

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MANEJO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE COM
INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE,
NO MÉTODO CLÍNICO DE INTERVENÇÃO - EM UMA
PERSPECTIVA DE SAÚDE PÚBLICA.

ROBERTO SOSINSKI MARTINS JÚNIOR

AGOSTO, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

MANEJO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA,
EM HEMODIÁLISE, NO MÉTODO CLÍNICO DE INTERVENÇÃO - EM UMA
PERSPECTIVA DE SAÚDE PÚBLICA.

ROBERTO SOSINSKI MARTINS JÚNIOR

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO PARTE DOS REQUISITOS OBRIGATÓRIOS
PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

Prof. Dr(a). SOLANGE MARIA BEYS BERCHT

ORIENTADORA

Prof.Mstr. AUGUSTO MARQUES RAMOS

CO-ORIENTADOR

Porto Alegre (RS), agosto de 2001.

M387m

Martins Júnior, Roberto Sosinski

Manejo odontológico do paciente com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, no método clínico de intervenção : em uma perspectiva de saúde pública / Roberto Sosinski Martins Júnior; Orientação de Solange Maria Beys Bercht; Co-Orientação de Augusto Marques Ramos – Porto Alegre, 2001.

90 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Curso de Mestrado em Odontologia – Saúde Bucal Coletiva.

1. Insuficiência renal crônica 2. Hemodiálise 3. Paciente de alto risco
4. Odontologia em saúde pública I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia II. Título

CDU 616.314-083/-084

Dedico esta dissertação aos meus pais
Roberto Sosinski Martins e Cenira Frai Martins.

E, a minha orientadora
Solange Maria Beys Bercht.

AGRADECIMENTOS

À professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Programa de Pós-graduação ao nível de mestrado desta mesma faculdade, Doutora Solange Maria Beys Bercht.

Ao mestre Augusto Marques Ramos, chefe do setor de hemodiálise do Hospital Conceição, pela disponibilidade, dedicação, capacidade, experiência e empenho na execução deste trabalho.

À professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Programa de Pós-graduação ao nível de mestrado desta mesma faculdade, Doutora Sônia Blauth de Slavutski.

À Eliane Silveira Matiello, assistente social das clínicas Centro Rim e Vita Rim, pela disponibilidade e apoio na realização desta pesquisa.

Aos funcionários do Centro de Pesquisas em Odontologia Social, pelo empenho e préstimos prestados na execução deste trabalho.

Ao pessoal da Secretaria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela boa vontade e disposição no desempenho de suas funções.

Aos meus pais, pela dedicação em proporcionar os melhores momentos de minha vida.

Aos meus irmãos, Rubens Frai Martins e Raul Frai Martins, pela amizade e estímulo recebidos.

À Daniela Petter Cardoso, pelo carinho, colaboração e dedicação dispensados.

RESUMO

O estudo descreve, analisa e discute o manejo odontológico do paciente com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, no método clínico de intervenção, em uma perspectiva de saúde pública.

Trabalhou-se com o conceito ampliado de cura, resolutividade e integralidade enquanto construtores da excelência do método clínico de intervenção.

A discussão se faz através dos seguintes eixos: o doente renal crônico, as dificuldades no seu manejo quanto ao tratamento curativo/reabilitador, a construção da consciência sanitária, bem como a aproximação da teoria da Reforma Sanitária brasileira à prática do Sistema Único de Saúde.

Abordou-se a excelência do método clínico, para este grupo populacional específico, como uma das formas de contribuição para a implementação e implantação do S.U.S. democrático oriundo da Reforma Sanitária brasileira.

Conclui-se que para o conceito ampliado de cura e formação da consciência sanitária é preciso trabalhar com o paciente sujeito, enquanto doente renal crônico, assumindo que esta é a identidade social do paciente, o que lhe confere o status de grupo populacional específico.

O auto-cuidado e o tratamento odontológico adquirem sentido quando vinculados à doença renal crônica e, em especial, ao transplante renal. Trabalhar de forma resolutiva foi uma condição "sine qua non", sendo que a resolutividade, inclusive com reabilitação protética, foi uma mediação para o auto-cuidado. Sugere-se trabalhar com a otimização dos tempos clínicos objetivando a alta e a constituição de centros de referência clínica para este grupo específico da população, com trabalho multi e interdisciplinar.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do exame CPOD inicial, na alta clínica e após três meses decorridos da alta clínica para os cinco pacientes que participaram da pesquisa, Porto Alegre, RS. 2001.....73

Gráfico 2 - Distribuição do exame CPOS inicial, na alta clínica e após três meses decorridos da alta clínica para os cinco pacientes que participaram da pesquisa, Porto Alegre, RS. 2001.....74

Gráfico 3 - Distribuição dos exames de IPV inicial, na alta clínica e após três meses decorridos da alta clínica para os cinco pacientes que participaram da pesquisa, Porto Alegre, RS. 2001....75

Gráfico 4 - Distribuição dos exames de ISG inicial, na alta clínica e após três meses decorridos da alta clínica para os cinco pacientes que participaram da pesquisa, Porto Alegre, RS. 2001....76

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente A no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.....	42
Tabela 2 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente B no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.....	46
Tabela 3 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente C no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.....	51
Tabela 4 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente D no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.....	55
Tabela 5 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente E no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.....	59
Tabela 6 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente F no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.....	70

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Resultado dos exames odontológicos de CPOD, IPV e ISG do conjunto de pacientes em estudo na pesquisa no exame clínico inicial, na alta clínica e após 3 meses da alta, Porto Alegre, 2001.....	72
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

- A.R.T. - Técnica de Restauração Atraumática
- B.U.N. - Nitrogênio Ureico Sangüíneo
- C.P.O.D. - Dentes cariados, perdidos e obturados
- C.P.O.S. - Superfícies dentárias cariadas, perdidas e obturadas
- D.C.E. - Depuração de creatinina endógena
- E.S. – Educação em Saúde
- F.E.P.A.B.E.M. – Federação Pan-americana de Faculdades de Medicina
- F.O.-U.F.R.G.S. - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- H.B. – Higiene bucal
- H.B.S. - Higiene bucal supervisionada
- H.C.P.A. - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- I.P.V. – Índice de Placa Visível
- I.R.A. – Insuficiência renal aguda
- I.R.C. – Insuficiência renal crônica
- I.S.G. – Índice de Sangramento Gengival
- M.E.C.L.I. – Método Clínico de Intervenção
- ml/min - mililitros por minuto
- O.M.S. – Organização Mundial da Saúde
- O.P.A.S. – Organização Pan-americana de Saúde
- ppm - parte por milhão
- P.T.H. - paratormônio
- R.A.P.- Raspagem, alisamento e polimento coronário

R.A.S.U.B. - raspagem e alisamento subgingival

R.S.B. – Reforma Sanitária Brasileira

S.U.S. – Sistema Único de Saúde

U.F.R.G.S.- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	I
AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO.....	III
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	IV
ÍNDICE DE TABELAS.....	V
ÍNDICE DE QUADROS.....	VI
LISTA DE ABREVEATURAS/ SIGLAS.....	VII
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivo Geral.....	2
1.2 Objetivos Específicos.....	2
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	3
2.1 Movimento Sanitário, Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde.....	3
2.2 Resgatando a Excelência do Método Clínico de Intervenção.....	7
2.3 A Insuficiência Renal Crônica e o Paciente Renal Crônico.....	9
2.4 Fisiologia Renal.....	12
2.5 Hemodiálise.....	13
2.6 Complicações da Insuficiência Renal Crônica.....	17
2.7 Doença Renal e Epidemiologia em Saúde Pública.....	21
2.8 A Saúde Bucal e o Paciente Renal Crônico.....	24
2.9 Odontologia Aplicada ao Paciente Renal Crônico.....	26
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	31
3.1. População alvo.....	31
3.2. Sessões e Procedimentos.....	32
3.2.1. Primeira sessão.....	32

3.2.2. Segunda sessão.....	34
3.2.3. Terceira sessão.....	35
3.3. Última sessão.....	36
4. RESULTADOS.....	37
4.1. Paciente A.....	38
4.2. Paciente B.....	43
4.3. Paciente C.....	47
4.4. Paciente D.....	52
4.5. Paciente E.....	56
4.6. Paciente F.....	61
4.7. RESULTADOS FINAIS DOS EXAMES ODONTOLÓGICOS DO CONJUNTO DOS PACIENTE QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA.....	71
5. DISCUSSÃO.....	77
5.1. O doente renal crônico.....	77
5.2. A construção da consciência sanitária e o auto-cuidado.....	80
5.3. As dificuldades no manejo odontológico dos pacientes no tratamento curativo/reabilitador.....	81
5.4. A aproximação da teoria da Reforma Sanitária brasileira à prática do S.U.S.....	82
6. CONCLUSÃO.....	84
7. SUMMARY.....	86
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
9. ANEXOS	
Anexo 01 – Termo de Consentimento Informado	
Anexo 02 – Ficha de Liberação Médica para Atendimento Odontológico	
Anexo 03 – Prontuário Odontológico utilizado na pesquisa	

1. INTRODUÇÃO

Constata-se uma defasagem entre a teoria da Reforma Sanitária Brasileira e a prática do Sistema Único de Saúde. (AKERMAN, 1996; BRAGA, 1998; GALLO, 1996). Tal distanciamento entre teoria e prática pode ser analisado e discutido em função de uma série de fatores conjunturais e estruturais.

Contudo, para o autor desse estudo o hiato entre o ideário da Reforma Sanitária e a prática do Sistema Único de Saúde, começou a adquirir visibilidade no convívio com pacientes hemodiálises que procuravam a faculdade de odontologia da U.F.R.G.S.. Esta vivência ocorreu em 1997, quando o autor cursava a disciplina Estágio em Saúde Pública I do curso de graduação em Odontologia, na qual eram atendidos pacientes em hemodiálise que procuravam a faculdade.

Ou seja, a falta de resolutividade e de integralidade da atenção, passou a ter uma voz, um olhar, uma face: a face do paciente hemodialisado com necessidades odontológicas mal, ou não resolvidas.

As dificuldades encontradas naquela ocasião, acrescidas das verificadas pelo autor enquanto cirurgião-dentista do setor público, ensejaram o estudo deste recorte da realidade: o manejo odontológico do paciente em hemodiálise.

Tomou-se como condição necessária, o enfrentamento da questão da resolutividade pautada na integralidade das ações, passando pelo resgate da excelência do método clínico de intervenção na área biomédica, como um todo, e na odontologia em particular. Avaliando a questão sob este prisma, questiona-se: como ser resolutivo, como trabalhar com integralidade,

como construir eficácia simbólica e consciência sanitária (CAMPAÑA, 1997) com estes pacientes, de forma que possam ter e manter a saúde bucal? Como aproximar teoria e prática para um grupo populacional bem específico : pessoas que fazem hemodiálise para sobreviver? Ou seja, pessoas para as quais o transplante renal faz parte da história natural da doença que os acomete. Para os quais, muitas vezes, o adoecimento da boca é fator impeditivo para o próprio transplante, objetivo último do paciente em hemodiálise.

1.1. OBJETIVO GERAL

Descrever o manejo odontológico no método clínico de intervenção do paciente com insuficiência renal crônica, em hemodiálise.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1. Descrever as dificuldades no manejo odontológico do paciente renal crônico, em hemodiálise, no tratamento curativo/reabilitador.

1.2.2. Descrever o manejo odontológico do paciente renal crônico, em hemodiálise, quanto a construção da consciência sanitária e ao auto-cuidado em relação à saúde bucal.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. MOVIMENTO SANITÁRIO, REFORMA SANITÁRIA E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O movimento sanitário remonta à década de 70, quando setores contra-hegemônicos da área da saúde, de instituições de ensino e pesquisa, passaram a questionar inicialmente, o conceito restrito de saúde, bem como, as bases filosóficas de explicação do mesmo : as ciências sociais positivistas. Instalou-se um processo de revisão crítica na área da saúde e, especialmente, quanto à medicina preventiva.(ESCOREL,1998; LUZ,1979; LUZ, 1991)

Em 1972 na Conferência de Cuenca, rejeitou-se o positivismo funcionalista, apontando suas insuficiências teóricas para analisar os problemas de saúde, principalmente em relação à questão da causalidade do fenômeno saúde-doença.(DONANGELO,1975; ESCOREL,1998)

Em 1975, "com as teses de Sérgio Arouca – 'O Dilema Preventivista' – e 'Medicina e Sociedade' de Cecília Donangelo, inicia-se uma teoria social da medicina, que havia rompido com a orientação da sociologia funcionalista norte-americana e aberto seu caminho alternativo através da medicina social inglesa, do estruturalismo francês e da sociologia política italiana. Com efeito, a Reforma Sanitária brasileira pretendeu adotar como modelo os pressupostos da Reforma Italiana de 1978. Contudo, a diversidade da dinâmica dos processos foi ressaltada pelo distanciamento de vínculos na base social, constituída de forma mais consistente na Itália do que aqui."(DONANGELO, 1976; ESCOREL,1998) "Essa teoria social da medicina tinha como

conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito de saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Iria se constituir uma nova teoria na qual, ao contrário do que ocorre no discurso preventivista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado, e sim investigado, principalmente em seus aspectos econômico e de processo de trabalho na procura da determinação dos fenômenos. Caiu por terra o modelo da história natural da doença e construiu-se o conceito de determinação; criticou-se violentamente a teoria de sistemas por compartilhar a visão positivista da sociedade composta por setores; questionou-se a neutralidade do planejamento difundido pela O.P.A.S. No campo teórico, então, iniciou-se a construção de um pensamento contra-hegemônico alicerçado fundamentalmente na visão histórico-estrutural da sociedade." (ESCOREL,1998)

Na década de 80, crescia e avançava o movimento sanitário que reunia as mais variadas categorias profissionais da área da saúde, intelectuais e setores organizados da sociedade civil, tendo como referencial o paradigma histórico-estrutural, a saúde coletiva, o conceito amplo de saúde e a democracia como condição necessária para a passagem do discurso à prática.(PAIM, 1985; PAIM,1989; PAIM,1990; PAIM, 1996)

Todo esse movimento apresentou um conjunto de propostas, de técnicas, de políticas que se formalizaram na Reforma Sanitária, com a grande inovação de que pela primeira vez na história da saúde do país se pretendia a construção de uma nova hegemonia, de um saber contra-hegemônico em saúde.(BERCHT, 1994; DONANGELO,1983) Portanto, lutou-se pela construção de um novo modelo de atenção à saúde e de organização dos serviços, por uma mudança de valores, por uma nova ética. (LUZ,1979; PAIM,1985; TEIXEIRA,1979; TEIXEIRA, 1989; TEIXEIRA,1993)

As discussões atingiram seu apogeu na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília. Foi o relatório da 8ª Conferência que embasou todo o texto sobre saúde da Constituição Brasileira de 1988.

Pode-se dizer que após a oitava conferência de saúde, o país saiu do movimento sanitário para entrar no processo da Reforma Sanitária, que a rigor, não terminou, pelo menos, enquanto processo social.(BERCHT, 1994; FIGUEIREDO,1996; LUZ,1991; RIVERA,1989; TEIXEIRA,1992; TESTA,1985; TESTA, 1989; TESTA,1995)

A Reforma Sanitária apregoou o conceito ampliado de saúde como resultante das condições sociais, a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, independente do vínculo trabalhista ou dos níveis de renda das pessoas.

O ideário da Reforma Sanitária estabeleceu como diretrizes gerais a universalização da atenção à saúde, a integralidade da atenção, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde, através da descentralização para os municípios da gestão do sistema de saúde, o controle social e a participação comunitária. Ao mesmo tempo, buscou-se o reconhecimento da saúde como questão de relevância pública.(GERSCHMAN & VIANNA, 1997)

Foi com a Constituição de 1988, a chamada constituição cidadã, que o Sistema Único de Saúde ganhou um arcabouço jurídico e legal, concretizando e garantindo legalmente os princípios da Reforma Sanitária Brasileira.

Há um consenso de que as diretrizes teóricas da Reforma Sanitária são exemplares e que devam ser mantidas. Por outro lado, como o S.U.S. representa o lado prático da Reforma , há uma grande preocupação no sentido de que a construção do S.U.S. avance e passe a responder pela saúde da população.

O sucesso do S.U.S. , será o sucesso dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira.

Passar da teoria para a prática, ou seja, implantar e implementar princípios, normas, técnicas, mudanças administrativas, sempre gera dificuldades. Nesse sentido, concorda-se com Testa (1985) quando este diz que “ é necessário constituir sujeitos sociais que possam dar conta dos novos desafios impostos pela realidade, buscando diminuir a distância entre o ideal definido ou redefinido social e historicamente e aquela realidade.”

O hiato entre teoria e prática, entre o discurso da Reforma Sanitária e a prática do S.U.S., além de poder ser analisado sob uma perspectiva gerencial, de racionalidade administrativa, de financiamento, tamanho e papel do Estado, dentre outras, deve ser contextualizado. Ou seja, em que contexto o S.U.S. distancia-se dos princípios da Reforma Sanitária, em especial quanto à resolutividade e integralidade das ações? A resposta é: "em um contexto em que sobram evidências do descaso para com os serviços e atividades do setor público no Brasil."(FIGUEIREDO, 1996; GALLO, 1995)

Assim, como construir um sistema de saúde, nos moldes do S.U.S. em um contexto no qual “ se registra um importante embate no plano mundial em torno do estabelecimento de uma nova ordem internacional que responda as questões colocadas por uma economia globalizada?”(FIGUEIREDO, 1996; GALLO, 1996)

Analisa-se a prática do S.U.S., em um contexto em que o próprio sistema único foi o resultado do confronto entre dois modelos de produção de saúde: o neoliberal e o da Reforma Sanitária.(GALLO & NASCIMENTO, 1992)

Em essência, como implementar um sistema de saúde que para passar do discurso à prática, necessita de um projeto de democracia inclusiva, de um Estado capaz de acolher a cidadania, em um momento sócio-histórico no qual o “enfrentamento dá-se basicamente entre um projeto neoliberal e um projeto de democracia inclusiva que difere substancialmente no modo de olhar o papel do Estado e do mercado na realização do interesse público. O que tem rebatimentos históricos, atuais e importantíssimos na definição de políticas públicas e na reforma do Estado".(GALLO, 1995; GALLO, 1996)

Na perspectiva de redução da distância entre o discurso da Reforma e a prática do S.U.S. é que cabe a busca por ações capazes de dar um valor positivo e um sentido concreto à Reforma Sanitária.

Sem desconsiderar aspectos como gerenciamento, racionalidade administrativa, vontade política e outros acredita-se que tudo o que puder ser buscado no sentido de conferir resolutividade ao Sistema Único de Saúde, deva ser buscado. Até porque a resolutividade é fator de legitimação deste sistema e do seu ideário.

Diante de tais circunstâncias, e tendo em vista que já há um acúmulo de conhecimento científico capaz de definir possibilidades de interferência técnica e política consentâneas com os princípios da Reforma Sanitária tem-se que, investir na excelência do método clínico é um dos aportes para a construção do S.U.S..(BERCHT, 1997)

2.2. RESGATANDO A EXCELÊNCIA DO MÉTODO CLÍNICO DE INTERVENÇÃO

A expressão método clínico foi inicialmente utilizada por Rita B. Barata (1985;1997) como contraponto ao método epidemiológico de intervenção.

A grande característica do método clínico é a individualidade, a singularidade da atenção.(FOUCAULT, 1977)

O movimento sanitário e a própria Reforma Sanitária, criticaram duramente a redução do ato médico ao ato clínico. Ou seja, a idéia de que somente poderíamos resolver os problemas de saúde da população através de atos clínicos, que por si só, descartaria a possibilidade de realizar-se prevenção no seu conceito ampliado.(BERCHT, 1994)

Em função disso, o exercício clínico como um todo, ficou mal visto; as soluções que passassem pelo método clínico ficaram desacreditadas. Porque eram tidas como sinônimos de atividades pontualmente curativas, mutilatórias e etc.(BERCHT, 1997)

Focault (1977) refere que “todo o olhar dos profissionais de saúde estaria marcado pela estruturação do saber clínico: os olhares se somente clínicos estariam automaticamente viesados por uma certa ótica caolha.”

Tomando emprestado o pensar de Gastão Wagner (CAMPOS, 1991; CAMPOS, 1994; CECÍLIO, 1994), referindo-se “a cadeia de significantes da clínica e aplicando Lacan à análise da prática social – a relação médico paciente seria sempre o encontro de um objeto, o doente reduzido pela clínica a um substrato para a doença com outro objeto, o pobre médico que é condenado a repetir um comportamento estereotipado. Uma coisa com outra, relação física ou química? Humana quando?”

Tudo isso foi gerando uma falsa dicotomia entre método coletivo e clínico de intervenção. Há que se referir que os métodos têm lógicas internas distintas, mas não excludentes. A falsa excludência é fruto de uma compreensão equivocada do próprio conceito de integralidade* da Reforma Sanitária.

Assim, para se produzir saúde é impossível trabalhar só no método coletivo, sem o auxílio da referência clínica, como o é atuar só no método clínico, sem atuar no coletivo.

Portanto, quando se aborda o resgate da excelência do método clínico, pressupõem-se que possamos fazê-lo enquanto método. Ou seja, re-estruturando saberes, atos clínicos, dentro de uma determinada lógica, na qual o outro, enquanto paciente seja o centro da busca de solução, não enquanto corpo biológico somente, mas enquanto ser humano, social e historicamente inserido.(DUARTE & LEAL, 1998)

Assim, é necessária toda a atenção para com o clínico, o cuidador porque ele é o agente de construção da excelência do próprio método.

Qual o papel desse cuidador, como ele entende o método clínico, quanto sabe das possibilidades deste?(JUNQUEIRA & AUGÉ, 1996)

* A integralidade neste estudo, é tida como uma disposição no sentido da busca e elaboração de práticas que superem as dicotomias entre: preventivo e curativo; individual e coletivo; meios e fins: e social e ambiental.(CAMPOS.1994)

O clínico, o cuidador no exercício do método é o grande articulador da integralidade das ações para a persona/paciente, buscando resolver problemas e evitando que outros ocorram. De fato, temos o clínico, na perspectiva do outro, não como escravizador, subjugador, mas como aquele que incita ou intima o sujeito a ser, participa da construção do paciente sujeito.(MALIK, 1996)

Assim o cuidador deveria saber que “ faz parte da excelência do método clínico em saúde pública e de qualquer processo terapêutico, todo o esforço para aumentar a capacidade de autonomia do paciente, para melhorar o seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social".(CECÍLIO,1994)

Na atenção odontológica ao paciente nefrológico em hemodiálise, a questão torna-se crucial. E isso ocorre pela importância imediata da saúde bucal para a manutenção da saúde como um todo.

A busca da excelência do método clínico é , portanto, intermediada por uma série de conceitos dentre os quais, destacamos o conceito ampliado de cura, a resolutividade e a integralidade da atenção.(CANGUILHEM,1982; FERREIRA,J. 1993; FERREIRA, J. 1998; SCHRAIBER & NEMES,1996)

2.3 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E O PACIENTE RENAL CRÔNICO

A insuficiência renal crônica é uma síndrome cujos sinais e sintomas decorrem da perda progressiva e geralmente irreversível da função renal de depuração ou seja da filtração glomerular. (HARRINGTON, 1997) O termo paciente renal crônico relaciona-se aquele que apresenta perda de função renal grave ou mesmo terminal irreversível que necessita terapias renais substitutivas. A taxa de filtração glomerular é deduzida de maneira aproximada, na prática

médica, pela medida da depuração da creatinina endógena (D.C.E.). Este método laboratorial serve para diagnosticar a perda de função renal.(KASISKE & KEANE, 1996; WALLACH, 1998) O paciente dito renal crônico é aquele que apresenta a grau severo, grave até mesmo terminal em relação ao rim da diminuição da função renal. Cabe esclarecer que na expressão insuficiência renal terminal o termo “terminal” é em relação a função renal. O renal crônico muitas vezes tratado por “urêmico” é aquele que na semiologia clássica apresenta “uremia”. Na prática, uremia ou síndrome urêmica, refere-se ao complexo de sinais e sintomas associados as anormalidades fisiopatológicas decorrentes da falta do funcionamento – insuficiência - renal grave.(HARRINGTON, 1997) Logo, uremia não é somente “uréia alta no sangue”.

As manifestações clínicas são consequência da redução progressiva da filtração e podem estar superpostas outras manifestações associadas às doenças que evoluem na sua história natural com redução progressiva da filtração glomerular.

As doenças que mais levam à insuficiência renal crônica terminal são a doença renal hipertensiva e doença renovascular, glomerulonefrites, diabete mérito, nefrites intersticiais crônicas, doença renal policística do adulto, doenças urológicas, mal formações congênitas e doenças hereditárias e outras causas de menor frequência.(THOMÉ & BARROS, 1999)

A fisiopatologia do dano renal é variado. A isquemia renal e alterações da hemodinâmica glomerular decorrentes da hipertensão glomerular e hiperfluxo é o que prevalecerá na nefrosclerose hipertensiva que acompanha a hipertensão arterial sistêmica.(ANDERSON & MEYER,1997; BREGMAN,1992; KLAHR, SCHREINER & ICHIKAWA; NEURINGER & BRENNER,1993) No diabete mérito o dano também decorre da hipertensão e hiperfluxo intraglomerular.(KLAHR, SCHREINER & ICHIKAWA ; NEURINGER & BRENNER,1993) Mecanismos imunológicos envolvendo reações anticorpo-antígeno, produção de imunocomplexos circulantes com depósitos intrarenais, formação de imunocomplexos no rim e reações envolvendo reações celulares no glomérulo são as causas de diminuição da taxa de

filtração glomerular por dano glomerular direto que acompanham as glomerulonefrites e vasculites.(KLAHR, SCHREINER & ICHIKAWA) A obstrução ao fluxo urinário, ou seja, fatores urodinâmicos, é o que causa perda de função renal na uropatia obstrutiva, no refluxo vésico-ureteral e urolitíase. Outros fatores são: infecção – pielonefrite crônica e tuberculose -, nefrotoxicidade direta – nefropatia por analgésicos e nefropatias túbulo-intersticiais por drogas ou metais- e fatores congênitos – doença renal policística, refluxo vésico-ureteral e glomerulopatias hereditárias.

No início da perda de função renal as manifestações clínico-laboratoriais são mínimas ou ausentes. Prevaecem os sinais e sintomas das doenças de base que provocam a perda de função renal.(BREGMAN, 1992; PEI, HERCZ & GREENWOOD, 1992) Por isso a importância, em termos de prevenção do dano renal, da vigilância em relação a identificação laboratorial da perda de função renal durante o diagnóstico, evolução e tratamento das doenças crônico degenerativas em geral e das doenças renais específicas.

Freqüentemente os pacientes procuram atendimento nefrológico encaminhados dos assistentes de outras especialidades quando além das manifestações progressivas das doenças de base superimpõe-se manifestações de insuficiência renal crônica. Noutras circunstâncias os pacientes procuram atendimento na própria especialidade quando o motivo da consulta está relacionado a doenças renais podendo já haver quadro clínico relacionado a fases mais avançadas da insuficiência renal. Laboratorialmente isto é relacionável com medidas de taxa de filtração glomerular inferiores a 25 ml/min.(HARRINGTON,1997; THOMÉ & KAROHL, 1999)

Com a progressão da perda de função renal as conseqüências metabólicas geram manifestações multissistêmicas. Pode ocorrer uma sintomatologia variável porém progressiva. Os sinais e sintomas que mais surgem como queixas durante a avaliação destes pacientes são: noctúria, poliúria, oligúria, edema, hipertensão arterial sistêmica, fraqueza, fadiga, adinamia, anorexia, náuseas, vômitos, insônia, palidez cutânea, miopatia proximal, dismenorréia,

amenorréia, déficit cognitivo e da atenção, confusão mental, sonolência e até mesmo o coma.(HARRINGTON, 1997; THOMÉ & GONÇALVES, 1999)

2.4 FISILOGIA RENAL

Segundo as antigas investigações e seguindo uma lógica Cartesiana concluiu-se que os rins eram os responsáveis pela formação da urina. Por trás desta singela observação e às custas de intensos estudos e investigações posteriores pode-se concluir que a fisiologia renal é um tanto complexa para um fim tão simplificado como formar a urina, um produto final metabólico. Esta observação não era conclusiva. No entanto sua disfunção era percebida como catastrófica.

Uma das funções dos rins, talvez a principal, é a de manter a homeostasia interna, ou seja, ele mantém o equilíbrio do meio interno.(HERBERT & KRIZ, 1997; REBOUÇAS & CASSOLA, 1995; TISHER, 1996) Através do controle da volemia, da osmolaridade, da concentração eletrolítica e de íons hidrogênio do intravascular ele permite a constância das propriedades bioquímicas do interstício e do intracelular. A alimentação e o metabolismo celular criam a necessidade da regulação de vários elementos que serão incorporados ao conteúdo intravascular. Caberá aos rins a eliminação dos excessos, dos produtos não voláteis do metabolismo do nitrogênio, como uréia, amônia, creatinina e de toxinas exógenas e endógenas. Desta maneira os rins eliminarão os excessos e pouparão tudo aquilo que se fizer necessário para manter a constância do meio interno através do controle da filtração glomerular, da auto regulação do fluxo sanguíneo renal , das ações tubulares proximais e distais e dos mecanismos de concentração e diluição urinárias.

Os rins relacionam-se com uma série de hormônios e peptídeos.(HERBERT & KRIZ,1997; REBOUÇAS & CASSOLA, 1995; TISHER,1996) Eles produzem e secretam a

renina, angiotensina e prostaglandinas que estão envolvidas diretamente na regulação da hemodinâmica renal e sistêmica. A eritropoetina, hormônio estimulador da eritropoese é produzido no rim. O calcitriol, metabólico ativo da vitamina D é produzido no rim. Muitos peptídeos e hormônios são catabolizados no rim, como é o caso da insulina, que na insuficiência renal tem sua meia vida aumentada. Durante o jejum prolongado ele está envolvido na síntese de glicose por gliconeogênese.

Nos rins atuam vários hormônios produzidos em outros sítios. É o caso do hormônio da paratireóide (paratormônio), envolvido no transporte tubular de cálcio e fósforo; do hormônio antidiurético, responsável pelo transporte de água livre e o hormônio atrial-natriurético que é responsável pela excreção de água e sódio.(TISHER, 1996)

A medida que os rins perdem massa funcionante em decorrência de várias doenças sejam elas multissistêmicas, crônicas e degenerativas, inflamatórias, infecciosas, herdadas, a insuficiência renal se estabelece. Insidiosamente as várias funções renais vão diminuindo até um ponto onde o diagnóstico sindrômico é estabelecido.(THOMÉ & GONÇALVES, 1999)

2.5 HEMODIÁLISE

Em 1854 , Thomas Grahm estudando propriedades físico-químicas de solutos e solventes descreveu os conceitos básicos de difusão e osmose.(LAZARUS, DENKER & OWENJR, 1996; THOMÉ & KAROHL, 1999) Naquela época percebeu que tais descobertas eram importantes e que provavelmente teriam algum fim médico no futuro. Estes conceitos somente foram aplicados para tratamento da uremia no primeiro quarto do século XX quando em 1918 Ganter realizou a primeira diálise peritoneal e em 24 horas realizou a primeira hemodiálise. Somente na década de 60, após a obtenção de acessos vasculares adequados é que se entrou numa nova era

do tratamento dialítico crônico ambulatorial. A partir de então, na década de 80, com os avanços técnicos de bioengenharia criou-se novos rins artificiais que permitiram melhores sobrevidas aos renais crônicos, com mais segurança nas terapias renais substitutivas, permitindo a estruturação de programas de transplantes renais doadores cadáver e vivos.

A diálise é um processo físico-químico que envolve difusão, osmose e ultrafiltração onde os solutos e solventes que transitam numa membrana semi-permeável são os protagonistas.(LAZARUS, DENKER & OWENJR, 1996; THOMÉ &KAROHL, 1999) Na prática o sangue sai do paciente através de uma circulação extracorpórea envolvendo um fluxo sanguíneo adequado para que se estabeleça trocas num filtro hemodializador constituído de fibras ocas de material semi-permeável e biocompatível. No rim artificial com monitores, controles e sistemas automáticos, um banho de diálise é preparado para que, do outro lado da membrana, passe e efetive as trocas que resultarão em depuração daquele sangue que chegou até o filtro capilar hemodializador. O principal mecanismo de depuração é difusão na qual há movimento de solutos seguindo gradientes de concentração. O sangue do paciente urêmico apresenta concentrações elevadas de uréia, potássio e fósforo e o banho de diálise que está do outro lado da membrana não. Logo, durante o processo hemodialítico, estas substâncias passarão para o banho de diálise depurando o paciente destas substâncias. Já substâncias, que devam ser incorporadas pelo paciente, como o cálcio e o bicarbonato passarão do banho à corrente sanguínea deste. O processo também envolve outros fenômenos como a ultrafiltração que é a remoção de líquido por gradiente de pressão hidrostática ou a osmose que é a remoção de solvente através da membrana impermeável ao soluto utilizando pressão osmótica através da membrana semi-permeável. Isto é particularmente importante na remoção de água livre, pois estes pacientes geralmente não têm diurese e apresentam-se congestos. Hemofiltração também ocorre em muito menor escala e é outro fenômeno presente no qual solutos são removidos por convecção, dragadas pelo fluxo hídrico colaborando com sua depuração.

Complicações podem ocorrer durante o programa dialítico. Elas podem ser classificadas em médicas ou técnicas.(THOMÉ & KAROHL, 1999) As complicações médicas cardiovasculares são a hipotensão transdiálise, arritmias e isquemia miocárdica secundárias a depleção de volume ou neuropatias. Ocorrem também complicações relacionadas ao acesso vascular como trombose, infecção , acidentes de punção com formação de hematomas entre outras. Há também complicações pulmonares como a hipoxemia do início da diálise; neurológicas como a cefaléia e a síndrome do desequilíbrio que acarreta edema cerebral e decorre da diferença de tempo na transferência de uréia do sistema nervoso central para o sangue; e finalmente as hematológicas como a leucopenia do início da sessão de diálise. Outras complicações de fisiopatologia variável são: câibras, hipertensão transdiálise, náuseas, vômitos, cefaléia, dor torácica, dor lombar, prurido e agitação psicomotora.

As complicações técnicas estão relacionadas a erros humanos ou problemas com equipamentos. Elas são a embolia aérea decorrente da entrada de ar no sistema por perda de continuidade do mesmo, coagulação do sistema, alterações na condutividade-osmolaridade do banho de diálise, hiperaquecimento do sistema de aquecimento do dialisado, hemólise por ação de agentes oxidantes e redutores, por trauma mecânico e finalmente reações pirogênicas e bacteremias.

A hemodiálise é um método eficiente no tratamento da insuficiência renal crônica terminal.(SESSO, STÀBILE & DRAIBE, 1987) No entanto as características do método, seu alto custo e avaliação quanto a sua eficiência em resgatar os pacientes para o cumprimento de seus papéis sociais fazem-nos refletir a respeito das opções terapêuticas. O objetivo terapêutico geral deveria ser o transplante renal nos casos em que ele não é contra-indicado.

“Entretanto, o transplante acaba sendo desejado, pois o período de hemodiálise é descrito pelos pacientes já transplantados como época de muito sofrimento, angústia, aprisionamento a máquina e dependência.”(BORGES, 1995; BORGES, 1998)

“O ingresso na hemodiálise é reconstruído, em qualquer ocasião, como momento dramático, no qual o paciente realmente percebe a doença tida até então como situação passageira. Quase sempre constitui evento inesperado, que submete a ordem cotidiana à condição da doença renal irreversível e a dependência de uma máquina. Tendo convivido por vários meses com pacientes em hemodiálise, pôde-se observar que, entre aqueles que estavam a menos de um ano sob esse tratamento, era comum a idéia de que o rim poderia voltar a funcionar, portanto o transplante ainda não configurava projeto concreto. A idéia de se submeter a um transplante vai sendo construída lentamente pelos pacientes. Esta cirurgia é sempre vista como “última alternativa”, ou seja, o que predomina constantemente nesse período é a esperança de não ter que necessitar de tal procedimento. Nos primeiros meses de hemodiálise, os pacientes têm a expectativa de obter cura mágica ou religiosa e são constantes as buscas por curas alternativas que possam evitar ou encurtar o tempo de hemodiálise, percebido como elemento desordenador da vida do sujeito. Com a continuidade da hemodiálise e a confirmação da irreversibilidade da doença, o enfermo sofre profundas modificações, reconstruindo sua própria identidade social durante essa trajetória. Após alguns meses nesse constante convívio hospitalar, ele passa a ver-se como paciente terminal que necessita da máquina para viver. Os horários, o trabalho e até as relações familiares se reorganizam, de forma a adaptar-se à relativa qualidade de vida que essa situação propicia. O espaço hospitalar, entretanto, apresenta-se como local privilegiado para pensar a doença, pois ele permanece, em constante processo de interação, uma equipe de profissionais da saúde – médicos, enfermeiros, atendentes, auxiliares e técnicos das máquinas de hemodiálise - , além de inúmeros outros doentes com diversificadas condições gerais de saúde, com ou sem possibilidade de transplante. É nesse âmbito que cada paciente encontra “tempo” para refletir sobre sua condição, e é em consequência dessa situação de interação e de reflexão que a possibilidade de vir a submeter-se a transplante, seja de cadáver, seja de vivos, vai sendo construída.”(BORGES, 1995; BORGES, 1998)

“Durante esse período de convívio hospitalar e de doença, o paciente questiona uma série de valores, pois a situação passa a ser vista como aprendizado de vida, um tempo privilegiado para refletir e mudar. Nesse sentido, o tempo ali despendido que pode ser considerado “morto” em relação ao trabalho, pois é o não-trabalho, adquire outro valor, pois é tempo de aprender com as experiências dos outros doentes – inclusive, com as crianças que fazem hemodiálise- e de mudar valores e hábitos.” (BORGES, 1995; BORGES, 1998)

2.6 COMPLICAÇÕES DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

São muitas as complicações associadas à insuficiência renal crônica. As principais são a doença óssea e articular, a anemia e as alterações neurológicas por produzirem maior grau de incapacidade funcional relacionada a proposta reabilitadora do paciente como um todo.(HARRINGTON, 1997; THOMÉ & KAROHL, 1999) No entanto todos os sistemas são comprometidos e todos, de alguma maneira, colaboram com uma incapacidade global.

As alterações do sistema nervoso central são a encefalopatia urêmica, encefalopatia da diálise e alterações psíquicas, enquanto as do sistema nervoso periférico, a neuropatia periférica, disfunção autonômica e de nervos cranianos. A anemia é uma das complicações do sistema hematopoiético bem como as alterações da coagulação sangüínea.

Outras manifestações são: a) Sistema Cardiovascular: pericardite urêmica, miocardiopatia, congestão circulatória com insuficiência cardíaca e hipertensão arterial secundária; b) Sistema Respiratório: "pulmão urêmico" e pleurite urêmica; c) Sistema Digestivo: estomatite, esofagite, doença péptica, sangramentos digestivos secundários, distúrbios da motilidade gástrica, pancreatite, e ascite; d) Distúrbios Endócrinos/Metabólicos: hiperglicemia, hipoglicemia, hiperinsulinismo, resistência periférica à insulina, dislipidemias, distúrbios no

metabolismo dos aminoácidos, proteínas e hormônios tireóideos, diminuição da libido, impotência, ginecomastia, oligoespermia, atrofia testicular, amenorréia, menorragia, abortos espontâneos; e) Alterações Cutâneas: xerose, prurido, prurigo, alopecia, oncodistrofias, necrose cutânea.

As alterações odontológicas não são descritas comumente na literatura médica especializada. Elas provavelmente estão relacionadas à doença osteoarticular. A doença óssea da insuficiência renal crônica é referida como osteodistrofia renal que é basicamente dividida em doença óssea de alto ou baixo remanejamento.(DRÜEKE, 1995; MALLUCHE & FAUGERE, 1990; THOMÉ & KAROHL, 1999)

A doença óssea de alto remanejamento é representada pela osteíte fibrosa ou hiperparatireoidismo secundário.(COBURN & SLATOPOLSKY, 1991; DRÜEKE, 1995) No hiperparatireoidismo secundário à insuficiência renal crônica há uma produção aumentada de paratormônio. Este aumento de produção está relacionado a hipocalcemia, hiperfosfatemia, diminuição dos níveis de vitamina D ativa (calcitriol), resistência óssea à ação do paratormônio e diminuição do metabolismo do P.T.H. relacionado ao estado urêmico. O surgimento de uma nova regulação do limiar do estímulo à produção de hormônio pela paratireóide observado pelo aumento do nível sérico de cálcio necessário para a supressão da produção do hormônio e a proliferação das células das paratireóides também são fatores relacionados à glândula envolvidos na origem do hiperparatireoidismo secundário.

As doenças ósseas de baixo remanejamento incluem a osteomalácia e a doença óssea adinâmica.(COBURN & SLATOPOLSKY, 1991; DRÜEKE, 1995; THOMÉ & KAROHL, 1999) Na osteomalácia encontramos dois fatores associados: a deficiência de vitamina D ativa e a toxicidade óssea pelo alumínio. A deficiência de vitamina D ativa produz déficit de mineralização óssea. A hipocalcemia e/ou hipofosfatemia persistentes também podem levar à

osteomalácea. Na toxicidade pelo alumínio o que ocorre é o depósito deste metal na borda de mineralização óssea prejudicando o remanejamento do osso.

A doença óssea adinâmica está relacionada com um nível normal ou baixo de paratormônio e caracteriza-se na redução da formação óssea bem como o seu remanejamento. Os principais fatores relacionados a sua ocorrência são a deposição de alumínio nos ossos e nas paratireóides, uso de doses elevadas e prolongadas de derivados da vitamina D e carbonato de cálcio no tratamento do próprio hiperparatireoidismo e também níveis elevados de cálcio usados em banhos de diálise. O uso de corticosteróides, a presença de diabete mérito e a idade avançada do paciente também são fatores relacionados. (COBURN & SLATOPOLSKY, 1991; DRÜEKE, 1995)

Na insuficiência renal crônica existe a chamada doença óssea mista que combina achados de osteíte fibrosa e osteomalácea. Ela pode representar um estado de transição entre doença óssea com alto e de baixo remanejamento como a doença adinâmica e osteomalácea. Ela pode estar associada a depósito de alumínio no osso ou pelo hiperparatireoidismo acompanhado de hipocalcemia e hipofosfatemia em sua evolução. Ele também é observado em pacientes com osteomalácea por alumínio em tratamento com deferoxamina. (COBURN & SLATOPOLSKY, 1991; DRÜEKE, 1995)

Clinicamente os achados são bastante inespecíficos para que se possa definir um ou outro tipo de alteração. Geralmente a osteíte fibrosa evolui com periartrite, deformidade óssea, prurido e calcificações metastáticas. Já na osteomalácea observamos mais a ocorrência de dor óssea, fraturas e atrofia muscular proximal. Radiologicamente observamos erosão subperiosteal, esclerose e aumento da densidade óssea no hiperparatireoidismo. Pseudofraturas e fraturas são mais freqüentes na osteomalácea. O diagnóstico do tipo de lesão óssea é obtido através de biópsia óssea com dupla marcação por tetraciclina. (COBURN & SLATOPOLSKY, 1991; DRÜEKE, 1995)

Além da biópsia óssea, que é o padrão ouro diagnóstico da osteodistrofia renal da insuficiência renal crônica, outros exames laboratoriais podem auxiliar como a dosagem sérica de paratormônio, cálcio, fósforo, alumínio e fosfatase alcalina. (PEI, HERCZ & GEENWOOD, 1992; DE BROE, D'HAESE & VAN DER VYVER, 1988; DE BROE, 1993) O teste da deferoxamina também pode ser útil para o diagnóstico da doença óssea por alumínio.

O tratamento da osteodistrofia renal e hiperparatireoidismo secundário inclui o controle rigoroso do fósforo sérico com restrição de fósforo na dieta e uso de quelantes intestinais.(FELSENFELD, 1997; FOURNIER, 1995; HSU, 1997; MARTINEZ et al, 1997) Preferencialmente devem ser prescritos quelantes a base de cálcio como o carbonato de cálcio e acetato de cálcio. O hidróxido de alumínio apesar de muito eficiente e indicado para o uso temporário e nos casos de produto cálcio-fósforo maior que 70 deve ser evitado pelo seu conteúdo de alumínio e envolvimento com a gênese da própria doença. Outras formas de tratamento são: suplementação adequada de cálcio , uso de análogos hidroxilados da vitamina D, prescrição individual do conteúdo cálcico do dialisado, controle do alumínio nas medicações e no tratamento da água para uso em diálise, correção da acidose e do paratireoidismo nos casos selecionados.

A artropatia da diálise clinicamente se manifesta por artropatia difusa com artrite e periartrite, edema de partes moles e tendinite.(THOMÉ & KAROHL, 1999) O envolvimento visceral pode ocorrer em muitos casos. Ao exame radiológico observa-se diminuição do espaço articular e até destruição articular. O ultrassom de articulações pode revelar espessamento de cápsula articular e envolvimento tendinoso com depósito amilóide. Pode ser observado também depósitos ecogênicos entre grupos musculares. A biópsia de estruturas afetadas é definitiva em termos diagnósticos quando as lesões têm coloração positiva para o vermelho Congo.

Ela é observada em pacientes em programa dialítico por mais de 5 anos e tem correlação com a biocompatibilidade das membranas utilizadas no processo hemodialítico. Na diálise a

interação sangue-membrana hemodializadora é considerada como um processo inflamatório crônico sendo que a ativação do sistema imune levaria ao aumento da formação de Beta 2 microglobulina. Por outro lado a fisiopatologia também estaria relacionada a baixa depuração de Beta 2 microglobulina por membranas com menos capacidade de depurar certos tipos de moléculas.

A artropatia da diálise não restringe-se somente ao paciente em hemodiálise. Ela é observada também em pacientes em diálise peritoneal. Este fato faz correlacionar a ocorrência da artropatia com outro mecanismo que não envolva qualitativamente as membranas utilizadas no processo hemodialítico. Fatores que levam a deposição de substância amilóide Beta 2 microglobulina em estruturas ósseas e tecidos moles periarticulares estariam envolvidos como é o caso dos produtos finais da glicosilação e a ação de proteases e/ou seus inibidores.

Durante o atendimento odontológico de pacientes renais crônicos em terapia renal substitutiva no Hospital Nossa senhora da Conceição pôde-se observar que os mesmos apresentavam alterações do tipo aumento de volume da gengiva, gengivite, ulcerações na cavidade bucal, formação de pseudomembranas de mucosa bucal e gengivas, cálculo dental e periodontite. Há também a observação de cálculos em paratireóides e mesmo parotidite.

Considerando que a estrutura dentária envolve osso e partes moles adjacentes, provavelmente os achados descritos tenham correlação com a fisiopatologia da osteodistrofia renal da insuficiência renal crônica e a artropatia e amiloidose da diálise.

2.7 DOENÇA RENAL E EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA

O custo social das doenças renais é desproporcional à sua incidência e tem sido crescente em particular no seu aspecto econômico.(THOMÉ & BARROS, 1999) As terapias renais

substitutivas e o transplante renal têm por objetivo resgatar o paciente ao cumprimento de seus papéis sociais. No entanto as dificuldades gerais do sistema de saúde e previdenciário dificultam o pleno alcance deste objetivo.(SESSO, STÀBILE & DRAIBE, 1987)

Como as doenças renais são menos incidentes, não se costuma considerar relevantes a mortalidade e a morbidade associadas a estas em relação a outras de interesse em saúde pública. No entanto o gasto anual específico em terapias renais substitutivas financiado pelo Sistema Único de Saúde (S.U.S.) supera os 400 milhões de dólares anuais.(SESSO, STÀBILE & DRAIBE, 1987) Atualmente evidencia-se uma restrição crescente aos gastos com o tratamento da insuficiência renal crônica por paciente. Apesar disto o gasto total vem crescendo em decorrência do aumento significativo da população em diálise.

Na década de 80, a incidência situava-se ao redor de 80 a 90 pacientes por milhão de habitantes por ano no Rio Grande do Sul.(THOMÉ & BARROS, 1999) Já em 1993 demonstrou-se uma incidência de 127 pacientes por milhão por ano. De 1996 para 1997 a população em diálise aumentou cinco vezes mais do que o que seria previsto pelo aumento populacional. A população de pacientes iniciando programas de terapias renais substitutivas tem modificado.(SESSO, STÀBILE & DRAIBE, 1987) A idade média dos pacientes que iniciam diálise vem aumentando. A presença de co-morbidades é maior. As principais causas de insuficiência renal crônica terminal têm alternado em termos de incidência entre si sendo lideradas pela doença renal hipertensiva e doença renovascular e diabetes mérito deixando para trás as doenças próprias dos rins. O significado disto é que pacientes estão iniciando programa dialítico com uma idade maior e com mais comprometimento multisistêmico estando associado a uma maior mortalidade por complicações cardio e cerebrovasculares.(THOMÉ & BARROS, 1999) O impacto da mudança do perfil da população que ingressa em diálise nos gastos em saúde ainda não é conhecido. Seria de questionar se a mudança da epidemiologia relacionada as causas de insuficiência renal crônica terminal tem relação com o aumento da sobrevivência da

população em geral ou com os cuidados em relação as doenças crônicas degenerativas, que tem os rins como mais um órgão alvo, e talvez o mais resistente na economia do paciente. (SESSO, STÀBILE & DRAIBE, 1987)

O estudo da prevalência nas várias regiões do Brasil demonstrou números diferentes comparando-se as várias regiões.(SESSO, STÀBILE & DRAIBE, 1987; THOMÉ & BARROS, 1999) Enquanto a prevalência na região Norte em 1997 era de 41 pacientes por milhão (ppm), na região sudeste era de 254 ppm. A conclusão que chegamos é que a diálise ainda não é oferecida a todos no Brasil e que praticamente $\frac{1}{4}$ dos pacientes que necessitam de diálise no Brasil não têm acesso ao tratamento.

Atualmente observamos que não há um equilíbrio entre entrada de pacientes em diálise e mortalidade.(THOMÉ & BARROS, 1999) A mortalidade de pacientes em terapia renal substitutiva situa-se entre 30 e 40 por milhão de habitantes por ano no Brasil e é menor que a incidência de insuficiência renal crônica terminal. Apesar de alta ela é semelhante a observada nos Estados Unidos. Nos últimos anos, com a edição de uma série de portarias ministeriais revisando e regulamentando esta forma de tratamento oferecido pelo S.U.S., apesar da inexistência de contrapartida econômica de pagamento aos prestadores de serviço, acredita-se que a mortalidade diminuirá com a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos em terapia renal substitutivas podendo aproximar-se da européia e da japonesa.

Estudos sobre o custo-efetividade do tratamento da insuficiência renal crônica terminal demonstraram que o transplante renal não só é a alternativa mais barata mas também é a que propicia melhor reabilitação e qualidade de vida.(SESSO, STÀBILE & DRAIBE, 1987) Como a diálise o custo do transplante é alto. Os problemas do transplante não restringem-se somente na área de captação de órgãos, pois se analisarmos a incidência de mortes cerebrais e eletividade de potenciais doadores concluiremos que ocorrem muito menos abordagens solicitando órgãos do que é esperado. Conclui-se então que o incentivo oferecido ao transplante não é suficiente para

colocá-lo em primeiro lugar como forma de tratamento àqueles pacientes que podem recebê-lo. Não há preço para salvar uma vida porém, ações de saúde têm custos.

A taxa de transplantes no Brasil é baixa, não tem crescido e fica em torno de 11%. Somando-se à baixa taxa de transplantação uma taxa de insucesso média de 20 % conclui-se que o transplante renal não tem colaborado muito para a solução da insuficiência renal crônica terminal no Brasil.

O resultado final das entradas e saídas em tratamento dialítico, seja por transplante, ou relacionada a mortalidade é o de um aumento crescente da população em diálise.(SESSO, STÀBILE & DRAIBE, 1987; THOMÉ & BARROS, 1999) Fatores como a demanda reprimida, uma incidência crescente relacionada ao aumento da sobrevivência da população em geral, problemas do sistema de saúde em relação a prevenção das doenças renais especificamente e doenças crônico-degenerativas em geral, mais as dificuldades ao acesso aos tratamentos, dificuldades em financiar as terapias renais substitutivas, diálise e transplante tornam a questão mais complexa. Assim a questão do paciente renal crônico torna-se um peso. Se por um lado temos a prática deontológica ou seja, a ética do dever, por outro lado refletindo uma medicina de ética utilitarista, passamos a considerar o renal crônico como um fardo social grande num país de inúmeras prioridades em saúde pública. O problema só não é maior, pois uma grande parte dos pacientes não chega a iniciar tratamento.

2.8 A SAÚDE BUCAL E O PACIENTE RENAL CRÔNICO

Como viu-se anteriormente o controle dos gastos para o tratamento da insuficiência renal crônica terminal que necessita de terapia renal substitutiva tem por base a alta mortalidade dos pacientes. Ou seja, atualmente a ação está baseada na baixa eficiência.(THOMÉ & BARROS,

1999) Neste sentido além da discussão da prevenção da doença renal nos vários níveis classificáveis como primária e secundária, o cuidado odontológico entraria no tratamento e prevenção terciária.

Fatores determinantes de mortalidade e morbidade estão relacionados entre o estado nutricional e a adequação em diálise.(THOMÉ & KAROHL, 1999) Frequentemente os pacientes com insuficiência renal crônica apresentam desnutrição protéico-calórica relacionada a ingestão inadequada de nutrientes, restrições graves na dieta, principalmente no manejo conservador durante a fase pré-dialítica, e por perdas de nutrientes durante o próprio tratamento dialítico. Distúrbios gastrointestinais e hormonais, acidose metabólica, enfermidades intercorrentes e medicamentos que interferem na absorção gastrointestinal de alimentos são outros fatores.

O conceito de dose de diálise surgiu com a demonstração que os pacientes com melhor reabilitação e menos internações, portanto, com melhores desempenhos, eram aqueles que mantinham níveis mais baixos de uréia às custas de tratamento mais intenso.(THOMÉ & GONÇALVES, 1999; THOMÉ & KAROHL, 1999) Dose adequada de diálise é aquela abaixo da qual há aumento de mortalidade. Logo a dose ofertada de diálise é um forte fator prognóstico para morbimortalidade. Atualmente, há condições de medir de maneira fácil a dose ofertada de diálise. De maneira rotineira ela já é realizada de modo a ajustar a prescrição de diálise para se alcançar este objetivo. A partir da medida da dose de diálise regular-se-á o tempo de diálise, a frequência das sessões, o tipo de hemodializador e os fluxos de sangue e dializado de maneira adequar a diálise a necessidade do paciente. A inadequação na diálise por si só produz desnutrição. Pacientes bem dializados tem melhor qualidade de vida com melhor bem estar, o que acarreta alimentação melhor e mais adequada.

De nada adianta controlar e orientar a dieta ou mesmo obter-se uma prescrição ótima de diálise se não temos um paciente com saúde bucal. O tratamento odontológico, em última

análise, permitirá por na prática todas as medidas médico nutricionais pré-estabelecidas. Além disto, o prognóstico do transplante renal estará associado ao estado nutricional no período pré transplante.

Além das considerações anteriores a avaliação odontológica faz parte do preparo do paciente pré-transplante. Dentes sépticos e outros focos infecciosos devem ser tratados antes do transplante.

2.9 ODONTOLOGIA APLICADA AO PACIENTE RENAL CRÔNICO

Em odontologia, no manejo clínico do paciente em hemodiálise, deve-se ter alguns cuidados bem específicos no que se refere as questões de hemostasia, bem como, em relação à administração de qualquer tipo de fármaco.(SONIS, FAZIO & FANG, 1996; SILVA, SILVA & FARIAS, 1996)

Os pacientes com insuficiência renal crônica têm necessidades especiais, a ser consideradas antes do início do tratamento dentário. O trabalho interdisciplinar com o médico nefrologista é indispensável, pois dele dependerá a avaliação para o início do tratamento odontológico, principalmente em relação à suficiência do controle metabólico . Deve-se manter contato com o nefrologista, discutindo as seguintes questões na realização do plano de tratamento: condições metabólicas, hipercalemia, acidose, sintomas urêmicos, hipertensão, edema, anemia, tempo de coagulação e outras anormalidades bioquímicas. (SONIS, FAZIO & FANG, 1996; SILVA, SILVA & FARIAS,1996)

É preciso ouvir os pacientes sobre fraqueza, cansaço fácil, letargia, prurido, náusea, vômitos, bem como sobre a frequência das sessões de hemodiálise. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

O tratamento odontológico destes pacientes é determinado, em parte, pelas complicações associadas à insuficiência renal. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

Os planos de tratamento devem ser adaptados de acordo com o estado clínico do paciente. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

Dos medicamentos comumente utilizados em odontologia, devem ser evitada as tetraciclina, as aspirinas e as drogas antiinflamatórias não-esteróides. A tetraciclina é um antibiótico antianabólico e pode elevar os níveis da uréia nos pacientes com insuficiência renal. Devido ao comprometimento da função das plaquetas, é importante evitar medicamentos com ações antiplaquetárias, como os analgésicos que contêm aspirina - oxicodon, prometazin ou butalbital - e drogas antiinflamatórias não-esteróides, incluindo o ibuprofeno, naprosyn, Zomeperac sódico e indometacina. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

Os pacientes devem receber heparina durante a hemodiálise, e o seu efeito persiste por várias horas após o procedimento. Embora o efeito residual da heparina possa ser mínimo, é prudente marcar as consultas dentárias para o dia seguinte ao da diálise, a fim de evitar problemas de sangramento. Os pacientes submetidos à hemodiálise possuem acessos vasculares sob a forma de fistulas ou enxertos. Embora estes pacientes usualmente não desenvolvam endocardite bacteriana, eles são sensíveis à infecção intravascular e, portanto, necessitam de profilaxia com antibióticos que deve ser discutida com o médico. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

Várias alterações bucais têm sido associadas com a insuficiência renal e correlacionam-se com a gravidade da condição. À medida que a insuficiência renal se desenvolve, os pacientes podem queixar-se de gosto ruim e halitose, que , provavelmente, resultam da uréia na saliva. A amônia pode ser notada durante a respiração e , também, estar presentes inflamação e aumento da parótida. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

A diminuição da função plaquetária pode resultar em hemorragia na mucosa e na gengiva. Tem sido relatado, ainda, aumento da freqüência da gengivite ulcerativa necrosante aguda e da periodontite. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

Ulcerações na mucosa, denominadas de "estomatite urêmica", podem aparecer em qualquer ponto da mucosa, embora o assoalho da boca, a superfície ventral da língua e as superfícies mucosas da região anterior pareçam ser envolvidos com mais freqüência. As ulcerações podem variar de tamanho, mas são inespecíficas e podem simplesmente representar uma manifestação da reduzida capacidade de cicatrização da mucosa bucal, nos pacientes com uremia. Geralmente, estas lesões tendem a ser dolorosas, tendo sido levantada a hipótese de que com a resolução da uremia, cicatrizam espontaneamente. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

Em pacientes com insuficiência renal crônica, também tem sido relatada a formação de pseudomembranas, caracterizada por um exsudato superficial na mucosa e/ou gengiva, sendo sugerido que a formação destas pseudomembranas representa uma infecção fúngica superficial, causada por *Cândida*, ou representa necrose do tecido, causada por estafilococos coagulase-negativos e estreptococos. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

As lesões bucais nos pacientes com uremia tendem a ser mais graves nos pacientes com um higiene bucal deficiente. A higiene bucal escrupulosa parece reduzir a freqüência de formação de pseudomembranas e de úlceras, neste grupo. O tratamento, basicamente, é paliativo e visa a conter o desenvolvimento das lesões bucais, até que a uremia subjacente possa ser efetivamente tratada. (SONIS, FAZIO & FANG,1996)

Uma das importantes funções renais é a eliminação de substâncias exógenas. Dentre essas, incluem-se os fármacos utilizados no diagnóstico e tratamento de doenças, bem como os agentes causadores de intoxicações. Na deficiência de função renal pode ocorrer alterações farmacocinéticas para a maioria dos fármacos, facilitando o aparecimento de níveis séricos tóxicos. Além disso, a deficiência da função renal pode ser agravada pelo uso de fármacos.

Assim, tem-se que, nos insuficientes renais, os fármacos causadores de toxicidade são os excretados predominantemente pelo rim em forma ativa ou aqueles cujos metabólicos são ainda ativos. Sua meia-vida está aumentada proporcionalmente ao déficit de função renal. Tal não ocorre quando há excreção predominantemente de metabólicos inativos, não sendo necessário modificar o esquema usual de administração. Já os fármacos depurados em forma original ou como metabólicos ativos devem ter seus esquemas terapêuticos modificados, sendo que isso pode ser feito através da redução das doses usualmente empregadas, aumento do intervalo entre as administrações ou combinação das duas possibilidades, já se as possibilidades tóxicas são muito altas, é preferível excluir o uso desses fármacos, em vez de reajustar seus esquemas de emprego. (FERREIRA, NUNES & WANMACHER; 1998)

Os métodos de diálise podem substituir o rim no processo de eliminação de fármacos. Nesse caso, as doses e os intervalos calculados para o insuficiente renal devem ser novamente ajustados. A hemodiálise pode afetar as concentrações das drogas de pequeno peso molecular, pouco ligadas a proteínas plasmáticas e hidrossolúveis, alterando, portanto, o efeito terapêutico desejado. Sendo que a hemodiálise ou a hemofiltração são modalidades usadas para acelerar a eliminação de fármacos quando há superdosagem absoluta ou relativa, mesmo em pacientes com função renal normal. (FERREIRA, NUNES & WANMACHER; 1998)

O conceito de nefrotoxicidade abrange alterações renais, funcionais ou estruturais, decorrentes da ação de produtos químicos ingeridos, injetados ou inalados que exercem uma toxicidade seletiva no parênquima renal, seja por aí atingirem alta concentração ou porque o tecido tem características fisiológicas ou bioquímicas que tornam mais sensível à droga. Portanto, a existência de fármacos potencialmente nefrotóxicos deve ser do conhecimento do clínico que pretende trabalhar com pacientes com I.R.C.. Devem-se evitar fatores de risco adicionais, como a desidratação e as associações medicamentosas com o mesmo perfil de toxicidade. Pode-se evitar o surgimento do problema pelo ajuste das doses do fármaco e pela

delimitação de seu tempo de uso em pacientes idosos ou com função renal previamente comprometida. (FERREIRA, NUNES & WANMACHER; 1998). Estes conceitos são particularmente importantes nos pacientes em programa dialítico com função renal residual ou naqueles crônicos com insuficiência renal severa ainda não terminal porém ainda fora de programa dialítico.

É necessário salientar que é de fundamental importância a inter-relação entre médico e odontólogo tanto na administração de fármacos, quanto na manutenção destes pacientes.(FERREIRA, NUNES & WANMACHER; 1998)

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, de caráter qualitativo, que se enquadra como estudo de casos, ou seja, é um método utilizado para avaliação inicial de problemas ainda mal conhecidos e cujas características ou variações não foram convenientemente detalhadas. Trata-se de observar um ou poucos com a mesma doença ou evento e, a partir da descrição dos respectivos casos, traçar um perfil de suas principais características. (PEREIRA,1995)

A pesquisa descreve o manejo odontológico do paciente com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, no método clínico de intervenção, atendo-se aos conceitos de resolutividade, integralidade, consciência sanitária e conceito amplo de cura.

3.1. POPULAÇÃO ALVO

A população estudada constituiu-se de pacientes adultos com insuficiência renal crônica, submetidos à hemodiálise que procuraram atendimento odontológico na F.O.-U.F.R.G.S..

Em função do tempo e desenho da pesquisa, delimitou-se em 10 (dez) o número de casos estudados, sem a inserção de novos pacientes em caso de desistências ou perdas.

Os pacientes foram informados quanto aos objetivos do estudo, tendo assinado o termo de consentimento informado. (anexo 01)

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

3.2. SESSÕES E PROCEDIMENTOS

3.2.1. PRIMEIRA SESSÃO

Com a presença do sujeito interessado em participar do estudo, explicou-se a pesquisa nos seguintes termos: "estamos realizando uma pesquisa para verificar quais as dificuldades no atendimento odontológico aos pacientes que fazem hemodiálise e que tipo de encaminhamentos podem ser dados para que o paciente possa ter e manter sua saúde bucal".

Deixou-se um espaço de tempo para a fala do paciente no sentido de resolver dúvidas em relação ao estudo, tipo de benefício recebido, provável horário de atendimento, capacitação do profissional para realizar a atenção.

Colheu-se a assinatura do paciente no termo de consentimento informado.

Realizou-se a escuta da narrativa estimulada do paciente, sobre a doença renal crônica e a inserção da saúde bucal no imaginário do paciente, nos seguintes termos:

- Como aconteceu a doença renal e como interferiu na tua vida?
- Os médicos te explicaram a doença e o que tu poderias fazer para te ajudares?
- Como está a questão da dieta? Tu segues a dieta recomendada pelos médicos?
- Irias ao cirurgião-dentista por conta própria, ou foi mais uma necessidade do processo de hemodiálise/doença renal crônica?
- Há quanto tempo não consultas um cirurgião-dentista?
- Algum cirurgião-dentista te explicou como cuidar da boca?

- Depois da doença renal consultaste com algum cirurgião-dentista? Como foi?
- Como é que tu achas que está a tua boca?
- Nesse momento, o que é mais importante resolver na tua boca? Estabeleceu-se que, se em resposta a esta questão, se surgissem casos de dor e desconforto iria se intervir, ainda na primeira sessão, contemplando a resolutividade.

Na seqüência, buscou-se estabelecer com o paciente uma agenda viável, em função da hemodiálise. Como a experiência anterior do autor sugeria que esta seria uma das dificuldades, deixou-se claro ao paciente que não haveriam sanções em caso de faltas. As sanções as quais nos referimos envolvem aspectos do tipo: "... paciente que faltar ao tratamento irá para o final da fila, ou perderá a vaga e etc." Este é um tipo de regramento de utilização comum no setor público (ROCHA, 1999) e que não foi adotado neste estudo.

Pactuou-se com o paciente que na medida do possível avisasse caso não pudesse comparecer à consulta, nos seguintes termos: "...se tu após a hemodiálise em casa, sentires que não estás em condições de vir à consulta, ou aparecer qualquer outro problema, dá um jeito de avisar, com alguma antecedência, para podermos atender outro paciente na tua hora, para ninguém ficar sem atendimento."

Disponibilizou-se um telefone para o aviso, em horário comercial.

No intervalo entre a primeira e a Segunda sessão, realizou-se uma análise da entrevista de cada paciente, buscando sinalizações para possíveis dificuldades quanto a adesão do paciente ao tratamento.

Levou-se em conta o fato do paciente referir: depressão, negar a doença, não aderir à dieta prescrita, manutenção de hábitos como fumo e bebida alcóolica.

3.2.2. SEGUNDA SESSÃO

Realizou-se exame clínico(anexo 03)com CPOD e CPOS (ROBLES, 1999; ROBLES, QUADROS & BERCHT, 2000), exame de placa visível (OPPERMAN & RÖSING, 1997; ROBLES, 1999; ROBLES, QUADROS & BERCHT, 2000), índice de sangramento gengival(OPPERMAN & RÖSING, 1997; ROBLES, 1999; ROBLES, QUADROS & BERCHT, 2000) e exame do pH salivar (ROBLES, 1999; ROBLES, 2000). Exames radiográficos e outros exames complementares foram solicitados quando necessários. O exame clínico foi realizado em conjunto com o paciente. O paciente acompanhou o exame da boca em um espelho de toucador e recebeu explicações de "como" e "porquê" aconteceu "aquela" situação e o que poderia ser feito para resolvê-la; iniciando-se o processo de pactuação de responsabilidades, encaminhando a questão do auto-cuidado, nos seguintes termos:..."tudo o que for para o cirurgião-dentista fazer, nós vamos fazer, mas isso não adiantará nada, se tu não tiveres disposição para te cuidar. Além de resolver teus problemas, nós vamos te ensinar a cuidar da boca, para que ela não adoça de novo. Se nós não trabalharmos em conjunto, todo o tratamento não vai funcionar, ou seja, a tua boca não vai se manter sadia."

Conduzindo a questão com esse espírito foram buscadas condições no exame individual de cada paciente, nos seguintes termos, por exemplo: ..."fazer com que a gengiva fique boa e pare de sangrar depende do cirurgião-dentista e de ti também, ou seja, de nós". Cada situação foi tratada observando a questão da singularidade (FOUCAULT,1977) do método clínico. Ou seja, trabalhou-se de forma específica cada situação clínica, paciente a paciente com o espírito do auto-cuidado, objetivando fortalecer a valorização positiva da vida. Não se trabalhou com o

conceito de "motivação", mas com o conceito amplo de cura e construção da consciência sanitária (CAMPOS, 1991; CAMPOS, 1994).

Ainda na segunda sessão realizou-se raspagem, alisamento e polimento de dentes.

Na seqüência, também na segunda sessão, iniciou-se a construção da consciência sanitária em função de cada caso clínico.

Cada sessão teve a duração de 60 minutos, destes, estabeleceu-se que no mínimo 20 minutos seriam utilizados sempre na construção da consciência sanitária, envolvendo aspectos como higiene bucal supervisionada (H.B.S.), discussão com o paciente sobre o grau de satisfação com o tratamento, sentimento quando a saúde bucal, relação da saúde bucal com a doença renal, progressos dos pacientes no auto-cuidado e suporte quanto a depressão, realizando ouvidoria.

Os pacientes foram atendidos por quadrantes, iniciando-se a atenção no quadrante com maior número de necessidades, observando a questão da resolutividade.

No intervalo entre a segunda e a terceira sessão foram analisados e relacionados os dados da entrevista (primeira sessão) e do exame clínico (segunda sessão) no sentido de realizar o plano de tratamento contemplando resolutividade, conceito amplo de cura, previsão de número de sessões, tipo e quantidade de informações necessárias para a construção da consciência sanitária.

3.2.3. TERCEIRA SESSÃO

Apresentação e discussão do plano de tratamento com o paciente. A partir da terceira sessão deu-se continuidade ao tratamento em função das necessidades do paciente, sendo que o número de sessões variou para cada paciente, incluindo reabilitação através de prótese total, prótese parcial removível e prótese fixa unitária até a obtenção da alta clínica, oportunidade na qual foram realizados os exames CPOD e CPOS (ROBLES, 1999; ROBLES, QUADROS &

BERCHT, 2000), exame de placa visível (OPPERMAN & RÖSING, 1997; ROBLES, 1999; ROBLES, QUADROS & BERCHT, 2000), índice de sangramento gengival(OPPERMAN & RÖSING, 1997; ROBLES, 1999; ROBLES, 2000) e exame do pH salivar (ROBLES, 1999; ROBLES, QUADROS & BERCHT, 2000) dos pacientes.

3.3. ÚLTIMA SESSÃO

Os pacientes foram reavaliados 3 meses após a alta clínica, utilizando-se os mesmos exames odontológicos, a saber: CPOD e CPOS (ROBLES, 1999; ROBLES, QUADROS & BERCHT, 2000), exame de placa visível (OPPERMAN & RÖSING, 1997; ROBLES, 1999; ROBLES, QUADROS & BERCHT, 2000), índice de sangramento gengival(OPPERMAN & RÖSING, 1997; ROBLES, 1999; ROBLES, QUADROS & BERCHT, 2000) e exame do pH salivar (ROBLES, 1999; ROBLES, 2000); e uma escuta do paciente com os seguintes pontos de estimulação:

- Como foi o tratamento que tu fizeste?
- Hoje, tu sabes cuidar da tua boca?
- Qual é a importância da saúde bucal para quem faz hemodiálise?

O tempo de fala para a narrativa foi livre.

4. RESULTADOS

O conjunto dos paciente relataram que:

São usuários exclusivos do S.U.S.;

Realizam hemodiálise 3 vezes por semana;

Os pacientes não têm noção da I.R.C. no conceito amplo de cura, ou seja, de um saber que lhes confira autonomia sobre o próprio corpo;

Não seguem inteiramente a dieta proposta;

Reproduzem o discurso médico de forma mecânica;

Não costumavam ir ao cirurgião-dentista regularmente;

Procuraram o cirurgião-dentista em função do transplante;

Não haviam lhes explicado como manter a saúde bucal nem tão pouco a sua importância.

Além disso, as necessidades odontológicas sentidas por eles ficaram aquém das observadas no exame clínico.

Após 3 meses decorridos da alta, todos os pacientes relataram ter gostado da atenção odontológica oferecida e que sabem como manter a saúde bucal e a importância da mesma para o seu quadro geral de saúde.

Foram perdidos quatro pacientes no decorrer do estudo. Um por falecimento e os outros três por abandono após a alta clínica, ou seja, não retornaram para a avaliação após três meses da alta clínica. A causa de um dos abandonos foi a realização de transplante e posterior rejeição do

mesmo, que nos foi comunicado pela paciente. O outro abandono foi devido a internação hospitalar e o terceiro abandono por motivo desconhecido.

4.1. PACIENTE A

..."sou uma pessoa que enfrenta tudo, né!"

A paciente é do sexo feminino, tem 28 anos, tem 1º grau incompleto, faz hemodiálise há 6 anos, tem renda familiar de 300 reais, é solteira, mora com os pais, não trabalha, faz hemodiálise 3 vezes por semana, é usuária exclusiva do S.U.S..

Da escuta estimulada sobre a doença renal crônica e a inserção da saúde bucal no imaginário da paciente, resultou o que segue.

A paciente na realidade não chegou a conhecer um estado de saúde ... "eu sempre tive problema , desde que nasci... a minha bexiga nunca funcionou normalmente, por isso usava a bolsa ¹ , mas com o tempo a pele ficou em carne viva, porque a bolsa é colada com adesivo."

Aos 5 anos fez cirurgia para uso da bolsa, aos 7 anos não pode mais usá-la.

Dos 7 aos 15 anos usou fralda com calça plástica. Aos 15 anos decidiu usar a bolsa novamente.

Relata que "... com o tempo a quantidade de urina foi diminuindo até que os rins secaram definitivamente, os médicos disseram que não adiantava manter aqueles rins secos, aí se fez a remoção dos meus...acharam melhor tirar, pois havia seguidamente infecções urinárias...em julho de 2000 tirei os dois rins",

Sobre a hemodiálise a paciente refere que..."faço diálise 3 vezes por semana...o começo foi difícil...sempre passava mal, depois fui acostumando. Eu nunca fui contra, mesmo quando me

1. referindo-se à bolsa de nefrostomia que é um recurso utilizado para armazenar a urina, quando a bexiga está com sua função comprometida.

disseram que eu teria que fazer hemodiálise, eu nunca disse não. Ao contrário de outras pessoas que eu já ouvi falar, que nunca aceitaram a hemodiálise desde o começo, eu nunca fui assim. Eu acho que é uma questão de sobrevivência agora mais do que nunca eu estou precisando. nunca pensei em não fazer a hemodiálise. Eu sei da dificuldade que temos já que eu dependo disso, não tem porquê eu dizer que não vou adiante. Eu vou até o fim. Meu objetivo é este, lutar até o fim."

Segundo a narrativa, os médicos não explicaram a doença, nem a hemodiálise, até pelo caráter de urgência com o qual a paciente baixou no hospital. "Baixei o hospital mal, eu estava muito ruim mesmo...eles só disseram prá mim que hoje ou amanhã tu já vai começar, vai entrar no processo de hemodiálise, eles não explicaram nada, nem o que era, nem o que eu precisava fazer, nem o que eu estava fazendo lá...eu fui conhecendo aos poucos...eu sei que tenho que cumprir a minha função de paciente... e eles têm que cuidar de mim". "Simplesmente porque eu estava mal e fui baixada às pressas e botaram em seguida um catéter de urgência... e aí, aconteceu tudo num soco, tudo ligeiro".

Sobre a questão da auto-ajuda, ou seja, de como a própria pessoa pode se cuidar, a paciente refere a questão da dieta e a ingestão controlada de líquidos.

Não chega a existir uma autonomia do saber sobre o corpo e sobre a doença que o aflige.

Há uma reprodução do discurso médico, quase que de forma mecânica. Quanto a seguir a dieta recomendada, percebe-se claramente uma dificuldade de adesão. A própria paciente se denomina "meio rebelde" em relação a isso.

Ou seja, a paciente tenta seguir a dieta, mas não o faz por inteiro..."da maneira dos médicos, que eles te dão uma certa limitação, eu posso te dizer que não... porque quando eu entrei em hemodiálise eu recebi umas 3 folhas de ofício, com o que tu podes e não pode comer e a quantidade de coisas que tem que comer em certos horários, e eu prá te dizer a verdade, eu nunca segui a risca aquela lista".

No diálogo com a paciente, colocando a questão nos seguintes termos: será que a vida dos pacientes iria melhorar se seguissem a dieta? A paciente refere: ..."eu acho que não...é tudo uma questão de costume..."

A paciente frisa a questão do hábito. "No começo tu vai ter que se adaptar a comer tudo sem gosto. Por eles é tudo assim ó: comida sem sal, ou até coisa que seja doce demais não pode. Por eles ,seguir aquilo ali, se tu seguisse, prá eles é a satisfação".

Por quê não dá para seguir a lista?

"É uma questão de costume".

É um caso de dinheiro, o dinheiro não alcança comprar as comidas?

"É para muitos é...prá mim é uma questão de costume mesmo."

..."Eu sou muito abusada"...referindo-se a restrição de ingestão de líquidos. "O problema é o cuidado com a restrição de líquidos, 1/2 litro por dia... no verão eu mastigo gelo...eu praticamente estou bem, sou uma pessoa que enfrenta tudo né, eu faço as minhas 3 horas e meia de diálise direitinho, não tem complicação nenhuma, eu estou fazendo o encaminhamento para o transplante... e aí como vai ser necessário mexer na bexiga primeiro, para ver se ela vai ter capacidade de funcionar direitinho...aí então, eles já marcaram para mim direitinho para fazer a cirurgia em junho".(junho de 2001)

Sobre se iria ao cirurgião-dentista por conta própria, ou foi por conta da doença renal, hemodiálise e transplante, referiu que foi por causa da hemodiálise.

Refere que "estava com problema no dente do ciso desde o começo da hemodiálise (há 6 anos) e não ia ao dentista...por conta não procurava, precisar por precisar eu achava que não estava precisando(ir ao cirurgião-dentista), mas se tiver que fazer uma avaliação ... o tempo foi passando e eu não conseguia ninguém...de uns tempos para cá eu precisava mesmo e ela (assistente social) não conseguia...por que eu estava com problema mesmo"(referindo-se a problemas odontológicos).

Fazia 6 anos que a paciente não ia ao cirurgião-dentista, em 1997, já em hemodiálise procurou a "faculdade", mas tinha que extrair o ciso, e não podiam fazê-lo no ambulatório, tinha que ser feito na cirurgia".

Segundo a paciente, ninguém a ensinou a cuidar da boca, só "essas coisas de higiene".

Quanto as necessidades sentidas a paciente não sabe como está a boca, mas "tem mau-cheiro, alguma coisa que fica acumulada, que a escova não alcança, sangra a gengiva...após eu escovar a gengiva sangra...e tem o ciso".

A paciente não é fumante, não ingere bebidas alcóolicas, não usa drogas, não tem hábitos parafuncionais em relação à cavidade bucal. Realiza a higiene bucal 3 vezes ao dia, geralmente após as refeições, usa escova, fio e creme dental.

Para alta clínica foram necessárias 6 sessões odontológicas e ocorreu uma falta sem aviso.

No exame inicial apresentou CPOD 5, sem lesão de cárie ativa. Apresentou cálculo dental nos quatro quadrantes, bem como extenso acúmulo de placa e gengivite associada.

A cada sessão trabalhou-se a questão do auto-cuidado abordando a importância da saúde bucal em função da doença renal e do possível futuro transplante.

A cada sessão realizou-se H.B.S..

Realizou-se polimento de restaurações, raspagem, alisamento e polimento de dentes e a exodontia a retalho do dente 38, que se encontrava impactado e causando pericoronarites de repetição.

Não apresentou no exame inicial lesão de tecidos moles na cavidade bucal. Apresentou oclusão considerada normal/funcional, ou seja, sem sinais e sintomas clínicos de disfunção craniomandibular.

A evolução dos resultados dos índices CPOD, CPOS, IPV e ISG pode ser verificada na tabela 1.

Tabela 1 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente A no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.

	CPOD	CPOS _m	IPV	ISG	Ph salivar
Exame inicial	5	7	44,75	62,1	8,0
Exame para a alta clínica	5	7	13,28	34,67	8,0
Exame na manutenção após 3 meses	5	7	13,3	41,9	8,0

Legenda: CPOD - número de dente cariados, perdidos e obturados. CPOS_m - número de superfícies cariadas, perdidas e obturadas. IPV - índice de placa visível expresso em %. ISG - índice de sangramento gengival expresso em %.

A paciente conseguiu reduzir o IPV e o ISG durante o tratamento, porém ocorreu um aumento após 3 meses da alta clínica.

Quanto a escuta do paciente após 3 meses da alta clínica, tem-se a seguinte narrativa:

A paciente gostou do tratamento odontológico e do tipo de atenção referindo que..."o Dr. Roberto me deu todas as dicas".

"Quando eu comecei o tratamento eu estava totalmente errada com o que eu estava fazendo... eu ia lá e só escovava ligeirinho e deu, saí do banheiro...agora eu tenho mais cuidado...ele mesmo (o doutor) hoje fez a avaliação e disse que estava tudo direito, só que ainda estou com sangramento de gengiva...menos que no começo, mas ainda tem...eu sei que a saúde da boca é importante e tenho que manter assim...é, agora eu estou fazendo tudo direitinho".

A paciente enfatizou a importância da saúde da boca, em função da sua preocupação imediata que era a cirurgia na bexiga para encaminhar o transplante,..."tudo tem que estar direitinho".

4.2. PACIENTE B

..."eu já não tinha mais esperança que os rins voltassem a funcionar, era fazer hemodiálise ou morrer"...

A paciente é do sexo feminino, tem 37 anos, é do lar, tem 1º grau completo. Faz hemodiálise há 2 anos, a renda familiar está em torno de 600 reais, é casada, faz hemodiálise 3 vezes por semana, é usuária exclusiva do S.U.S..

Da escuta estimulada sobre a doença renal crônica e a inserção da saúde bucal no imaginário da paciente, resultou o que segue.

A paciente narra que o mal-estar começou quando ela ainda morava no interior do Paraná.

"Comecei a ficar muito doente, eu não conseguia fazer meu serviço, apareceu o cansaço... aí eu fui consultar e apareceu a pressão alta, assim como ela está normal daqui a pouco ela faz um pico hipertensivo muito elevado...foi 5 anos de pressão alta".

Refere que a hipertensão foi diagnosticada há 7 anos, destes, permaneceu 5 anos "tratando da doença", e há dois anos foi diagnosticada a insuficiência renal. "Na hora me desesperei, porque eu não conhecia o problema, não tinha idéia do que poderia ocorrer, porque a gente se criou no interior, sem formação".

Com a situação assim colocada a paciente buscou a avaliação de um médico particular..."ele pediu vários exames e por fim foi concluído que eu precisava fazer hemodiálise, mas eu não conhecia hemodiálise".

Sobre a hemodiálise a paciente narra que..."primeiro fez a fistula, foi um desespero...após 30 dias que eu fiz a fistula é que fui fazer hemodiálise...notei que dependia da máquina para sobreviver".

Quanto ao grau de informação sobre o processo, a paciente relata que..."os médicos não explicaram nada,...no início foi assim, eu achei que entrava nisso aí, fazia algumas sessões e saía do tratamento...eles não explicaram nada...depois é que a gente foi conversando com outros colegas e que eles foram dizendo que só saía o dia que fizesse o transplante...depois eu perguntei para o médico e ele disse que o tratamento era esse e que tinha que fazer até o dia de conseguir transplante.

Assim, na realidade de vida do paciente, o transplante passa a ser uma meta a ser perseguida.

Sobre a questão da auto-ajuda, ou seja, do próprio paciente se ajudar seguindo a dieta, por exemplo, a partir de uma compreensão da doença tem-se que ela ocorre apenas em alguns aspectos.

Há uma reprodução mecânica de fragmentos do discurso médico..."no caso como o potássio já não sobe muito, então eu como certas coisas que não deveria comer...tem coisas que eu como, conforme estão os exames, conforme está o potássio eu controlo...é de mês em mês, todo mês é feito o exame e a gente já sabe".

Ainda quanto a questão da adesão do paciente ao tratamento, especificamente em relação à dieta, tem-se que..."se vai seguir tudo o que manda, eu acho assim que tem pouca coisa que a gente pode comer...é que,...daria para seguir a dieta, mas eu não sigo totalmente.

A questão do dinheiro para a dieta não aparece como determinante da falta de adesão da paciente.

Sobre se iria ao cirurgião-dentista por conta própria, ou por exigência do processo de hemodiálise, narra claramente que passou a procurar o cirurgião-dentista em função do transplante.

Percebe-se uma firme disposição do paciente no sentido de cumprir as exigências..."a assistente social me disse que eu não podia ter uma cárie, não podia ter nada...como eu tinha uma cárie eu fui no posto... e ela, (a assistente social) disse que tinha que trazer um laudo do dentista dizendo que estava tudo bem, para poder arquivar na ficha do transplante, foi aí que eu fui no dentista".

Segundo a paciente, "faz uns 4 a 5 anos que não ia ao dentista".(antes de começar a diálise, pois ela foi no posto a pouco tempo?

Em função da hemodiálise , procurou um posto de saúde para "restaurar uma cárie "que a paciente julgava ter. Na ocasião, foi extraído o dente 34, sem precauções descritas na literatura, mesmo tendo a paciente informado ser portadora de I.R.C. e fazer hemodiálise. Não foi realizada sutura, apesar de saber-se da importância da mesma (SILVEIRA & BELTRÃO, 1998)

Após entrou no programa da pesquisa.

Nunca apreendeu a cuidar da boca, ninguém explicou como fazer isso, nem que era importante..."a primeira vez que eu tive explicação foi com o doutor Roberto...aprendi meus conhecimentos sobre odontologia com os dizeres populares...ali pelos 13 a 14 anos foi estragando os dentes e eles foram simplesmente extraído e acho que foi com 17 a 18 anos que eu coloquei a chapa".

Quanto as necessidades sentidas, a paciente refere que ..."tem que fazer uma limpeza e que tenho perdas de dentes...me parece que os dentes estão normais".

A paciente não é fumante, não ingere bebidas alcóolicas cronicamente, não ingere drogas. É respiradora bucal, usa goma de mascar para "tirar o gosto ruim da boca e mau hálito eventuais". Realiza a higiene bucal 4 vezes ao dia, usa escova de dentes, creme dental e, eventualmente, fio dental. Não apresentou lesões de tecidos moles. Apresentou oclusão alterada pelas perdas dentárias sem reposição adequada, que levaram a sinais e sintomas clínicos de disfunção craniomandibular.

Foram dispendidas 10 sessões odontológicas, sendo que ocorreu uma falta sem aviso.

Ao exame inicial apresentou CPOD 26 e CPOS 117, correspondendo a ausência de todos os dentes superiores, pois a paciente apresentava prótese total superior em mau estado, com prejuízo funcional e estético, bem como de adaptação à área chapeável. Apresentou estomatite protética.

A paciente referiu que não usa a prótese parcial removível inferior porque não se adapta a mesma. Apresenta restauração de amálgama de prata na oclusal do 44. Não apresentou lesão de cárie ativa e com necessidade de tratamento. Apresentou depósitos de cálculo dental no terceiro e quarto quadrantes, extenso acúmulo de placa e gengivite associada.

Trabalhou-se a questão do auto-cuidado, em função do transplante, realizou-se H.B.S. a cada sessão. Enfatizou-se a limpeza das próteses. Realizou-se o polimento das restaurações, R.A.P. e reposição protética adequada por meio de uma prótese total superior e prótese parcial removível inferior.

A evolução dos resultados dos índices CPOD, CPOS, IPV e ISG pode ser verificada na tabela 2.

Tabela 2 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente B no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.

	CPOD	CPOS _m	IPV	ISG	Ph salivar
Exame inicial	26	117	100	100	8,0
Exame para a alta clínica	26	117	11,76	12,5	8,0
Exame na manutenção após 3 meses	26	118	0,0	12,5	8,0

Legenda: CPOD - número de dente cariados, perdidos e obturados. CPOS_m - número de superfícies cariadas, perdidas e obturadas. IPV - índice de placa visível expresso em %. ISG - índice de sangramento gengival expresso em %.

A paciente conseguiu reduzir o IPV e o ISG durante o tratamento e manteve os índices baixos durante 3 meses a contar da alta clínica. Já o CPOSm aumentou o correspondente à lesão de cárie ativa na face distal do 35, o qual apresentava mobilidade (abalo periodontal).

A escuta após 3 meses da alta clínica revelou que a paciente sentiu-se satisfeita com o tratamento, principalmente em relação às próteses que "ficaram boas". A questão estética mostrou-se importante.

A paciente relata que agora "sabe como cuidar dos dentes, gengiva e tudo...não pode ter nenhum sinal de infecção... está claro que tem que cuidar da boca por causa do transplante".

4.3. PACIENTE C

..."a única coisa que eu quero, viu senhora, é viver mais um pouco...eu queria ver essa criança se criar...ela é bonita, uma morena índia...que nem eu, índião bugre...cabelo preto, bem preto, olho preto...o nome dela é Tainá... Tainá quer dizer filha de Deus Tupã"...

O paciente é do sexo masculino, tem 44 anos, é aposentado por invalidez, cursou até o 1º grau incompleto. Iniciou a hemodiálise há 1 ano (em 11/11/1999). A renda familiar está em torno de 180 reais. Faz hemodiálise 3 vezes por semana. É usuário exclusivo do S.U.S..

Narra que morava no interior do Rio Grande do Sul, na cidade de Itaqui. Lá, "...ajudava a mãe em casa que trazia coisas da Argentina para vender... eu carregava sacolas...".

Orgulha-se de "... ser descendente de guarani, a mãe falava bem guarani...já os filhos não...o pai era branco lá da fronteira...a mãe era bem índia, uma morena de cabelo bem comprido, bem liso...a Tainá tem cabelo ondulado, pois a mãe dela tem cabelo crespo".

Ficou 15 anos em Porto Alegre, porquê o trabalho no interior ficou escasso.

Várias vezes durante a fala o paciente reafirma sua condição de trabalhador, citando vários locais e empresas nas quais trabalhou em Porto Alegre.

Percebe-se que o paciente se recente da sua condição de aposentado e de sua situação financeira. Separou-se da esposa há doze anos e tem um casal de filhos "uma guria com 21 anos e um guri com 13 anos".

Como fato marcante, relata que sofreu um assalto em Porto Alegre, no qual "...levaram os meus documentos e a carteira de trabalho, fiquei sem nada e não dei jeito... agora é que eu fiz a identidade...me deram muito e eu acordei no hospital, já fazia sete dias que eu estava em coma...comecei a me tratar e fiquei um ano sem falar e caminhar, um ano de cama...eu tive um derrame...quando a minha finada mãe soube, mandou a minha irmã me levar para Itaqui, pois eu estava separado da mulher... aí, fui para lá...em Itaqui eu arrumei um cardiologista bom e comecei a melhorar, comecei a falar e caminhar... depois de um mês que eu estava lá (em Itaqui) ela (a mãe) morreu, aí tive que andar rolando na casa de meus irmãos".

Atualmente, moro na cidade de Alvorada "...estou no fundo da casa de um conhecido que trabalhou comigo...eu consegui o benefício do amparo social...dá para a comida, mas tem muita gente que me conhece e sabe que eu era trabalhador; sabiam como eu era e eles e ajudam e a gente vai vivendo...porque não dá para viver com 150 reais do benefício.

Sobre o ingresso na hemodiálise, consegue articular uma relação causal entre a "pressão" e os problemas renais.

"O doutor me pediu uma série de exames e fazia um mês e pouco que eu já estava me tratando e com o resultado desses exames ele disse que era com outro doutor e me tratei com

essa doutora por mais ou menos 2 meses, e essa doutora falou no problema dos rins e me encaminhou para o Beneficência Portuguesa para o Dr. ⁽²⁾ e ele me explicou bem direitinho e me falou que ocorreu devido à pressão alta".

Não chega a ter uma noção exata da doença e como se auto ajudar, tanto que é fumante.

Relaciona a auto-ajuda com não faltar à hemodiálise. Relata que "... eu estou mais ruim do que antes de começar a fazer hemodiálise, os sintomas que eu tenho na máquina eu nunca havia sentido antes...eu só faltei uma vez, eles me explicam lá, não sei se é para me assustar, que pode dar uma crise se eu faltar...a gente de fora é meio grosso...eles me falam que se a gente falta à hemodiálise, a água vai para os pulmões e a gente se sente mal, é perigoso, então não pode faltar à hemodiálise".

Foge à compreensão do paciente o fato de o "tratamento" ocasionar "náuseas", que "...eles tiram muito líquido, que a barriga da perna, o braço do lado esquerdo quase não, que é onde é ligado na máquina, mas no lado direito a vezes fica até um dia, dois dias doendo, ruim mesmo... tem dias que saio bem, mas tem dias que saio de lá e só quero me atirar num canto e dormir, nem comer nada dá vontade... é um tratamento ruim para fazer, mas tem que fazer...o que eu sinto agora na minha vida eu nunca tinha sentido, os sintomas, náuseas, dor de cabeça, cãibra, um monte de coisas que ocorrem na máquina, nunca havia sentido isso".

Sobre seguir a dieta, o paciente relata dificuldades e diz que não segue "à risca".

Muito embora narre que "...o que eles mandam eu faço...sem sal, sem sal não, pouco sal, pouquinha gordura...a comida que eles dizem que eu não posso comer eu não como... a banana, a laranja, a bergamota, o abacaxi, isso não posso comer pois tem potássio que eu não posso comer...então o que eles falaram eu sigo. Só a única coisa que eu não parei por completo de comer foi o feijão...antes eu comia mais feijão do que outra comida, mas depois que eu comecei fazer hemodiálise eles me explicaram que o feijão tem potássio lá em cima...mas é comida de pobre - um feijãozinho, um ovo, uma carinha branca, pois eu não posso comer carne vermelha".

2. Nome omitido.

Na realidade o paciente tem dificuldades financeiras para se manter, para adquirir a comida .

Sobre se iria ao dentista por conta própria ou se foi por causa da hemodiálise, refere que ir ao dentista faz parte "...do que a gente tem que fazer para ir para a fila do transplante...estou me preparando para a fila do transplante.

Quanto as necessidades sentidas, "...acha que os dentes estão ruins...é muito importante os dentes, a boca, para a gente falar, para se alimentar, para comer, para a presença também...todo desdentado...acho que a boca está ruim e tenho que arrumar.

A última vez que foi ao dentista foi em 1999, como experiência negativa relata que "...fui extrair um dente e me deu hemorragia...daí fui no Pronto Socorro e me deram injeção para hemorragia". Refere que nunca recebeu instruções de como cuidar da boca.

O paciente é fumante, não ingere bebidas alcóolicas cronicamente, não é usuário de drogas, rói unhas e é respirador bucal, é portador de hepatite. Realiza higiene bucal 3 vezes ao dia com escova e creme dental.

Foram gastos nove sessões odontológicas sendo que o paciente não faltou.

Ao exame odontológico inicial apresentou CPOD 14 e CPOS 67 correspondendo a ausência dos dentes 14, 11, 24, 25, 27, 37, 36, 35, 46, 47 e 48, sem reabilitação protética; destruição coronária do dente 26 (extração indicada) e restauração de amálgama na face oclusal e vestibular do 38.

Apresentou fraturas nos bordos incisais dos dentes 12, 21 e 22, os quais foram restaurados durante a pesquisa, por motivos estéticos ("os dentes são importantes para a presença"). O paciente apresentou depósitos de cálculo dental nos quarto quadrantes, bem como extenso acúmulo de placa e gengivite associada.

Em todas as sessões trabalhou-se a questão do auto cuidado, em função da doença renal sinalizando para o transplante, situação sobre a qual o paciente relata "...até o rim não pifar...tem três, um que ficou cinco anos fora da máquina o outro ficou três anos e o outro não ficou um

ano...mas acho que não se cuidaram, não são rigorosos no tratamento...creio que seja isso...para rejeitar o organismo deve ser isso...porque o que ficou cinco anos disse que fazia o tratamento certinho... eu sempre estou conversando para ficar por dentro...ele disse que tomava os remédios direitinho para rejeição, ele já fez dois transplantes...mas tem que dar certo".

A cada sessão se fez higiene bucal supervisionada.

Realizou-se raspagem, alisamento e polimento de dentes (RAP), polimento da restauração de amálgama, restaurações estéticas nos dentes 12, 21 e 22, bem como, a reabilitação protética através de uma prótese parcial removível superior.

Não apresentou lesão de tecidos moles na cavidade bucal ao exame inicial. Apresentou alteração de oclusão pelas perdas dentais sem reabilitação protética com sinais e sintomas clínicos de disfunção craniomandibular.

A evolução dos resultados dos índices CPOD, CPOS, IPV e ISG pode ser verificada na tabela 3.

Tabela 3 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente C no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.

	CPOD	CPOS _m	IPV	ISG	Ph salivar
Exame inicial	14	67	95,74	94,04	8,0
Exame para a alta clínica	14	67	17,85	25	8,0
Exame na manutenção após 3 meses	14	67	33,33	44,73	8,0

Legenda: CPOD - número de dente cariados, perdidos e obturados. CPOS_m - número de superfícies cariadas, perdidas e obturadas. IPV - índice de placa visível expresso em %. ISG - índice de sangramento gengival expresso em %.

O paciente conseguiu reduzir o IPV e o ISG durante o tratamento e apresentou um aumento nesses índices após 3 meses a contar da alta clínica.

A escuta do paciente após 3 meses de alta clínica revelou que o paciente gostou do tratamento, refere que está "mais bonito" e que as "gurias vão gostar mais dele" em função da

reabilitação protética e restaurações nos dentes anteriores "...também está bom para comer e mastigar".

Segundo o paciente, ele aprendeu a cuidar da saúde da boca que é importante por "causa do transplante".

O paciente agradeceu pela possibilidade do tratamento. Estava feliz, saiu alegre.

4.4. PACIENTE D

**"...a pior parte da hemodiálise é o catéter...
é um horror...eu sofri... "**

A paciente é do sexo feminino, 35 anos, antes da doença era estagiária do Banco do Brasil, agora depende do auxílio doença, tem 2º grau completo. Faz hemodiálise há 2 anos. A sua renda familiar é de mais ou menos 2 salários mínimos. É usuária exclusiva do S.U.S..

Da escuta estimulada sobre a doença renal crônica e inserção da saúde bucal no imaginário da paciente, resultou o que segue.

A paciente narra que ficou doente em 1999, "...daí eu tive mal no hospital, passei 8 dias no hospital em coma, só que lá eles não me falaram que era problema renal, nem nada...aí , eu fiquei boa e fui para casa e quando foi em 1994, eu fiz um exame, ecografia nos rins, aí constou que os meus rins cresceram...aí o médico lá na Restinga, ele sempre dizia que os meus rins funcionavam 19 %, e que quando chegasse a 10 % eu teria que fazer hemodiálise...então ele sempre me avisou, eu recebi até bem, sabe...eu não tive trauma nenhum porque eu já estava preparada...eu sofri porque eu quis, como diz o outro".

Não entendendo a colocação da paciente, perguntou-se como assim, sofreu porque quis?

E a paciente explica que já tinha marcado para fazer a fistula e não foi, "...o doutor marcou e eu não fui, eu estava trabalhando e estava bem, né?...Decidi não ir...fiquei com medo, não tinha ninguém que me apoiasse...todo mundo dizia que era um horror a hemodiálise...daí eu não fui...quando foi em outubro eu passei mal e baixei o hospital e aí, me colocaram um catéter no pescoço...eu sofri. Se eu tivesse feito a fistula não tinha sofrido. Catéter no pescoço é um horror, eu tive que colocar dois catéteres, um desse lado e outro desse outro lado...e a pior parte da hemodiálise é o catéter...a fistula é dolorida, tu vez aquela agulha enfiando, mas a gente passa bem...com o catéter em alguns dias a gente passa mal, o processo em si debilita...graças a Deus a minha fistula já está a dois anos e está bem".

Segundo a paciente, os médicos explicaram o que é a doença e o que ela poderia fazer para se cuidar "...entendi tudo direitinho...tenho que cuidar na alimentação, não comer gordura, não comer sal, o sal é que estragou tudo, né?"

A paciente foi lacônica quanto ao auto-cuidado, e nos pareceu sinalizar para o fato de que talvez não tenha entendido tão bem a doença ao ponto de ter autonomia sobre o corpo, ou seja, saber o que é que está se passando.

Em relação à dieta, ela não segue rigorosamente porque "...as vezes dá vontade de comer".

Perguntado se não dá para seguir a dieta, tem-se que: "...não é assim, tu tem que comer tudo sem sal, batata cozida, não podia comer massa e às vezes eu como massa, como arroz, tudo junto, comer menos, ...mas eu como um batalhão de comida, coisa mais séria...eu não posso engordar...antes de ficar doente eu não comia nada, às vezes eu comia só miojo, peguei uma anemia que nossa".

Perguntou-se : Como? Só miojo, aquilo é puro sal !

Ao que a paciente respondeu, "...não, mas eu nunca comi com o tempero aquele, eu não coloco o tempero aquele que vem junto...só coloco uma manteiguinha e um pouco de sal, né?...eu não fiquei doente mais cedo porque eu me cuidava, né?...antes de fazer hemodiálise eu

me cuidava, eu nunca fui de comer cachorro quente, essas coisas de rua, eu nunca fui de comer, eu não gosto de óleo e me dá uma coisa ruim".

"Acho que os pacientes não seguem a dieta porque enjoa, e é difícil também, porque pão a gente tem que comer aquele pão preto e esse pão preto é caro, né?"

O paciente pobre pode seguir a dieta?

"Eu acho que não, né?...se é suco tem que ser natural...lá em casa a nossa renda é em torno de 300 reais por mês, eu ganho 150 do auxílio doença a minha mãe tem 80 anos, ganha mais 150 reais, que é só eu e ela, cada uma ganha um salário...e aí paga o apartamento, paga o condomínio, paga o telefone".

Não procurou o dentista por conta própria, foi porque o "...pessoal da hemodiálise exigiu, senão não viria".

Nunca recebeu instrução de como cuidar da boca.

Procurou um dentista para fazer o exame odontológico, mas ele disse que "...era muito complicado, que eu devia ir na faculdade da U.F.R.G.S., me mandaram pra cá, nem examinou"(referindo-se ao profissional).

Em 1994 foi a última vez que procurou o dentista "...eu tirei esses dentes da frente e coloquei essa ponte".

A paciente não é fumante, não ingere bebidas alcoólicas cronicamente e não usa drogas. Não rói unhas, não é respiradora bucal, realiza a higiene bucal duas vezes ao dia com escova e creme dental pela manhã e pela noite.

Foram gastas 6 sessões odontológicas com 3 faltas.

No exame inicial a paciente apresentou CPOD 14 e CPOS 47, correspondendo à destruição coronária do dente 16; cavidade de cárie ativa nas faces oclusal e mesial do 15; cavidade de cárie inativa com necessidade restauradora na mesial do 13; cavidade de cárie ativa na palatina do 25; cavidade de cárie ativa na oclusal do 38; cavidade de cárie ativa na mesial do 34 e ausência dos

dentes 12, 11, 21, 22, 28, 36, 45 e 46. Apresentou depósitos de cálculo dental nos quatro quadrantes, bem como extenso acúmulo de placa e gengivite associada.

Não apresentou no exame inicial lesão de tecidos moles na cavidade bucal. Apresentou oclusão considerada alterada pelas perdas dentais sem reabilitação adequada que levaram a sinais e sintomas clínicos de disfunção craniomandibular.

A cada sessão realizou-se educação em saúde enfatizando o auto-cuidado.

A sensação era a de que a paciente não aderiu ao tratamento preventivo, ouvia, concordava, mas não aderiu. Não se produziu a eficácia simbólica (CANPAÑA,1997), apesar de estar tendo as suas necessidades odontológicas resolvidas. A cada sessão se fez higiene bucal supervisionada. Foram realizados procedimentos de RAP, restaurações de resina composta nos dentes 15, 13, 25, 38 e 34, exodontia do dente 16 e 48, sendo que este último estava impactado levando à pericoronarites de repetição.

A evolução dos resultados dos índices CPOD, CPOS, IPV e ISG pode ser verificada na tabela 4.

Tabela 4 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente D no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.

	CPOD	CPOS _m	IPV	ISG	Ph salivar
Exame inicial	14	47	100	100	8,0
Exame para a alta clínica	15	52	42,02	72,5	8,0
Exame na manutenção após 3 meses	17	55	44,11	51,13	8,0

Legenda: CPOD - número de dente cariados, perdidos e obturados. CPOS_m - número de superfícies cariadas, perdidas e obturadas. IPV - índice de placa visível expresso em %. ISG - índice de sangramento gengival expresso em %.

A paciente conseguiu reduzir o IPV e o ISG durante o tratamento, mas não a valores adequados, e manteve os índices baixos durante 3 meses a contar da alta clínica. Já o CPOS_m aumentou o correspondente à lesão de cárie ativa na face mesial e oclusal do 34 (reincidência de cárie na restauração realizada no tratamento clínico da pesquisa) e face distal do 44.

Quanto à escuta da paciente após 3 meses da alta clínica, tem-se que a paciente relata que está "...cuidando bem da saúde da boca...está prestando mais a atenção...acha que a boca é importante para a saúde e para o transplante...tem que manter limpa e bem cuidada...agora eu vou entrar na fila, assim que a boca estiver liberada, assim que liberar o dentista".

Quando se abordou a questão de que nesses três meses a paciente desenvolvera nova lesão de cárie, perguntando se ela estava comendo muito açúcar, a resposta foi: "...pode ser". A Paciente refere a ingestão dos fármacos açucarados que toma, como o complexo B e o sulfato ferroso.

4.5. PACIENTE E

**"...tá tudo normal, segundo o doutor...tá bom o rim
estou urinando bem...estou me sentindo bem...normal"**

A paciente é do sexo feminino, tem 34 anos, é do lar, era empregada doméstica, tem 1º grau incompleto. Está em diálise há 5 anos.

A renda familiar é de aproximadamente R\$650,00. Faz hemodiálise três vezes por semana. É usuária exclusiva do S.U.S.

Da escuta da narrativa estimulada da paciente, tem-se que ela tem noção de que a hipertensão tem a ver com a doença renal, "... acho que foi por causa da pressão alta, pelo que os médicos dizem".

"Eu estava me sentindo mal em casa, cansaço, cãibra nas mãos, mas eu não sabia o que era, nem sabia que existia hemodiálise... aí começou a me dar cãibra, falta de apetite e uma hemorragia muito grande no dente...eu fiquei das duas horas de manhã até as cinco horas sangrando no dente...a pressão estava alta".

Em função do mal estar generalizado a paciente fez exames e "...antes de pegar os resultados me deu uma convulsão em casa, dormindo... me levaram para o hospital e de lá não vi mais nada, só quando me acordei no quarto e me disseram que eu estava com insuficiência renal...eu nem sabia o que era isso".

Associou a última gravidez (a paciente tem três filhos) à "pressão alta ...me falaram que eu não podia ter mais filhos, fizeram uma cesariana de emergência, tiraram o nenê, mas só depois que ele estava com dois anos, é que eu fiquei doente mesmo... não sei se foi da gravidez ou de outra coisa.

A paciente estava com uma expectativa de "arrancar" os dentes estragados e não "fazer um tratamento", seria só "...uma consulta, o médico (o dentista) iria dizer o que tinha que fazer e iria arrancar... ela (assistente social) não disse isso "(que faria um tratamento participando de um estudo).

Perguntada sobre se ainda gostaria de participar do estudo, referiu que "... não sei não, o que tão fazendo com a gente, mas é bom para a gente também...", referindo-se a ser usada como "cobaia".

Em função dessas circunstâncias, explicou-se novamente os objetivos do estudo e que seria realizado um tratamento odontológico completo e não somente uma consulta. Em nenhum momento houve tentativa de convencimento, porque não interessava ao estudo uma paciente hostil ao que fazer da pesquisa, até por trabalharmos com categorias como adesão do paciente ao tratamento.

Na realidade o paciente queria "arrancar os dentes e ir embora...sem nada disso que tu falou..."referindo-se ao tratamento odontológico completo inclusive com educação em saúde com sessões educativas.

Findas as explicações, a paciente concordou em participar do estudo.

Verificou-se que a paciente não tem noção da doença renal crônica no sentido amplo de cura de autonomia do saber do próprio corpo.

Sobre a adesão ao tratamento, quanto à dieta, por exemplo, ela tenta seguir a prescrição médica.

Quanto a saber se a paciente iria ao cirurgião-dentista por conta própria ou se foi uma exigência da hemodiálise a paciente narra que "...veio ao dentista por causa da hemodiálise".

"Fiquei desconfiada (em relação ao transplante) porque fazem quatro anos e pouco que eu estava ali e nunca pediram exames para o transplante...foi há alguns meses atrás que a doutora pediu, ela disse que era obrigatório fazer, dizendo que eu já havia sido chamada, parece que três vezes, daí eu não estava com os exames prontos".

A última vez que foi ao dentista foi aos doze anos, quando ia à escola, aproximadamente há 22 anos. Nunca lhe ensinaram a cuidar da boca e dos dentes.

Quanto às necessidades sentidas refere que tem de "...arrancar os dentes lá de trás".

Claramente manifesta medo de cirurgião-dentista "...não gosto do barulho da maquininha e da agulhinha...para arrancar todo mundo diz que não dói, mas tenho medo da broca e da agulha...tenho medo da situação...as pessoas lá perto de casa dizem que ir ao dentista não dói, mas dizem que o tratamento de canal é que é muito doloroso, para arrancar todos falam que não dói...até teve uma senhora que foi na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e arrancaram 4 dentes de uma vez só e eu fiquei apavorada...se eu iria ter coragem para arrancar 4 dentes, e a dor depois que passa a anestesia...então é isso aí que eu penso, mas tem que fazer e eu vou. Eu só ia procurar o dentista se adoecesse".

A paciente não é fumante, não ingere bebidas alcólicas cronicamente, não é usuária de drogas. Realiza higiene bucal uma vez ao dia, após o café da manhã com escova de dentes dura e creme dental.

Foram gastas 4 sessões odontológicas, com 3 faltas alegando não ter dinheiro para a passagem. Ao exame inicial apresentou CPOD 5 e CPOS 14, correspondendo a ausência do dente 37; destruição coronária do dente 46; restauração de amálgama na face oclusal do 16; restauração de amálgama na face oclusal do 26 e cavidade de cárie inativa sem necessidade restauradora na face palatina; restauração de amálgama na face oclusal do 36.

A paciente não possuía lesão ativa de cárie com necessidade de tratamento. A paciente apresentou depósitos de cálculo dental nos quatro quadrantes, extenso acúmulo de placa e gengivite associada.

Não apresentou no exame inicial lesão de tecidos moles na cavidade bucal. Apresentou oclusão considerada alterada pelas perdas dentais sem reabilitação adequada, que levaram a sinais e sintomas clínicos de disfunção craniomandibular.

A cada sessão, trabalhou-se a questão do auto-cuidado em função da doença renal e do transplante.

A cada sessão realizou-se higiene bucal supervisionada.

Realizou-se RAP nos quatro quadrantes, polimento das restaurações de amálgama e exodontia do dente 46.

A evolução dos resultados dos índices CPOD, CPOS, IPV e ISG pode ser verificada na tabela 5.

Tabela 5 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente E no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.

	CPOD	CPOS _m	IPV	ISG	Ph salivar
Exame inicial	5	14	76,92	92,74	8,0
Exame para a alta clínica	5	14	42,02	72,5	8,0
Exame na manutenção após 3 meses	5	14	47,10	49,16	8,0

Legenda: CPOD - número de dente cariados, perdidos e obturados. CPOS_m - número de superfícies cariadas, perdidas e obturadas. IPV - índice de placa visível expresso em %. ISG - índice de sangramento gengival expresso em %.

A paciente conseguiu reduzir o IPV durante o tratamento e manteve os índices baixos durante 3 meses a contar da alta clínica. Já o ISG reduziu em torno de 22 % e após 3 meses reduziu 47 %, ambos os dados em relação ao exame inicial. O CPOD e CPOSm não apresentaram alteração.

Quanto a escuta da narrativa da paciente após três meses de alta clínica, já com a realização do transplante renal, a paciente refere que : "gostei do tratamento, acho que ficou melhor, os dentes ficaram mais limpos, quando eu escovo não sangra mais, antes sangrava muito quando escovava". " É que eu não estava acostumada a ir no dentista, né? Porque...desde o tempo do colégio eu não ia ao dentista...".

"Se eu não tivesse feito o tratamento, nem teria feito o transplante". "Me explicaram bem, que se tivesse um dente cariado podia prejudicar o transplante". "Aí, que dizer, para mim foi em cima da hora, que surgiu de eu poder ter feito o tratamento aqui".

O ânimo da paciente estava bom "...o doutor (o médico) já me liberou para ir trabalhar". "Agora eu estou melhor. Antes era muita cansa. O doutor disse para caminhar bastante para não engordar muito, e ...tomar líquido, no começo eu estava com medo de tomar água demais, já estava com aquele costume de não poder tomar água à vontade".

A paciente no transcorrer do estudo realizou o transplante renal. Ou seja, ela veio para o exame de manutenção após três meses, com o rim transplantado. Na época da realização do exame de manutenção, fazia dois meses e cinco dias do transplante.

Sobre a dieta e o auto cuidado, é interessante que antes do transplante havia a necessidade do cuidado de "seguir a dieta" sendo que após o transplante, "...estava tudo liberado...posso comer mais frutas, verduras...comer pouca quantidade e mais seguido". Após o transplante a paciente refere que engordou muito, porque estava comendo muito". "Decidi que agora estou conseguindo me controlar.. eu disse para o médico que não é fome, é só vontade de comer...tá tudo liberado, só não posso comer muito sal, nem gordura".

A paciente saiu contente da entrevista, e tem expectativa de voltar a trabalhar, tanto que o "doutor já me liberou para trabalhar".

4.6. PACIENTE F

"...todo esse problema que eu tenho e eu venho cuidando direitinho, pois se é só ele, eu tenho uma chancezinha, né...uma chance que a gente tem de transplante...pois tem gente que não tem mais volta e no meu caso ainda tem uma janelinha aberta lá longe no fundinho do corredor, por isso eu não esquento a cabeça."

A paciente é do sexo feminino, tem 51 anos, é empregada doméstica, tem 1º grau incompleto. Está em hemodiálise há 1 ano.

A renda familiar é de aproximadamente R\$540,00. Faz hemodiálise três vezes por semana. É usuária exclusiva do S.U.S.

Da escuta da narrativa estimulada da paciente, tem-se que ela tem noção de que a hipertensão tem a ver com a doença renal, "...acho que foi por causa da pressão alta demais".

Sobre como ocorreu o ingresso no processo de hemodiálise refere que: "...Eu nunca tive problema de saúde a não ser o problema nos rins. Tive 4 filhos e nunca tive nada. Com o tempo uns 2 anos mais ou menos eu comecei com problema de pressão alta, ai um dia eu me senti muito ruim e fui no médico e me disseram que a minha pressão estava 20/9. Ai eu comecei a me sentir enjoada e fui no posto de saúde de novo e ai comecei a fazer tratamento para a pressão. Ai mesmo fazendo tratamento para a pressão, ela baixava um pouco, mas ainda assim eu me sentia enjoada, ai voltei no posto e o senhor sabe, toma adalat, toma aldomet, toma isso e toma aquilo,

troca de remédio. Ai eu comecei a engordar, ficar gorda, pesada, comecei a inchar mesmo, eu achava que era gordura, mas era enchume. Sentia falta de ar, sentia dificuldades para trabalhar, fazer esforço, dor de cabeça, dor na nuca e enjoada mesmo. Ai eu comecei a me sentir ruim e comecei a me sentir ruim começou a me dar uma coceira pelo corpo, ai eu fui no posto e eles examinaram tudo e disseram ó dona Lídia o que a senhora tem é sarna. Eu disse, mas como é que eu fui pegar sarna, não tem como eu pegar sarna , porque na nossa casa a gente faz as higiênes como deve fazer. Ai em todo caso, peguei o remédio para passar no corpo e mesmo passando aquele remédio no corpo a coceira não passou, e eu tinha coceira por todo o corpo e o local mais atingido foi na perna, e eu comecei a coçar a perna e as unhas com infecção começaram a criar feridas nas pernas. A minha perna ficou inchada e eu tomava penicilina, antibióticos e eu ia do posto para casa e da casa para o posto. Até que no posto, um dia eu fui no médico e ninguém achava o que era e o médico me indicou para o H.C.P.A.. Isso já fazia mais ou menos 1 ano que eu fazia o tratamento para pressão no posto, já a coceira durou 1 mês, 1 mês e pouquinho me coçando. Até chá que me ensinaram fazer para tomar banho, mas aquela coceira cada vez aumentava mais. Ai aliviou um pouquinho porque me mandaram num dermatologista que tem lá na azenha - ele receitou uns comprimidos que eu mandei fazer na farmácia de manipulação e era para tomar só à noitinha, era isso que me acalmava a coceira e eu consegui dormir. E ai continuou o enjoou e a coceira e quando eu fui para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre o pescoço já estava inchado, eu sentia falta de ar, o corpo todo inchado. Ai eu fiquei mais ou menos 1 mês no H.C.P.A. por uma baixa de urgência 24 horas, me colocaram no oxigênio e nada de resolver. Mas nesse meio tempo eu já estava fazendo no H.C.P.A. exames para os rins, exame de sangue e exame de urina, fazendo contraste e aquela coisa toda. Eu até ia operar as minhas varizes quando começou esse processo, mas resolvi não mexer mais. Ai eu tive uma baixa de um dia para o outro e ai é que foram descobrir que eu estava com problemas de rins. Foi por esse intermédio que eu fui para a hemodiálise já em caráter de emergência. Acho que foi por causa da

pressão alta demais. Acho que foi por isso. Eu urino, mas é pouco. Eu tenho problema de reter líquidos, aí o doutor me explicou que aquilo era enchume e não gordura. Aí depois que eu saí do hospital eu fui direto para a hemodiálise. Fiz ecografia pelo resto do corpo e estava tudo bem, só o problema dos rins. No começo da hemodiálise eu parei de trabalhar, pois o corpo precisava se acostumar com o que estava acontecendo, mas agora eu estou bem. Quando eu comecei a fazer a hemodiálise eu fiquei 2 meses sem trabalhar, a gente se sente fraca, enjoada. A gente se sente cansada. Com anemia, tudo enfraquecido. É foi uma barra superar, mas agora eu estou bem melhor, meu corpo já está acostumado, eu estou assim, bem para trabalhar. Depois da hemodiálise eu chego em casa e tenho um bom sono e no outro dia eu estou boa para trabalhar, mas muitas coisas que eu fazia antes, hoje eu não faço mais, tem que ter um cuidado, eu cuido do meu braço, por causa da fístula. A minha patroa, já fazem 30 anos que eu trabalho com ela, e ela colocou uma pessoa para fazer a limpeza pesada e eu só mantenho aquela limpeza que ela faz, eu passo um pano na casa, eu tiro o pó, coloco a roupa na máquina, faço comida, passo a roupa, coisas simples. É porque eu trabalhava à 30 anos e esses 2 meses que eu fiquei parada eu entrei numa depressão muito grande, mas eu mesmo já estava me conformando, pois tem coisas piores. Eu fiquei chateada, mas acabei me conformando, pois tem coisas piores. Eu tô assim, mas eu pensei assim: eu vou me tratar, vou fazer as coisas direitinho, vou tomar o meu remédio, porquê todo esse problema que eu tenho eu venho cuidando direitinho, pois se é só ele eu tenho uma chancezinha né, uma chance que a gente tem de transplante. Pois tem gente que não tem mais volta e no meu caso ainda tem uma janelinha aberta lá longe no fundinho do corredor, pois isso eu não esquento a cabeça".

"...É eu nunca tive dor nos rins, nunca tive dor nas costas e nem onde o rim está alojado. Eu só fiquei sabendo através dos exames. Agora se eu tivesse uma dorzinha e eu fosse no médico e ele me dissesse que eu estava com problemas nos rins eu teria procurado um nefrologista, faria

um tratamento e talvez até não chegaria à hemodiálise, entendeu. Mas como ele nunca doeu eu não tomei uma providência".

Ao ser questionada sobre as alterações ocorridas na sua rotina de vida após ter entrado em hemodiálise refere; "...no começo fiquei com uma depressão, porque eu pensei que não ia ser a pessoa ágil como eu era antes...pensei que ia ficar uma pessoa doente, uma pessoa inútil, sem poder trabalhar...eu sempre trabalhei...dependendo só do dinheirinho do meu marido, dependendo de isso e daquilo dos filhos. Eu entrei numa depressão só de me lembrar disso. Uma pessoa que estava acostumada a trabalhar como eu, não iria se acostumar, ia custar um pouco para levar uma vida assim".

"Sempre trabalhei, eu trabalho em casa de família. Eu faço fachina três vezes por semana, mas numa casa só, já fazem 29 anos que eu trabalho nessa mesma casa, três dias por semana eu vou lá e faço o que tem que fazer".

"Há aí eu entrei em depressão porque pensei que não poderia ter mais as minhas atividades que eu tinha antes. Ai eu fiquei, claro, durante assim que eu comecei a ficar doente; eu comecei a ficar doente e a procurar recursos...a me tratar. Ai quando eu descobri o que era o problema dos rins, que eu tinha que fazer hemodiálise, ai fui para a máquina...eu fiquei pior ainda, porque até o meu corpo se acostumar com aquilo que eu estava fazendo, há foi horrível. Eu emagreci, eu parei uns dois meses de trabalhar, eu me sentia fraca, uma depressão enorme, sono e sem vontade de fazer nada. Eu comecei a tomar uns remédios para normalizar a minha pressão, que eu criei pêlo no rosto, eu passei mal, uma fase ruim". Percebe-se que a depressão a qual a paciente refere tem a haver com a impossibilidade de trabalho.

Questionou-se o que foi feito para sair dessa fase ruim e a paciente referiu que "...o momento que eu saí da minha fase ruim foi quando eu procurei me acostumar com a hemodiálise...eu procurei aceitar aquilo...e eu comecei a aceitar quando comecei a melhorar...tem pessoas que entram e vão ficando ruim, ruim, ruim...não tem conserto...aí depois de um mês e meio que eu

entrei em hemodiálise comecei a melhorar, comecei a me sentir melhor, comecei a ir devagarinho...a minha pressão normalizou. Já aqueles remédios que criavam um pouco de cabelos no rosto, comecei a parar com o remédio, começou a desaparecer os cabelos do rosto, as minhas energias começaram a voltar. Em dois meses eu senti que estava bem...tanto organicamente, quanto de cabeça".

"Eu estou fazendo hemodiálise, estou me tratando e estou me dando bem. Eu tenho que me acostumar com as coisas que eu estou fazendo. A melhorar as coisas que eu estou fazendo para mim mesma, eu fiz as coisas ficarem mais fáceis...procurei eliminar certos problemas. Até em casa, porque sou casada, tenho quatro filhos, tenho meus netos. Então tem coisas assim que eu acho que não têm mais importância. E eu tenho uma família. Meu marido é bom para mim. Meus filhos também são casados, eu já tenho netos. Coisinhas assim, banais, bestas, eu deixei de lado, comecei a olhar para traz e vi que tem pessoas que levam uma vida pior que a minha...eu acho que eu me recuperei bem e porque não vou aproveitar aquilo, fazer coisas boas... assim procurei relevar tudo...se caiu um garfo no chão, porque eu vou brigar se a pessoa passa por ali e não junta, eu vou ali e junto, já para não ter problema...não sei, eu procurei tornar as coisas mais fáceis para mim. Comecei a querer retornar ao trabalho. Eu estava bem, mas notava que estava irritada, chateada, tão engraçada por não trabalhar...claro uma pessoa que passou a vida trabalhando. Aí eu pensei...sabe de uma coisa eu acho que vou começar a trabalhar de novo, aí eu falei com o doutor que estava pensando em voltar a trabalhar e ele me explicou que o tipo de serviço que eu fazia, eu não podia fazer mais, que eu tinha que cuidar o braço da fístula, que eu não podia levantar peso. Isso nada eu faço, meu serviço é leve. Aí eu comecei a ir no serviço devagarinho, um dia eu fui lá e passei uma roupa, noutro dia eu passei um pano na casa, tirei o pó, olha...voltei às minhas atividades normais e estou bem, estou ótima. Agora eu tenho meus colegas, fiz boas amizades...faço uma hemodiálise tranquila...vou para casa bem e durmo um bom sono...vou trabalhar no dia seguinte...me alimento bem. Eu dizia para o doutor que eu era

doente, mas ele me dizia que nos exames apareceu apenas os rins doentes, o resto está tudo bem. Agora eu parei até de fumar, mas fique alguns dias bem irritada".

Ao ser questionada sobre se os médicos explicaram o processo de hemodiálise e o que poderia fazer para se auto-ajudar referiu que "...eles me explicaram, mas eu procurei me ajudar mais ainda. Eles me explicaram tudo o que eu ia fazer na hemodiálise, o que era a doença, o meu problema, mas que aquilo não era um bico de sete cabeças, eles me explicaram e disseram que iam explicar qualquer dúvida. Eu fui fazendo ecografias de tudo e exames de tudo, eu fiz tratamentos no Hospital de Clínicas e deu que estava tudo bem, era só o rim".

"A pressão alta é que me deu o problema nos rins. Eu não sabia que estava com pressão alta, porque não tinha dor, nem mal estar, nem nada, nem dor de cabeça, nada. Se eu tivesse alguma desses sintomas eu ia me tratar".

Verificou-se que a paciente não tem noção da doença renal crônica no sentido amplo de cura, ou seja, de um saber que lhe confira autonomia sobre o próprio corpo.

Sobre a adesão ao tratamento diz procurar "...seguir tudo o que o médico pede", já quanto à dieta, por exemplo, ela tenta seguir a prescrição médica, mas refere que "...olha é difícil. No meu caso como eu era uma pessoa sadia e acostumada a comer de tudo, para mim de repente fazer essa dieta foi brabo. Agora depois de dois anos eu estou me acostumando. Eu procuro seguir a dieta". Procura controlar a dieta baseando-se nos exames periódicos "...não foi fácil, mas tem que tentar, tem que ter força de vontade. E agora o doutor disse que estava tudo bem, potássio, uréia, está tudo direitinho. Eu posso até comer uma coisa dessas, mas sem exagero, podendo não comer eu não como. O doutor explica tudo direitinho e falo que posso comer sem exagero...então eu como pouco e me cuido, porque também não posso entrar na máquina fraca, é horrível". Referiu que a questão financeira não influi na sua decisão de seguir ou não a dieta recomendada "... eu já estava acostumada a comer essas coisas recomendadas, é o que eu posso comprar".

Sobre a importância da cavidade bucal no processo refere que "... eu acho que é. É mais para transplante. E se eu puder tratar direitinho o que tem que tratar para conservar mais a minha saúde eu faço, não é só por causa do transplante, é para me contentar mais. A saúde da boca é muito importante e as experiências negativas que tive no dentista foram por parte do meu marido... ele teve as experiências... ele extraiu um dente e não deram ponto e ele sofreu muito e eu incorporei esse sofrimento... e aí eu não vou no posto. Quando eu ia ao dentista eu ia no SESC, eu sei que era só para isso. Aqui eu sei que o problema era só para isso (se referindo ao atendimento de paciente com I.R.C.) aí eu me sinto mais confiante, porque vocês só tratam disso (se referindo aos tratamentos da boca). Vão mais a fundo só nisso e vocês sabem o que fazer tudo direitinho, agora no posto de saúde que tinha várias coisas e tem o dentista eu fiquei com medo, não quis ir. Eu fico mais confiante quando eu vou num setor que é só para aquilo. E já fazem mais ou menos 6 a 7 anos que eu não vou ao dentista. E como faz 1 ano que estou na hemodiálise acho que a hemodiálise não interferiu nesse processo de procurar atendimento dentário".

Ao ser questionada se havia procurado algum cirurgião-dentista depois de entrar em hemodiálise diz : "...nem me arrisco".

Quanto a saber se a paciente iria ao cirurgião-dentista por conta própria ou se foi uma exigência da hemodiálise a paciente narra que "...vim ao dentista porque o pessoal da hemodiálise me pediu. Olha da minha parte ,eu nunca fui preocupada com os dentes. Mas aí com o problema da minha doença acho que eu não ia me preocupar com os dentes...é eles sempre ficam em segundo plano, para mim ...eu nunca me interessei pelos cuidados que tinha que ter, como é que eu tinha que escovar, eu tinha meus dentes e cuidava, mas a minha maneira. E quando foi estragando eu fui arrancando tudo. Primeiro eu deixei estragar tudo e depois eu fui lá

e mandei arrancar tudo. Com a hemodiálise eu coloquei os meus dentes em segundo plano mesmo".

Nunca lhe ensinaram a cuidar da boca e dos dentes . "Já fui em muitos dentistas, mas só arrancaram, nunca me explicaram nada".

Quanto às necessidades sentidas refere que tem de "...arrancar os dentes lá de trás".

Claramente manifesta medo de cirurgião-dentista e em relação ao atendimento odontológico realizado nos postos de saúde "...no posto eles arrancam um dente e se puder mais um pedacinho da gengiva junto. Foi o que me aconteceu e aí eu não fui mais, porque fiquei com medo".

Quando questionada em relação ao fato de se ir ao cirurgião-dentista constituía mais uma complicação exigida pelo processo de hemodiálise narra que "...eu acho que não, tudo o que eu precisar fazer para a hemodiálise eu faço. Mas independente da hemodiálise eu faço tudo o que for bom para a minha saúde para me conservar e para ver se eu duro um pouco mais...eu não quero ter problema, por exemplo, uma infecção generalizada por causa de um dente que eu não cuidei. Tudo o que for para a minha saúde eu vou fazer e não é impecílio nenhum eu tenho que ir na hemodiálise e tenho que ir ao dentista, mesmo que fosse no dia da hemodiálise e eu tivesse que ir a dentista eu iria, pois eu sei que vai fazer bem para mim. E um dia se Deus me ajudar e eu conseguir o transplante aí eu vou ter uma entrevista e nesse caso eu já fiz tudo, aí eu vou chegar na entrevista e quando perguntarem se eu fiz aquilo e aquilo , eu vou dizer que fiz tudo direitinho e está tudo em ordem".

As suas necessidades odontológicas sentidas foram "...extrair esses caquinhos de dente, dar uma olhada nos dentes. E esses aqui da frente acho que estão bem. Fazer uma limpeza. Claro que eu gostaria de um dia poder colocar uma chapa, mas por enquanto ela não é acessível. Mas se um dia eu tiver uma chancezinha até de pagar menos por uma chapinha para mim, a gente faz qualquer coisa, eu faço. Para a saúde da gente eu acho que não tem dinheiro que pague. Eu

trabalho, mas pode estar faltando o que for, mas primeiro são os maus remédios, alguma coisa assim como a minha chapa, depois se sobrar eu vejo o que eu faço, mas a primeira coisa sou eu".

A paciente deixou de fumar após ter entrado em hemodiálise, não ingere bebidas alcólicas cronicamente, não é usuária de drogas. Realiza higiene bucal uma vez ao dia, após o café da manhã com escova de dentes e creme dental.

Foram gastas 14 sessões odontológicas, com 3 faltas alegando não sentir-se bem ao acordar. Ao exame inicial apresentou CPOD 24 e CPOS 111, correspondendo a ausência de todos os dentes superiores, a paciente apresentava prótese total superior mal adaptada e provocando estomatite protética. Ausência dos dentes 37, 36, 45, 46 e 47. Bem como, cavidade de cárie ativa na distal e oclusal do 35, extração indicada (destruição coronária) dos dentes 34 e 48.

A paciente apresentou depósitos de cálculo dental no terceiro e quarto quadrantes, extenso acúmulo de placa e gengivite associada.

Apresentou estomatite protética ao exame clínico inicial dos tecidos moles da cavidade bucal. Apresentou oclusão considerada alterada pelas perdas dentais sem reabilitação adequada, que levaram a sinais e sintomas clínicos de disfunção craniomandibular.

A cada sessão, trabalhou-se a questão do auto-cuidado em função da doença renal e do transplante.

A cada sessão realizou-se higiene bucal supervisionada.

Realizou-se RAP no terceiro e quarto quadrantes, exodontia dos dentes 34, 35 e 48, bem como reabilitação protética através de prótese total superior e prótese parcial removível inferior.

A evolução dos resultados dos índices CPOD, CPOS, IPV e ISG pode ser verificada na tabela 6.

Tabela 6 - Resultados dos exames odontológicos realizados com a paciente F no exame inicial, exame para a alta clínica e exame na consulta de manutenção após 3 meses decorridos da alta clínica, Porto Alegre, RS, 2001.

	CPOD	CPOSm	IPV	ISG	Ph salivar
Exame inicial	24	111	97,96	100	8
Exame para a alta clínica	24	114	20,6	12,5	8
Exame na manutenção após 3 meses	24	114	35,29	100	8

Legenda: **CPOD** - número de dente cariados, perdidos e obturados. **CPOSm** - número de superfícies cariadas, perdidas e obturadas. **IPV** - índice de placa visível expresso em %. **ISG** - índice de sangramento gengival expresso em %.

A paciente conseguiu reduzir o IPV durante o tratamento e manteve os índices baixos durante 3 meses a contar da alta clínica, apesar de ter aumentado na avaliação após três meses da alta clínica. Já o ISG reduziu em torno de 87,5 % desde o exame inicial até a alta clínica, mas voltou a ser de 100% após 3 meses decorridos da alta clínica. O CPOD e CPOSm não apresentaram alteração no momento do exame após três meses da alta clínica, quando comparados aos mesmos índices encontrados na ocasião da alta clínica.

Quanto a escuta da narrativa da paciente após três meses de alta clínica e questionada sobre sua capacidade de auto-cuidado em relação à cavidade bucal e a importância da saúde da boca para o transplante, a paciente refere que : "...o doutor Roberto explicou tudo direitinho...estou mais ou menos, mas ainda não está como o doutor gosta. Ele me disse os outros cuidados que eu devo ter. Eu estava fazendo, mas ele me disse que tem que fazer melhor. É eu não posso ter nenhum tipo de infecção."

Em relação ao transplante relatou "...é estou na fila (referindo-se à fila de transplante), meu filho me ofereceu o rim dele, mas eu prefiro ficar na fila. Até assim, se ele precisasse eu daria, mas dele para mim, jamais".

Ao ser questionada com relação à possibilidade de um paciente com insuficiência renal crônica em hemodiálise ir a um posto de saúde diz "...eu acho que não...mesmo que pudesse eu não iria, pois a última vez que fui foi muito sacrificado, aqui (referindo-se à faculdade de

odontologia, em específico ao programa de pesquisa do qual participou) eu não tenho medo, estou sendo bem tratada e não soube o que foi dor".

4.7. RESULTADOS DOS EXAMES ODONTÓGICOS DO CONJUNTO DOS PACIENTES QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA

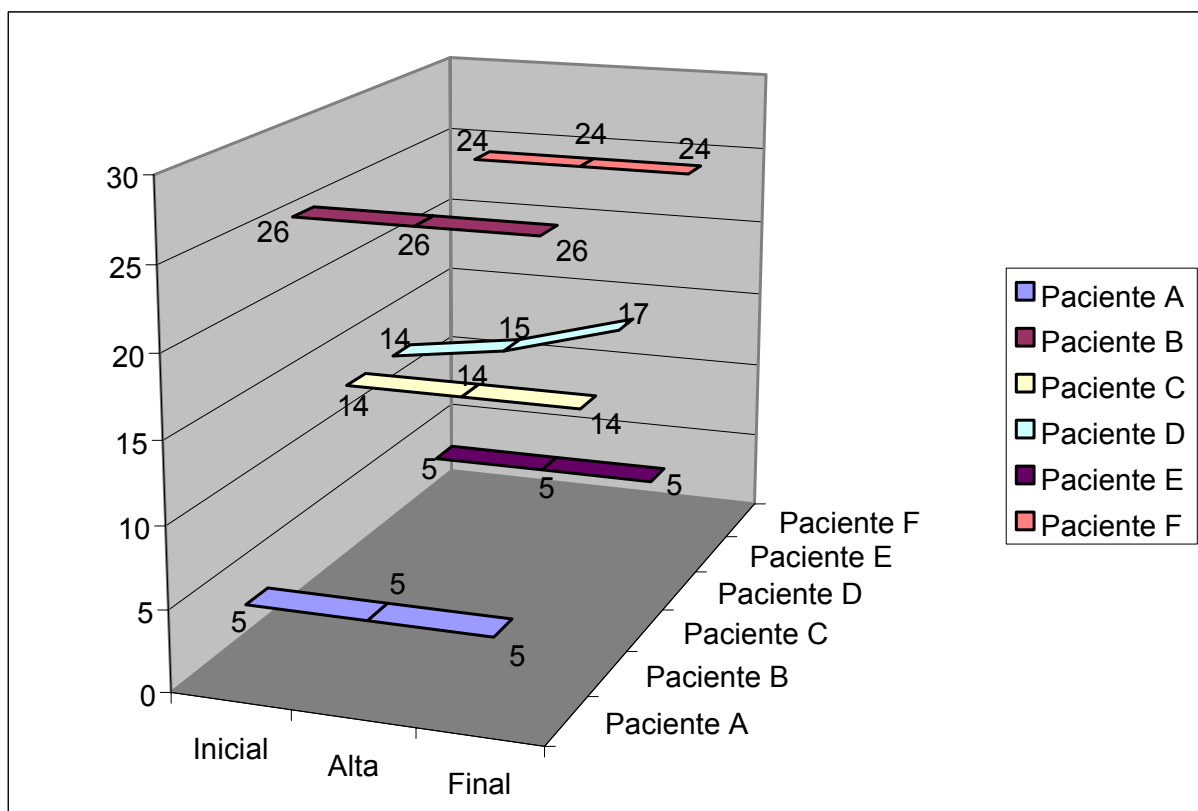
Quadro 1 - Resultado dos exames odontológicos de CPOD, CPOSm, IPV e ISG do conjunto de pacientes em estudo na pesquisa no exame clínico inicial, na alta clínica e após 3 meses da alta, Porto Alegre, 2001.

PACIENTES	CPOD			CPOSm			IPV			ISG			CPOD	CPOS	IPV	ISG
	I	A	F	I	A	F	I	A	F	I	A	F	Médio	Médio	Médio	Médio
A	5,00	5,00	5,00	7,00	7,00	7,00	44,75	13,28	13,30	62,1	34,67	41,9	5,66	10,33	23,77	46,22
B	26,00	26,00	26,00	117,00	117,00	118,00	100,00	11,76	0,00	100,00	12,50	12,5	26,00	117,33	37,25	41,66
C	14,00	14,00	14,00	67,00	67,00	67,00	95,74	17,85	33,33	94,04	25,00	44,73	15,66	73,33	48,97	53,25
D	14,00	15,00	17,00	47,00	52,00	55,00	100,00	42,02	44,11	100,00	72,50	51,13	15,33	51,33	62,04	74,54
E	5,00	5,00	5,00	14,00	14,00	14,00	76,92	42,02	47,10	92,74	72,05	49,16	5,00	14,00	55,35	71,31
F	24,00	24,00	24,00	111,00	114,00	114,00	97,96	20,60	35,29	100,00	12,50	100,0				
Média	12,60	13,80	14,20	50,20	54,40	54,40	83,48	25,39	27,57	83,78	43,34	39,74	15,53	53,26	45,48	57,4

Legenda: IPV - Índice de placa visível; ISG - Índice de sangramento gengival; P - pacientes I - exame inicial; A - exame na alta clínica; F- exame final após 3 meses.

O quadro 1 permite observar que em relação ao IPV o conjunto de pacientes apresentaram redução do número de superfícies com placa visível. Já com o índice ISG a redução ocorreu com todos os pacientes até o momento da alta clínica, sendo que no exame deste índice após três meses da alta clínica ocorreu redução nos pacientes B, D e E, mas aumento nos pacientes A, C e F, quando comparados ao exame do mesmo índice na ocasião da alta clínica. Porém, com exceção do paciente F, os demais apresentaram índice ISG após três meses decorridos da alta clínica inferior ao encontrado no exame inicial deste índice.

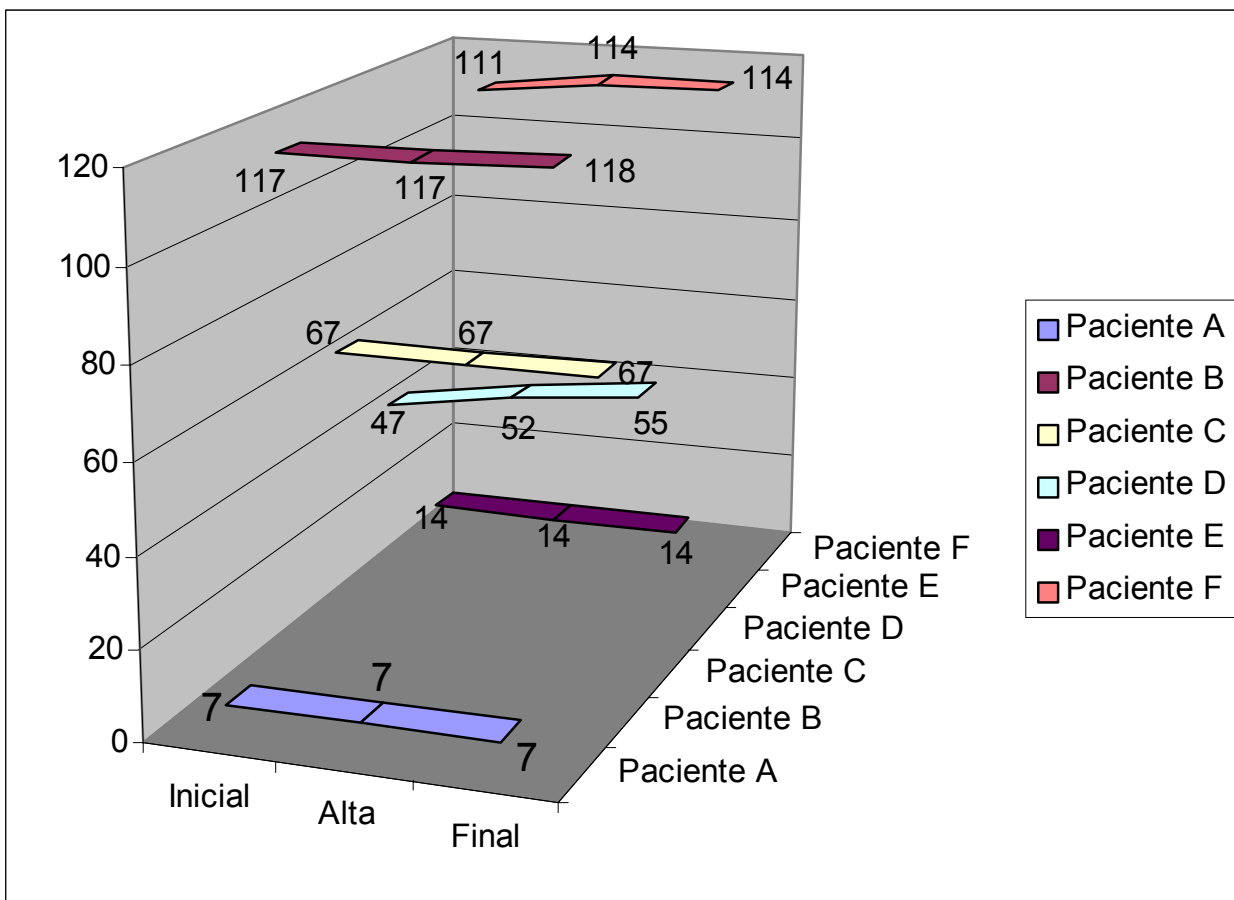
Gráfico 1- Distribuição do exame CPOD inicial, na alta clínica e após três meses decorridos da alta clínica para os cinco pacientes que participaram da pesquisa, Porto Alegre, RS. 2001.



Legenda: Inicial - CPOD no exame clínico inicial; Alta - CPOD no exame clínico da alta clínica; Final - CPOD no exame clínico após três meses da alta clínica.

O gráfico 1 mostra que os pacientes A, B, C, E e F o valor do índice CPOD manteve-se igual no exame inicial, na alta clínica e no exame final após três meses. Já com o paciente D ocorreu alterações no valor do índice.

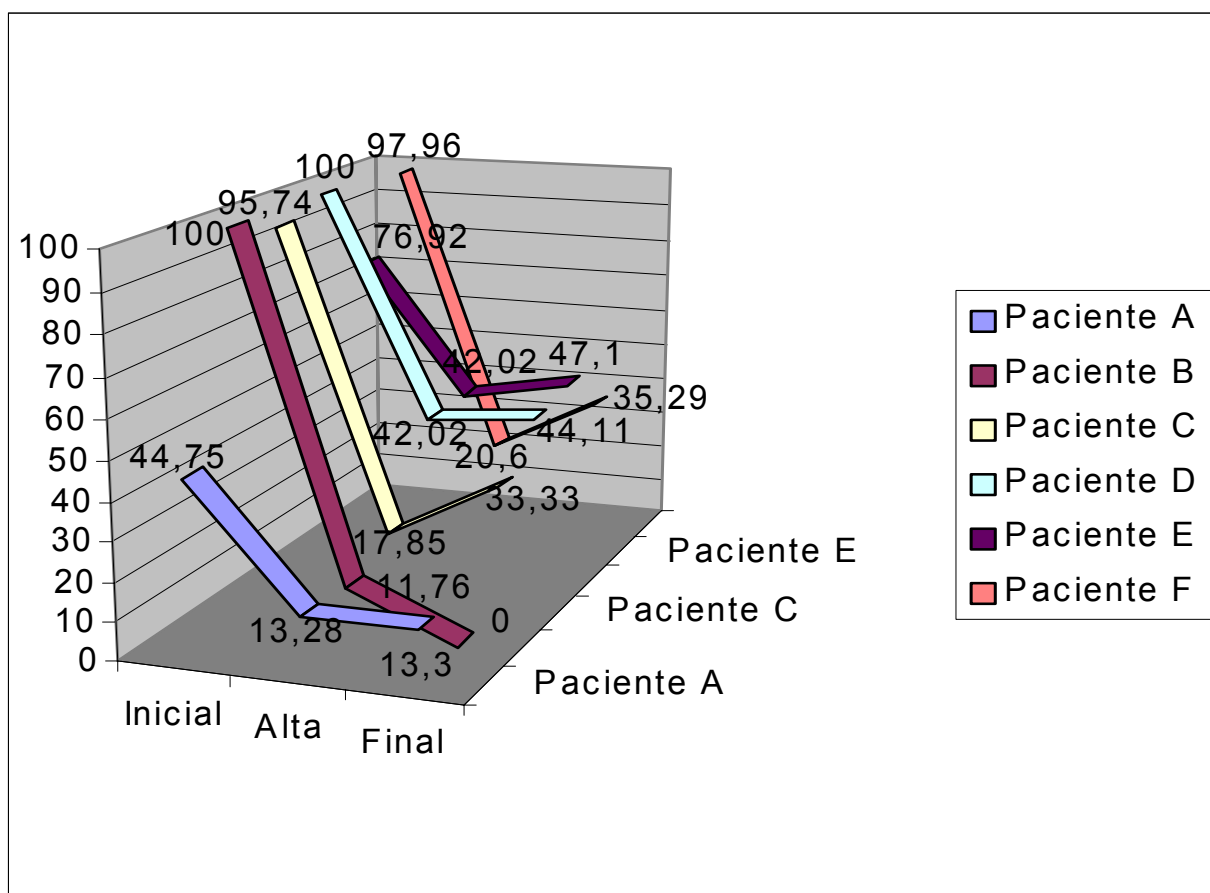
Gráfico 2 - Distribuição do exame CPOS inicial, na alta clínica e após três meses decorridos da alta clínica para os cinco pacientes que participaram da pesquisa, Porto Alegre, RS. 2001.



Legenda: Inicial - CPOS_m no exame clínico inicial;
 Alta - CPOS_m no exame clínico da alta clínica;
 Final - CPOS_m no exame clínico após três meses da alta clínica.

No gráfico 2 pode se verificar que os pacientes A,C e E mantiveram o valor do índice CPOS_m igual no exame inicial, na alta clínica e no exame final após três meses. Já com os pacientes B, D e F ocorreram alterações no valor do índice.

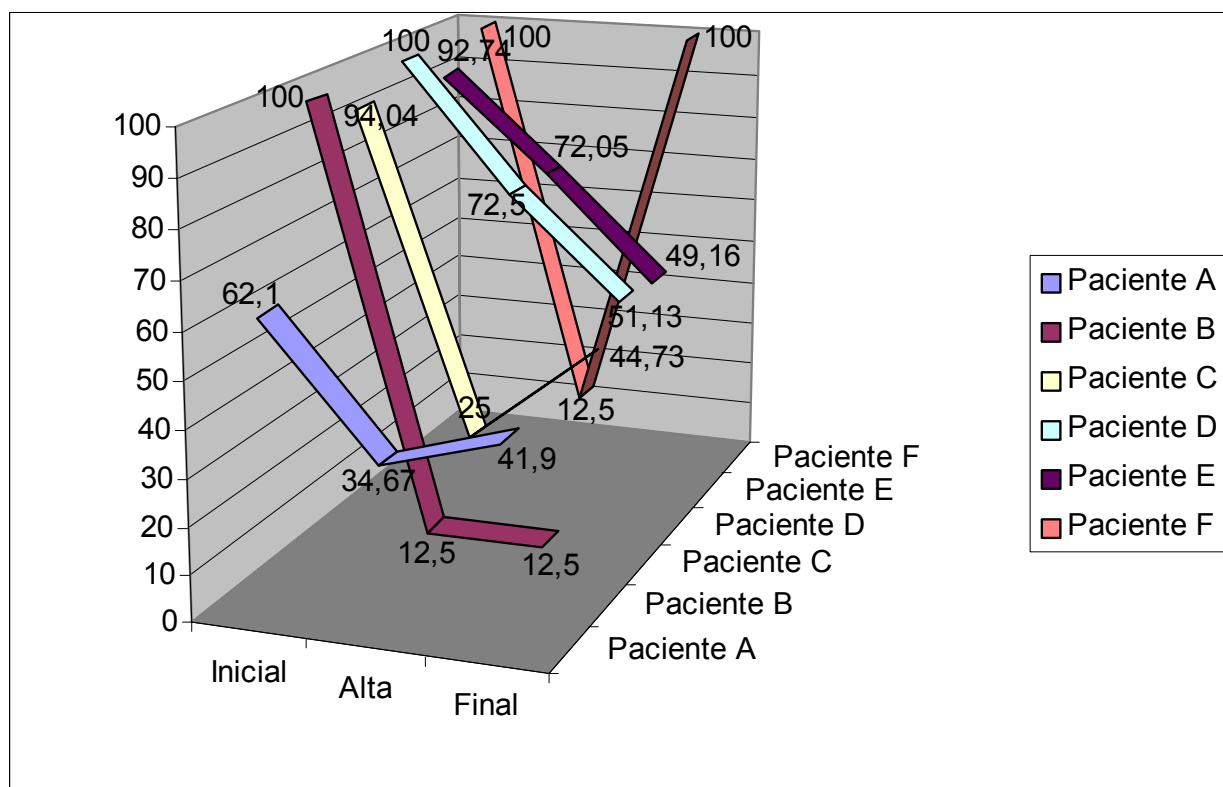
Gráfico 3 - Distribuição dos exames de IPV inicial, na alta clínica e após três meses decorridos da alta clínica para os cinco pacientes que participaram da pesquisa, Porto Alegre, RS. 2001.



Legenda: Inicial - IPV no exame clínico inicial; Alta - IPV no exame clínico da alta clínica; Final - IPV no exame clínico após três meses da alta clínica.

O gráfico 3 permite verificar que ocorreu redução no valor do índice de placa visível do conjunto de pacientes durante a fase de intervenção clínica que compreende o tempo entre o exame inicial e o realizado na ocasião da alta clínica. Porém, após a alta clínica, ao exame final que foi realizado após 3 meses verificou-se aumento no valor deste índice dos pacientes C, D, E e F (mais de 1% de aumento).

Gráfico 4 - Distribuição dos exames de ISG inicial, na alta clínica e após três meses decorridos da alta clínica para os cinco pacientes que participaram da pesquisa, Porto Alegre, RS. 2001.



Legenda: Inicial - ISG no exame clínico inicial; Alta - ISG no exame clínico da alta clínica; Final - ISG no exame clínico após três meses da alta clínica.

O gráfico 4 oportuniza visualizar o comportamento do índice ISG, onde constata-se que ocorreu redução no valor deste índice com todos os pacientes até o momento da alta clínica, sendo que no exame deste índice após três meses da alta clínica ocorreu redução nos pacientes B, D e E, mas aumento nos pacientes A, C e F, quando comparados ao exame do mesmo índice na ocasião da alta clínica. Porém, todos os pacientes apresentaram índice ISG após três meses inferior ao encontrado no exame inicial deste índice.

5. DISCUSSÃO

A discussão deste estudo se fará em torno dos seguintes eixos básicos:

- O doente renal crônico.
- As dificuldades no manejo do paciente em hemodiálise, no tratamento curativo/reabilitador.
- A construção da consciência sanitária / o auto-cuidado.
- A aproximação da teoria da Reforma Sanitária brasileira à prática do SUS.

5.1. O DOENTE RENAL CRÔNICO

O estudo possibilitou verificar que de um modo geral, o paciente que se submete à hemodiálise é um paciente cansado, ansioso, sofre de depressão e é muito "manuseado".(PALOMBINI, MANFRO & KOPSTEIN, 1985)

O termo manuseado refere-se realmente, ao corpo do paciente, no qual foi preciso fazer uma fístula, ou instalar um catéter e que semanalmente tem que submeter-se 3 a 4 vezes ao processo de hemodiálise.

Assim, estamos lidando com pessoas que dependem de uma máquina para sobreviver e que são portadoras de uma patologia crônica grave.

Contudo, são também pessoas que nem sempre dependeram da hemodiálise. Ou seja, em algum momento foram pessoas sãs, tendo organizado suas vidas a partir desta perspectiva. Seguidamente os pacientes referiam-se a esta questão: o antes e o depois do adoecimento.

A patologia renal é um fator desordenador da vida, da ordem cotidiana dos sujeitos, das suas relações familiares e produtivas. Em relação a questão produtiva o fato de não poder trabalhar como antes do adoecimento, apareceu de forma recorrente na fala dos pacientes. A matéria é importante a ponto de estudar-se se a produtividade do paciente transplantado é maior do que a do paciente em hemodiálise. Verifica-se que após o transplante não há um aumento na produtividade. (WAISER, 1998)

Existe todo um processo, pelo qual a pessoa com doença renal passa até adquirir o que se chamou sua nova identidade social: a de doente renal crônico.

MATTA (2000) analisando a questão da aquisição dessa nova identidade, refere que este é um processo que envolve o percurso do paciente nas instituições, incluindo hábitos, valores, crenças, o corpo, a prática e o discurso médico, a família e a intervenção do Estado.

É no percorrer desta trajetória que vai-se construindo a nova identidade social do sujeito : a de doente renal crônico.

E é nessa trajetória que se insere a odontologia ao pretender conferir saúde bucal ao paciente.

É com essa nova identidade que precisamos aprender a trabalhar em odontologia, sob uma perspectiva de excelência do método clínico, ou seja, colocando em prática os conceitos de integralidade, resolutividade, bem como o conceito ampliado de cura.

Verificou-se que de ma forma geral os pacientes deste estudo são pobres, com baixo grau de instrução, tinham nenhum ou pouco acesso a informação que lhes possibilitassem o auto-cuidado do corpo, incluindo a saúde bucal. A cultura somática (BOLTANSKI, 1989) muitas vezes era a de que o corpo é uma máquina cujas peças possam ser repostas. Há um certo mecanicismo no entendimento do corpo e da doença.(BORGES, 1995; FERREIRA, 1998)

Chama a atenção o fato de que eles espelham uma realidade em suas trajetórias de vida e de doença, que remete ao tipo de prática médica e odontológica que se quis combater com a Reforma Sanitária Brasileira: a prática medicalizadora, preventivista, mutiladora, do paciente objeto. Eles passaram por médicos e cirurgiões-dentistas, como usuários exclusivos do S.U.S., e o conceito ampliado de cura não apareceu. Os pacientes relatam a falta de acesso à assistência médica e odontológica nas suas trajetórias de vida até a hemodiálise.

Um paciente com tal perfil, que passou a doente renal crônico, têm dificuldades em compreender e aceitar a doença, o tratamento, sobretudo a hemodiálise, a irreversibilidade da doença, ou seja, o fato de não estar doente e sim ser doente.

Uma vez, razoavelmente entendido o mal e aceito o fato de que a hemodiálise é irreversível, "a luz no fim do túnel" é o transplante. Para estar apto ao transplante são necessários outros exames para "aprontar" o paciente; dentre eles, o exame odontológico: é nesse contexto que se pretende inserir a odontologia, aproximando teoria e prática do S.U.S..

A história odontológica dos pacientes não é diferente da história do resto do corpo. Assim, as necessidades odontológicas não satisfeitas e acumuladas são grandes, como o é a falta de informação e formação que possam levar ao auto-cuidado, com um agravante: neste caso o paciente corre risco de vida.

Os pacientes no afã de aprontar-se para o transplante, vêm em busca do laudo do cirurgião-dentista, da "liberação", mal sabendo que têm que realizar um tratamento odontológico.

Quando isso é explicado aos pacientes, causa espécie. O fato de terem que realizar, por conta de suas necessidades odontológicas, um tratamento com um cirurgião-dentista (trabalhando o conceito amplo de cura, o auto-cuidado, entre outros) causa estranheza. O paciente estranha a excelência do método clínico em saúde pública. Pareceu-nos que os pacientes, de uma forma geral, estavam habituados a relações pessoais assimétricas, nas quais eles são o lado menor.(BORGES, 1995; MALIK, 1996)

5.2. A CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA SANITÁRIA E O AUTO-CUIDADO

Esta questão está intimamente ligada à especificidade destes pacientes enquanto grupo populacional. Assim, trabalhou-se tendo em mente a nova identidade social dos mesmos: os pacientes como doentes renais crônicos.

Desta forma, procurando a adesão dos pacientes ao tratamento odontológico e ao auto-cuidado, trabalhou-se utilizando o que eles consideravam importante para si mesmos, os valores que sobram ou foram agregados com a construção da identidade social de doente renal crônico.

Nesse sentido, o grande objetivo dos pacientes é a realização do transplante renal. Sem a compreensão deste fato, fica difícil trabalhar na construção da consciência sanitária em odontologia. Porque tudo, para o renal crônico, vincula-se à doença renal e ao transplante.

O auto-cuidado adquire sentido quando vinculado à doença renal.

A saúde bucal passa a ser um estágio a ser alcançado e superado para quando "chegar a hora do transplante".

A resolutividade mostrou-se uma condição "sine qua non", para o auto-cuidado em 100% dos casos. Sem resolutividade no método clínico, incluindo a reabilitação protética, o auto-cuidado, o conceito amplo de cura perdem o sentido, porque não aprontam o sujeito para o objetivo maior: o transplante.

Contudo, aprontar o paciente para o transplante, implica necessariamente, em fazer com que o paciente saiba e consiga manter a saúde bucal, até porque ninguém sabe quando será o transplante. E obviamente, após o transplante a saúde bucal continua sendo importante. Esta questão foi abordada com os pacientes exatamente nestes termos.

Como os pacientes tinham grandes necessidades odontológicas, principalmente, em relação a periodontia e como se reduziu sangramento gengival, quantidade de placa bacteriana até o momento da alta clínica, e passados 3 meses desta, os pacientes ou se mantiveram ou pioraram em relação aos índices que verificavam tais eventos, recomenda-se o acompanhamento dos mesmos a intervalos regulares. Ou seja, é preciso que os pacientes sejam reavaliados a intervalos regulares, bem como inseridos num programa de educação em saúde específico.

5.3. AS DIFICULDADES NO MANEJO DOS PACIENTES NO TRATAMENTO CURATIVO/REABILITADOR

Sob o ponto de vista do que fazer técnico, neste estudo não existiram dificuldades no manejo dos pacientes para tratamentos curativos/ reabilitadores.

Isso aconteceu basicamente porque em função dos cuidados descritos na literatura, e pela experiência anterior do autor, adotou-se como conduta padrão uma ficha de liberação médica (anexo 3) que avaliou os riscos e cuidados a serem tomados durante a atenção clínica. Nesta ficha foram discriminados procedimentos, bem como cuidados a serem tomados na execução do tratamento. Portanto, o médico responsável preparou os pacientes para a atenção clínica odontológica em função das necessidades dos mesmos. A prática interdisciplinar conferiu segurança à intervenção clínica odontológica. A delimitação e o respeito pela área de atuação de cada profissional e a discussão paciente a paciente, mostrou-se fundamental para garantir a qualidade da intervenção odontológica. Também foi necessário que os membros da equipe multidisciplinar conhecessem as atribuições e limites das diversas especialidades envolvidas, com a finalidade de que a troca de informações entre os mesmos conferisse resolutividade aos problemas dos pacientes envolvidos no processo de recuperação e manutenção da saúde.

Assim, quando do manejo do paciente em hemodiálise, não se recomenda que o cirurgião-dentista medique o paciente no pré-operatório clínico, nem tão pouco que se reduzam os problemas clínicos ao fato de "usar ou não heparina". O trabalho em conjunto com o médico hemodialista, simplifica e qualifica a intervenção odontológica.

No manejo clínico, mostrou-se importante a resolutividade das necessidades sentidas dos pacientes, inclusive o tratamento reabilitador através de próteses dentárias. Nesse sentido, procurou-se otimizar o tempo clínico na satisfação das necessidades sentidas dos pacientes.

5.4. A APROXIMAÇÃO DA TEORIA DA REFORMA SANITÁRIA À PRÁTICA DO S.U.S.

Buscando aproximar a teoria da Reforma Sanitária à prática do S.U.S. trabalhou-se com a excelência do método clínico de intervenção.

De consulta em consulta foi sendo constituído o paciente sujeito.

De tal forma, que ao final do tratamento tudo fazia sentido: a relação de ajuda, o papel do clínico como articulador da inter e multidisciplinaridade, a resolutividade como ponte mediadora para o auto-cuidado, o conceito amplo de cura e a valorização positiva da vida. Aproximamos a teoria da prática em um recorte minúsculo da realidade: a excelência do método clínico, em saúde pública, para o doente renal crônico.

Isso pressupôs a utilização conjunta dos princípios de resolutividade, integralidade e conceito ampliado de cura. Durante o estudo, foi-se firmando a certeza de que o paciente renal crônico possui um perfil próprio em função da doença, e que portanto, é preciso trabalhar com este perfil, ou com essa nova identidade social de renal crônico se quisermos buscar a excelência no método clínico de intervenção.

Um dos caminhos que poderiam ser apontados no setor público seria a constituição de centros de referência integrados para o atendimento deste grupo populacional específico. Nesse sentido, gostaríamos de observar que o tempo é um fator importante a ser levado em conta. Ou seja, a não atenção odontológica, o não restabelecimento da saúde bucal, o não trabalhar-se com o conceito ampliado de cura, contribui para piorar a qualidade de vida deste tipo de paciente, ao tempo em que os distancia do esperado transplante.

Na constituição destas referências seria interessante observar os seguintes aspectos: o trabalho inter e multidisciplinar, a resolutividade, a integralidade, a facilidade de acesso e flexibilidade na agenda, rechamada dos pacientes e adoção de estratégias específicas de educação em saúde.

6. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou concluir que:

- os pacientes têm dificuldades em compreender a doença renal crônica.
- A adesão do paciente ao tratamento odontológico, relaciona-se com a compreensão da doença renal e bucal, bem como, com o tipo de relação que o paciente é capaz de estabelecer com o fato de estar doente.
- Há uma dificuldade de construção da consciência sanitária e de trabalhar-se com o conceito amplo de cura em odontologia, porquê tudo vincula-se a doença renal e ao transplante. O auto-cuidado só faz sentido quando vinculado à doença renal.
- O paciente transforma-se em doente renal crônico. O sentimento é o de que a doença adquire um caráter próprio.
- No método clínico, com o paciente renal crônico, é preciso trabalhar de forma bem individualizada. É necessário ver o sujeito para além da doença, utilizando o que o paciente ainda considera importante, os valores que sobraram e foram agregados com a doença renal crônica.
- Depois de entrarem em hemodiálise, os pacientes foram unânimes em dizer que o cirurgião-dentista foi procurado em função da doença renal e do futuro transplante. A consulta odontológica é mais uma etapa da série de exames que devem ser feitos para habilitar a pessoa para o transplante.
- Os pacientes não têm noção da sua própria saúde bucal e as necessidades sentidas ficam aquém das necessidades observadas (ao exame clínico odontológico).

- Embora os pacientes tivessem consultado o cirurgiões-dentistas, em algum momento de suas vidas, eles não tiveram orientações quanto ao auto-cuidado, espelhando um tipo de prática odontológica na qual não aparece o conceito ampliado de cura.
- Trabalhar de forma resolutiva é uma condição "sine qua non". Assim, a resolutividade, inclusive com reabilitação protética é um mediação para o auto-cuidado.
- O paciente nefrológico é um paciente cansado no sentido de que "muito manuseado", portanto, a cada sessão deve-se procurar fazer o máximo, ou seja, otimizar o tempo clínico em termos de resolutividade, para encaminhar a alta clínica. Isso reduz as idas ao cirurgião-dentista, reduzindo o desconforto do deslocamento e similares

7. SUMMARY

This research describes, analyses and discusses the odontological handling of the patient with chronic kidney insufficiency under hemodialysis in the clinic method of intervention in a public health perspective.

We have worked with an amplified concept of cure, resolutivity and integrality as the excellence of constructors of the clinic method of intervention.

The discussion is made through the following axes: the chronic kidney patient, the difficulties in handling regarding cure rehabilitation treatment, the construction of sanitary consciousness as well as the approximation of the Brazilian Sanitary Reform's theory to the practice of Our Public Health System.

We've brought up the excellence of the clinic method to this specific population group, as a way of contributing to the implementation and implantation of the democratic Public Health System which came from the Brazilian Sanitary Reform.

We have concluded that for the amplified concept of cure and sanitary consciousness formation it is necessary to work with the subject as real chronically ill patient, assuming that this is the patient's social identity which also gives him the status of a specific populational group.

Both self caring and odontological treatment make sense when associated with the chronic kidney disease and specially with kidney transplant. Working in a resolute way was a "sine qua non" condition, considering that the resolutivity also with prothesis rehabilitation, was a mediation for self caring. Working with optimistic clinic times having as a goal the constitution and establishment of centres of clinic reference for this specific group of the population with multi interdisciplined work.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M. Gerência de qualidade nos hospitais paulistas. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n.15, p.79-97, jan./abril. 1996.

ANDERSON, S.; MEYER, T.W. Pathophysiology and nephron adaptation in chronic renal failure. In: SCHRIER, R.; GOTTSCHALK, C.W. *Disease of the kidney*. Boston: Little, Brown and Company, 1997. p.2555-2579.

BARATA, R. B. Textos de apoio - epidemiologia I, *PEC/ENSP/ABRASCO*, Rio de Janeiro, p.13-25, nov. 1985.

BARATA, R.B. et al. *Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ABRASCO, 1997. 260p.

BERCHT, S.B. *O Câncer de boca sob o modelo hegemônico*. 1994. 122 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal Fluminense.

BERCHT, S.B. Resgatando a excelência do método clínico em saúde pública. In: *CADERNOS ENATESPO XIII*, 1997, Cuiabá.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191p.

BORGES, Z. N. A construção social da doença: um estado das representações sobre o tratamento renal. In: LEAL, O.F. *Corpo e significado, ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995. 469p. p.363-377.

BORGES, Z. N. Motivações para doar e receber: estudo sobre transplante renal entre vivos. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 210p. cap.10. p.169-179.

BRAGA, G.D. *Conflitos, eficiência e democracia na gestão pública*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 193p.

BREGMAN, R. Fisiopatologia da progressão da insuficiência renal crônica. *J Bras Nefrol.*, v. 14, n.3, p.89-95, 1992.

CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1991. 220p.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas - o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. 334p. cap.1. p.29-88.

CAMPOS, G.W.S. A ética e os trabalhadores de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n.43, p.60-63, junho. 1994.

CANGUILHEM, W (1982). In: SCHRAIBER, B.L.; NEMES, B.I.M. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n.15, p.106-121, jan./abril. 1996.

CANPAÑA, A. Salud y reforma : reflexiones para la defensa de lo humno. *Reforma en Salud: lo Privado e lo Solidário*, Quito, Ediciones CEAS, p. 27-69. 1997.

CECÍLIO, L.C. de O. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, 334p.

COBURN, J.W.; SLATOPOLSKY, E. Vitamin D, parathyroid hormone, and the renal osteodystrophies. In: BRENNER, B.M., RECTOR, F.C. *The Kidney*. 4.ed. Filadélfia: W.B. Saunders Company, 1991. p.2036-2110.

DE BROE, M.E.; D'HAESE, P.C.; VAN DER VYVER, EL. Aluminum toxicity. In: DAUGIRDAS, J.T.; ING, T.S. *Handbook of dialysis*. Boston: Little, Brown and Company, 1988, p.397-408.

DE BROE, M.E. et al. Consensus conference - diagnosis and treatment of aluminium overload in end-stage renal failure patients. *Nephrol. Dial. Transpl.*, v.8, n. I, p.1-4, 1993.

DONANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975. 76p.

DONANGELO, M.C.F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 85p.

DONANGELO, M.C.F. A Pesquisa na Área da Saúde Coletiva no Brasil: a década de 70. In: *Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil (V.2)*, Rio de Janeiro, ABRASCO/PEC/ENSP, 1983.

DRÜEKE, T. The pathogenesis of parathyroid gland hyperplasia in chronic renal failure. *Kidney Int.*, n.48, p.259-272, 1995.

DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (orgs.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 210 p.

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, 208p.

FELSENFELD, A.J. Considerations for the treatment of secondary hyperparathyroidism in Renal Failure. *J. Am. Soc. Nephrol.*, p.993-1003, 1997.

FERREIRA, J. O corpo sígnico: um estudo sobre as representações sociais sobre o corpo, sintomas e sinais em uma vila de classes populares. 1993. Dissertação (Mestrado em

Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vilas de classe popular. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 210p. cap.2. p.49-56.

FERREIRA, M.B.C.; NUNES, G.; WANMACHER, L. Fármacos e rim. In: FUCHS, F.D.; WANMACHER, L. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 720p. Cap.64, p. 616-623.

FIGUEIREDO, A.M.A. A avaliação do S.U.S. como estratégia de reordenação da saúde. *Cadernos da FUNDAP*, São Paulo, n.15, p.98-105. Jan./abril, 1996.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Florense-Universitário, 1977, 85p.

FOURNIER, A.; MORINIERE, P.; OPRISIU. et al. 1-alpha-hydroxyvitamin D3 derivatives in the treatment of renal bone diseases: justification and optimal modalities of administration. *Nephron*, n.71, p.254-283, 1995.

GALLO, E. ; NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S.F. (org.) . *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: ARASCOO/CORTEZ, 1992. 232p. p.91-118.

GALLO, E. (Org.) *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: Hucitec. 1995. 115p.

GALLO, E. Inovação, planejamento estratégico e gestão de qualidade nas escolas médicas brasileiras. *Cadernos da FUNDAP*, São Paulo, n.15, p.153-167. Jan./abril. 1996.

GERSCHMAN, S.; VIANNA, W.M.L. *A Miragem da Pós Modernidade: democracia e política sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 226p.

HARRINGTON, J.T. Assesment of the patient with renal disease. In: LEVINE, D.Z. *Caring for the renal patient*. 3.ed. Filadélfia: WB. Saunders, 1997. p.1-9.

HEBERT, S.C.; KRIZ, W. Structural-functional relationships in the kidney. In: SCHIRIER, R.W. & GOTTSCHALK, C. W. *Disease of the kidney*. Boston: Little, Brown and Company, 1997. p.3-58

HSU, C.H. Are we mismanaging calcium and phosphate metabolism in renal failure? *Am. J. Kidney Dis.*, n.29, p.641-649, 1997.

JUNQUEIRA, L.A.P.; AUGÉ, F.P.A. ; Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n. 15, p.60-78, jan./abril, 1996.

KASISKE, B.L.; KEANE, W.F. Laboratory assessment of renal disease: clearance, urinalysis, and renal biopsy. In: BRENNER, B.M. *The kidney*. 5.ed. Filadélfia: W.B. Saunders, 1996. p.1137-1174.

KLAHR, S.; SCHREINER, G.; ICHIKAWA, I. The progression of renal disease. *The New England Journal of Medicine*, v.318, n.25, p.1657-1666.

LAZARUS, J.M.; DENKER, B.M.; OWENJR.; W.F. Hemodialysis. In: BRENNER, B.M. *The Kidney*, 5.ed. Filadélfia: W.B. Saunders, 1996. p.2424-2506

LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 180p.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática - anos 80. *Saúde em Debate*, Londrina, n.32, p.27-32, 1991.

MALIK, A.M.; Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n.15, p.47-59, jan./abril, 1996.

MALLUCHE, H.; FAUGERE, M.C. Renal bone disease 1990: an unmet challenge for the nephrologist. *Kidney Int.*, n.38, p.193-211, 1990.

MARTINEZ, I.; SARACHO, R.; MONTENEGRO, J. et al. The Importance of dietary calcium and phosphorous in the secondary hyperparathyroidism of patients with early renal failure. *Am. J. Kidney Dis.*, n.29, p.496-502, 1997.

MATTA, G.C. Da doença renal ao renal crônico. *Physis*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.65-100, 2000.

NEURINGER, J.R.; BRENNER, B.M. Hemodynamic theory of progressive renal disease a 10-year update in brief review. *Am J Kidney Dis*, v.22, n.1, p.98-104, 1993

OPPERMAN, R.V., RÖSING, C.K. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In KRIGER, Léo (Coord.). *ABOPREV: promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 473p. cap.15. p.255 - 282.

PAIM, J.S. A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da residência em medicina preventiva e social. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v.9, n.2, p.88-94, mar./jul. 1985.

PAIM, J.S. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. *Revista Brasileira de Educação Médica*, São Paulo, v.3, n.9, p.207-215, set./dez. 1985.

PAIM, J.S. Nascimento e paixão de uma política de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n.27, p.5-11, dez, 1989.

PAIM, J.S. Para que o Sistema Único de Saúde seja para Valer. *Saúde em debate*, Londrina, n.29, p.7, jun., 1990.

PAIM, J.S. O S.U.S. no ensino médico: retórica ou realidade. *Divulgação em saúde para debate*, Porto Alegre, n.4, p.59-65, agosto 1996.

PALOMBINI, D.V.; MANFRO, R.C.; KOPSTEIN, J. Aspectos Emocionais dos Pacientes em Hemodiálise Crônica. *AMB. Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v.31, n.5/6, p. 81-4, maio/jun., 1985.

PEI, Y.; HERCZ, G.; GREENWOOD, C. et al. Non-invasive prediction of aluminum bone disease in hemo and peritoneal dialysis patients. *Kidney Int*, n.41, p.1374~1382, 1992.

PEREIRA, M.G. Métodos empregados em epidemiologia. In: _____ *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596p. cap.12. p.269-288.

REBOUÇAS, N.A.; CASSOLA, A.C. Noções básicas de fisiologia renal. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J.N.; CRUZ, H.M.M. *Nefrologia*. São Paulo: Sarvier, 1995.

RIVERA, F.J.U. (org.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Abrasco/Cortez, 1989. 432p.

ROBLES, C.S. *O manejo odontológico do paciente bipolar em litioterapia, com ênfase para a cárie dentária, no método clínico de intervenção*. 1999. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) - Faculdade de Odontologia , Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ROBLES, C.S.; QUADROS, O.F.de; BERCHT, S. O manejo odontológico do paciente bipolar em litioterapia, com ênfase para a cárie dentária, no método clínico de intervenção - estudo de casos. *Revista da Faculdade de Odontologia-U.F.R.G.S.*, Porto Alegre, v.40, n.2, p.7-13, jan. 2000.

ROCHA, C.R. *Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: centro de saúde muraldo*. 1999. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) - Faculdade de Odontologia , Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SCHRAIBER, B.L.; NEMES, B.I.M.; Processo de Trabalho e avaliação de Serviços em Saúde. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n.15, p.106-121, jan./abril , 1996.

SESSO, R.; STÀBILE, C.; DRAIBE, S. et al. Custo-efetividade do tratamento da insuficiência renal crônica terminal no Brasil. *J. Bras. Nefrol.*, v.IX, n.3, p.45-54, 1987.

SILVA, B.A.de C., SILVA, P., FARIAS, A.M.de C. Síndromes de alto risco: paciente portador de insuficiência renal. In: _____ *Pacientes de alto risco em odontologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 126p. cap.4. p. 57-58.

SILVEIRA, J.O.L.da; BELTRÃO, G.C. Técnicas exodônticas - princípios e etapas básicas. In: _____. *Exodontia*. Porto Alegre: Médica Missau, 1998. 430p. cap.10. p.131-155.

SONIS, S., FAZIO, R., FANG, L. Insuficiência renal crônica, diálise e transplante In: _____ *Princípios e práticas de medicina oral*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 491p. cap.29. p.251-260.

TEIXEIRA, S.F. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: _____. *Reforma Sanitária em Busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1979. 232p. p.17-46.

TEIXEIRA, S.M.F. (org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: ABRASCO/CONTEZ, 1989. 231p.

TEIXEIRA, S.M.F. (org.) *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 234p.

TEIXEIRA, C.F. Formação de recursos humanos para o S.U.S. - desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção a saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n.41, p.20-23, dez. 1993.

TESTA, M. Planejamento em saúde: as determinações sociais. In : NUNES, E.D. (org.) *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. O.P.A.S., Brasília, 1985.

TESTA, M. Testa e o pensamento estratégico em saúde. In: RIVERA, F.J.U. (org.) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Abrasco/Cortez, 1989. 432p. cap.2. p.57-104.

TESTA, M. Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde. São Paulo, Abrasco, 1995.

TISHER, C.C. Structure and function of the kidneys. In: BENNETT, J.C. & PLUM, F. *Cecil textbook of medicine*. 20.ed. Filadélfia: W.B. Saunders Company, 1996. p.517-524.

THOMÉ, F.S.; GONÇALVES, L.F.S. et al. Insuficiência Renal Crônica. In: BARROS, E.; MANFRO, R.C.; THOMÉ, F.S.; GONÇALVES, L.F.S.. *Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamento*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 627p. p.423-440.

THOMÉ, F.S.; KAROHL, C. et al. Métodos Dialíticos. In: BARROS, E.; MANFRO, R.C.; THOMÉ, F.S.; GONÇALVES, L.F.S.. *Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamento*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 627p. p.441-459.

THOMÉ, F.S.; BARROS, E. Prevenção das Doenças Renais. In: BARROS, E.; MANFRO, R.C.; THOMÉ, F.S.; GONÇALVES, L.F.S.. *Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamento*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 1999. 627p. p. 55-67.

WAISER, J. et al. The quality of live in end stage renal disease care. *Transplant Internal*, Berlin:- Germany, v.11 n.1, p.42-5, 1998.

WALLACH. J.B. *Handbook of interpretation of diagnostic testes*. Filadélfia: Lippincott-Raven Publishers, 1998.

9. ANEXOS

ANEXO 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi procurada por pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise de diversas instituições médicas de Porto Alegre, para que estes obtivessem tratamento odontológico.

A presente pesquisa visa descrever como se tratam os pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise sob a perspectiva da resolutividade e integralidade das ações em odontologia de saúde pública. A pesquisa não oferecerá nenhum tipo de risco aos pacientes que dela participarem, garantindo aos mesmos tratamento odontológico. Os pacientes serão avaliados mediante entrevista, exame clínico odontológico, exames salivares, exames radiográficos e avaliação da dieta. Estes exames serão realizados previamente ao tratamento odontológico e repetidos em momento oportuno de acordo com o caso de cada paciente. Os resultados destes exames serão utilizados para a apresentação desta pesquisa, porém será preservado o anonimato dos participantes. Também poderão ser necessárias a utilização de imagens obtidas durante a realização da pesquisa para a sua divulgação. O material biológico coletado, após examinado será descartado.

É responsável pela pesquisa, como orientadora a Professora Doutora Solange Maria Beys Bercht, sendo que a pesquisa será desenvolvida pelo cirurgião-dentista Roberto Sosinski Martins Júnior, mestrando do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Devemos ressaltar que o paciente com insuficiência renal crônica em hemodiálise que concordar em participar do grupo de pesquisa não deverá procurar outro serviço odontológico, uma vez que este receberá tratamento odontológico de excelente qualidade. No caso o paciente procure outro profissional não ligado a pesquisa será excluído do grupo de pesquisa. Ciente da pesquisa, eu, _____, aceito participar e colaborar com a pesquisa referente ao **MANEJO ODONTOLÓGICO DO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, EM HEMODIÁLISE, NO MÉTODO CLÍNICO DE INTERVENÇÃO - EM UMA PERSPECTIVA DE SAÚDE PÚBLICA.**

Assinatura do paciente: _____

E/ou responsável: _____

Assinatura do profissional: _____

Assinatura do orientador: _____

Data: ____/____/____

ANEXO 3 - PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO UTILIZADO NA PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ N° do Prontuário: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Gênero: ()F ()M

Endereço Residencial: _____ N°: _____ Apt.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ - _____ Telefone: _____ Ocupação: _____

Renda Familiar em Salários Mínimos: _____

Usuário Exclusivo do S.U.S.: ()Sim ()Não, que outros? _____

Tempo de Hemodiálise: _____ Grau de Instrução: _____

1. Já teve ou tem:

()Hepatite? A quanto tempo? _____

()Tuberculose? A quanto tempo? _____

()Sífilis? A quanto tempo? _____

()Herpes? A quanto tempo? _____

()D.S.T.? Qual ? _____ . A quanto tempo? _____

()A.I.D.S./S.I.D.A.

()Endocardite bacteriana

2. É fumante? ()Sim ()Não

3. Ingere bebidas alcoólicas cronicamente? ()Sim ()Não

4. Usa drogas? () Não () Sim, qual (is)? _____

5. Data do último tratamento odontológico: ____/____/____ ()Completo ()Incompleto

6. Rói unhas? ()Sim ()Não

7. É respirador bucal? ()Sim ()Não

8. Apresenta outro hábito parafuncional? ()Sim ()Não . Se sim, quais? _____

9. Apresenta outra doença não mencionada anteriormente? ()Não ()Sim, qual(is)? _____

HIGIENE BUCAL- UTILIZA:

()Escova convencional: ()dura ()média ()macia ()Fio dental ()Palito de dentes

()Fita dental ()Escova interdental ()Escova unitufo ()Creme dental

()Outro(s). Qual(is)? _____

Horários da Higiene Bucal: _____

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Eu, _____, abaixo assinado declaro que as informações descritas acima neste documento são verdadeiras.

Assinatura do paciente ou responsável

ACHADOS CLÍNICOS INICIAIS

DATA: ___ / ___ / ___

Alterações de tecidos moles: ()Ausente ()Presente

Descrição: _____

Oclusão: ()Normal ()Alterada

Descrição: _____

EXAME CLÍNICO

DENTE	D	V	M	P	O	PLANO DE TRATAMENTO
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
38						
37						
36						
35						
34						
33						
32						
31						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						

CÓDIGOS DO EXAME CLÍNICO

A Ausente	H Hígido	Ab Abrasão
Mba Mancha branca ativa	Ero Erosão	C Cálculo
Cva Cavidade de cárie ativa	Cvi Cavidade de cárie inativa	DC Destrução coronária
RR Resto radiular	Res restauração de resina composta	
Ram Restauração de amálgama	R reincidência de cárie/ Restauração com defeito	
Exc Excesso de material restaurador	Ppr Prótese parcial removível	
End Endodontia	Pf Prótese fixa	Ei Extração indicada

ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL

DATA: ___ / ___ / ___

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								
O						X	X	X	O	X	X	X					

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								
O						X	X	X	O	X	X	X					

Códigos : 0 - ausência de placa 1 - presença de placa

RESULTADO DO I.P.V.: _____

ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL

DATA: ___ / ___ / ___

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								

Códigos: N - ausência de sangramento S - presença de sangramento

RESULTADO DO I.S.G.: _____

ACHADOS CLÍNICOS FINAIS - ALTA CLÍNICA

DATA: ___ / ___ / ___

Alterações de tecidos moles: ()Ausente ()Presente

Descrição: _____

Oclusão: ()Normal ()Alterada

Descrição: _____

EXAME CLÍNICO

DENTE	D	V	M	P	O	OBSERVAÇÕES
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
38						
37						
36						
35						
34						
33						
32						
31						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						

CÓDIGOS DO EXAME CLÍNICO

A Ausente	H Hígido	Ab Abrasão
Mba Mancha branca ativa	Ero Erosão	C Cálculo
Cva Cavidade de cárie ativa	Cvi Cavidade de cárie inativa	DC Destruição coronária
RR Resto radiular	Res restauração de resina composta	
Ram Restauração de amálgama	R reincidência de cárie/ Restauração com defeito	
Exc Excesso de material restaurador	Ppr Prótese parcial removível	
End Endodontia	Pf Prótese fixa	Ei Extração indicada

ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL

DATA: ___ / ___ / ___

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								
O						X	X	X	O	X	X	X					

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								
O						X	X	X	O	X	X	X					

Códigos : 0 - ausência de placa 1 - presença de placa

RESULTADO DO I.P.V.: _____

ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL

DATA: ___ / ___ / ___

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								

Códigos: N - ausência de sangramento S - presença de sangramento

RESULTADO DO I.S.G.: _____

ACHADOS CLÍNICOS 3 MESES APÓS A ALTA CLÍNICA DATA: ____ / ____ / ____

Alterações de tecidos moles: ()Ausente ()Presente

Descrição: _____

Oclusão: ()Normal ()Alterada

Descrição: _____

EXAME CLÍNICO

DENTE	D	V	M	P	O	OBSERVAÇÕES
18						
17						
16						
15						
14						
13						
12						
11						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
38						
37						
36						
35						
34						
33						
32						
31						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						

CÓDIGOS DO EXAME CLÍNICO

- | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------|
| A Ausente | H Hígido | Ab Abrasão |
| Mba Mancha branca ativa | Ero Erosão | C Cálculo |
| Cva Cavidade de cárie ativa | Cvi Cavidade de cárie inativa | DC Destruição coronária |
| RR Resto radiular | Res restauração de resina composta | |
| Ram Restauração de amálgama | R reincidência de cárie/ Restauração com defeito | |
| Exc Excesso de material restaurador | Ppr Prótese parcial removível | |
| End Endodontia | Pf Prótese fixa | Ei Extração indicada |

ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL

DATA: ___ / ___ / ___

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								
O						X	X	X	O	X	X	X					

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								
O						X	X	X	O	X	X	X					

Códigos : 0 - ausência de placa 1 - presença de placa

RESULTADO DO I.P.V.: _____

ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGIVAL

DATA: ___ / ___ / ___

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
D									D								
V									V								
M									M								
P									P								

Códigos: N - ausência de sangramento S - presença de sangramento

RESULTADO DO I.S.G.: _____

