remoção de indutos, placas e cálculos supragengivais;
11. Executar a aplicação de substâncias para a prevenção da cárie dental;
12. Inserir e condensar substâncias restauradoras;

13. Polir restaurações, vedando-se a escultura;
14. Proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após os atos cirúrgicos;
15. Remover suturas;
16. Confeccionar modelos;
17. Preparar moldeiras.

Em relação aos Técnicos em Prótese Dentária, reconhecidos pelo Conselho Federal de Odontologia e, devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia, são atividades privativas e de sua responsabilidade as seguintes:

1. Executar a parte mecânica dos trabalhos odontológicos;
2. Ser responsável, perante o serviço de fiscalização respectivo, pelo cumprimento das disposições legais que regem a matéria;
3. Ser responsável pelo treinamento de auxiliares e serventes de laboratório de prótese dentária.

Os serviços de prótese laboratorial sempre representaram polêmica e insatisfação para os pacientes, especialmente quanto aos custos apresentados e emissão de recibos. Cabe ao Responsável Técnico orientar o Comando da PMPR e do COPM para planejar e executar uma licitação para serviços de prótese laboratorial, abrangendo os serviços mais comumente procurados ou todos os constantes da Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos do Sindicato dos Odontologistas do Estado do Paraná (SOEPAR), em pelo menos três (03) laboratórios de Prótese Odontológica, reconhecida idoneidade, nas localidades onde se executarão tais serviços, até que a Corporação tenha condições de montar um laboratório adequado e dentro dos padrões exigidos pelo Conselho Regional de Odontologia e Órgãos sanitários do Estado e consiga, incluir ou preparar, um militar na área específica. Segue exemplo de planilha de custos, que merece ser considerada, para confecção de trabalho protético:

4080 - Núcleo Metálico Fundido

Nº	Material	Marca	Quant	Consumo	Preço	Divisor	Preço/ Unid/ Porção
72	Guardanapo	Santepel	50	4	1,93	12,5	0,154
123	Sugador	Sug Plast	40	2	1,91	20	0,096
117	Rolos de algodão	Roeko	100	10	0,76	10	0,076
86	Luvas	Madeitex	1	4	0,18	x4	0,720
71	Gorro	Protect	10	4	5,92	2,5	2,368
87	Máscara	Artex	50	4	8,40	12,5	0,672
55	Filme PVC	Magipack	15m	40cm	2,11	37,5	0,056
19	Broca diam.p/acabam.	Sorensen	2	2/40	5,20	40	0,130
19	Broca diam. 1ª,2ª,3ª	Sorensen	1	1/15	5,20	15	0,347
13	Broca de pezo	Meisinger	6	1/60	8,30	10	0,830
14	Brocas de gates	Gates	1	1/20	7,29	20	0,365
93	Núcleo	Nucleojet	20	1	32,00	20	1,600
2	Acrílico pó/liq	JET	20g	1g	16,56	20	0,828
103	Pincel	Benda Brush	144	1	16,82	144	0,117
31	Cimento fosf. de Zn	SS White	28g	1/20	12,00	20	0,600
125	Temp. Bond	Kerr	30ml	1ml	65,57	30	2,186
131	Laboratório						17,000
						Total	28,144

Tempo	(x) Custo Fixo	(+) Custo Variável	(=) Valor Final
90	0	28,144	28,144

Tabela da Federação Interestadual dos Odontologistas - 2006

Para a PMPR não haverá custo fixo como aluguel de sala, secretária, salário de ACD OU THD, telefone, luz, água, contabilidade, depreciação do equipamento, entre outros, logo o custo pode ser bem acessível. Importantíssimo ressaltar o tempo gasto para a execução do trabalho, que foi calculado para trabalho a quatro mãos, isto é, o Cirurgião-Dentista e sua auxiliar. A qualidade do material utilizado deve ser considerada, pois interfere no resultado final do trabalho, assim como o laboratório de prótese licitado para executar o serviço. Tal proposta atenderia aos interesses do usuário, o qual estando bem conscientizado pelo profissional, poderia optar pelo laboratório que corresponderia às suas possibilidades, isentando o serviço de saúde/profissional de quaisquer responsabilizações.

Uma reflexão incômoda se apresenta:

1º) O profissional concursado apresenta como vantagens: estabilidade (motivação), plano de carreira (motivação), possibilidade de deslocamentos (transferências), alternância nos turnos de trabalho, possibilidade de emprego em ações governamentais, possibilidade de emprego em ações da PMPR, inexistência de paralisações (greves), plano de carreira (motivação), interesse no bom desempenho (Ele e seus familiares são usuários do serviço de Saúde – motivação), obedece aos regulamentos PMPR, segurança para o paciente (mesmo profissional por anos).

Como desvantagens: estabilidade (casos de desvio de conduta apresentam dificuldades para solução).

2º) O profissional contratado apresenta como vantagens: remuneração diferenciada do concursado (desmotivação), carga horária similar, obedece à Consolidação das Leis do Trabalho (demissão mais ágil).

Como desvantagens: interesse limitado no bom desempenho (Ele e seus familiares não são usuários do serviço de Saúde – desmotivação), dificuldades para deslocamentos, dificuldades para alternância de horários, plano de carreira limitado (desmotivação), possibilidade de paralisações (greves), dificuldade de emprego em ações da PMPR, dificuldade no emprego de ações governamentais, insegurança para o paciente (quando “acostuma” com o profissional, Ele não presta mais serviços – demissão).

Destas avaliações dependerá a perpetuação ou extinção do Serviço de Saúde da PMPR. Poder-se-ia acrescentar uma terceira opção: extinção dos quadros, venda do patrimônio e reivindicar que o Estado pague um bom plano de saúde, de abrangência nacional. O cálculo apresentado é simples e simbólico:

- a maioria das famílias PM é constituída pelo casal, com idade inferior a 30 anos e dois filhos, menores de 18 anos = 04 pessoas;

- os planos calculam da seguinte maneira: plano básico, plano intermediário e plano completo;

- para a família citada (casal e dois filhos), os cálculos médios, são:

- plano básico = R\$ 415,62 (casal) + 276,24 (filhos) = R\$ 691,86

- plano intermediário = R\$ 517,60 (casal) + 354,00 (filhos) = R\$ 871,60

- plano completo = R\$ 580,30 (casal) + 365,60 (filhos) = R\$ 945,90

(UNIMED RIO DE JANEIRO, 2008)

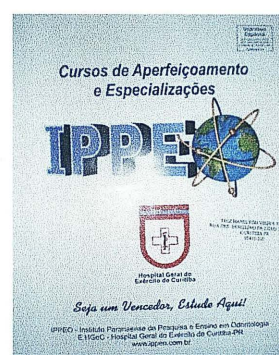
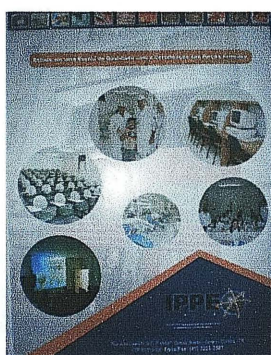
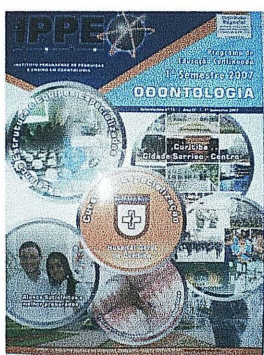
Resta saber se o Estado aceitaria tal proposta, sendo que a sistemática poderia seguir o mesmo padrão dos uniformes: entra na coluna salário e na coluna desconto, baseado em licitação (não é permitido escolher) e lembrando que não ocorrem/admitem atrasos nos pagamentos mensais.

Permanece a certeza de que se não há o envolvimento e o comprometimento do prestador de serviços de Saúde, sejam eles militares ou civis, concursados ou não, o sentimento de abandono, descaso, desinteresse, frustração, insatisfação, entre outros, por parte do usuário (principal razão da existência do Serviço de Saúde) permanecerá, nesta e em futuras gerações, perpetuando um serviço aquém de suas potencialidades.

Caso persista o sistema atual, utilizando profissionais concursados, civis e militares, uma equipe profissional deste padrão que, com certeza, é referência no mínimo em nível estadual, necessita ser reciclada constantemente. Cabe ao Responsável Técnico orientar e assessorar os gestores da Corporação, de modo a propor e executar junto à Diretoria de Ensino, normas técnicas de indicação e seleção dos profissionais que farão reciclagem dos conhecimentos pertinentes às áreas de atuação, bem como, reciclagem dos conhecimentos pertinentes às áreas administrativas e técnicas da Corporação.

Estando aprovados os planos de reciclagem, caberia à Diretoria de Ensino intermediar convênios com Instituições, reconhecidamente idôneas, nas áreas específicas profissionais, bem como elaborar, regulamentar e executar cursos internos na Corporação, tendo como exemplo o Curso Superior de Polícia, que desde o ano 2006, já teve cinco Oficiais QOSPM participantes como convidados. Isto proporciona a interação dos quadros QOPM e QOSPM, harmonizando e padronizando as ações desenvolvidas na Corporação. Tal integração deveria iniciar mais cedo, com a participação dos Oficiais QOSPM no Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais da PMPR, fato que demanda estudos para elaboração de um projeto a ser encaminhado à aprovação da Assembléia Legislativa do Estado do Paraná. Outra opção, seria a criação destes Cursos para o Quadro de Saúde, a exemplo do que acontece em outros Estados, onde existem disciplinas específicas para o Quadro de Saúde e disciplinas gerais, para ambos os Quadros de Oficiais.

Paralelamente, caberia à Diretoria de Ensino organizar, regulamentar e propor outros Cursos, necessários à complementação dos currículos dos Oficiais, na esfera administrativa, implementando e atualizando os conhecimentos dos futuros gestores da Corporação. Exemplos deste tipo de curso estão disponíveis na página da Internet do Governo do Estado, necessitando apenas que seja regulamentado o processo seletivo para indicação de Oficiais e Praças do COPM para freqüentarem estes cursos de aperfeiçoamento administrativo. Outro exemplo, e de sucesso, são os curso na área odontológica oferecidos pelo Hospital Geral de Curitiba (HGC – Exército Brasileiro) e do CINDACTA II, reconhecidos e certificados junto ao Conselho Regional de Odontologia do Paraná que, em seus folders, divulgam orgulhosamente, a parceria com o Exército Brasileiro (Hospital Geral de Curitiba, 2008) e Aeronáutica Brasileira (CINDACTA II, 2008). Evidentemente, os benefícios regulamentares previstos advindos da conclusão do curso com aproveitamento, devem ser implementados e levados em consideração para a evolução no quadro de carreira.



Figuras 60 e 61. Folder para divulgação de Cursos de Especialização Odontológicos oferecidos pela Escola de Aperfeiçoamento Profissional do Hospital Geral de Curitiba do Exército Brasileiro – 2007. (Conselho Regional de Odontologia, 2007)

Figura 62. Folder para divulgação de Cursos de Especialização Odontológicos oferecidos pela Escola de Aperfeiçoamento Profissional do Hospital Geral de Curitiba do Exército Brasileiro – 2008. (Conselho Regional de Odontologia, 2007)

Para que a equipe odontológica execute os atendimentos propostos, dentro das rigorosas e minuciosas técnicas que as boas práticas odontológicas exigem, é urgente e necessário adequar as instalações físicas do Centro Odontológico da PMPR e todas as suas unidades satélites, à legislação federal, estadual e municipal pertinente. Para isto, o responsável técnico e os gestores do Serviço de Saúde devem providenciar um projeto, planejado e organizado por um arquiteto e um engenheiro, para ser submetido à análise, correções e posterior liberação pelos órgãos competentes.

Tal projeto permitirá que a qualquer tempo, em qualquer gestão, sendo quem for o gestor, as atualizações e/ou reformas, que se fizerem necessárias, acontecerão respeitando as normas técnicas da engenharia sanitária. Isto permitirá que a execução do atendimento aconteça dentro de edificações padronizadas, planejadas e construídas, respeitando as mais rigorosas normas técnicas de qualidade e eficiência, devidamente consultadas, registradas, fiscalizadas e monitoradas pelas entidades oficiais federais, estaduais e municipais (Comissão Nacional de Energia Nuclear, Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura, Vigilância sanitária, Corpo de Bombeiros) possuidoras de aparelhagem (devidamente registradas, fiscalizadas e monitoradas pelas entidades oficiais federais (Comissão Nacional de Energia Nuclear – aparelhos de Radiologia), estaduais e municipais) condizente com o atendimento proposto, auxiliando as boas práticas de prestação de serviços de saúde. Vale lembrar que estes registros deverão estar e permanecer disponíveis a qualquer tempo, devendo as alterações necessárias acontecer a cada troca de profissional Responsável Técnico e Comando do Serviço de Saúde, evitando equívocos nos órgãos fiscalizadores competentes. Esta conduta, ser avaliado pelos órgãos competentes, não deve “assustar ou intimidar” os gestores da Corporação pois, estar regulamentado e certificado é mais uma garantia na prestação de bons serviços. A seguir, alguns exemplos de registros citados:

1. Responsável Técnico – Cirurgião-Dentista QOSPM, indicado pelo Comando, para ser registrado no Conselho Regional de Odontologia, como encarregado da organização e guarda da documentação habilitadora da Policlínica junto ao referido Conselho. O mesmo

procedimento deve ser adotado em relação às unidades onde há prestação de serviço odontológico;

2. Projeto Arquitetônico – projeto de construção ou reforma, executado por Engenheiro registrado no respectivo Conselho de Classe, devidamente registrado e aprovado no CREA, Corpo de Bombeiros, Vigilância Sanitária, Comissão Nacional de Energia Nuclear e outros órgãos que a legislação indicar;
3. Projeto hidráulico, esgoto, elétrico, telefônico, informática, de proteção radiológica, devem seguir os procedimentos acima;
4. Em virtude das leis e normas que regem a Saúde serem dinâmicas, cabe ao Responsável Técnico providenciar as atualizações que se fizerem necessárias.

Aqui, vale ressaltar que uma mudança na filosofia e no comportamento dos gestores do Serviço de Saúde deve ser implementada e voltada para as boas práticas na prestação de serviços. Para isto, a definição de um **Responsável Técnico**, função exclusiva do Cirurgião-Dentista, pelo Centro Odontológico da PMPR é necessária e urgente, cumprindo uma exigência legal do Conselho Federal de Odontologia, fiscalizado pelo Conselho Regional de Odontologia. Dentre as funções do **Responsável Técnico** estão:

ao responsável técnico cabe a fiscalização técnica e ética da empresa pela qual é responsável, devendo orientá-la, por escrito, inclusive sobre as técnicas de propagandas utilizadas.

Parágrafo único – é dever do responsável técnico primar pela fiel aplicação do código de CEO (Código de Ética da Odontologia) na entidade em que trabalha. E ainda, o artigo 22 do mesmo código – os profissionais inscritos, quando proprietários ou o responsável técnico, responderão solidariamente com o infrator pelas infrações éticas. (Conselho Regional de Odontologia, 2008).

O responsável técnico deverá cumprir os requisitos exigidos pelo Conselho Regional a que pertence, responder por apenas um estabelecimento odontológico e documentar todas as suas determinações e atitudes, por escrito e protocoladas ao setor

competente, resguardando-se para o caso do descumprimento das mesmas por seus superiores. (Conselho Regional de Odontologia, 2008).

Neste sentido, as instalações físicas do COPM e unidades satélites devem estar enquadradas na **Resolução SESA n.º 0389/2006** e na **Resolução SESA n.º 496/2005 do Estado do Paraná**, as quais prescrevem as normas para as edificações de Saúde Odontológica, entre outras, acompanhadas e fiscalizadas pela designação de um responsável técnico, Oficial Superior QOSPM Cirurgião-Dentista, em conformidade com o que define a legislação do Conselho Federal de Odontologia e Vigilância Sanitária.

Resolução SESA n.º 0389/2006. Aprova a Norma Operacional para Aprovação de Projetos Arquitetônicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e de Interesse da Saúde, Projetos de Proteção Radiológica de Unidades de Radiodiagnóstico Médico e Odontológico, Projetos de Sistemas de Tratamento de Água para Diálise e Projetos de Sistemas Individuais de Tratamento de Esgoto para estabelecimentos públicos ou privados. **Diário Oficial [do] Estado – 7248**, 16 Jun 2006. p 43-45.

Resolução SESA n.º 496/2005. Regulamenta a Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de Estabelecimentos de Assistência Odontológica, e dá providências correlatas. **Diário Oficial [do] Estado**. 04 Nov 2005.

Resolução N.º 0414/2001. Aprovar o Roteiro de Inspeção para Estabelecimentos de Odontologia (anexo I), Critérios e Instruções para o Preenchimento do Roteiro de Inspeção em Estabelecimentos de Odontologia (anexo II). **Diário Oficial [do] Estado**. 09 Nov 2001.

Resolução SESA n.º 0389/2006. Aprova a Norma Operacional para Aprovação de Projetos Arquitetônicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e de Interesse da Saúde, Projetos de Proteção Radiológica de Unidades de Radiodiagnóstico Médico e Odontológico, Projetos de Sistemas de Tratamento de Água para Diálise e Projetos de Sistemas Individuais de Tratamento de Esgoto para estabelecimentos públicos ou privados. **Diário Oficial [do] Estado – 7248**, 16 Jun 2006. p 43-45.

Com a Filosofia de Atendimento do serviço a ser ofertado pelo COPM, suas instalações físicas adequadas à legislação e o seu corpo clínico ajustado ao trabalho em equipe, torna-se imprescindível e necessário que os equipamentos, instrumentais e material de consumo estejam adequados ao tipo do atendimento a ser prestado. Cabe

ao responsável técnico, coletar junto aos profissionais, informações detalhadas dos equipamentos, instrumentais, materiais de consumo e demais produtos necessários para a realização do atendimento. Isto demonstra uma preocupação dos gestores do serviço para com os profissionais do Quadro de Saúde, proporcionado-lhes a tranquilidade necessária, sabedores que o atendimento proposto ao paciente poderá ser executado. Demonstra também, **ser desnecessário** trazer o **seu material particular**, evitando confundir os pacientes (Por que o profissional X faz o serviço e o profissional Y não faz tal tratamento?) e os gestores (Por que este material não consta do patrimônio?). Isto também se aplica aos materiais não odontológicos, como p.ex: ar condicionado, material de escritório, material de informática e quaisquer outros que não façam parte do patrimônio da Corporação. Cabe lembrar que os materiais permanentes ou não, têm uma vida útil que deve ser rigorosamente respeitada e a sua renovação deve ser planejada, prevista e providenciada no momento oportuno, de modo a evitar o sucateamento da estrutura existente e que foi obtida a duras penas.

Cabe ressaltar que o responsável técnico ou os profissionais em cargos de gestores, estão sujeitos aos preceitos que regem o Código de Ética da Odontologia, o qual prevê os Direitos e os Deveres do Cirurgião-Dentista encarregado destas funções, de modo a preservar a Odontologia em um padrão de excelência. (Conselho Federal de Odontologia, 2008)

Para disponibilizar as fontes de recursos necessários à manutenção desta estrutura de prestação de serviços de saúde, os quais, se já não existem (vinculação aos repasses do Estado – Secretaria de Saúde do Estado do Paraná), devem ser planejados e propostos aos dirigentes do sistema (coletando e aprimorando experiências de outras instituições), de modo a garantir a prestação de serviços de qualidade, abrangentes a todos os beneficiários em toda a área pretendida (Estado do Paraná).

Neste ponto se faz necessário compreender que, pelo atual organograma da PMPR, o Centro Odontológico (COPM) não é uma unidade orçamentária, estando uma parte substancial da verba destinada à sua manutenção, vinculada e subordinada à Direção do Hospital da Polícia Militar (HPM), Ora, se o COPM não é unidade

orçamentária, mas é uma unidade distinta do HPM pelo regulamento e, se os recursos são repassados para o Diretor do HPM então, como o Centro Odontológico continuará sendo autônomo? Sem recursos para o seu sustento estarem previstos, também, em regulamentos ou normas que disciplinem os repasses de porcentagens distintas de recursos financeiros, pré-estabelecidos e suficientes para o seu gerenciamento, como exercer e executar, na realidade, sua autonomia? Isto gera acomodação, por um lado, pois o gestor da Saúde, incapacitado e limitado pela ausência de legislação moderna e adequada às reais necessidades da gestão, aguarda, indefinidamente, que os demais elos da cadeia de comando se “compadeçam” das carências e repartam seus recursos. Por outro lado, os demais componentes da cadeia de comando, algumas vezes, ao serem cobrados a repartir seus recursos, acabam por demonstrar insatisfação e descontentamento, por entender que os recursos necessários para assegurar o bom funcionamento da Saúde, não deveriam ser retirados do orçamento de suas unidades, administrativas ou operacionais. Este processo, repetido ao longo dos anos, propicia que os gestores e executores da Saúde, interpretem e atuem como se cada Oficial de Saúde ou Profissional prestador de serviços à PMPR, o qual atua fora da Policlínica do Centro Odontológico da PMPR, dependa do seu relacionamento (algumas vezes inamistoso) e seus esforços junto ao seu Comandante de Unidade Operacional imediato para o suprimento dos recursos necessários para a execução, adequada, de suas funções.

Aqui se faz necessário o ordenamento, planejamento e execução de rubricas orçamentárias implantadas à Lei Orçamentária Anual. O anexo E apresenta estudo prático realizado na disciplina de GESTÃO FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA, do Curso Superior de Polícia 2008, como exigência para obtenção dos créditos da disciplina. Outras partes dos recursos financeiros estão vinculadas e subordinadas aos Comandos Operacionais de área (Batalhões), por meio do COMANDO GERAL da PMPR, DO CPC, do CPI e CB os quais, nem sempre conhecem o gerenciamento do serviço Odontológico, resultando em dificuldades para entender as prioridades na aplicação dos recursos disponíveis, alegando, na maioria das vezes, que o Oficial Dentista da sua unidade deve recorrer ao COPM para satisfazer suas necessidades de material de carga, de consumo e de manutenção da estrutura e das instalações.

O quadro 14 evidencia que a Lei Orçamentária Anual – LOA 2008, prevê e destina recursos para o sistema de Saúde de atendimento ao Policial Militar e seus dependentes. O que precisamos é encaminhar um estudo planejado das necessidades, para ser aprovado e liberado na legislação orçamentária do ano seguinte.

Resolução Conjunta Nº.003/2005. I - Atualizar a Classificação da Despesa quanto à sua natureza, na forma dos Anexos I, II e III desta Resolução; II - Estabelecer que os códigos atualizados por esta Resolução servirão, no âmbito da Administração Direta e Indireta do Estado (inclusive Empresas Dependentes), para elaboração de suas Propostas Orçamentárias, bem como para a execução e controle interno de seus Orçamentos e Contabilidade; 30 DEZ 2005.

CÓDIGO TOTAL	ESPECIFICAÇÃO	PROJETOS	ATIVIDADES	OPER.ESP
4760.10301152.402	GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO DO PARANÁ		0 95.025.740	0 95.025.740
	<p>Proporcionar o serviço médico - hospitalar aos Agentes Públicos do Estado do Paraná, seus dependentes e pensionistas.</p> <p>Proporcionar assistência à saúde com ações de medicina preventiva e curativa necessárias à manutenção dos servidores ativos, inativos, pensionistas e seus dependentes, bem como militares estaduais da ativa, da reserva remunerada e os reformados do Estado do Paraná, a serem realizadas através de assistência médico - hospitalar, de caráter geral e especializado, incluindo consultas, cirurgias e exames complementares de diagnóstico e tratamento, prestados pelo Estado através de instituições contratadas.</p>			
4760.10302152.116	SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL – SESP		0 15.737.670	0 15.737.670
página 242	<p>Prover o funcionamento adequado do sistema médico, hospitalar, odontológico e laboratorial aos policiais militares da ativa, inativos e dependentes legais.</p> <p>Principais Ações RGP LESTE</p>			

Continuação			
Ações do Executivo		Qtde	
Manter capacidade paciente/leito/dia (paciente)		110	
Realizar atendimento ambulatorial (paciente)		103.000	
Realizar atendimento de pronto socorro (paciente)		18.000	
Realizar atendimento fisioterápico (paciente)		14.000	
Realizar atendimento odontológico (paciente)		50.000	
Realizar cirurgias (pessoa)		4.000	
Realizar ecografias (paciente)		8.000	
Realizar eletrocardiogramas (paciente)		6.000	
Realizar endoscopias (paciente)		2.200	
Realizar exames de laboratório (paciente)		165.000	
Realizar exames radiológicos (paciente)		22.500	
Realizar inspeção de saúde (exame)		15.000	

Quadro 13. Apresenta parte da LOA – 2008 de interesse ao COPM. (Lei Orçamentária anual, 2008)

Seguem abaixo alguns **códigos de rubricas** constantes na Lei Orçamentária Anual – LOA 2008, que podem ser utilizadas pelo COPM para complementar suas necessidades financeiras (grifo nosso):

30 - MATERIAL DE CONSUMO

Despesas com materiais que em razão de seu uso corrente, perde normalmente sua identidade física e / ou tem sua utilização limitada em dois anos. Despesas com combustíveis e lubrificantes automotivos; combustíveis e lubrificantes de aviação; gás engarrafado; outros combustíveis e lubrificantes; material biológico, farmacológico e laboratorial; animais para estudo, corte ou abate; alimentos para animais; material de coudelaria ou de uso zootécnico; sementes e mudas de plantas; gêneros de alimentação; material de construção para reparos em imóveis; material de manobra e patrulhamento; material de proteção, segurança, socorro e sobrevivência; material de expediente; material de cama e mesa, copa e cozinha, e produtos de higienização; material gráfico e de processamento de dados; aquisição de disquetes; material para esportes e diversões; material para fotografia e filmagem; material para instalação elétrica e eletrônica; material para manutenção, reposição e aplicação; **material odontológico, hospitalar e ambulatorial** (grifo nosso); material químico; material para telecomunicações; vestiário, uniformes, fardamento, tecidos e aviamentos; material de acondicionamento e embalagem; suprimento de proteção ao vôo; suprimento de

aviação; material de informática; sobressalentes de máquinas e motores de navios e esquadra; explosivos e munições; bandeiras, flâmulas e insígnias e outros materiais de uso não-duradouro. Incluem-se as despesas com aquisição de livros em qualquer formato ou acabamento de acordo com a Lei Federal nº 10.753, de 31 de outubro de 2003.

52 - EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE

Despesas com aquisição de aeronaves; aparelhos de medição; aparelhos_e equipamentos de comunicação; aparelhos, equipamentos e utensílios médico, odontológico, laboratorial e hospitalar (grifo nosso); equipamentos de informática; aparelhos e equipamentos para esporte e diversões; aparelhos e utensílios domésticos; armamentos; embarcações, equipamentos de manobra e patrulhamento; equipamentos de proteção, segurança, socorro e sobrevivência; instrumentos musicais e artísticos; máquinas, aparelhos e equipamentos de uso industrial; máquinas, aparelhos e equipamentos gráficos e equipamentos diversos; máquinas, aparelhos e utensílios de escritório; máquinas, ferramentas e utensílios de oficina; máquinas, tratores e equipamentos agrícolas, rodoviários e de movimentação de carga; mobiliário em geral; obras de arte e peças para museu; semoventes; veículos ferroviários; veículos rodoviários e demais veículos; outros materiais permanentes.

30.02 Material de Expediente

Registra o valor das despesas com materiais utilizados diretamente nos trabalhos administrativos, nos escritórios públicos, nos centros de estudos e pesquisas, nas escolas, nas universidades, bem como o material bibliográfico não imobilizável, cuja defasagem ocorre em um prazo máximo de dois anos, etc., tais como: agenda, alfinete de aço, almofada para carimbos, anuários médicos e estatísticos (não destinados à biblioteca), apagador, apontador de lápis, arquivo para disquete, bandeja para papéis, bloco para rascunho, bobina de papel para calculadoras, borracha, caderno, caneta, capa e processo, carimbos em geral, cartolina, classificador, clipe, cola, colchete, corretivo, envelope, espátula, estêncil, estilete, extrator de grampos, fita adesiva, fita para máquina de escrever e calcular, giz, goma elástica, grafite, grampeador, grampos, guia para arquivo, guia de endereçamento postal, impressos e formulários em geral, intercalador

para fichário, jornais, revistas e periódicos em geral (não destinados à biblioteca), lacre, lápis, lapiseira, limpa tipos, livros de ata, de ponto e de protocolo, papéis, pastas em geral, percevejo, perfurador, pinça, placas de acrílico, plásticos, porta-lápis, registrador, régua, publicações e documentos especializados destinados à biblioteca pública, livros didáticos (conforme lei 10.753, de 31 de outubro de 2003), selos para correspondência, tesoura, tintas, toner, transparências e afins.

30.09 Material para Reparos e Manutenção de Bens Imóveis

Registra o valor das despesas com materiais de consumo para aplicação, manutenção e reposição de qualquer bem público, tais como: amianto, aparelhos sanitários, arames liso e farpado, areia, basculante, boca de lobo, bóia, brita, brocha, cabo metálico, cal, cano, cerâmica, cimento, cola, condutores de fios, conexões, curvas, esquadrias, fechaduras, ferro, gaxetas, grades, impermeabilizantes, isolantes acústicos e térmicos, janelas, joelhos, ladrilhos, lavatórios, lixas, madeira, marcos de concreto, massa corrida, niple, papel de parede, parafusos, pias, pigmentos, portas e portais, pregos, rolos solventes, sifão, tacos, tampa para vaso, tampão de ferro, tanque, tela de estuque, telha, tijolo, tinta, torneira, trincha, tubo de concreto, válvulas, verniz, vidros e afins.

30.21 Material Hospitalar e Ambulatorial

Registra o valor das despesas com todos os materiais de consumo utilizados na área hospitalar ou ambulatorial, tais como: agulhas hipodérmicas, algodão, cânulas, cateteres, compressa de gaze, drenos, esparadrapo, fios cirúrgicos, gases nobres de uso médico, lâminas para bisturi, luvas, seringas, termômetros clínico e afins.

30.22 Material Odontológico

Registra o valor das despesas com materiais utilizados com pacientes na área odontológica, bem como os utilizados indiretamente pelos protéticos na confecção de próteses diversas, tais como: agulhas, amálgama, anestésicos, broca, cimento odontológico, espátula odontológica, filmes para raios-x, platina, seringas, sugador e afins.

30.33 Material de Informática

Registra o valor das despesas com materiais utilizados no funcionamento e manutenção de sistemas de processamento de dados, tais como: cartuchos de tinta, capas plásticas protetoras para micros e impressoras, cd-rom virgem, cdr, disquetes, etiqueta em formulário contínuo, fita magnética, fita para impressora, formulário contínuo, mouse, pad mouse, peças e acessórios para computadores e periféricos, recarga de cartuchos de tinta, toner para impressora laser, cartões magnéticos e afins; bem como com a aquisição de softwares de base (prateleira) que são aqueles incluídos na parte física do computador e que, portanto integram o custo de aquisição desse ativo imobilizado.

37.01 Limpeza e Conservação

Despesas com a prestação de serviços de limpeza e conservação.

37.02 Guarda e Vigilância

Despesa com a prestação de serviços de guarda e vigilância ostensiva.

52.13 Aparelhos, Equipamentos e Máquinas Médico-Hospitalares, Odontológicos e Fisioterápicos

Registra o valor das despesas com qualquer aparelho, utensílio ou equipamento de uso médico, odontológico, hospitalar, laboratorial e fisioterápico que não se integrem a instalações ou a outros conjuntos monitores. no caso de fazerem parte de instalações ou outros conjuntos, deverão ser considerados componentes. se enquadram neste subelemento equipamentos tais como: afastador, alargador, aparelho infravermelho, aparelho para instalação, aparelho ultravioleta, aparelhos de fisioterapia, balança pediátrica, berço aquecido, biombo, boticão, cadeira de dentista, cadeira de rodas, câmara de infravermelho, câmara de oxigênio, câmara de radioterapia, carro-maca, centrifugador, destilador, eletro-analisador, eletrocardiográfico, estetoscópio, estufa, maca, medidor de pressão arterial (esfignomanômetro), megatoscópio, mesa para exames clínicos, microscópio, tenda de oxigênio, termocautério e afins.

Recursos também podem vir, às vezes, do FUNPM, FUNRESTRAN E FUNREBOM (FUNCB), dependendo da urgência.

Ainda resta o FASPM, Fundo de Assistência à Saúde do Policial Militar, o qual permite a utilização dos recursos em imóveis, equipamentos e pessoal, porém, com uma alíquota de 2% para cada família, não consegue contemplar a gama das terapias existentes no arsenal da Saúde como um todo. Assim, faz-se necessário e urgente, aperfeiçoar a dinâmica de funcionamento do FASPM, tornando o gerenciamento transparente ao usuário, o qual deve compreender o porquê do desconto familiar ser insuficiente, necessitando um desconto de, pelo menos, um desconto de 2% por pessoa da família.

Decreto nº 6103. Regulamenta o FASPM (Fundo de Atendimento à Saúde dos Policiais Militares do Paraná), criado pela Lei nº 14.605, de 2005. **Diário Oficial Nº 7161** 07 Fev 2006.

Por meio do seu artigo 7º, prescreve como deverão ser utilizados os recursos recolhidos pelo FASPM (grifo nosso), como segue:

Art. 7º. Os recursos do FASPM, excetuando-se os oriundos da contribuição mensal, a que se refere o art. 63 da Lei nº 6.417, de 1973, destinam-se à promoção integral da saúde dos militares da ativa, da reserva remunerada e reformados e de seus respectivos dependentes, bem como de pensionistas optantes em contribuir para o FASPM, podendo serem empregados para:

I – aquisição de matéria-prima e de produtos químicos, farmacêuticos, odontológicos, ambulatoriais e hospitalares, para o atendimento e promoção da saúde dos seus beneficiários no HPM e **Centro Odontológico**;

II – contratação de serviços **médicos-odontológicos** de profissionais autônomos sem vínculo empregatício, de laboratórios e de clínicas e hospitais, públicos e particulares, credenciados, em função da falta de profissionais especializados ou de capacidade de atendimento no HPM e Centro Odontológico;

III – aquisição de material de limpeza e desinfecção hospitalar, de **aparelhos e equipamentos médicos-odontológicos**, laboratoriais e instrumentais, necessários às atividades de promoção e atendimento à saúde de seus beneficiários;

IV – custeio de convênios, para o atendimento e promoção da saúde de seus beneficiários residentes no interior do Estado, através de **serviços médicos e odontológicos**, não disponibilizados pelo

órgão de gestão do atendimento à Saúde dos Servidores do Estado do Paraná ou pelos profissionais da área de saúde das OPM/OBM.

Outra opção para o FASPM seria adaptar sua gestão e benefícios concedidos aos usuários, em uma estrutura similar ao sistema adotado pelo Exército Brasileiro – FUSEX – que já tem regulamentação nacional, longa existência, comprovada eficiência, e necessita ser estudado, analisado e adaptado às necessidades do usuário e gestores do FASPM. Dentre as vantagens citadas em relação ao FUSEX, destacamos a abrangência dos dependentes (ANEXO F), a co-participação (Fusex paga uma parte e o titular paga outra parte, do tratamento), a regulamentação de Prestadores de Serviço – Pessoa Física e/ou Jurídica, o ressarcimento de tratamentos, a utilização do cartão de identificação, o cadastro unificado de beneficiários, entre outros.

5 PROPOSTA PARA A POLÍTICA DA SAÚDE, VOLTADA PARA ODONTOLOGIA, NA PMPR

A partir da análise das informações sobre a política de Saúde, voltada para a Odontologia na PMPR, elaborou-se uma proposta para revisão e discussão das lacunas legais e regulamentares, as quais necessitam ser revistas, discutidas e alteradas, de modo a tornar o Centro Odontológico da PMPR, de direito e de fato, gestor eficiente e eficaz, envolvido e comprometido, com as boas práticas na prestação de serviços odontológicos.

Perante toda a argumentação técnica, científica e institucional apresentada, as seguintes sugestões devem ser consideradas:

- 1) apresentar ao Comando da PMPR, para aprovação ou não, de uma alteração na cadeia de Comando do COPM, adotando estrutura semelhante à existente na Corporação;
- 2) viabilizar a inclusão de um Oficial Superior PM Dentista nas comitativas de inspeção do Comando da PMPR;
- 3) organizar, implantar e manter um calendário de reuniões com todos os Oficiais QOSPM Dentistas, incentivando a exposição de idéias, dinâmicas de grupo, sugestões e críticas, visando o aprimoramento dos serviços, registradas em ata;
- 4) Organizar, implantar e manter um calendário de reuniões com todos os Oficiais subalternos, praças e demais funcionários, clínicos e/ou administrativos, incentivando a exposição de idéias, dinâmicas de grupo, sugestões e críticas, visando o aprimoramento dos serviços, registradas em ata;
- 5) adotar uma política de Saúde Bucal embasada, principalmente, na prevenção e, posteriormente, nos procedimentos curativos;
- 6) apresentar ao Comando da PMPR, listagem dos procedimentos, possíveis de serem realizados, realçando a prevenção odontológica, oferecidos pelo COPM e suas unidades satélite (padronização);

- 7) planejar e proporcionar as condições para que o atendimento seja realizado em três (03) períodos, em todas as unidades do COPM, seja por concurso público, contratação e/ou convênios intermunicipais;
- 8) apresentar ao Comando da PMPR estudo e projeto sobre a necessidade de completar as lacunas de recursos humanos existentes, recomendando a ampliação dos quadros, via concurso público;
- 9) apresentar ao Comando da PMPR um estudo e projeto de reciclagem profissional, clínico ou administrativo, a ser desenvolvido dentro ou fora da Corporação, visando a manutenção de uma equipe de profissionais preparada e qualificada;
- 10) apresentar ao Comando da PMPR um estudo e projeto sobre a necessidade da criação dos quadros auxiliares (Técnico em Higiene Dental, Auxiliar de Consultório Dentário e Técnico em Prótese Dental), seja por concurso público, contratação e/ou convênios intermunicipais;
- 11) implantar, imediatamente, as normas de Acreditação para Odontologia, certificando o COPM como instituição confiável e moderna, respeitadora e cumpridora das boas práticas em Odontologia;
- 12) designar o Responsável Técnico de cada consultório pertencente ao COPM, registrando-o como tal perante o Conselho Regional de Odontologia (CRO), esclarecendo ao Comando da PMPR as funções e responsabilidades que o cargo agrega;
- 13) providenciar, o mais breve possível, toda a documentação necessária (Projeto arquitetônico, hidráulico, esgoto, elétrico, telefônico, informática) para a existência e manutenção de toda a estrutura física do COPM, com toda a estrutura administrativa e funcional necessária, vistoriada e liberada pelos órgãos oficiais (CREA, CRO, Vigilância Sanitária, Corpo de Bombeiros, Comissão Nacional de Energia Nuclear), para ser adotado e implementado na “nova Policlínica”, transformando o COPM em um “quartel da saúde Bucal”;

- 14) providenciar, o mais breve possível, toda a documentação necessária (Projeto arquitetônico, hidráulico, esgoto, elétrico, telefônico, informática) para a existência e manutenção de toda a estrutura física para 01 (um) consultório odontológico, aprovada pelos órgãos oficiais (CREA, CRO, Vigilância Sanitária, Corpo de Bombeiros, Comissão Nacional de Energia Nuclear), para ser adotado e implementado, como padrão e referência, em todas as unidades satélites do Centro Odontológico da PMPR;
- 15) viabilizar a conversão do COPM em unidade orçamentária e, na impossibilidade, elaborar estudos e projetos, preparados e organizados de modo a obter as rubricas necessárias à sua existência e manutenção financeira;
- 16) determinar aos profissionais, militares e civis, a confecção de uma listagem descritiva pormenorizada de material, por especialidade, especificando os detalhes que permitirão recusar os produtos licitados de má qualidade e fora das especificações solicitadas;
- 17) viabilizar a prestação de serviços de Laboratórios de Prótese Odontológica (pelo menos 03), de reconhecida idoneidade e competência, via licitação, preservando a qualidade do trabalho e, se possível com o menor preço ou com um preço justo, para livre escolha do paciente;
- 18) manter os 3 turnos de atendimento na Policlínica, planejando e implementando esta modalidade para todos os consultórios da PMPR;
- 19) avaliar, definir e orientar ao usuário do que é “emergência odontológica”, lembrando de priorizar o tratamento preventivo;
- 20) todos os planos e projetos preparados pelo COPM devem estar de acordo com as normas vigentes na Corporação para esta finalidade, conforme instruções e orientações das disciplinas pertencentes ao currículo dos Cursos Superiores de Polícia, organizados anualmente pela Diretoria de Ensino.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desconhecimento sobre a Medicina Periodontal, tão palpitante e atual assunto, gera distorções tanto no campo pessoal (indivíduo não cuida da sua saúde – prevenção) como no corporativo (gestores do sistema de saúde não tomam as decisões por falta de conhecimento específico), uma vez que um indivíduo mal assistido, por um Serviço de Saúde gerido por diretrizes inadequadas e/ou obsoletas, as quais limitam-se ao tratamento emergencial (voltado para solução imediata, às vezes improvisada) e não preventivo (garantir o não aparecimento da enfermidade e a longevidade aos resultados obtidos com os tratamentos adotados), não cuida da própria saúde adequadamente, impossibilitando justificar e perenizar os recursos (humanos, materiais, financeiros) necessários ao bom desempenho na prestação de Serviços de Saúde.

Se esta situação acontece com a população em geral, certamente ocorre com a nossa população, a qual está assistida por um serviço de saúde arcaico e descentralizado, no qual as informações sobre sua condição de saúde não estão acessíveis a todas as especialidades, médicas ou odontológicas. Esta situação leva os profissionais a enxergarem o paciente de modo fracionado, cada profissional atento à sua especialidade, esquecendo ou ignorando a sua totalidade.

As condições como acontecem os atendimentos prestados pelo Centro Odontológico da PMPR atualmente, ainda estão aquém de suas possibilidades. Esta desagradável conclusão confirma que o objetivo do trabalho foi alcançado, qual seja, identificar e expor as discrepâncias existentes.

Assim, cabe aos integrantes do Centro odontológico da PMPR, por meio das informações e condutas apresentadas pela literatura científica, trazer estas discrepâncias para conhecimento de todos e tentar, por meio de uma reorganização da estrutura de saúde, adaptar a realidade de nosso dia a dia, aos melhores padrões que a Corporação, como um todo, possa oferecer.

Para que isto se concretize, os gestores do Centro Odontológico da PMPR necessitam de uma estrutura idêntica à existente nas demais unidades da PMPR, composta por:

1. estrutura física adequada e contemplada por setores clínico e administrativo;
2. quadro de pessoal, clínico e administrativo, competentes, preparados e treinados nos métodos de planejamento adotados pela Corporação;
3. Implementar, entre seus integrantes, a conduta do planejamento, clínico e administrativo, em acordo com as normas vigentes para este fim, visando concretizar seus objetivos;
4. de posse dos planos e projetos, justos e necessários, aglutinar esforços junto ao Comando da PMPR para, se necessário, realizar as alterações regulamentares, legais e administrativas necessárias à sua concretização;
5. Implementar sistemas de autoavaliação dos serviços prestados pelo COPM (os conhecimentos advindos da Gestão de Marketing Institucional, podem ser um bom começo), identificando e corrigindo os desvios e lacunas administrativas e institucionais.

A área da Saúde, de atualização e modernização dinâmicas, obriga os gestores e executores de serviços de saúde a uma constante revisão e adequação das filosofias e tratamentos, visando atender as necessidades de uma população beneficiária com inúmeras demandas a serem atendidas.

Estes objetivos serão atingidos, com o envolvimento e comprometimento desta e das futuras gerações de gestores e executores da Saúde, por meio de outros trabalhos mais restritos, porém aprofundados e pormenorizados, permanecendo como um desafio salutar e constante na busca da excelência na prestação de serviços de saúde na PMPR.

As gerações da população beneficiada, certamente, agradecerão o empenho de todo o corpo clínico e administrativo do Centro Odontológico da PMPR, e saberão reconhecer este esforço.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F.C.S. et al. Radioterapia em cabeça e pescoço: efeitos colaterais agudos e crônicos bucais. **Revista Brasileira de Patologia Oral**. 2004. 2 fotografias, coloridas. Disponível em: <<http://www.patologiaoral.com.br/texto55.asp> > Acesso em: 15 de agosto de 2008.
- ARAÚJO, M.G., SUKEKAVA, F.; Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. **R. Periodontia**. v.17, p.07-13, junho, 2007.
- AZARPAZHOOH A., LEAKE J.L.; Systematic Review of the Association Between Respiratory Diseases and Oral Health. **J.Periodontol**. v. 77, n.9, p.1465-1482, September 2006.
- AZHAR S., YAZDANIE N., MUHAMMAD N.; Periodontal status and IOTN interventions among young hemophiliacs. **Haemophilia**, v.12, p.401–404, 2006.
- BASTOS A.A., et al. Obesidade e Doença Periodontal. Obesity and Periodontal Disease. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, João Pessoa, v.5, n.3, p.275-279, set./dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Normas de cooperação técnica e financiamento de programas e projetos mediante celebração de convênios e instrumentos congêneres 2006** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 81 p. Disponível em: <<http://www.fns.saude.gov.br/documentos/normasdefinanciamento/Manual2008.pdf>>
- BRASIL. SVS/MS. Portaria Nº 453. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 01 Jun 1998. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1021>> Acesso em: 20 de lho de 2008.
- BRASIL. Exército Brasileiro. Secretaria Geral do Exército. Instruções Reguladoras do Sistema de Prestação de Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do FUSEX. **(IR 30-06) Separata ap BE 19/2002**. Brasília. 10 Mai. 2002.
- BRUNETTI, M.C. Periodontia médica: uma abordagem integrada. **Senac**. São Paulo – São Paulo. 2003. 633 p. Disponível em: <<http://books.google.com/books?id=E8ykMFAJrxkC&dq=+Periodontia+m%C3%A9dica:+uma+abordagem+integrada+senac&lr=&hl=pt&source=gbssummarys&cad=0>> Acesso em: 25 de julho de 2008.
- CARMO, M.R.C.; **Controle de infecções para a equipe odontológica**. 1 fotografia, colorida. Disponível em: < http://www.foa.br/academico/material/Protese/biosseguraodonto/controle_infeccoes/controleinfeccoes2.html > Acesso em: 25 agosto de 2008.
- CENTRO DE ATENDIMENTO A PACIENTES ESPECIAIS – Grupo de Estudos de Doenças Infecto-contagiosas – Imagens Clínicas - **Manifestações bucais da AIDS – ERITEMA GENGIVAL LINEAR EM GENGIVA MARGINAL** - Faculdade de

odontologia – Universidade de São Paulo. Disponível em: < http://www.cape.fo.usp.br/GRUPO_DE_ESTUDO_CAPE_arquivos/IMAGENS_arquivos/frame.htm > Acesso em: 25 de julho de 2008.

CLOTHIER B., STRINGER M., JEFFCOAT M.K.; Periodontal disease and pregnancy outcomes: exposure, risk and intervention. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**. v.21, n.3, p.451–466, 2007.

CRUZ, S.S.; et al; Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública**. v.39, n.5, p.782-7, 2005.

DRUMOND-SANTANA T., et al; Impact of periodontal disease on quality of life for dentate diabetics. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.637-644, mar 2007.

FELICIANO, C.F.; A doença periodontal como fator de risco nas enfermidades cardiovasculares. **Unigranrio**. Dezembro, 2004. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=521&idesp=15&ler=s>> Acesso em: 30 de agosto de 2008.

FERES M., L. C. FIGUEIREDO L. C.; Da infecção focal à medicina Periodontal. **R.Periodontia**. v.17, n.02, p.14-20, Jul 2007.

GEISMAR K., et al; Periodontal Disease and Coronary Heart Disease. **J. Periodontol**. v.77, n.9, p.1547-1554, September 2006.

GENCO, R, J.; GOLDMAN, H. M.; COHEN, W. **Periodontia Contemporânea**. 2.ed. São Paulo: Santos, 1997. 104 p.

Gil, A.C.; **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 3.ed., São Paulo, Atlas, 1996.

JARDINI, M.A.N.; **Palestra sobre Medicina Periodontal realizada no Instituto de Física da USP**, Universidade do Vale do Paraíba – UNIVAP, 11 AGO 2006. Disponível em: <<http://video.google.com/videoplay?docid=3081679566795392672&q=IMFCx&hl=ptBR>> Acesso em: 15 de julho de 2008.

KIM J., AMAR S.; Periodontal disease and systemic conditions: a bidirectional relationship. **Odontology**. n.94, p.10–21, 2006.

KINOSHITA, S. et al. **Atlas colorido de Periodontia**. 1. ed. São Paulo – Livraria Santos Editora Ltda, 1988.

LINDHE, J. **Tratado de periodontologia clínica**. Rio de Janeiro: Discos CBS, 1985. 454 p.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N.P. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 462 p.

LOTUFO R.F.M.; Inter-relação entre Outras Condições Sistêmicas e as Doenças Periodontais. **R.Periodontia**. v.17, n.02, p.54-59, Jun 2007.

MIGLIORATI C. A., MADRID C.; The interface between oral and systemic health: the need for more collaboration. **Clin Microbiol Infect.** n.13(Suppl. 4), p.11-16, 2007.

MORO, R.J. **Prevenção Odontológica na PMPR.** 2006. 51 f. Originalmente apresentada como monografia do Curso de Especialização Superior de Polícia em convênio com a Universidade Federal do Paraná, para obtenção do título de especialista em Administração Policial Militar, Curso Superior de Polícia. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

NERY, C.F.; Medicina Periodontal vista na prática. **Revista Perionews** 2008; 2(1):10-8.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO – Sistema Brasileiro de Acreditação – **Normas para avaliação e certificação de Serviços de Saúde.** Brasília – Distrito Federal. 1999. Disponível em: <<http://www.ona.org.br/>> Acesso em: 30 de julho de 2008.

NOVAES JÚNIOR A.B., MACEDO G.O., ANDRADE P.F.; Inter-relação Doença Periodontal e Diabetes Mellitus. **R.Periodontia.** v.17, n.02, p.39-44, Jun 2007..

OPPERMAN, R V.; RÖSING, C. K. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: KRIGER, L. **Promoção de Saúde Bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 255-282.

PANSINI, M.; GUANDALINI, S.L.; PANSINI, L.C.B.; Os lasers podem desenvolver um importante papel no tratamento de doenças cardiovasculares e infecções orais associadas. Disponível em: <<http://www.odontotrade.com.br/index.php>> Acesso em: 25 de julho de 2008.

PARANÁ. Conselho Regional de Odontologia. Coleção de Manuais. **Cirurgião-Dentista.** Curitiba, Paraná, p.1-126, 2008.

PARANÁ. Conselho Regional de Odontologia. Coleção de Manuais. **Responsável Técnico.** Curitiba, Paraná, p.1-5, 2008.

PARANÁ. Conselho Regional de Odontologia. Coleção de Manuais. **Técnico em Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário.** Curitiba, Paraná, p.1-18, 2008.

PARANÁ. Conselho Regional de Odontologia. Coleção de Manuais. **Técnico em Prótese Dentária e Auxiliar de prótese Dentária.** Curitiba, Paraná, p.1-13, 2008.

PARANÁ. Decreto nº 6103. **Regulamenta o FASPM (Fundo de Atendimento à Saúde dos Policiais Militares do Paraná)**, criado pela Lei nº 14.605, de 2005. **Diário Oficial Nº 7161** 07 Fev 2006. Disponível em: <<http://celepar7cta.pr.gov.br/SEEG/sumulas.nsf/fcc19094358873db03256efc00601833/d70d7e43e3910844832571110048f015?OpenDocument>> Acesso em: 20 de julho de 2008.

PARANÁ. Lei nº 6.774 – **lei de Organização Básica da Polícia Militar.** Súmula: Dispõe sobre a organização básica da Polícia Militar do Estado do Paraná e dá outras providencias. de 08 Jan 76. Disponível em: <

pr.gov.br/arquivos/pm1/File/Leis/LOB/1976%2001%2008%2020Lei%20Est%206.774%20%20LOB%20Atualizada.pdf> Acesso em: 10 de julho de 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral. Lei nº 15.750 de 27 de dezembro de 2007. **Lei Orçamentária Anual 2008**. Súmula: Estima a Receita e fixa a Despesa para o exercício financeiro de 2008, conforme especifica. Paraná. p.237-251, 2008. Disponível em: < http://www.gestaodinheiropublico.pr.gov.br/Gestao/orcamento/pdf/LOA2008_Lei15750.pdf > Acesso em: 15 de agosto de 2008.

PARANÁ. **LEI Nº 15124** - 18/05/2006. Súmula: Fixa o efetivo da Polícia Militar do Paraná em 20.767 militares estaduais, conforme especifica e adota outras providências. **Diário oficial do Estado**. 15 mai 2006. Disponível em: < <http://celepar7cta.pr.gov.br/SEEG/sumulas.nsf/319b106715f69a4b03256efc00601826/17cb9c73b1cda5518325718000502dd9?OpenDocument> > Acesso em: 15 de agosto de 2008.

PARANÁ. **Resolução Conjunta Nº.003/2005**. I - Atualizar a Classificação da Despesa quanto à sua natureza, na forma dos Anexos I, II e III desta Resolução; II - Estabelecer que os códigos atualizados por esta Resolução servirão, no âmbito da Administração Direta e Indireta do Estado (inclusive Empresas Dependentes), para elaboração de suas Propostas Orçamentárias, bem como para a execução e controle interno de seus Orçamentos e Contabilidade; 30 DEZ 2005. <Disponível em:<<http://www.sepl.pr.gov.br/arquivos/File/res0032005.pdf>> Acesso em: 02 de agosto de 2008.

PARANÁ. **Resolução N.º 0414/2001**. Aprovar o Roteiro de Inspeção para Estabelecimentos de Odontologia (anexo I), Critérios e Instruções para o Preenchimento do Roteiro de Inspeção em Estabelecimentos de Odontologia (anexo II). **Diário Oficial [do] Estado**. 09 Nov 2001. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=10>> Acesso em: 25 de julho de 2008.

PARANÁ. **Resolução SESA n.º 0389/2006**. Aprova a Norma Operacional para Aprovação de Projetos Arquitetônicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e de Interesse da Saúde, Projetos de Proteção Radiológica de Unidades de Radiodiagnóstico Médico e Odontológico, Projetos de Sistemas de Tratamento de Água para Diálise e Projetos de Sistemas Individuais de Tratamento de Esgoto para estabelecimentos públicos ou privados. **Diário Oficial [do] Estado – 7248**, 16 Jun 2006. p 43-45. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=10>> Acesso em: 30 de julho de 2008.

PARANÁ. **Resolução SESA nº 496/2005**. Regulamenta a Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de Estabelecimentos de Assistência Odontológica, e dá providências correlatas. **Diário Oficial [do] Estado**. 04 Nov 2005. Disponível em:<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=10>> Acesso em: 25 de julho de 2008.

PARANÁ. Conselho Regional de Odontologia. Cursos de pós-graduação credenciados em 2008. **Hospital Geral de Curitiba**. Disponível em: < http://www.cropr.org.br/cursos_exercito.htm > Acesso em: 30 de julho de 2008.

PARANÁ. Conselho Regional de Odontologia. Cursos de pós-graduação credenciados em 2008. **CINDACTA II**. Disponível em: < http://www.cropr.org.br/cursos_cindacta.htm > Acesso em: 30 de julho de 2008.

PASSANEZI E., BRUNETTI M.C., SANT'ANA A.C.P.; Interação entre a Doença Periodontal e a Gravidez. **R.Periodontia** v.17, n.2,p.32-38, Jun 2007.

RATEITSCHAK, K.H. et al. **Color Atlas Of Dental Medicine – Periodontology**. 3.ed. Stuttgart - New York. 2005. 532p. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=uaYjTIAUFHcC&dq=Klaus+H.+Rateitschak+download+free&source=gbssummarys&cad=0>> Acesso em: 02 de agosto de 2008.

RECH R.L., et al. Association between Periodontal Disease and Acute Coronary Syndrome. **Arq Bras Cardiol**.v.88, n.2, p.185-190, 2007.

RIO DE JANEIRO. Conselho Federal de Odontologia. Coleção de Manuais. **Código de Ética Odontológica**. Resolução CFO-42/2003, Rio de Janeiro, p.1-12, 2003.

RIO DE JANEIRO. Instrução Provisória nº. 31. Instruções Provisórias para o Funcionamento dos Cursos Superior de Polícia Militar e Aperfeiçoamento de Oficiais do Quadro de Saúde. **Boletim da Polícia Militar do Rio de Janeiro** nº. 108. p.2-9, 1992.

ROCHA D.M., et al. Periodontite Agressiva: uma visão histórica e crítica sobre os sistemas de classificação. **Revista Periodontia**. v.17, n.01, p.11-15, mar 2007.

ROSE F.L. et al. **Medicina Periodontal**. 1. ed. São Paulo – SP Livraria Santos Editora Ltda, 2002.

ROSING, C.K., HAAS A.N., FIORINI T.; A Prevenção no contexto da Medicina Periodontal. **R.Periodontia**. v.17, n.02, p.60-66, Jun 2007.

SABA-CHUJFI E., SANTOS-PEREIRA S.A., DIAS L.Z.S.; Inter-relação das Doenças Periodontais com as Doenças Cardiovasculares e Cerebrovasculares Isquêmicas. **R.Periodontia**. v.17, n.02, p.21-31, Jun 2007.

SALLUM A.W., CÉSAR NETO J.B., SALLUM E.J.; Tabagismo e a Doença Periodontal. **R.Periodontia**. v.17, n.02, p.45-53, Jun 2007.

SEYMUR G. J. et al. Relationship between periodontal infections and systemic disease. **Clin Microbiol Infect**. n.13 (Suppl. 4), p.3–10, 2007.

SILVA, S.R.; Medicina Periodontal: a arte da integração. **Jornal da APCD**, Edição N.611, Março 2008. Disponível em: <<E:MEDICINA PERIODONTAL.htm>> Acesso em: 20 de julho de 2008.

SOUZA, A.C.D.; et al. Estresse e Periodontite: uma revisão de estudos epidemiológicos. **Revista Perionews**. v.2, n.1, p.42-6, 2008.

SOUZA, S.C.; CAMARGO, T.C.A.; Proposta para um roteiro básico para controle e avaliação da assistência odontológica ambulatorial na rede do Sistema Único de Saúde na cidade do Rio de Janeiro; **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.6,

n.1, p.25-33, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v6n1/roteirobasico.pdf>> Acesso em : 29 Julho 2008.

SPONGIATO, D.; Cuide da boca e evite doenças em outras partes do corpo. **Revista Saúde**. Ed.Abril Julho 2008. 3p. Disponível em: <<http://saude.abril.com.br/edicoes/0299/medicina/conteudo283019.shtml>> Acesso em: 30jun.2008.

UNIMED RIO DE JANEIRO. Planos de Saúde. Tabela de preços plano familiar. Disponível em : < <http://www.planodesaudeunimed.siteonline.com.br/interna.jsp?lnk=62289> > Acesso em: 20 de agosto de 2008.

VANDERLEY, A.C.Q.; et al. Considerações atuais da relação entre a doença periodontal e a doença cardiovascular. **Perionewsletter**. Ed. Jul/Ago/Set/2007 Ano 1 nº 3. Disponível em: <<http://www.perionews.com.br/newsletter/index3.asp>> Acesso em: 10 de julho de 2008.

GLOSSÁRIO

Abstinência - Especificamente, o ato de evitar o uso de certos itens da dieta, fumo ou bebidas alcoólicas, assim como de relações sexuais.

Acetaminofen – Derivado analgésico e antipirético da acetanilida. Possui fracas propriedades antiinflamatórias e é utilizado como analgésico comum, porém pode causar lesões renais, hepáticas e em células do sangue.

Alogênico – proveniente de doador não aparentado.

Aminoglisídeos – grupo de antibióticos.

Aminotransferase – enzima do soro usada para detectar doença hepática.

Anaeróbios – microorganismos que proliferam na ausência de oxigênio;

Anamnese – conjunto de informações colhidas junto ao próprio paciente ou através de outras pessoas sobre seus antecedentes, sua história e os detalhes de uma doença.

Anastomose – 1 - Comunicação cirúrgica entre dois vasos sangüíneos ou entre duas vísceras ocas. 2 - Intercomunicação dos vasos sangüíneos ou linfáticos por um dispositivo anatômico natural.

Anorexia - 1 - Falta fisiopatológica de apetite, acompanhada de uma aversão à comida e inabilidade em comer. 2 - Sinônimo de inapetência.

Anticoagulante - Que retarda ou impede a coagulação do sangue.

Ascite - Acúmulo de líquido seroso na cavidade peritoneal.

Autogênico - Que se origina no interior do próprio organismo.

Bacitracina – Um complexo de antibióticos peptídeos cíclicos produzidos pelas sepas Tracy-I do *Bacillus subtilis*. A preparação comercial é uma mistura de pelo menos nove bacitracinas com a bacitracina A como seu principal constituinte.

É utilizada topicamente para tratar infecções abertas, tais como eczemas e úlceras dérmicas infectadas.

Bacterimia – agentes bacterianos usando a corrente sangüínea para deslocamentos pelo organismo hospedeiro;

Bulimia - Distúrbio do apetite caracterizado por episódios incontroláveis, chamados de acessos de hiperfagia (aumento anormal do apetite ou ingestão excessiva de alimentos) que, independentemente da anorexia nervosa, sobrevêm ao menos duas vezes por semana durante três meses ou mais.

Cardiopulmonar – relacionado ao coração e pulmão;

Ciclosporina – Um undecapeptídeo cíclico extraído de um fungo do solo. É um poderoso imunossupressor com ação específica sobre os linfócitos T. É utilizada para a profilaxia da rejeição nos transplantes de órgãos e tecidos.

Citomegalovírus - Gênero da família Herpesviridae, subfamília betaherpesvirinae, que infecta as glândulas salivares, fígado, baço, pulmões, olhos e outros órgãos, produzindo caracteristicamente células aumentadas com inclusões intranucleares. A infecção com Citomegalovírus é também vista como infecção oportunista na AIDS.

Citotoxicidade – que é tóxico para as células;

Diálise – Processo de substituição da função dos rins por equipamento que realize atividades semelhantes às do órgão, utilizada em pacientes portadores de insuficiência renal aguda ou crônica.

Encefalopatia - Designação genérica das afecções do encéfalo, sejam de natureza inflamatória, traumática, degenerativa, metabólica, etc.

Endoarterite – Inflamação do revestimento interno de uma artéria.

Endócrina - Quando um hormônio age em células distantes ao seu local de produção, chegando até lá pela corrente sanguínea.

Endotoxemia – penetração de produtos tóxicos produzidos por agentes microbianos na corrente sanguínea do hospedeiro;

Eritema – rubor cutâneo que ocorre em tamanho e placas variáveis, provocados por congestão excessiva dos capilares.

Esplenectomia - Retirada, parcial ou total, do baço.

Exsudato - Matéria mais ou menos líquida que se encontra nos processos inflamatórios, formados por plasma, células inflamatórias, leucócitos e detritos de células.

Fenobarbital – Derivado do ácido barbitúrico que atua como depressor não seletivo do sistema nervoso central. Promove a ligação a receptores do subtipo inibitório de GABA, e modula correntes de cloreto através dos canais do receptor. Também inibe as despolarizações induzidas por glutamato.

Fístula – Comunicação anormal mais comumente encontrada entre dois órgãos internos, ou entre um órgão interno e a superfície do corpo.

Ginecomastia - Crescimento excessivo das glândulas mamárias masculinas, em alguns casos incluindo desenvolvimento até o estágio em que é produzido leite, geralmente associado com transtornos metabólicos que levam a acumulação de estrogênio, deficiência de testosterona, e hiperprolactinemia. Uma forma branda pode desenvolver-se transitoriamente durante a puberdade normal.

Glomerulonefrite – Doença glomerular caracterizada por uma reação inflamatória, com infiltração leucocitária e proliferação celular dos glomérulos, ou que aparentam ser o resultado de uma lesão glomerular imune.

Gonadotrofina – hormônio da hipófise que estimula as gônadas.

Gota – Doença caracterizada pela deposição de cristais de ácido úrico junto à articulações e em outros órgãos.

Hemostasia - Equilíbrio entre a formação e a dissolução de coágulo.

Heparina - A heparina é encontrada no fígado, pulmões, mastócitos, etc, de vertebrados. Sua função é desconhecida, mas é utilizada para impedir coagulação in vivo e vitro sob a forma de muitos sais diferentes.

Hiperlipidemia – Aumento dos lipídios no sangue.

Hiperparatireoidismo – Uma condição causada por quantidades excessivas de hormônio paratireoidiano, que provoca hipercalcemia e hipofosfatemia e afeta as funções de muitos tipos de células. As manifestações incluem depósitos de cálcio nos túbulos renais, descalcificação generalizada do osso (osteoporose), resultando em dor óssea espontânea e palpação e fraturas espontâneas ou em cistos ósseos localizados, hipercalcemia, levando à fraqueza muscular, sintomas gastrintestinais, tais como anorexia, náusea, vômito, e dores abdominais, e sonolência ou embotamento. Hiperparatireoidismo secundário ocorre quando o cálcio sérico tende a cair abaixo das concentrações normais, como em nefropatia crônica ou deficiência de vitamina D. Hiperparatireoidismo terciário refere-se a condições nas quais adenomas paratireóides originam-se a partir de hiperplasia secundária causada por insuficiência renal crônica.

Hiperparatireoidismo – Uma condição causada por quantidades excessivas de hormônio paratireoidiano, que provoca hipercalcemia e hipofosfatemia e afeta as funções de muitos tipos de células. As manifestações incluem depósitos de

cálcio nos túbulos renais, descalcificação generalizada do osso (osteoporose), resultando em dor óssea espontânea e palpção e fraturas espontneas ou em cistos ósseos localizados, hipercalcemia, levando à fraqueza muscular, sintomas gastrintestinais, tais como anorexia, náusea, vômito, e dores abdominais, e sonolência ou embotamento. Hiperparatireoidismo secundário ocorre quando o cálcio sérico tende a cair abaixo das concentrações normais, como em nefropatia crônica ou deficiência de vitamina D. Hiperparatireoidismo terciário refere-se a condições nas quais adenomas paratireóides originam-se a partir de hiperplasia secundária causada por insuficiência renal crônica.

Hiperpotassemia – Concentração anormalmente alta de potássio no sangue, mais freqüentemente devido à excreção renal defeituosa. Ela é caracterizada clinicamente por anormalidades eletrocardiográficas (ondas T elevadas e ondas P deprimidas e, eventualmente, assistolia atrial). Nos casos graves, pode ocorrer fraqueza e paralisia flácida.

Hiperpotassemia – Concentração anormalmente alta de potássio no sangue, mais freqüentemente devido à excreção renal defeituosa.

Hiperpotassemia – Concentração anormalmente alta de potássio no sangue, mais freqüentemente devido à excreção renal defeituosa. Ela é caracterizada clinicamente por anormalidades eletrocardiográficas (ondas T elevadas e ondas P deprimidas e, eventualmente, assistolia atrial). Nos casos graves, pode ocorrer fraqueza e paralisia flácida.

Hiperuricemia – Aumento da concentração sérica do ácido úrico.

Hipoalbumemia – redução da dosagem de albumina no sangue.

Hipomagnesemia – Diminuição das taxas de magnésio circulante.

Hipotensão - Pressão arterial anormalmente baixa; vista no choque, mas não indicadora dele.

Homeostase - Processo sangüíneo fisiológico mantido em estado de equilíbrio dinâmico constante pelo organismo.

Hormônio folículo estimulante – Hormônio gonadotrópico encontrado nos tecidos hipofisários de mamíferos. Regula a atividade metabólica das células ovarianas granulosas e das células testiculares de Sertoli, induz a maturação dos folículos de Graaf no ovário e promove o desenvolvimento das células germinais no testículo.

Hormônio luteinizante - Hormônio glicoprotéico pequeno, secretado pela hipófise anterior. O LH exerce um papel importante no controle da ovulação e no controle da secreção de hormônios pelos ovários e testículos.

Humorais – pertencente aos fluidos extracelulares, incluindo soro e linfa.

Idiopática – Doença de causa desconhecida, também denominada de essencial.

Imunossupressor - Produto farmacológico que reduz a formação de anticorpos, usados principalmente em casos de transplantes de órgãos.

Infecção nosocomial – aquela que pode ser adquirida em ambiente hospitalar;

Infusão - Consiste em colocar água fervendo sobre as partes das plantas das quais se deseja extrair os princípios ativos. Depois da junção da água, o recipiente deve ser abafado com uma tampa até esfriar. Em seguida, coa-se e o líquido fica pronto para ser misturado aos outros ingredientes.

Intima – Túnica interna de uma artéria ou veia.

Leucemia linfocítica - Leucemia associada com hiperplasia e hiperatividade do tecido linfóide; há números aumentados de linfócitos e linfoblastos malignos circulantes.

Leucemia mielóide - Uma forma de leucemia caracterizada por uma proliferação não controlada da linhagem mielóide e seus precursores na medula óssea e outros locais.

Leucopenia – Diminuição do número de glóbulos brancos no sangue.

Microcirculação – Rede vascular localizada entre as arteríolas e vênulas. Inclui os capilares, metarteríolas e anastomoses arteriovenosas, e também o fluxo de sangue que circula por esta rede.

Mucosite – inflamação de uma mucosa.

Murmúrio Cardíaco - Um som do coração que pode ser ouvido facilmente com um estetoscópio

Odontogênica - Doença que tem origem nos dentes ou nos tecidos relacionados.

Osteonecrose – Morte de um osso ou parte de um osso, tanto sem trauma ou

Osteopenia - Redução da concentração de cálcio ósseo que precede a Osteoporose.

Osteoporose - Doença que ataca mulheres após a menopausa e homens idosos.

Causadora da redução de quantidade de osso ou atrofia do tecido ósseo, resultando na dificuldade esquelética de sustentar-se devido à escassez do elemento cartilaginoso responsável pela função trabecular.

Osteradionecrose - Necrose de um osso após radioterapia local, provocando aparecimento radiológico de áreas líticas, com descalcificação e fraturas espontâneas.

Pericardite - Inflamação do pericárdio.

Perinatal - Eventos que ocorrem no período de uma semana antes do parto até a dez dias após.

Plasmaforese - Método terapêutico utilizado para eliminar os anticorpos produzidos pelas doenças auto-imunes como o Lúpus, Miastenia Gravis, Síndrome de Lambert-Eaton, Guillain-Barré e outras, que se assemelha à diálise, removendo o plasma do paciente através de um separador celular que centrifuga o sangue ou o faz passar por uma membrana com poros ultrafinos, pelos quais somente o plasma pode passar.

Polimixina – Antibiótico polipeptídico. Indicado para sepsis sistêmicas por germes Gram-negativos incluindo *P. aeruginosa*. Infecções broncopulmonares, cirúrgicas, obstétricas, abdominais e geniturinárias.

Polipeptídeos – Polímero linear composto por múltiplos aminoácidos.

Prednisona - Glucocorticóide antiinflamatório sintético, derivado da cortisona. É biologicamente inerte e convertido a prednisolona no fígado.

Proteinúria - Dosagem da quantidade de proteína na urina.

Protrombina - Proteína plasmática que é o precursor inativo da trombina. É convertida a trombina pelo complexo ativador da protrombina, consistindo de fator Xa, fator V, fosfolípídeo e íons cálcio. A deficiência da protrombina leva a hipoprotrombinemia.

Púrpura - Descoloração vermelho-amarronzada ou púrpura, facilmente visível através da epiderme, causada por hemorragia nos tecidos.

Replicação - Mecanismo em que segmentos de DNA ou RNA que participam do processo de multiplicação genética, atuando como uma unidade independente.

Rifampina – Antibiótico semi-sintético produzido de *Streptomyces mediterranei*. Tem um largo espectro antibacteriano, incluindo atividade contra várias formas de *Mycobacterium*. Em organismos suscetíveis, inibe a atividade da RNA

polimerase dependente de DNA, formando um complexo estável com a enzima. Então, suprime a iniciação da síntese de RNA. A rifampina é bactericida, e age tanto em organismos intracelulares quanto extracelulares.

Selênio - Elemento metálico quimicamente semelhante ao enxofre. Seu símbolo é Se, o número atômico 34 e peso atômico 78,96. Seu nutriente mineral é encontrado em peixes, carnes bovinas, carne de aves e cereais.

Sépsis - Presença de vários organismos formadores de pus e de outros organismos patogênicos, ou de suas toxinas, no sangue ou tecidos; a septicemia é um tipo comum de sépsis.

Septicemia - Doença sistêmica associada com a presença e persistência de microrganismos patogênicos ou suas toxinas no sangue.

Shunt - Anastomose entre um vaso arterial e um venoso, como se realiza em casos de cardiopatia congênita com baixo fluxo pulmonar ou (shunt) para hemodiálise.

Singênico - Que é geneticamente idêntico.

Tetraciclina - Antibiótico originalmente produzido pelo *Streptomyces viridifaciens*, porém mais usado na forma sintética.

Transcrição - Reprodução de uma fita de DNA em uma seqüência de RNA complementar, pela enzima RNA polimerase.

Transusão - Injeção intravenosa de sangue compatível, fresco e devidamente conservado.

Tromboastenia - Anormalidade da forma e funções das plaquetas levando à distúrbio de coagulação, com tempo de sangramento normal e retração do coágulo alterada.

Trombocitopênica - Diminuição no número de plaquetas sanguíneas.

Tromboembolia - Estado resultante da ocorrência de embolias de trombos em qualquer localização, seja venosa ou arterial.

Tromboplastina - Constituinte composto de proteína e fosfolípide que é largamente distribuído em muitos tecidos. Serve como cofator com o fator VIIa para ativar o fator X na via extrínseca da coagulação sanguínea.

Trombose – Formação, desenvolvimento ou presença de um trombo, uma forma de combinação que denota relação a um coágulo.

Trombótica – Aquilo que está relacionado a uma trombose.

Uremia – Condição em que os constituintes da urina são encontrados no sangue.

Vasoconstritor - Um agente (geralmente uma substância) que estreita a luz do vaso sanguíneo.

Xantelasma - Afecção cutânea caracterizada pelo aparecimento, na maioria das vezes nas pálpebras, de manchas ou nodosidades de cor amarelo-ouro, que representam um depósito localizado de colesterol.

Xerostomia - Diminuição do fluxo salivar.

ANEXO A - MODELO DE FICHA DE ANAMNESE

ANEXO A – Modelo de ficha de anamnese, copiado do utilizado pela BIODONTO – EDUCAÇÃO E PESQUISAS AVANÇADAS EM ODONTOLOGIA (encerrou atividades em 1999).

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Paciente: _____ Estado Civil _____

Residência: _____ Fone: (____) _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP _____

Profissão: _____ Fone Comercial: _____

Data do Nascimento: _____ CPF/CIC: _____ RG: _____

Nome do Cônjuge _____ Profissão: _____

Quem o recomendou ao nosso consultório? _____

O que você espera do tratamento a ser realizado? _____

Está plenamente consciente das limitações do tratamento a ser realizado, as quais podem gerar uma não satisfação dos seus anseios? _____

HISTÓRIA de SAÚDE DENTAL

Quem é o seu dentista atual? _____ Telefone: _____

Seu tratamento têm sido: () regular (anual) () intermitente (quando necessário) () infrequente (só quando dói)

Faça um círculo no SIM ou NÃO:

- Já teve dores de dente?..... Sim Não
- Dói quando mastiga?..... Sim Não

- Range ou aperta os dentes?..... Sim Não
- Sofre de dores de cabeça freqüentes?.....Sim Não
- Tem dores na nuca, pescoço ou ombros?..... Sim Não
- Já teve dores de ouvido ou na articulação do ouvido?..... Sim Não
- Sente sua mandíbula cansada após as refeições?..... Sim Não
- Mastiga de um só lado?..... Sim Não
- Seus dentes se encaixam confortavelmente?..... Sim Não
- Possui algum hábito (ex.: morder lápis) ?..... Sim Não

Faça um X onde a resposta for positiva:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gengivas sangram | <input type="checkbox"/> Pus nos dentes |
| <input type="checkbox"/> Gengivas coçam | <input type="checkbox"/> Dentes amolecidos |
| <input type="checkbox"/> Inflamação nas gengivas | <input type="checkbox"/> Espaço entre os dentes |
| <input type="checkbox"/> Dor nas gengivas | <input type="checkbox"/> Mau hálito |
| <input type="checkbox"/> Retração gengival | <input type="checkbox"/> Comida prende entre os dentes |

Sente seus dentes sensíveis:

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ao calor | <input type="checkbox"/> ao doce | <input type="checkbox"/> ao escová-los |
| <input type="checkbox"/> ao frio | <input type="checkbox"/> quando morde | <input type="checkbox"/> à pressão |

Teve alguma hemorragia após extração dentária ou algum corte que demorou a parar de sangrar?.....Sim Não

Já sofreu algum trauma no rosto, pescoço ou mandíbula?.....Sim Não

Considera-se uma pessoa nervosa?.....Sim Não

Sente-se infeliz ou em depressão ultimamente?.....Sim Não

Sente-se tranqüilo (a) no dentista?.....Sim Não

Algum comentário feito por outro profissional que Eu deva saber?.....Sim Não

Qual? _____

Observações: _____

HISTÓRICO MÉDICO

A enfermidade periodontal (Piorréia) é causada por uma combinação de fatores complexos e o êxito no tratamento depende de sua identificação . Ainda que algumas perguntas não pareçam ter relação com a sua condição , todas estão associadas com o cuidado apropriado de sua saúde. Por favor, responda sinceramente todas as perguntas. Faça um X nos quadrinhos ou um círculo no Sim ou Não, segundo o que corresponde.

Todas as respostas são estritamente confidenciais.

1) Como está sua saúde geral? (Descreva em simples palavras):

2) Quando foi sua última consulta médica? _____

Altura _____ Peso _____

3) Nome do Médico: _____

Telefone _____

4) Está atualmente em tratamento: Médico Psiquiátrico Psicanálise Outros

5) Está usando alguma droga ou medicamento? _____ Sim Não

Antibiótico

Anticoagulante

Tranqüilizantes

Insulina

Remédio para pressão

Cortisona (esteróides)

Hormônio

Remédio para o coração

Outras

Aspirina

Pílulas Anticoncepcionais

6) Já esteve gravemente doente ou hospitalizado? _____ Sim Não

Se afirmativo, descreva: _____

7) Já teve ou têm problemas cardíacos?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Pressão Baixa | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Pressão Alta | <input type="checkbox"/> Dificuldade em respirar | <input type="checkbox"/> Problemas de Válvula Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Dor ou Pressão no peito | <input type="checkbox"/> Murmúrio Cardíaco | <input type="checkbox"/> Marca Passos |

8) Já teve doenças contagiosas? _____ Sim Não

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Sífilis | <input type="checkbox"/> Outras |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

9) Já teve (ou têm):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas no Fígado | <input type="checkbox"/> Artrite | <input type="checkbox"/> Usa lentes de contato |
| <input type="checkbox"/> Problemas nos Rins | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Úlcera |
| <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Asma ou Bronquite |
| <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Terapia de Rx | <input type="checkbox"/> Problemas no Estômago |
| <input type="checkbox"/> Gastrite | <input type="checkbox"/> Tonturas ou Desmaios | <input type="checkbox"/> Sífilis ou Doença Venérea |
| <input type="checkbox"/> Tumores ou Câncer | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | |

10) Já sangrou de maneira anormal por extração, cirurgia ou menstruação? ___ Sim Não

Se positivo, descreva: _____

11) Já fez alguma transfusão sanguínea? _____ Sim Não

12) É alérgico (a) ou já teve alguma reação anormal com algum remédio? ___ Sim Não

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anestésico Dental | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Calmantes ou Sedativos |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Sulfa | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Outros Antibióticos | |

13) Sofre de alguma alergia? _____ Sim Não

Irritação da pele, Urticária Rinite Outras

14) Existe alguma destas enfermidades em sua Família?

Diabete Problemas Cardíacos Outras

15) Você é possuidor de alguma enfermidade não mencionada que Eu devo saber?
_____ Sim Não

16) Você fuma? _____ Sim Não

1 carteira ao dia ou menos 2 carteiras 3 ou mais

17) Está sob regime alimentar? _____ Sim Não

18) Toma bebidas alcoólicas? _____ Sim Não

19) Às mulheres - Está grávida? _____ Sim Não

20) Às mulheres - Está ou passou pela menopausa? _____ Sim Não

Escreva os medicamentos usados nos últimos 3 meses e/ou dê outras informações que julgar necessárias:

Assinatura do Paciente/Responsável: _____

Data: _____

**ANEXO B - MODELO DE FICHA DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO
CIRÚRGICO**

ANEXO B – Modelo de ficha de autorização para tratamento cirúrgico, copiado do utilizado pela BIODONTO – EDUCAÇÃO E PESQUISAS AVANÇADAS EM ODONTOLOGIA (encerrou atividades em 1999).

DECLARAÇÃO

Eu, _____, CPF n. ° _____ e R.G.nº _____, residente e domiciliado em _____, rua: _____, através do presente instrumento, expresse o meu consentimento para que o Dr. Luiz Hamilton Vieira Ribas e/ou membros de sua equipe realizem os procedimentos abaixo, já previamente a mim explicados:

Procedimentos:

Consinto, também, com a realização de outros procedimentos não descritos acima e que não sejam de meu conhecimento prévio, cuja necessidade se verifique no decorrer do ato cirúrgico, a fim de que seja completado o plano de tratamento proposto.

Declaro entender que o plano de tratamento proposto e por mim aceito, é para tratar e possibilitar a correção de minha deficiência buco-maxilo-facial, bem como que me foi comunicado pelos Drs. Luiz Hamilton Vieira Ribas e equipe, que minha situação atual teria tendência de piorar e que além da região buco-maxilo-facial poderia interferir em minha condição sistêmica, caso não tivesse tomado a decisão de iniciar este tratamento cirúrgico. Fui

informado também, da existência de métodos alternativos de tratamento, tendo porém optado por este que me foi oferecido, por entender ser o mais adequado ao meu caso.

Fui esclarecido da existência de riscos, decorrentes da própria natureza do ato cirúrgico, e que nesta circunstância específica, podem estar incluídos na relação abaixo, não estando porém a eles limitados:

1. Desconforto pós-operatório e edema que pode requisitar alguns dias de repouso em casa;
2. Hemorragia que pode persistir;
3. Danos a dentes, restaurações ou elementos protéticos próximos;
4. Infecção pós-operatória necessitando de tratamento adicional;
5. Trauma provocado pelos afastadores nos lábios, causando estiramento, feridas e rachaduras;
6. Abertura de boca reduzida por dias ou semanas;
7. Decisão em deixar um pequeno ápice radicular quando sua remoção necessite um extenso ato cirúrgico;
8. Fratura maxilo-mandibular;
9. Dano em algum nervo podendo causar uma parestesia ou parestesia, de âmbito temporário, ou permanente, em remotas instâncias, que pode atingir qualquer elemento do complexo buco-maxilo-facial;
10. Abertura do seio maxilar (cavidade anatômica situada acima dos dentes superiores) para remoção de corpo estranho que porventura seja deslocada para lá;
11. Reações alérgicas;
12. Problemas de ATM (Articulação Têmpera Mandibular);
13. Problemas na osseointegração;

Para quaisquer situações imprevistas, que porventura possa originar-se no decorrer da cirurgia, o chamado "Julgamento Médico" será utilizado para estabelecer procedimentos adicionais que constem ou não deste documento, para cuja execução expresse o meu consentimento. Estou ciente que devido à diferença entre os organismos dos indivíduos, pode haver risco de falha no tratamento, recidiva, necessidade de retratamento seletivo ou piora da minha condição atual, apesar do cuidado dispensado e que não me foi dada nenhuma garantia que o tratamento proposto trará completa cura ou sucesso deixando-me completamente satisfeito, embora seja este o objetivo do tratamento. Sei também que não foi estabelecido nenhum tipo de seguro contra eventuais problemas que possam surgir em função do

tratamento. Entretanto, é da opinião dos cirurgiões que me examinaram, que minha condição poderia piorar ainda mais, sem o tratamento recomendado.

Declaro ter tido a oportunidade de relatar ao profissional já citado, o meu histórico médico pregresso e minha atual condição de saúde.

Concordo, portanto, em acatar completamente todas as recomendações feitas pelos Dr.(s) Luiz Hamilton Vieira Ribas e sua equipe, enquanto estiver sob seus cuidados, tendo plena consciência que não o fazendo, poderei estar contribuindo para que o resultado do tratamento não seja alcançado a contento.

Autorizo também que seja feita toda a documentação casuística de meu tratamento pelos métodos convencionais, fotografia, slides, filmagem, vídeos, modelos, gravações, radiografias, etc., podendo esta documentação ser utilizada com finalidade científica, respeitando os princípios éticos e sem a divulgação do meu nome, cedendo também todos os direitos advindos da utilização desta documentação ao profissional acima.

Por ser verdade, firmo a presente em duas vias na presença de duas testemunhas.

Curitiba, ____ de _____ de 200 .

Testemunha

Paciente ou responsável

Testemunha

ANEXO C - MODELO DE FICHA DE INSTRUÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

ANEXO C – Modelo de ficha de instruções pós-operatórias, copiado do utilizado pela BIODONTO – EDUCAÇÃO E PESQUISAS AVANÇADAS EM ODONTOLOGIA (encerrou atividades em 1999).

Instruções A Serem Seguidas Pelos Pacientes Após Tratamentos Cirúrgicos

A cirurgia que foi realizada em sua boca permitirá a melhora da saúde de seus dentes e gengivas. As instruções seguintes foram preparadas para responder a algumas dúvidas que você possa ter sobre como cuidar-se após a cirurgia. Por favor, leia essas instruções cuidadosamente. Nossos pacientes as tem achado muito úteis.

- 1) Quando cessar o efeito da anestesia, o paciente poderá sentir um leve desconforto, não dor. Isso é normal, mesmo em casos de pequena extensão. Para que essa condição seja eficientemente controlada, observe rigorosamente as prescrições feitas. Caso o desconforto não seja controlado mesmo com os medicamentos, contate os telefones relacionados ao final .
- 2) Aplicar bolsas de gelo na face, sobre a região operada, durante 10 a 15 minutos, com intervalo de 15 minutos entre cada aplicação, durante os dois primeiros dias após a cirurgia. Envolver a bolsa de gelo com um pano fino, úmido, e aplicar um creme protetor sobre o rosto para não irritar a pele. Coloque água bem gelada na boca durante os dois primeiros dias após a cirurgia, SEM BOCHECHAR. Esses cuidados ajudarão a controlar sangramentos e edema (inchaço). Após as primeiras 48 horas, haverá algum edema em seu rosto, o que será perfeitamente normal em função do tipo de cirurgia a que você foi submetido. Passe a utilizar compressas quentes úmidas sobre o local operado, como método auxiliar de controle, mantendo os mesmos cuidados anteriores para com a pele do seu rosto.
- 3) Evite alimentos ou líquidos quentes nas primeiras 48 horas após a realização da cirurgia, bem como alimentos duros, que possam vir a quebrar a proteção colocada ou machucar a região operada. As primeiras refeições que se seguem à cirurgia devem constituir-se de alimentos líquidos, moles ou pastosos (por exemplo, sorvetes, sucos, caldos, sopas, purês, iogurtes, cremes, gelatinas), de preferência frios ou gelados. Evitar também alimentos muito condimentados, frutas cítricas ou ácidas, bem como bebidas alcoólicas. Esses itens podem causar dor. Complementos alimentares e/ou vitamínicos não são, geralmente, necessários. Eles serão prescritos se forem convenientes ao seu caso.
- 4) **Não fume.** O calor e a nicotina poderão irritar suas gengivas e diminuir a capacidade de cicatrização. Tanto quanto possível, use esta oportunidade para parar de fumar. Fumante tem mais doenças periodontais que não-fumantes.
- 5) Utilize o líquido anti-séptico, SEM BOCHECHAR, da maneira que lhe for prescrito (tipo, concentração, frequência de uso).
- 6) Limpe as regiões da sua boca que foram tratadas nas semanas anteriores usando os métodos de higienização com os quais você foi instruído. Sua gengiva poderá sangrar mais do que sangrava

antes da cirurgia. Isso é perfeitamente normal nos estágios iniciais de cicatrização e desaparecerá gradualmente. Não interrompa a higienização por causa disto.

- 7) Pare com suas atividades diárias regulares, diminuindo, com isso, o risco de sangramentos e edemas secundários. Evite qualquer esforço físico (natação, corrida, futebol) por uma semana, bem como excessos de qualquer tipo (banhos de sol, por exemplo). É recomendável repouso nas primeiras 24 horas. Deitar sempre com a cabeça mais elevada que o restante do corpo (usar travesseiro extra nas primeiras noites). Não apoiar a cabeça sobre o lado operado ao deitar.
- 8) Inchaço e hematoma não são incomuns, particularmente em áreas que necessitaram procedimentos cirúrgicos extensos. O edema geralmente persiste por três ou quatro dias. Se o edema é doloroso ou aparenta tornar-se pior, por favor contate os telefones relacionados ao final. Os hematomas desaparecerão em até 2 semanas; para que sejam eliminados mais rapidamente, usar Hirudoid Pomada sobre o local.
- 9) Você poderá experimentar uma sensação de fraqueza durante as primeiras 24 horas. Isto não deverá ser motivo de preocupação, mas deverá ser relatado na próxima consulta. **ALIMENTE-SE BEM!**
- 10) Ocasionalmente poderá haver presença de sangue na saliva durante as primeiras 4 ou 5 horas após a cirurgia. Isto é comum e se corrige espontaneamente. Se houver um sangramento considerável após isso, usar água bem gelada por 30 minutos, sem bochechar. Se o sangramento não parar após esse tempo, por favor contate os telefones relacionados ao final. **Não tente parar o sangramento por meio de bochechos.**
- 11) Em algumas situações se faz necessário utilizar uma proteção sobre sua gengiva após a cirurgia, chamada cimento cirúrgico. Ele protegerá sua gengiva de traumas, ajudando a controlar a dor, auxiliando a cicatrização e permitindo a você seguir suas atividades habituais com conforto. Não o empurre com a língua. Pode ser necessário um pequeno intervalo de tempo até você se acostumar a ele. Para seu benefício o cimento deve permanecer no lugar durante a primeira semana. **Não o remova.** Se pedaços do cimento se soltarem durante a semana, não se preocupe desde que você não sinta dor. Se você sentir dor, ou se algum pedaço do cimento irritar sua língua ou lábios, contate os telefones relacionados ao final . O problema será resolvido facilmente com a retirada ou troca do cimento.
- 12) Caso seja necessário, o seguinte telefone poderá ser utilizado para contato: **(041) 3222-7893.**

PACIENTE: _____

PROFISSIONAL: _____

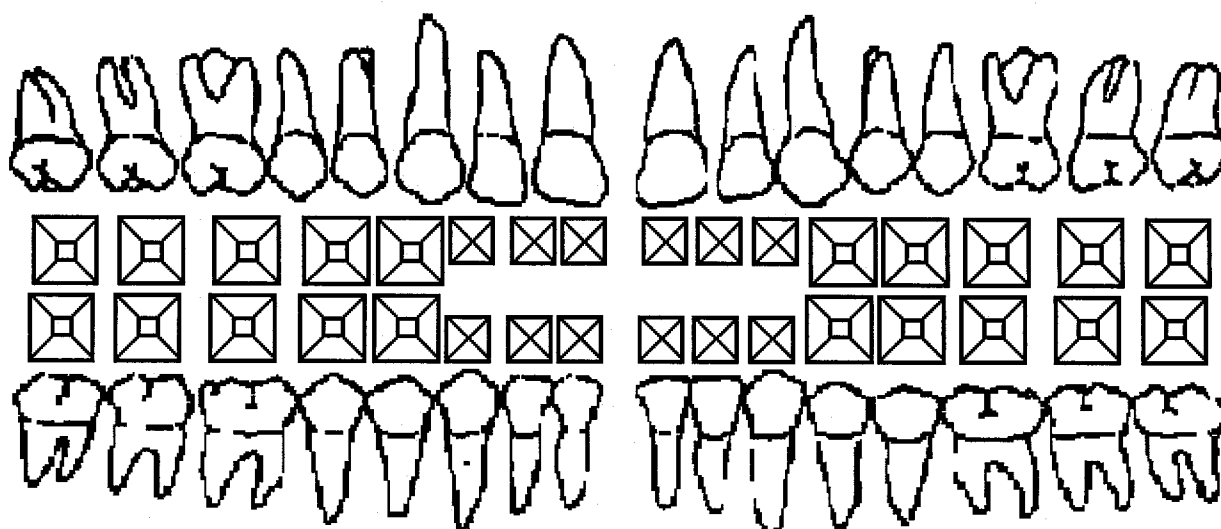
Curitiba, ____/____/____.

ANEXO D - MODELO DE FICHA DE PRÉ-TRIAGEM

ANEXO D – Modelo de ficha de pré-triagem, copiado do utilizado pela BIODONTO – EDUCAÇÃO E PESQUISAS AVANÇADAS EM ODONTOLOGIA (encerrou atividades em 1999).

Paciente: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Data: ____ / ____ / ____



Plano de Tratamento:

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

**ANEXO E - ESTUDO PRÁTICO APRESENTADO NA DISCIPLINA DE GESTÃO
FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA – CSP 2008**

ANEXO E – Estudo prático apresentado na disciplina de Gestão Financeira e Orçamentária – CSP 2008

ESTADO DO PARANÁ

SISTEMA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO

1. IDENTIFICAÇÃO

ÓRGÃO: Secretária do Estado de Segurança Pública.

UNIDADE EXECUTORA: Fundo Estadual de Saúde/ Centro Odontológico.

TÍTULO: Reequipamento do Centro Odontológico da Polícia Militar do Paraná-Curitiba.

Orçamentário

Se orçamentário – Unidade Orçamentária Responsável

Fundo Estadual de Saúde.

2. SITUAÇÃO PROBLEMA

O Centro Odontológico da Polícia Militar do Paraná encontra-se instalado nas dependências do Hospital da Polícia Militar, utilizando desde o ano de 1982 algumas estruturas comuns como, setor de Pessoal, compras, viaturas, informática e telefonia.

Com a previsão do funcionamento em sede própria independente do Hospital da Polícia Militar, faz-se necessário a organização estrutural do Serviço. Para isto necessitaremos de comunicação entre o usuário e o serviço eficiente, registro das informações clínicas adequadas em formulário adequado (eletrônico e digital), em virtude do atual sistema estarem desatualizados, sucateados e insuficientes para a demanda atual. Há necessidade de novos aparelhos se justifica pela modernização constante, desenvolvimento e aplicação das novas tecnologias exigidas pelos protocolos científicos atuais, sendo que as aparelhagens atualmente em uso já não desempenham adequadamente a sua função, em virtude de

constantes manutenções, cujo custo somado justifica sua substituição. Na sede própria poderemos desenvolver outras atividades atualmente geminadas ao Hospital da Polícia Militar e serviços diferenciados, preventivos e técnicos acompanhando a evolução da odontologia moderna.

3. OBJETIVOS

- 1- Manter a saúde odontológica da tropa para que a mesma possa prestar melhores serviços de segurança a população
- 2- Adotar métodos preventivos odontológicos reduzindo a incidência das enfermidades bucais.
- 3- Tratar e controlar as enfermidades odontológicas existentes, evitando e reduzindo os afastamentos de serviço em instalações e equipamentos adequados as boas práticas de saúde bucal.

4. METAS

Meta	Complemento	Unidade	Quantidade
Adquirir	Computador	Computador	20
Adquirir	Cadeira odontológica	Cadeira odontológica	11
Adquirir	Refletor odontológico	Refletor odontológico	11
Adquirir	Equipo odontológico com 4 pontas	Equipo odontológico	11
Adquirir	Cuspideira odontológica	Cuspideira	11
Adquirir	Bomba de vácuo odontológico	Bomba de vácuo	11
Adquirir	RX odontológico 70 KV- 10MA	Rx odontológico	11
Adquirir	Mocho odontológico	Mocho	11

Adquirir	Compressor de ar industrial	Compressor de ar	02
Adquirir	Amalgamador	Amalgamador	11
Adquirir	Fotopolimerizador	Fotopolimerizador	11
Adquirir	ultra-som com profilaxia	ultra-som	11
Adquirir	Cadeiras escritório	Cadeiras	20
Adquirir	Longarinas 3 lug.	Cadeira	60
Adquirir	Armário clínico	Armário	11
Adquirir	Central telefônica para 20 linhas	Central telefônica	01
Adquirir	Mesa de escritório	Mesa de escritório	05
Adquirir	Mesa auxiliar odontológico	Mesa auxiliar	11

5. LOCALIZAÇÃO

Centro Odontológico da Polícia Militar do Paraná, localizado na Rua Omar Sabagg, 890, Curitiba, Paraná.

6. EFEITOS ECONÔMICOS E SOCIAIS

A modernização do Centro Odontológico da PMPR trará melhorias para a saúde bucal da tropa da região metropolitana. Isto trará benefícios para os policiais e familiares, os quais permanecerão aptos para a prestação de serviços a população.

7. VIABILIDADES ECONÔMICAS E SOCIAIS

O projeto em questão viabilizará a manutenção de uma tropa saudável o qual participara com maior efetividade nos projetos de segurança no Estado do Paraná.

8. RECURSOS NECESSÁRIOS E DISPONÍVEIS

Discriminação	Necessários	Disponíveis	Diferenças
Computador	Computador	20	
Cadeira odontológica	Cadeira odontológica	11	
Refletor odontológico	Refletor odontológico	11	
Equipo odontológico com 4 pontas	Equipo odontológico	11	
Cuspideira odontológica	Cuspideira	11	
Bomba de vácuo odontológico	Bomba de vácuo	11	
RX odontológico 70 KV- 10NA	Rx odontológico	11	
Mocho odontológico	Mocho	11	
Compressor de ar industrial	Compressor de ar	02	
Amalgamador	Amalgamador	11	
Fotopolimerizador	Fotopolimerizador	11	

Continuação			
ultra-som com profilaxia	ultra-som	11	
Cadeiras escritório	Cadeiras	20	
Longarinas 3 lug.	Cadeira	60	
Armário clínico	Armário	11	
Central telefônica para 20 linhas	Central telefônica	01	
Mesa de escritório	Mesa de escritório	05	
Mesa auxiliar odontológico	Mesa auxiliar	11	

9. QUADRO DE FONTES E USOS DE RECURSOS

Quadro de fontes e usos de recursos								R\$ mil
	Discriminação	Realizado até	A realizar por trimestre				Total	
					2º	3º		
F O N T E S	Tesouro							
	-ordinários							
	-vinculados							
	Outras Fontes							
	Diretamente arrecadados							
	O.C. Internas							
	O.C. Externas							
Convênios								

	Diversas							
	TOTAL							
U S O S	Despesas correntes -pessoal Material consumo Serviços de Terceiros Outras despesas correntes Despesas de Capital Obras Públicas Equipamentos e instalações Material permanente Aquisição de imóveis				215.700	7.650		293.350

10. CRONOGRAMA FÍSICO

Discriminação das etapas	Ponderação	Realizado até	A realizar por trimestre		total
			2º	3º trimestre	
Computador			0	20	
Cadeira odont.			11	0	
Refletor odont.			11	0	
Equipo odont. 4 pontas			11	0	
Cuspideira odont.			11	0	
Bomba de vácuo			11	0	
Rx odont.			11	0	
Mocho			22	0	
Compressor ar industrial			02	0	
Amalgamador			11	0	
Fotopolimerizador			11	0	
ultra-som com profilaxia			11	0	
Cadeiras			0	20	
Longarinas 3 lugares			0	20	
Armário clínico			0	11	
Central telefônica			0	01	
Mesa escritório			0	05	

Mesas auxiliares odont.			0	11	

11. CRONOGRAMA FINANCEIRO

Discriminação das etapas	Ponderação	Realizado até	A realizar por trimestre		total
			2º trimestre	3º trimestre	
Computador			0	40.000	40000
Cadeira odont.			66.000	0	66000
Refletor odont.			16.500	0	16500
Equipo odont. 4 pontos			27.500	0	27500
Cuspideira odont.			11.000	0	11000
Bomba de vácuo			15.400	0	15400
Rx odont.			18.700	0	

					18700
Mocho			5.500	0	5500
Compressor ar industrial			10.000	0	10000
Amalgamador			6.600	0	6600
Fotopolimerizador			8.800	0	8800
ultra-som com profilaxia			29.700	0	29700
Cadeiras			0	3.000	3000

Longarinas lugares	3		0	14.000	14000
Armário clínico			0	11.000	11000
Central telefônica			0	4.000	4000
Mesa escritório			0	1.250	1250
Mesas auxiliares odont.			0	4.400	4400
Total					293350

12. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS LEGAIS

Não utilizamos

13. RECEITAS E DESPESAS GERADAS

Receitas: não precisa.

Despesas geradas. NÃO GERADAS.

14. IMPLANTAÇÃO

Em princípio seis meses.

Responsabilidade a cargo do Comando do Centro Odontológico da PMPR, articulado com Secretaria de Estado de Segurança Pública.

15. ACOMPANHAMENTO E CONTROLE

Controle através do Tribunal de Contas (documental)

Controle Físico: Comando do Centro Odontológico.

16. ÉPOCAS DE AVALIAÇÃO

Avaliação a ser realizada em três fases: julho, setembro e dezembro.

17. RESUMO

Não é necessário fazer.

Curitiba, 16 de agosto de 2008.

ANEXO F - BENEFICIÁRIOS DO FUSEX

ANEXO F

Os beneficiários do FUSEx são os constantes do artigo 4º e 5º das IG 70-03.

Dos Beneficiários

Art. 4º São considerados beneficiários do FUSEx:

I - o(a) militar, da ativa ou inativo(a), contribuinte;

II - o(a) pensionista de militar ou pensionista militar, contribuinte;

III - os seguintes dependentes do(a) contribuinte:

a) o cônjuge, ou o(a) companheiro(a), em conformidade com os incisos IV e VI, do art. 3º, destas IG;

b) filho solteiro, até 24 (vinte e quatro) anos de idade, desde que não receba remuneração, enquanto não constituir qualquer união estável e viver sob sua dependência econômica;

c) o filho inválido ou interdito;

d) a filha solteira, desde que não receba remuneração, enquanto não constituir qualquer união estável e viver sob sua dependência econômica;

e) a(o) viúva(o), enquanto não adquirir a condição de pensionista;

f) os pais, desde que, comprovadamente, vivam sob a sua dependência econômica;

g) o(a) enteado(a), mediante termo de guarda e responsabilidade, e sem pensão alimentícia, nas mesmas condições das alíneas "b", "c" e "d" deste inciso;

h) o(a) menor que, por determinação judicial, esteja sob a guarda ou tutelado(a), nas mesmas condições das alíneas "b", "c" e "d" deste inciso;

i) o ex-cônjuge ou a(o) ex-companheira(o), em conformidade com os incisos IV e VI, do art. 3º, com direito à assistência médico-hospitalar pelo FUSEx, estabelecido por sentença judicial, enquanto não constituir qualquer união estável;

j) excepcionalmente, a pedido do(a) contribuinte, a filha viúva, separada judicialmente ou divorciada, sem rendimentos e/ou pensão alimentícia, desde que, comprovadamente, viva sob sua dependência econômica.

Parágrafo único. Os dependentes da(o) pensionista serão aqueles já credenciados como beneficiários do FUSEx e instituídos, em vida, pelo(a) militar gerador(a) do direito.

Art. 5º São, também, considerados dependentes dos(as) contribuintes os constantes das alíneas "b", "c", "e", "f", "g" e "h" do § 3º do art. 50 do Estatuto dos Militares, desde que incluídos, legalmente, no CADBEN-FUSEx até 29 de setembro de 1995, obedecidas as condicionantes vigentes à época da inclusão. **(Alterado pela Portaria nº 177, de 07/05/03)**

Parágrafo único. Se, em qualquer época, mediante sindicância ou outro processo administrativo, for comprovada a falsidade da Declaração de Beneficiários ou a ilegalidade na inclusão de dependente(s) constante(s) deste artigo, o(s) mesmo(s) será(ão) excluído(s) do CADBEN/FUSEx e o Titular responsabilizado pelas despesas com os atendimentos prestados a tais dependentes.

CÓDIGOS E TABELAS UTILIZADOS

1. CÓDIGOS DA CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA (I)

NR	CÓDIGO	GRAU DE PARENTESCO OU CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA
01	34	Cônjuge (3)
02	35	Filho solteiro (3)
03	36	Filha solteira (3)
04	37	Filha solteira maior de 24 anos(3)

NR	CÓDIGO	GRAU DE PARENTESCO OU CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA
05	38	Filha separada, viúva ou divorciada(3)
06	39	Pai (3)
07	40	Mãe (3)
08	41	Avô (4) (6)
09	42	Avó (4) (6)
10	43	Sogra (4) (6)
11	44	Madrasta (4) (6)
12	45	Ex-Cônjuge (3)
13	46	Irmã (4) (6)
14	47	Irmão menor (4) (6)
15	48	Cunhado menor (4) (6)
16	49	Sobrinho menor (4) (6)
17	50	Cunhada (4) (6)
18	51	Sobrinha (4) (6)
19	52	Neto órfão menor (4) (6)
20	53	Neta órfã menor (4) (6)
21	54	Ex-companheira(o) (3)
22	55	Filho(a) Interdito(a) (2)
23	56	Tutelado (5)

NR	CÓDIGO	GRAU DE PARENTESCO OU CONDIÇÃO DE DEPENDÊNCIA
24	57	Tutelada (5)
25	58	Companheira(o) (3)
26	59	Filho(a) Inválido(a) (2)
27	60	Enteado sob guarda ou tutela(5)
28	61	Enteada sob guarda ou tutela (5)
29	62	Menor sob guarda masculino (5)
30	63	Menor sob guarda feminino (5)
31	64	Parágrafo único do art. 4º das IG 70-03
32	65	Ordem Judicial

Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001 e conforme prescreve a Port nº 117, do Comandante do Exército, de 22 de março de 2001.

Art. 15. São descontos obrigatórios do militar:

I - contribuição para a pensão militar;

II - contribuição para a assistência médico-hospitalar e social do militar;

III - indenização pela prestação de assistência médico-hospitalar, por intermédio de organização militar;

IV - impostos incidentes sobre a remuneração ou os proventos, de acordo com a lei;

V - indenização à Fazenda Nacional em decorrência de dívida;

VI - pensão alimentícia ou judicial;

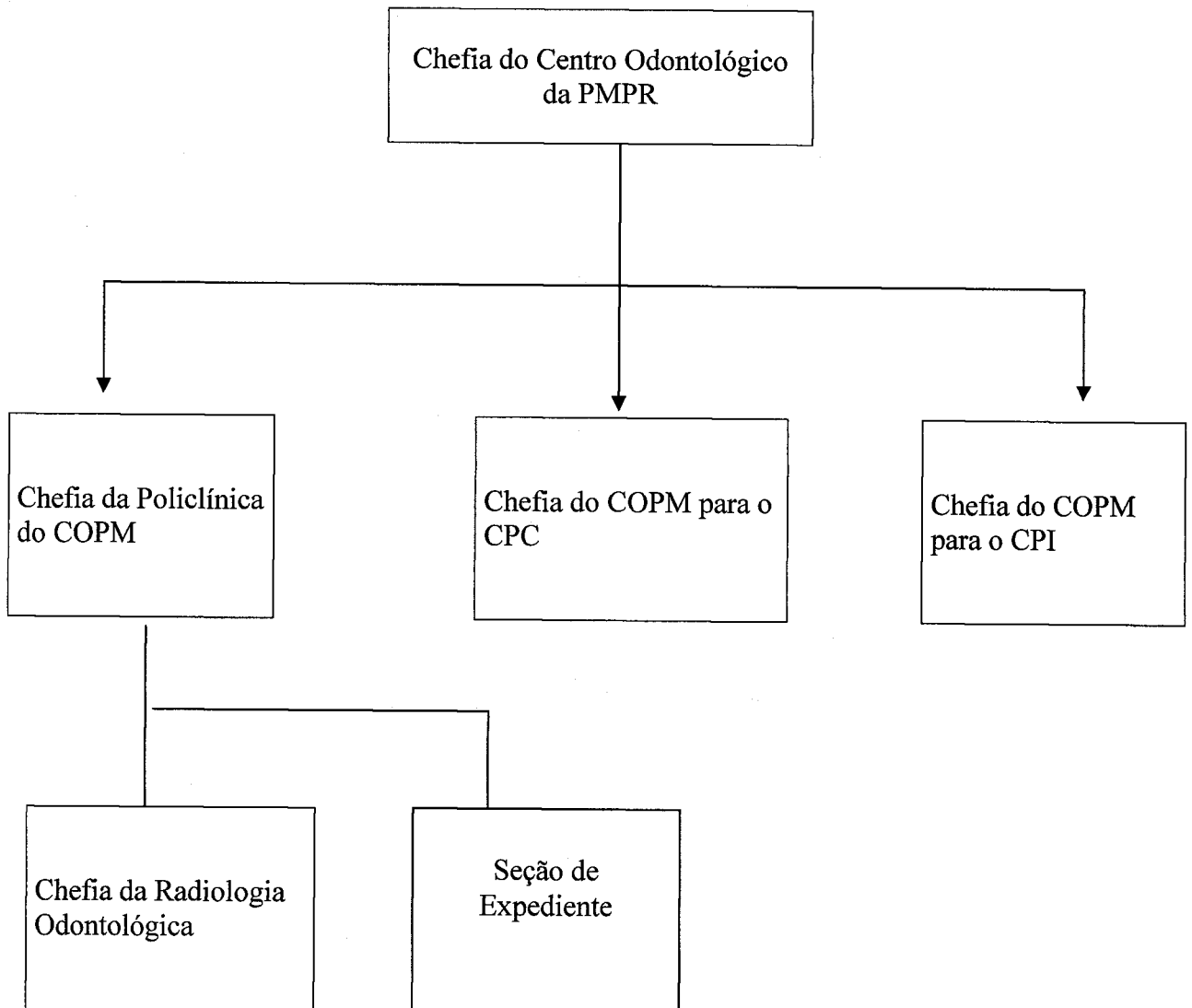
VII - taxa de uso por ocupação de próprio nacional residencial, conforme regulamentação;

VIII - multa por ocupação irregular de próprio nacional residencial, conforme regulamentação.

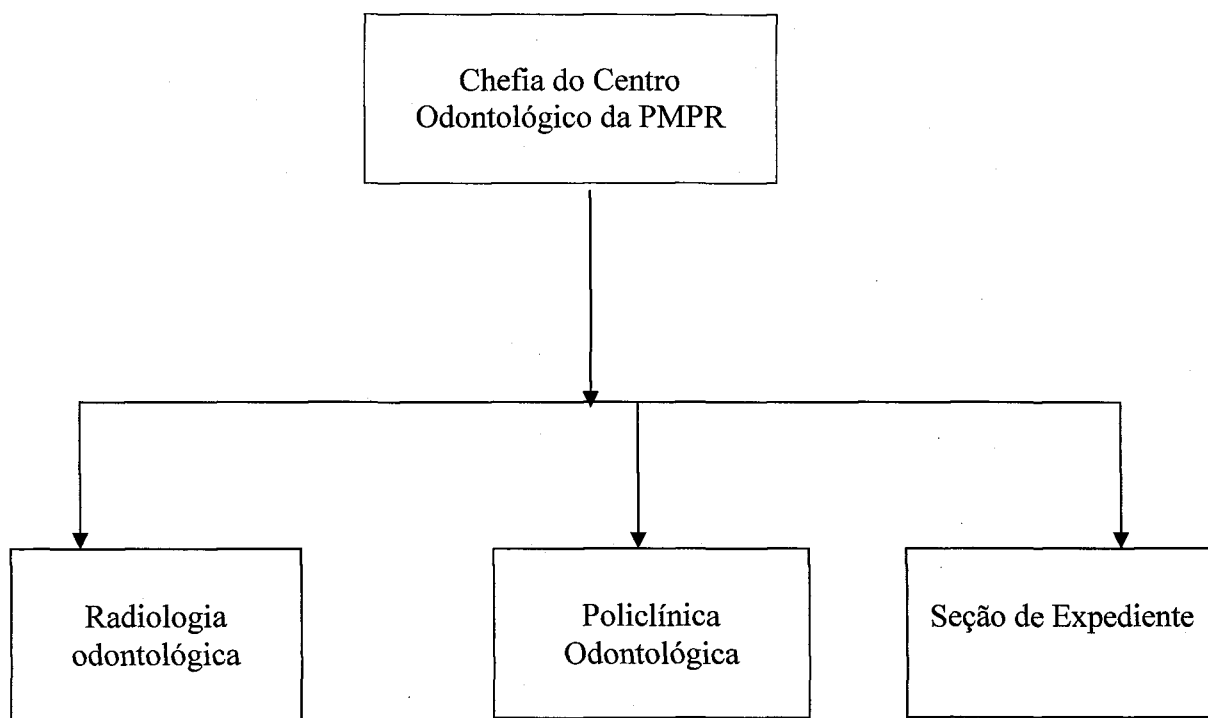
Art. 25. A contribuição para a assistência médico-hospitalar e social é de até três e meio por cento ao mês e incidirá sobre as parcelas que compõem a pensão ou os proventos na inatividade, conforme previsto no art. 10 desta Medida Provisória.

ANEXO G - PROPOSTA DE ORGANOGRAMA PARA O CENTRO ODONTOLÓGICO

ANEXO G - PROPOSTA de ORGANOGRAMA para o CENTRO ODONTOLÓGICO

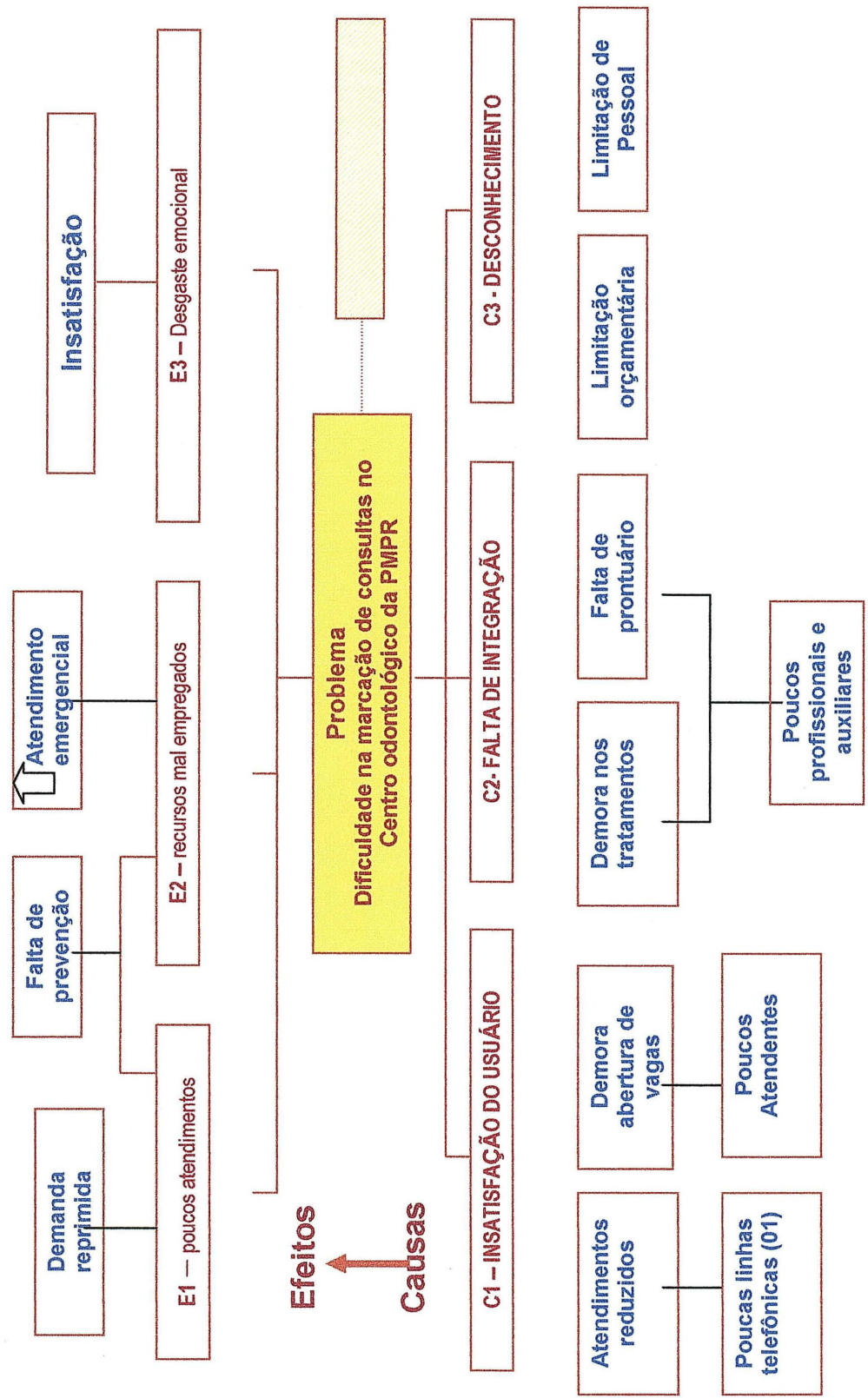


ORGANOGRAMA ATUAL DO CENTRO ODONTOLÓGICO

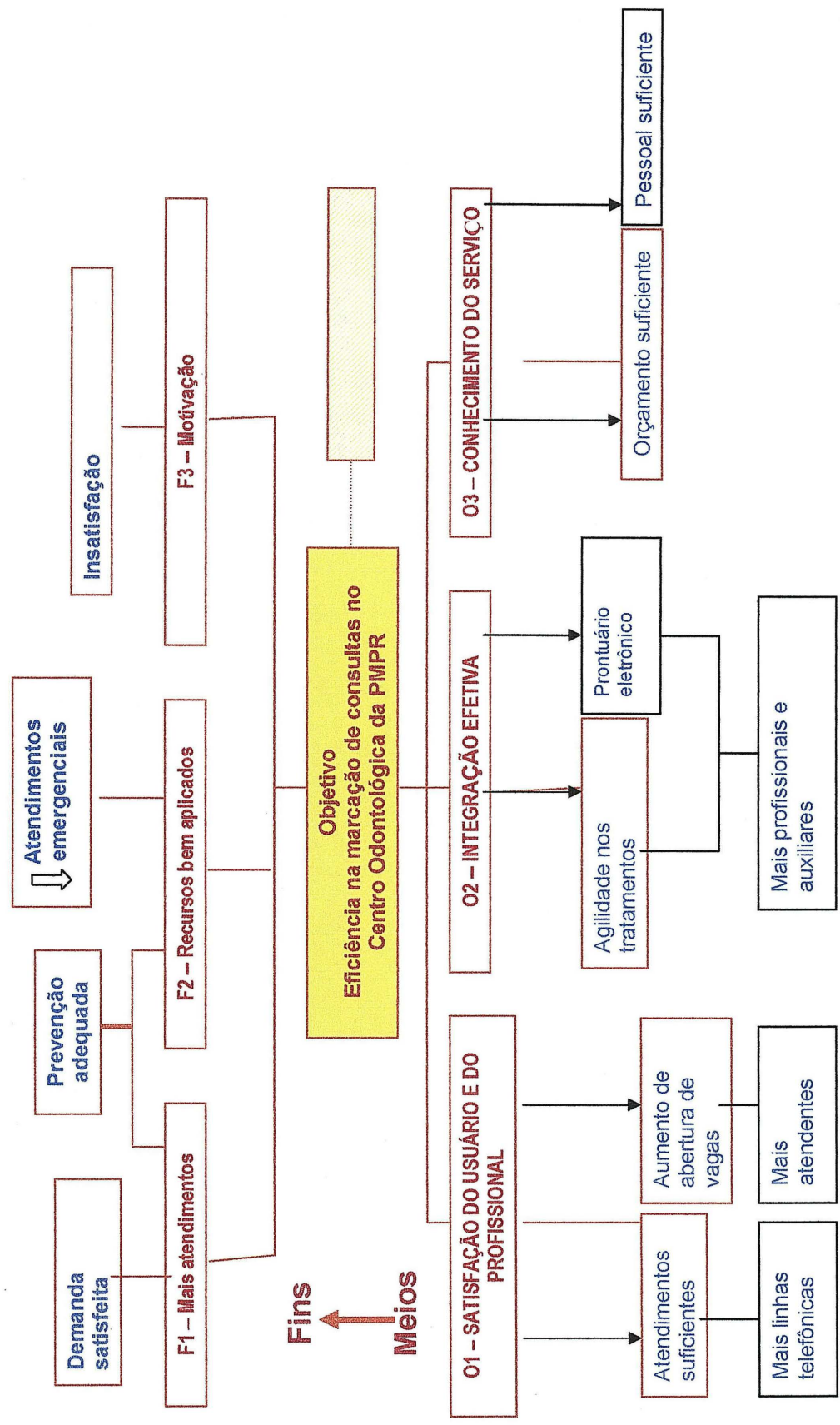


ANEXO H - MATRIZ DO MARCO LÓGICO

Exemplo de Árvore de problemas



Exemplo de Árvore de objetivos



QUADRO DE ATORES

GRUPOS	INTERESSES	POTENCIAL	LIMITAÇÕES
GRUPO1	Policiais Militares Ativa RR Reformados Dependentes Pensionistas	Atendimento da necessidade Redução no tempo de marcação Agilidade na liberação	Poucas linhas telefônicas Poucas atendentes
GRUPO 2	Oficiais Dentistas	Formação de equipe Integração da equipe Prontuário eletrônico	Poucos Oficiais Dentistas Poucos auxiliares Vagas limitadas
GRUPO 3	Comando da PMPR	Contratação pessoal Liberação de verba orçamentária Conscientização	Limitação na contratação Limitação orçamentária Desconhecimento

MATRIZ DO MARCO LÓGICO

Resumo Narrativo	Indicadores	Meios de Verificação	Pressupostos
<p>FIM</p> <ul style="list-style-type: none"> - ↓ incidência da doença - ↓ tratamento radical - ↑ prevenção 	<ul style="list-style-type: none"> - ↑ usuários atendidos anual - ↓ gasto material curativo anual - 	<ul style="list-style-type: none"> - adoção de certificação de qualidade - comparação com serviços públicos e privados - comparação índices internacionais 	<ul style="list-style-type: none"> - mudança de governo - mudança de comando - ↑ rotatividade equipe - ↓ liberação verba
<p>RESULTADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ↑ nº atendimentos - ↑ produção da equipe - ↓ redução atendimento emergência - ↓ repetição serviços - ↓ ligações perdidas 	<ul style="list-style-type: none"> - ↑ satisfação usuário - ↑ satisfação equipe - ↑ nº marcações via telefone - ↓ nº reclamações 	<ul style="list-style-type: none"> - relatórios de produção diário e mensal - relatório sobre produto - relatório sobre reclamações diário e mensal 	<ul style="list-style-type: none"> - treinamento pessoal - disponibilidade verba - disponibilidade material
<p>COMPONENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curso de capacitação atendente - produção material de divulgação do serviço - uso da intranet e Internet para divulgação do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> - 03 turnos 11 profissionais - 02 turnos 12 auxiliares - 02 turnos 03 telefonistas - contratar e treinar em 06 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - realizar pesquisa direta com usuários - realizar pesquisa direta com profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - realização anual de dinâmicas de grupo - entrevistas individuais profissionais e auxiliares
<p>ATIVIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> + linhas telefônicas + atendentes + profissionais +auxiliares + turnos de atendimento + treinamento da equipe 	<ul style="list-style-type: none"> - aquisição central telefônica 20 linhas - contratação pessoal - contratação de escola de treinamento 	<ul style="list-style-type: none"> - coletar informações nº atendimentos/dia - coletar informações nº chamadas/dia - coletar informações do atendimento + usado 	<ul style="list-style-type: none"> - realização concurso público - realização contratação - liberação verba para aquisição central telef. - contratação escola de treinamento

**ANEXO I – SLIDES APRESENTADOS NA AULA DE GESTÃO DE MARKETING
INSTITUCIONAL DO CSP 2008**

ANEXO I – Slides apresentados na aula de Gestão de Marketing Institucional, proferida durante o CSP – 2008, a qual pode ser aplicada ao COPM/PMPR.

MODELO DE QUALIDADE DOS SERVIÇOS (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985)

Cinco lacunas que levam ao fracasso na prestação de serviços:

- a) Lacuna entre as expectativas do consumidor e as percepções da gerência.
- b) Lacuna entre as percepções da gerência e as especificações da qualidade do serviço (a gerência pode entender as expectativas do cliente, mas não consegue colocá-las em prática).
- c) Lacuna entre as especificações da qualidade dos serviços e sua entrega (funcionários podem ser mal treinados, incapazes ou desinteressados em relação ao padrão. Eles podem ainda receber informações conflitantes, como dedicar tempo que for necessário para ouvir os clientes e atendê-los rapidamente).
- d) Lacuna entre a entrega dos serviços e as comunicações externas: as expectativas do cliente são afetadas por declarações feitas por representantes da empresa e por mensagens de propaganda (divulga uma coisa e na real é outra).
- e) Lacuna entre o serviço percebido e o serviço esperado: ocorre quando o consumidor não percebe a qualidade do serviço.

Slide apresentado na aula de Gestão de Marketing Institucional. Esta análise pode ser adotada em relação aos serviços prestados pelo COPM.

FATORES DETERMINANTES DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

1. Confiabilidade: prestar o serviço exatamente como prometido.
2. Capacidade de resposta: disposição de ajudar o cliente e de fornecer o serviço dentro do prazo estipulado.
3. Segurança: o conhecimento e a cortesia dos funcionários e sua habilidade de transmitir confiança e segurança.
4. Empatia: a atenção individualizada dispensada aos clientes.
5. Itens tangíveis: a aparência das instalações físicas, dos equipamentos, dos funcionários e do material de comunicação.

Slide apresentado na aula de Gestão de Marketing Institucional. Esta análise pode ser adotada em relação aos serviços prestados pelo COPM.



IMAGEM DA ORGANIZAÇÃO

Transmitida através da capacidade de colocar em prática o conceito de marketing.

IMAGEM DA PMPR

É o reflexo de como configura e desenvolve suas atividades a partir das necessidades de segurança da sociedade paranaense.

Slide apresentado na aula de Gestão de Marketing Institucional.

Esta análise pode ser adotada em relação aos serviços prestados pelo COPM.