CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SAÚDE BUCAL

Saúde da Família

Cadernos de Atenção Básica - n.º 17

Brasília - DF
2006

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

SAÚDE BUCAL

Cadernos de Atenção Básica - n.º 17

Brasília - DF
2006

© 2006 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da Coordenação Nacional de Saúde Bucal.A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Cadernos de Atenção Básica, n. 17
Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição - 2006 - 14.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Coordenação Nacional de Saúde Bucal
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, Sala 650
CEP: 70058-900 Brasília – DF
Telefone: (61) 3315-2728 Fax: 3315-2583
Homepage: www.saude.gov.br/bucal

Supervisão Geral:
Luis Fernando Rolim Sampaio

Coordenação técnica:
Gilberto Alfredo Pucca Júnior
Antonio Dercy Silveira Filho

Equipe de elaboração - Atenção Básica em Saúde Bucal:
Antonio Dercy Silveira Filho – Coordenação de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde
Cassius C. Torres Pereira – Universidade Federal do Paraná
Danusa Queiroz e Carvalho - Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
Elisandréa Sguario – Coordenação de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde
Helenita Corrêa Ely – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Izabeth Cristina Campos da Silva Farias – Coordenação de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde
Márcia dos Santos - Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
Marco Antônio Manfredini – Assessoria Parlamentar da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo
Marcos Azeredo Furquim Werneck – Universidade Federal de Minas Gerais
Marcus Vinícius Diniz Grigoletto – Estratégia Saúde da Família de Santa Marcelina
Maria Inês Barreiros Senna – Universidade Federal de Minas Gerais
Marisa Maltz - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Mônica de Oliveira Santiago - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Regina da Cunha Rocha - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte -MG
Rui Oppermann - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Wanda Maria Taulois Braga - Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Equipe de elaboração - Referências e Contra-Referências aos Centros de Especialidades Odontológicas:
Cleber Ronald Inácio dos Santos – Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco-AC
Helenita Corrêa Ely – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Idiana Luvison – Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre-RS
Marcos Azeredo Furquim Werneck – Universidade Federal de Minas Gerais
Moacir Tavares Martins Filho – Conselho Regional de Odontologia do Ceará
Rosângela Camapum – Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal

Colaboradores:
Christian Mendez Alcântara – Secretaria de Estado de Saúde do Paraná
José Carrijo Brom
Marco Aurélio Peres – Universidade Federal de Santa Catarina
Paulo Capel Narvai – Universidade de São Paulo
Petrônio Martelli – Faculdade de Odontologia de Caruaru-PE

Colaboradores no tema Promoção da Alimentação Saudável:
Ana Beatriz Vasconcellos – (CGPAN/DAB/SAS/MS)
Ana Maria Cavalcante – (CGPAN/DAB/SAS/MS)
Dillian Goulart – (CGPAN/DAB/SAS/MS)
Elida Amorim - (CGPAN/DAB/SAS/MS)
Helen Duar - (CGPAN/DAB/SAS/MS)
Juliana Ubarana – (CGPAN/DAB/SAS/MS)
Kelva Karina N. de C. de Aquino – (CGPAN/DAB/SAS/MS)

Revisão técnica:
Adriana Moufarrege – (CNSB/DAB/SAS)
Alexandre Raphael Deitos – (CNSB/DAB/SAS)
Andréia Gimenez Nonato – (CNSB/DAB/SAS)
Érika Pisaneschi (DEFICIENTE/DAPE/SAS)
Francisco Edilberto Gomes Bonfim – (CNSB/DAB/SAS)
Janaina Rodrigues Cardoso – (CNSB/DAB/SAS)
José Felipe Riani Costa – (CNSD/DAB/SAS)
Lívia Maria Benevides de Almeida – (CNSB/DAB/SAS)
Márcio Ribeiro Guimarães – (CNSB/DAB/SAS)
Renato Taqueo Placeres Ishigame – (CNSB/DAB/SAS)
Tânia Cristina Walzberg – (CGAB/DAB/SAS)

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1183-9

1. Saúde Bucal. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde pública I. Título. II. Série.

NLM WU 113

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/0635

Títulos para indexação:
Em inglês: Buccal Health
Em espanhol: Salud Bucal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7

INTRODUÇÃO 8

POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL (CAPÍTULO I) 10

A História dos Modelos Assistenciais na Saúde Bucal Brasileira 10

A Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal 10

ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA (CAPÍTULO II) 14

Planejamento em Saúde 14

Monitoramento e Avaliação 15

Indicadores de Saúde Bucal no Pacto da Atenção Básica 17

Processo de Trabalho em Equipe 18

Organização da Demanda 21

Campo da Atenção na Saúde Bucal 24

PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE BUCAL (CAPÍTULO III) 31

Cárie Dentária 31

Doença Periodontal 35

Câncer de Boca 39

Traumatismos Dentários 41

Fluorose Dentária 43

Edentulismo 45

Má Oclusão 47

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL POR MEIO DO CICLO DE VIDA DO INDIVÍDUO (CAPÍTULO IV) 52

Bebês (0 a 24 meses) 52

Crianças (02 a 09 anos) 53

Adolescentes (10 a 19 anos) 55

Adultos (20 a 59 anos) 57

Idosos (Acima de 60 anos) 61

Atenção à Gestante 64

Atenção à Saúde Bucal de Pessoas com Deficiência 67

RECOMENDAÇÕES PARA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA AOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – CEO (CAPÍTULO V) 70

Referência aos Serviços Especializados para Diagnóstico das Lesões de Boca e Câncer Bucal 72

Referência aos Serviços Especializados de Endodontia 74

Referência aos Serviços Especializados de Periodontia 77

Referência aos Serviços Especializados de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial 78

Referência ao Tratamento Odontológico nos Serviços Especializados a Pacientes com Necessidades Especiais 82

Referência aos Serviços Especializados de Prótese Dentária 84

BIBLIOGRAFIA 87

APRESENTAÇÃO

O presente Caderno tem como foco evidenciar a reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, como parte fundamental na construção do SUS. Esta proposta, que estamos levando aos profissionais de saúde, é da Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. É o resultado do trabalho de profissionais dos Serviços e da Universidade que se lançaram a este desafio como uma referência inicial às equipes de saúde nos diversos pontos do País. Surge num momento em que os serviços de saúde bucal necessitam se reestruturar segundo os princípios do SUS e assumir uma nova postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes. Um momento, também, em que, para operar esta transformação, é necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade e da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas mudanças.

Busca-se, neste documento, trazer informações sobre a evolução histórica das políticas de saúde bucal no Brasil e dos principais modelos de atenção. Apresentar noções acerca do planejamento local e, portanto, da importância de se conhecer o território em que se trabalha, compreendendo-o como um espaço social peculiar, historicamente construído, onde acontece a vida das pessoas e são estabelecidas as relações entre estas e destas com as diversas instituições existentes (culturais, religiosas, políticas, econômicas, entre outras). Busca enfatizar a importância do emprego da epidemiologia e da construção de um sistema de informação, como instrumentos fundamentais para o conhecimento e o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população. Finalmente, se propõe também a apresentar um processo de trabalho integrado, em equipe, cuja expressão máxima venha a consolidar-se na estratégia das Linhas do Cuidado.

Desta forma, por sua amplitude, não se pretende que este caderno seja um documento acabado a ser seguido de maneira compulsória e acrítica pelos profissionais que dele fizerem uso. Ao contrário, trata-se de uma referência técnica e científica capaz de levar as informações básicas, fundamentais à organização das ações de saúde bucal em cada Estado, Região, Município ou Distrito. Deve ser, pois, uma linha – guia a ser adequada às exigências da realidade, permitindo o melhor enfrentamento possível dos problemas e das demandas existentes.

Enfim, com a publicação deste caderno, o Ministério da Saúde está assumindo atos de sua competência junto aos Estados e Municípios, na certeza de que estes, nos mais diversos espaços sociais deste País, ao consultarem e reconstruírem este documento, o farão superando-o, num processo rico de consolidação do SUS.

José Gomes Temporão
Secretário de Atenção à Saúde

INTRODUÇÃO

Este Caderno surgiu da necessidade de se construir uma referência para os serviços de saúde no processo de organização do cuidado à saúde na Atenção Básica (AB) como eixo estratégico para a reorientação do modelo assistencial no SUS. Para efetivação do SUS é necessário o fortalecimento da Atenção Básica, entendendo-a como o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. É fundamental, no entanto, a garantia do acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade, assegurando a integralidade da atenção.

A Atenção Básica constitui "um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas à populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Neste contexto, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior freqüência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social". (BRASIL/MS, 2006)

Na organização da Atenção Básica, um aspecto fundamental é o conhecimento do território, que não pode ser compreendido apenas como um espaço geográfico, delimitado para constituir a área de atuação dos serviços. Ao contrário, deve ser reconhecido como "Espaço Social" onde, ao longo da história, a sociedade foi se constituindo e, por meio do processo social de produção, dividindo-se em classes diferenciadas, com acessos também diferenciados aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde.

Assim, conhecer o território implica em um processo de reconhecimento e apropriação do espaço local e das relações da população da área de abrangência com a unidade de saúde, levando em consideração dados como perfil demográfico e epidemiológico da população, contexto histórico e cultural, equipamentos sociais (associações, igrejas, escolas, creches...), lideranças locais, e outros considerados relevantes para intervenção no processo saúde-doença. A apropriação do espaço local é fundamental, pois os profissionais de saúde e a população poderão desencadear processos de mudança das práticas de saúde, tornando-as mais adequadas aos problemas da realidade local.

A efetivação das ações da Atenção Básica depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de produzir profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político.

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sócio-cultural da população e da postura pró-ativa desenvolvida pela equipe.

A proposição pelo Ministério da Saúde das diretrizes para uma Política Nacional de Saúde Bucal e de sua efetivação, por meio do BRASIL SORRIDENTE, tem, na Atenção Básica, um de seus mais importantes pilares. Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal.

.

CAPÍTULO I

POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL

1 HISTÓRIA DOS MODELOS ASSISTENCIAIS NA SAÚDE BUCAL BRASILEIRA

1.1 Odontologia Sanitária e Sistema Incremental

Modelo que priorizou a atenção aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com enfoque curativo-reparador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico. Marca o início da lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, mas, com abrangência predominante a escolares de 6-14 anos. Introduz algumas medidas preventivas e, mais recentemente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos.

1.2 Odontologia Simplificada e Odontologia Integral

Instituído ao final dos anos 70, enfatizou a mudança dos espaços de trabalho. Suas principais características foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar.

1.3 Programa Inversão da Atenção – PIA

Sua principal característica baseava-se em intervir antes e controlar depois. Por meio de sua matriz programática, buscou adaptar-se ao SUS, porém, sem preocupação com a participação comunitária. Estabeleceu um modelo centrado em três fases: estabilização, reabilitação e declínio. Contava, para isto, com ações de controle epidemiológico da doença cárie, uso de tecnologias preventivas modernas (escandinavas), mudança da "cura" para "controle" e ênfase no auto-controle, em ações de caráter preventivo promocional.

2 ATENÇÃO BÁSICA, ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Durante muitos anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, essa tendência vem sendo revertida,

observando-se o esforço para promover uma maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, para revisão das práticas assistenciais que incorporam a abordagem familiar e a defesa da vida.

Desde quando surgiu o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), na Declaração de Alma-Ata, ele tem sofrido diversas interpretações. No Brasil, o Ministério da Saúde tem denominado Atenção Primária como Atenção Básica, definindo-a como um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

O correto entendimento do conceito da Atenção Primária ou Atenção Básica pode ser possível a partir do conhecimento de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade ou abrangência, e a coordenação. (STARFIELD, 2002).

- Primeiro Contato: implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde. É a acessibilidade considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras. A proximidade dos serviços da residência dos usuários, preconizada pela Estratégia Saúde da Família é uma tentativa de facilitar esse primeiro contato.
- Longitudinalidade: aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Consiste, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família. Poderia ser traduzida como o vínculo, a "relação mútua" entre o usuário e o profissional de saúde, e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços.
- Abrangência: diz respeito às ações programadas para aquele serviço e qual a sua adequação às necessidades da população. Sua resposta à essas demandas enquanto capacidade resolutiva. Nesse sentido, deve ficar claro que as equipes de saúde devem encontrar o equilíbrio entre a resolutividade clínica individual e as ações coletivas de caráter preventivo e promocional.
- Coordenação: relaciona-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, o seguimento do usuário no sistema ou a garantia da referência a outros níveis de atenção quando necessário (STARFIELD, 2002; SAMPAIO, 2003).

Dessas características próprias derivam três aspectos adicionais: a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

A centralização na família remete ao conhecimento de seus membros e dos problemas de saúde dessas pessoas, bem como do reconhecimento da família como espaço singular.

A competência cultural trata da capacidade de reconhecer as multiplicidades de características e necessidades específicas de populações diversas, que podem estar afastadas dos serviços pelas suas peculiaridades culturais como diferenças étnicas e raciais, entre outras.

A orientação comunitária abrange o entendimento de que as necessidades se relacionam ao contexto social, e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento do contexto físico, econômico e cultural.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da eqüidade.

II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.

III - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

IV - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação.

V - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.

VI - Estimular a participação popular e o controle social.

Aspecto fundamental para efetivação da Atenção Básica é a promoção de saúde, que é uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis, que levem a população a ter melhorias no modo de viver: condições de trabalho, habitação, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

I - Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam.

II - Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente ao processo de saúde-doença da população.

III - Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.

IV - Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias.

V - Ser um espaço de construção de cidadania.

Em janeiro de 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal". Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente.

Destaca-se:

- O cuidado como eixo de reorientação do modelo.
- A Humanização do processo de trabalho.
- A co-responsabilização dos serviços.
- O desenvolvimento de ações voltadas para as linhas do cuidado, como por exemplo, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso.
- Desenvolvimento de ações complementares e imprescindíveis voltadas para as condições especiais de vida como saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras.

CAPÍTULO 2

ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

1.1 A Importância do Planejamento no Serviço de Saúde

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população. Permite uma análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação. Viabiliza por meio de ações estratégicas, onde se estabelecem metas, a implementação de um sistema de acompanhamento e avaliação destas operações. O êxito do planejamento depende da implicação de profissionais, lideranças e/ou representantes da comunidade.

Além da compreensão do "por que" planejar, é preciso saber "como" planejar. Não se planeja individualmente, de forma intuitiva e pouco sistematizada, sem socializar institucionalmente os projetos elaborados. O planejamento necessita ser realizado em linguagem compreendida e compartilhada por todos, objetivando a parceria em todos os momentos.

Para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica é necessário destacar a importância da utilização da Epidemiologia. Com ela pode-se conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos.

Para subsidiar o planejamento com dados da realidade populacional recomenda-se a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco. Esse processo, no entanto, precisa ser acompanhado utilizando um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações.

A rotina de trabalho da Equipes Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação. Compõem estes processos:

- A realização e atualização de mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e vulnerabilidade.
- O cadastro das famílias e a atualização constante das informações.
- A identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade.
- A análise situacional da área de abrangência.
- Acompanhamento mensal das famílias, a partir de visitas domiciliares realizadas

pelos agentes comunitários de saúde e equipe (quando necessário), bem como análise de informações e indicadores de saúde da área de abrangência.

- Interlocução com conselho local ou municipal de saúde.
- Desenvolvimento de mecanismos de escuta da comunidade.

Planejar é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, garantindo direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e caminhando em direção aos objetivos propostos. Isto evita que o planejamento seja transformado em um plano estático, que depois de elaborado em um determinado momento, não é mais atualizado ou reorientado.

1.2 Parâmetros

O estabelecimento de parâmetros é necessário à organização das ações e serviços de saúde, promovendo uma ação gerencial mais efetiva, e uma melhora no planejamento, permitindo o acompanhamento e a avaliação, e conferindo, às equipes de saúde, qualidade diferenciada em seu processo de trabalho.

As secretarias municipais de saúde, como forma de avaliar a atuação das equipes de saúde bucal e orientar o processo de trabalho, devem estabelecer parâmetros para acompanhamento das ações dessas equipes. Cabe ressaltar que esses parâmetros devem ser construídos a partir de metas traçadas após o conhecimento da realidade sócio-cultural e epidemiológica da população.

A cobertura da assistência deve ser levada em conta quando se estabelecem estes parâmetros a partir de metas previamente definidas, tomando por base os recursos existentes para enfrentamento dos problemas, um número mínimo de procedimentos e consultas deve ser seguido.

A Portaria nº1101/GM, de 12 de junho de 2002, é uma referência básica para o estabelecimento destes parâmetros. No entanto, o passo mais importante é a observação rigorosa, por parte dos gestores, da adequação dos preceitos desta Portaria à realidade local, às possibilidades de oferta dos serviços, aos problemas a serem enfrentados e às demandas dos usuários em cada território.

A elaboração de parâmetros e o correto uso dos sistemas de informação facilitam o monitoramento e avaliação das equipes de saúde.

2 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação em saúde tem como propósito fundamental dar suporte a todo processo decisório no âmbito do Sistema de Saúde e por isso deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação

de novas práticas sanitárias na rotina de profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.

Deve-se consolidar a avaliação como ferramenta de gestão nas três esferas de governo, onde os processos avaliativos devem ser incorporados às práticas dos serviços de saúde e possam ter caráter subsidiário ao planejamento, potencializando a utilização de instrumentos de gestão como o Pacto de Indicadores e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) para tomada de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos. Os momentos de avaliação realizados pela equipe a partir da realidade são essenciais para orientação dos processos de consolidação, implantação e reformulação das práticas.

Sistema de Informação em Saúde é "um conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, visando à produção e à transmissão de informações para a tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, avaliando os resultados da sua execução e o impacto provocado na situação de saúde" (ENSP/FIOCRUZ, 1998). Ao município compete alimentar regularmente os sistemas de informação do Ministério da Saúde. Estes sistemas têm papel fundamental na avaliação e monitoramento das equipes de saúde e devem servir como ferramenta de intervenção nos planejamentos locais.

2.1 **SIA/SUS** (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS)

É um sistema utilizado em todos os níveis de gestão, constituindo-se em importante instrumento de informação sobre a rede de serviços e os procedimentos realizados pelas Unidades de Saúde. A produção deve ser lançada mensalmente. O SIA/SUS permite a verificação da produção em até três meses após a sua realização. Todos os municípios, inseridos ou não na Estratégia Saúde da Família, devem alimentar este sistema com os procedimentos em saúde bucal no âmbito da atenção básica constantes da sua tabela de procedimentos (SES/MG, 2005).

2.2 Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)

É um sistema de informação da Estratégia Saúde da Família que permite o conhecimento da realidade da população acompanhada. No que se refere à Saúde Bucal, deve ser alimentado apenas pelas Equipes Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. Os lançamentos são os seguintes: procedimentos coletivos, atividade educativa em grupo e visitas domiciliares.

Além dos sistemas de informação de preenchimento obrigatório (SIA/SUS e SIAB), os municípios podem criar, a partir de suas necessidades, outras ferramentas que possibilitem uma avaliação mais detalhada das equipes de saúde e que possibilite a discussão dentro dos parâmetros pré-estabelecidos.

Os profissionais de saúde bucal precisam estar atentos para o preenchimento diário correto de todos os procedimentos e atividades realizadas. A adoção de mapas

diários individuais por profissional (CD, THD e ACD), faz com que a equipe de saúde tenha subsídios para discutir a atuação de cada um de seus membros.

Os mapas de procedimentos não são de posse exclusiva da coordenação de saúde do município, estes devem ser usados em nível local pelas equipes de saúde na discussão de estratégias para a resolução dos problemas de saúde da população, que também participa dessas discussões através dos conselhos locais de saúde.

2.3 Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

É um sistema de informação de cadastro: (1) de estabelecimentos de saúde; (2) de profissionais; (3) de equipamentos de saúde; e, (4) de Equipes Saúde da Família com ou sem Equipes Saúde Bucal.

É utilizado pelo Ministério da Saúde para o início e manutenção do repasse dos incentivos financeiros da Estratégia Saúde da Família – Portaria nº 750/GM, de 10 de outubro de 2006.

3 INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NO PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA

O Ministério da Saúde, por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, redefiniu em 2006 para a área de saúde bucal dois indicadores principais (Cobertura de primeira consulta odontológica programática e cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada) e dois indicadores complementares (Média de procedimentos odontológicos básicos individuais e Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais). Estes indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde bucal referentes à atenção básica.

A equipe de saúde, junto com os conselhos locais de saúde, deve compreender estes indicadores e interpretá-los periodicamente, assim como os gestores locais e as diferentes esferas de governo.

Conforme a necessidade dos municípios, estes devem discutir e pactuar junto à população e aos profissionais de saúde bucal outros indicadores com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde desta população.

Os quatro indicadores de saúde bucal do Pacto da Atenção Básica 2006, segundo a Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006, são:

- **Cobertura de primeira consulta odontológica programática:** é o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), para atender as necessidades detectadas.

Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto.

- **Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada:** É o percentual de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, e não a ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa. Expressa o percentual de cobertura correspondente a média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado, considerando o mês ou meses em que se realizou a atividade, em determinado local e ano, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.
- **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais:** Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população.
- **Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais:** Consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais odontológicas realizadas no âmbito do SUS. Possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida de serviços odontológicos do SUS está respondendo às necessidades da população aos serviços odontológicos especializados, o grau de atenção e a integralidade do cuidado.

4 PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE

A organização dos serviços de saúde envolve o atendimento ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde e outras atividades realizadas para a população de suas respectivas áreas de abrangência. Uma forma de organizar o trabalho em saúde é adotar o trabalho em equipe, em que os profissionais, de acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige. Embora constituindo a equipe de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde, esses profissionais nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. Saber lidar com esses encontros é um enorme desafio, pois além do potencial de integração, é também um lugar de conflitos, de resistências e de disputas.

A Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo disciplinar de atuação é o território-família-comunidade, onde cada um dos profissionais de saúde desenvolve ações de saúde ora comuns (como as ações de planejamento,

busca ativa etc), ora devendo ser preservadas as especificidades de seus núcleos de atuação e competência. Construir a interdisciplinaridade é um desafio posto às Equipes Saúde da Família no processo de trabalho em equipe.

No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar, passa a ser uma responsabilidade compartilhada. A noção de consulta é superada por outra ação de maior amplitude, que passa a ser concebida como cuidado, uma nova atitude frente aos processos de saúde-doença da comunidade. Cuidar é ir além da ação de vigilância (de vigiar uma situação), é ter uma postura pró-ativa de proteção.

Historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde indicam que ela foi desenvolvida a distância, sendo feita praticamente entre quatro paredes, restrita à prática do cirurgião dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas Equipes da Família visa transpor esse modelo de organização e prática anterior, sendo altamente desafiador e difícil, na medida em que procura integrar a prática dos profissionais da equipe.

Deve haver muito empenho de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, que deve repercutir num movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, numa aproximação entre os diferentes profissionais da equipe e também dessa equipe com a comunidade. A aproximação com o usuário traz a chance de se construir com ele, a autonomia possível para o enfrentamento dos seus problemas. Enfim, estabelece-se um novo processo pedagógico, com potencial para que todos possam, ao mesmo tempo, ensinar e aprender.

De acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental e auxiliares de consultório dentário) que atuam na atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família são:

4.1 Competências do Cirurgião-Dentista:

I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal.

II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais.

III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade.

IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento.

V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF.

VIII - Realizar supervisão técnica do THD e ACD.

IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

4.2 Competências do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais.

II - Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos.

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - Apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal.

V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

4.3 Competências do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde.

II -Proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados.

III - Preparar e organizar instrumental e materiais necessários.

IV -Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos.

V - Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos.

VI - Organizar a agenda clínica.

VII - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

5 ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

Um dos principais problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde bucal é a organização da demanda, em especial nas atividades assistenciais, o que deve ser amplamente discutido entre usuários e trabalhadores de saúde. Compreende-se como o universo de atenção à saúde bucal, toda população da área de abrangência, famílias, grupos e que deverá ser desenvolvida no espaço da Unidade Básica de Saúde e também nos diferentes espaços sociais existentes.

Na organização da atenção em saúde bucal na Saúde da Família os principais desafios são:

5.1 Unificar a Porta de Entrada com a Área de Médico-Enfermagem, seja numa perspectiva de organizar ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de apropriação do território-família-comunidade, seja na oferta dos serviços clínico-assistenciais (restaurações, aplicação de selante etc). Nesse sentido, o planejamento conjunto de ações e a organização das atividades programadas é uma importante via para a integração do trabalho e para o fortalecimento da equipe.

As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da unidade básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar.

5.2 Garantir Acesso à Demanda Espontânea. Os serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas da população, sendo um

importante caminho para resolutividade da atenção, o que contribui para a legitimidade da equipe na comunidade em que está inserida.

> A equipe de saúde deve desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um.

O Acolhimento pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de saude e para adequação do processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população. Significa que a porta de entrada da unidade de saúde deve ser alterada, para assimilar a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários, tais como o cartaz definindo o número de consultas disponíveis, fichas e triagem. Além de garantir o acesso, é necessário reorganizar e qualificar a recepção nos serviços de saúde. Essa deve apenas orientar o fluxo do usuário no serviço, já que a decisão sobre o seu ingresso na assistência é da equipe.

A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente. Neste sentido é que se prioriza o atendimento a qualquer urgência, quando esta estiver ocasionando dor ou sofrimento ao usuário. A urgência, inclusive, é um momento importante para a detecção de indivíduos com maior vulnerabilidade.

O Acolhimento constitui-se como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências. Desse modo é que o diferenciamos de triagem. Triagem refere-se a uma filtragem de quem pode e quem não pode ser atendido, baseada no que o serviço tem para oferecer, sem considerar as necessidades dos usuários.

Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreendê-lo e solidarizar-se com ele.

5.3 Desenvolver Ações Programadas de Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e de Assistência, Voltadas ao Controle das Patologias Crônicas e/ou às Populações mais Vulneráveis do Território: (a) famílias prioritárias definidas a partir de critérios de risco social; (b) famílias prioritárias definidas a partir de levantamento de necessidades odontológicas; (c) famílias de gestantes; (d) famílias de pessoas com hipertensão; e outras.

A atenção programada é caracterizada por pessoas cadastradas na área que compõem o grupo priorizado para a atenção na unidade de saúde e que necessitam de atendimento continuado. Inclui ações individuais e/ou coletivas de promoção da saúde, prevenção de agravos e de intervenções cirúrgico-restauradoras ofertadas de forma organizada. Cabe

às equipes em conjunto com a comunidade, a partir da realidade social, definir a estratégia e os grupos prioritários para atenção em saúde bucal programada.

As ações programadas de assistência devem levar em conta o risco de adoecimento, seja ele individual ou familiar. A avaliação de risco permite que o serviço de saúde estabeleça como critério para definição de prioridade no atendimento o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento – individual, familiar, social e não mais a ordem de chegada. Deve ser realizado por profissional da saúde que identifica os usuários que necessitam de atenção priorizada. Para definição das atividades educativo-preventivas e curativas é importante considerar também a atividade da doença. A adoção deste critério, embora priorize esta situação, não significa a exclusão dos indivíduos sem atividade de doença dos grupos de controle ou manutenção coletiva. Os protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades. Cada município deve, em conjunto com os trabalhadores, definir os protocolos mais adequados sob a ótica da intervenção multiprofissional, legitimando a inserção de todos os profissionais.

A construção da agenda deve estar pautada nas necessidades da população a partir de critérios epidemiológicos das áreas de abrangência e/ou de influência das unidades de saúde de forma equânime e universal, devendo ser amplamente discutida com a comunidade, nos conselhos de saúde em nível local e municipal.

A manutenção ou retorno programado caracteriza-se por um conjunto de procedimentos que visam manter a saúde bucal e o controle das patologias identificadas. Os usuários que concluíram seus tratamentos clínicos, ou que vêm se mantendo saudáveis, devem ser agendados para acompanhamento periódico e reforço do autocuidado.

5.4 Organizar uma Atenção Domiciliar. A SF conta com alguns recursos como o cadastro das famílias, realizado pelo ACS por meio do preenchimento da "Ficha A" do SIAB. A visita domiciliar mensal realizada pelo ACS permite, além da constante atualização do cadastro familiar, a identificação e o acompanhamento de indivíduos e/ou grupos prioritários. A vista domiciliar realizada pelos profissionais, a partir de prioridade pré-definida, contribui para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais.

A definição do território de adscrição das unidades básicas permite que as equipes se organizem para realizar atenção domiciliar dentro das necessidades da comunidade.

Atenção domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário-família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. A Equipe Saúde da Família deve articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação da autonomia dos sujeitos.

A Atenção Domiciliar integra ainda duas modalidades específicas: a assistência domiciliar e a internação domiciliar. A Assistência Domiciliar pode ser realizada por profissionais da Atenção Básica ou da Atenção Especializada. A Assistência Domiciliar na Atenção Básica[1] é uma modalidade da Atenção Domiciliar, inerente ao processo de trabalho das equipes deste nível de atenção. Destina-se a responder às necessidades de saúde de um determinado segmento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária. A operacionalização deve ser executada pela equipe por meio de um planejamento construído em conjunto de forma pactuada com o usuário-família, e considerando as atribuições das membros da equipe.

Para que as atividades da assistência domiciliar atendam às necessidades do usuário-família é necessário que a equipe sistematize um planejamento de ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável à realidade do usuário. Recomenda-se que a família participe ativamente nesse processo. O planejamento deve contemplar a participação e a freqüência de todos os profissionais na execução das ações, a partir das necessidades do usuário/família, buscando distribuir os profissionais de forma a otimizar o trabalho da equipe.

Visitas domiciliares, quando necessárias, devem ser agendadas e realizadas, sempre segundo critérios definidos pela equipe de saúde para o acompanhamento de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade.

5.5 **Reordenar a Atenção de Média Complexidade,** como nos encaminhamentos aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e aos estabelecimentos de alta complexidade no nível hospitalar.

6 CAMPO DA ATENÇÃO NA SAÚDE BUCAL

A definição do campo da prática das Equipes Saúde Bucal na Atenção Básica extrapola, e muito, os limites da boca, o que exige na composição que suas ações integrem diferentes áreas de conhecimento. São ações que devem integrar a prática das Equipes Saúde Bucal na Atenção Básica:

6.1 Ações Intersetoriais

Significam intervenções para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente e que possam conduzir a ambientes saudáveis. Envolvem estabelecimento de parcerias com setores e atores fora da área da saúde.

[1] No momento, o registro no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB da assistência domiciliar é realizado no campo internação domiciliar.

Salienta-se a necessidade de ações que visem o fortalecimento dos indivíduos e das comunidades no processo de definição de prioridades, tomada de decisões, desenvolvimento de redes sociais, planejamento e implantação de estratégias que levem à obtenção de saúde. Toda comunidade dispõe de elementos em sua cultura, ou mesmo estruturas governamentais ou não, que podem auxiliar na ampliação dos fatores de proteção da comunidade. Cabe à Equipe Saúde da Família identificá-los e programar ações que venham ao encontro da construção de sujeitos-coletivos capazes de autogerir suas vidas.

Como exemplo cita-se o apoio a ações e políticas que: (1) promovam desenvolvimento social; (2) possibilitem o acesso a saneamento básico e incentivem a fluoretação das águas de abastecimento; (3) contribuam para o combate ao fumo e uso de álcool; (4) incentivem dietas mais saudáveis; (5) contribuam para garantir proteção no trabalho; (6) contribuam para o trabalho transversal de conteúdos de saúde bucal no currículo escolar, através do aproveitamento da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB - Lei nº 9394/96), entre outras. Especificamente em relação à LDB, significaria discutir a saúde bucal em vários momentos e disciplinas escolares, de acordo com a realidade de cada escola, contribuindo para a construção de escolas saudáveis.

6.2 Ações Educativas

A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida.

Em geral, o conteúdo para as ações educativas coletivas deve abordar: (1) as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; (2) a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentifrício fluoretado e o uso do fio dental; (3) os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; (4) as orientações gerais sobre dieta; (5) a orientação para auto-exame da boca: (6) os cuidados imediatos após traumatismo dentário; (7) a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e, (8) a prevenção ao uso de álcool e fumo.

O planejamento das ações educativas deve ser feito em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comum para várias doenças.

A educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde bucal, mas os profissionais auxiliares podem ser as pessoas ideais para conduzir o trabalho nos grupos. O ACS tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a equipe de saúde bucal orientar o seu trabalho. A presença do CD é importante em momentos pontuais e no planejamento das ações.

Salienta-se a importância da revisão das práticas pedagógicas, especialmente em se tratando de abordagem para educação para adultos e jovens, que necessariamente difere da educação para crianças. São aspectos importantes a serem observados na educação em saúde bucal:

- Respeito à individualidade.
- Contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança.
- Respeito à cultura local.
- Respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática.
- Ética.
- Autopercepção de saúde bucal.
- Reflexão sanitária: o processo de educação em saúde deve capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde.
- Uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.

As ações educativas no nível coletivo podem ser feitas com os seguintes enfoques:

População: atividades educativas voltadas para a população como um todo. Existem fatores de risco comuns a várias doenças, tais como tabagismo, alcoolismo, exposição ao sol sem proteção e dieta inadequada, entre outros, e que devem ser abordados em conjunto no nível da equipe de saúde, de forma multiprofissional.

Grupos e espaços sociais: identificar no território possíveis grupos para serem trabalhados a partir de critérios de risco, possibilidade de atuação e recursos disponíveis.

Grupos operativos na unidade de saúde: grupos formados para a problematização das questões de saúde bucal, integração e a democratização do conhecimento a partir de um encaminhamento individual. Nesses grupos devem ser trabalhadas minimamente a causalidade dos agravos, formas de prevenção, a revelação de placa e a escovação supervisionada.

Famílias: incluir as atividades educativas na rotina do trabalho dos agentes comunitários de saúde e da Equipe Saúde da Família, a partir de critérios de risco ou da identificação do núcleo familiar como um fator determinante no processo saúde-doença.

Indivíduos: realizada em todas as etapas do tratamento, de forma particularizada, para atender a necessidades individuais, visando à autonomia no cuidado.

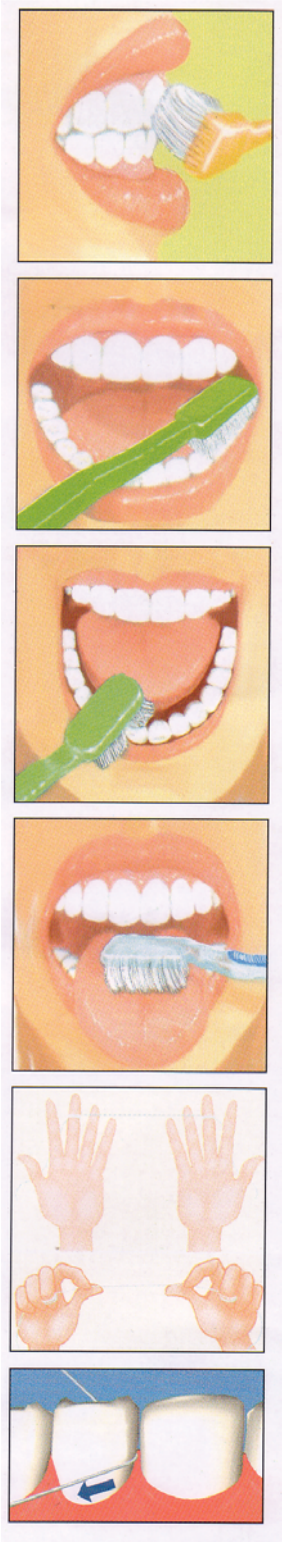
O jeito certo de limpar os dentes

1º Passo - Escove o lado dos dentes voltado para a bochecha pressionando suavemente a escova, da gengiva até a ponta dos dentes. Depois, escove o lado de dentro dos dentes do mesmo jeito. Faça isso em todos os dentes superiores e inferiores, sem esquecer nenhum. Escove também a parte de trás dos últimos dentes.

2º Passo - Escove a superfície do dente que usamos para mastigar. O movimento é suave, de vai e vem, e deve alcançar todos os dentes, superiores e inferiores. A escova deve ir até os últimos dentes lá no fundo da boca.

3º Passo - Ainda não acabou. Escovar a língua é muito importante, pois ela acumula restos alimentares e bactérias que provocam mau hálito. Faça movimentos cuidadosos com a escova, "varrendo" a língua da parte interna até a ponta.

4º Passo - Passe o fio ou fita dental entre todos os dentes, devagar para não machucar a gengiva. Depois que o fio passar pelo ponto mais apertado entre os dentes, leve-o até o espaço existente entre a gengiva e o dente e pressione-o sobre o dente puxando a sujeira até a ponta do dente. Primeiro de um lado, depois do outro.



6.3 Ações de Promoção à Saúde

A Promoção da Saúde é entendida como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são importantes para melhorar a situação de saúde e de vida das pessoas (BÓGUS, 2002).

Desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, as demais conferências internacionais têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde coletiva em torno do compromisso de saúde para todos (MOYSES, 2004).

Conforme definido na Carta de Otawa em 1986, promoção de saúde visa:

- Criação de ambientes que conduzam à saúde, reconhecendo o impacto do ambiente nas condições de saúde e identificando oportunidades de mudanças pró-saúde.
- Construção de políticas saudáveis - considerando o impacto de políticas públicas de outros setores no setor saúde.
- Fortalecimento das ações comunitárias – dos indivíduos e das comunidades nos processos decisórios, redes sociais, planejamento e estratégias para a saúde.
- Desenvolvimento de habilidades pessoais – estímulo ao desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que permitam aos indivíduos promover a saúde.
- Reorientação dos serviços de saúde - o foco do trabalho clínico curativo deve ser dirigido à meta da saúde com eqüidade.

As discussões de Ottawa e os encontros e conferências posteriormente realizadas (Sundsvall,1991; Santa Fé de Bogotá,1992; Caribe, 1993; Jacarta, 1997; Adelaide,1998) vêm ajudando a delinear o novo paradigma da produção social do processo saúde-doença. A saúde de cada indivíduo, dos grupos sociais e da comunidade extrapola a responsabilidade do setor saúde. Entre outros fatores, resulta de interações sociais, das políticas públicas, dos modelos de atenção e das intervenções sobre o meio ambiente (WESTPHAL; MENDES, 2000; ANDRADE; BARRETO, 2002).

Sendo um dos princípios da Promoção da Saúde o foco na população como um todo, a seleção da abordagem deve estar orientada para reduzir as desigualdades sociais. A estratégia de base populacional é a ação apropriada para lidar com problemas que estão difundidos na população, buscando a melhoria das condições gerais de saúde.

Na abordagem de fatores de risco comum, a lógica é a atuação sobre um determinado fator que pode estar concorrendo simultaneamente para o desenvolvimento ou agravamento de diferentes doenças ou agravos. Assim, por exemplo, a cárie dentária, a diabete e a obesidade têm a dieta como um fator de risco comum. Para tanto, depende de ações intersetoriais, articuladas e coordenadas pelos diferentes setores da sociedade, do Estado, do sistema de saúde e outros parceiros. A promoção

da saúde pode ser entendida, então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis.

A promoção da saúde vem respaldando as atuais discussões de um novo modelo voltado para a Defesa da Vida, que tem por base:

- A qualidade de vida e a consciência das pessoas sobre sua saúde.
- Definição de prioridades a partir de indicadores e variáveis preditoras, centradas nas populações.
- Reconhecimento das diferenças sociais, econômicas e culturais, nas diferentes populações, como definidoras das condições de saúde.
- Níveis de atenção com fluxos de referência e contra-referência, trabalho em equipe, interdisciplinaridade e intersetorialidade.
- Territórios como espaços sociais em que tendem a se agrupar pessoas que compartilham características similares de natureza cultural e sócio-econômica.
- Promoção da saúde por meio da assistência, da participação ativa dos sujeitos e modificação das condições objetivas de vida.

Em consonância com o Pacto em Defesa da Vida, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas. Estabelece, ainda, como diretrizes:

- Reconhecer na Promoção da Saúde uma parte fundamental da busca da eqüidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde.
- Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde.
- Fortalecer a participação social, entendendo-a como fundamental na consecução de resultados de Promoção da Saúde, em especial a eqüidade e o empoderamento individual e comunitário.
- Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais.
- Incentivar a pesquisa em Promoção da Saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas.
- Divulgar e informar as iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde aos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

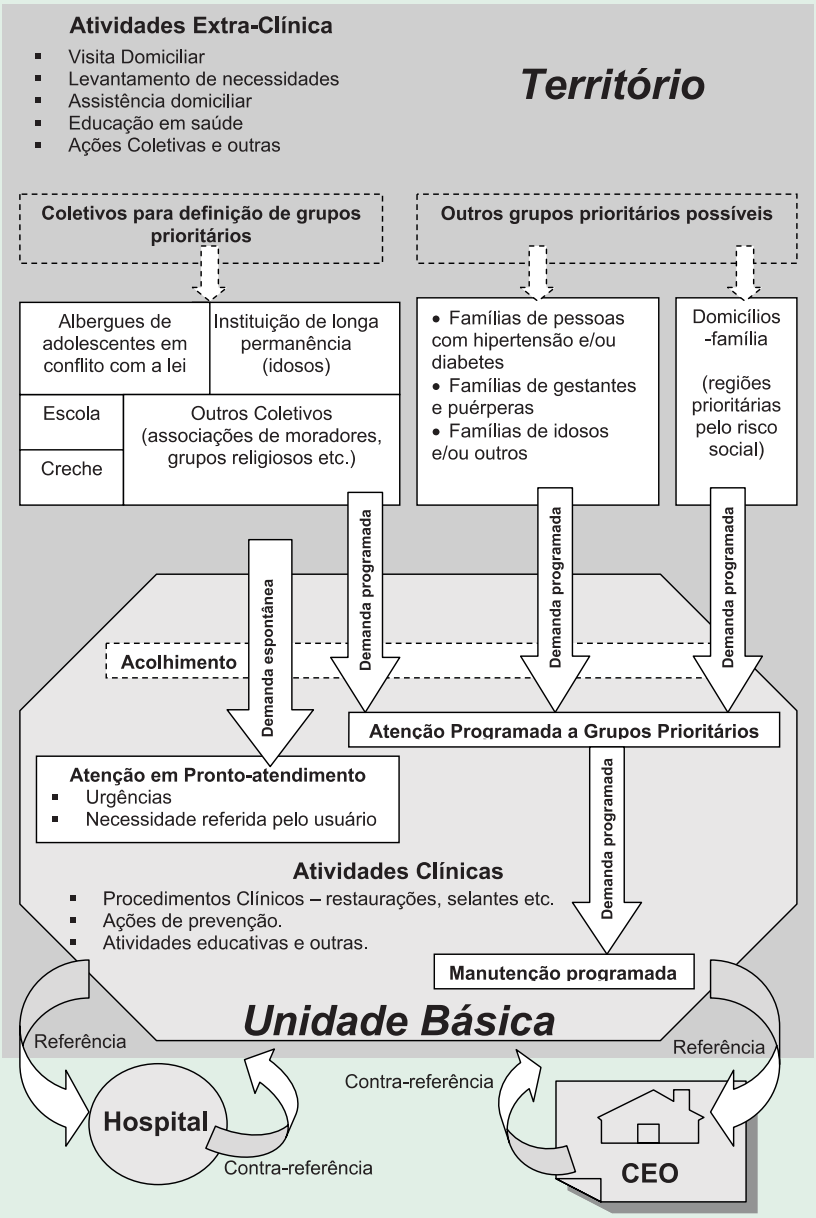
6.4 Ações de Assistência

Significam intervenções clínicas curativas, de cunho individual ou coletivo, ofertadas de maneira a impactar os principais problemas de saúde da população.

A organização da assistência deve abranger ações que respondam à demanda organizadamente, compatibilizando a demanda espontânea e a programada.

A figura 01 apresenta o esquema de uma possível organização da atenção em saúde bucal a partir das áreas de trabalho, da demanda espontânea e de grupos prioritários.

FIG. I CAMPO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO TERRITÓRIO



CAPÍTULO 3

PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE BUCAL

É característico da atenção prestada nos serviços de Atenção Básica que estes se ocupem das patologias mais prevalentes nas comunidades. Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: (1) cárie dentária; (2) doença periodontal – (a) gegivite e (b) periodontite; (3) câncer de boca; (4) traumatismos dentários; (5) fluorose dentária; (6) edentulismo; e, (7) má oclusão.

O Levantamento Epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em nível nacional, o SB Brasil, finalizado em 2003, demonstrou a importância desses agravos e reforçou a necessidade de que os serviços de saúde estejam organizados para intervir e controlá-los. É de fundamental importância a responsabilização da equipe de saúde do nível local pela interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira.

I CÁRIE DENTÁRIA

1.1 Aspectos Conceituais e Epidemiológicos

No Brasil, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Entre adultos e idosos a situação é ainda mais grave: a média de dentes atacados pela cárie entre os adultos (35 a 44 anos) é de 20,1 dentes e 27,8 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. A análise destes dados aponta também para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (Brasil, 2003).

A lesão cariosa é considerada como manifestação clínica de uma infecção bacteriana. A atividade metabólica das bactérias resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente com conseqüente formação da lesão de cárie. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial.

Considera-se, hoje, que os estágios anteriores da doença antes da cavidade podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações.

1.2 Principais Fatores de Risco

- Fatores culturais e sócio-econômicos.
- Falta de acesso ao flúor.
- Deficiente controle mecânico do biofilme (placa bacteriana).
- Consumo excessivo e freqüente de açúcar.
- Xerostomia.

1.3 Abordagem Coletiva

1.3.1 Ações de Vigilância sobre Risco e de Necessidades em Saúde Bucal: A cárie, por ser uma doença multifatorial, é afetada pelas condições sócio-econômicas. Assim, as ações de saúde para controle da cárie devem ser direcionadas à população sob risco social, oportunizando acesso aos tratamentos e ao uso do flúor (água fluoretada, dentifrício fluoretado). Deve ser incentivado o monitoramento de indicadores como a média ceo/CPOD e percentual dos grupos livres de cárie nas idades de 5 e 12 anos como vigilância mínima para cárie dentária, devendo cada município avançar nesse monitoramento para a faixa etária de 18 anos e acompanhamento das perdas dentárias de acordo com suas possibilidades, com período mínimo de quatro anos, para acompanhamento da série histórica. Para as populações adscritas, a vigilância sobre os sinais de atividade da doença (manchas brancas e cavidades) em ambientes coletivos (escolas, espaços de trabalho, creches) permite otimizar o planejamento da intervenção para cada realidade encontrada.

1.3.2 Ações de Promoção à Saúde: Para controle e prevenção da cárie na população destacam-se medidas de saúde pública intersetoriais e educativas, que possibilitem acesso à alguma forma de flúor, redução do consumo do açúcar e disponibilidade de informação sistemática sobre os fatores de risco e autocuidado. São também determinantes as políticas relacionadas à melhoria das condições sócio-econômicas, da qualidade de vida, do acesso à posse e uso dos instrumentos de higiene e estímulo à manutenção da saúde. Neste sentido, cabe à equipe de saúde comprometer-se no planejamento, organização e suporte técnico à gestão municipal para efetiva prioridade das ações de promoção da saúde.

Fluoretação da água de abastecimento: A fluoretação da água de abastecimento é considerada um método seguro e eficaz na prevenção da cárie dentária, que atinge toda a população com acesso a água tratada. A implantação da fluoretação das águas deve ser uma política prioritária bem como garantir monitoramento dos teores de flúor agregados à água.

1.3.3 Ações Educativas e Preventivas: São realizadas com grupos de pessoas e, por isso, usam os espaços sociais (creches, escolas, locais de trabalho, comunidade) e espaços da unidade de saúde. As crianças em idade pré-escolar e escolar podem ser alvo dessas ações, pelo impacto de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária e pela importância da atuação na fase de formação de hábitos. Outros grupos podem ser definidos localmente, de acordo com risco, dados epidemiológicos ou critérios locais.

Recomenda-se a ampliação do acesso à essas ações envolvendo as famílias. As ações coletivas devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, de forma a potencializar o trabalho do dentista em relação às atividades clínicas. A abordagem coletiva pode incluir os seguintes procedimentos:

- Exame epidemiológico.
- Educação em saúde bucal.
- Escovação dental supervisionada.
- Entrega de escova e dentifrício fluoretado e, sempre que possível, de fio dental.
- Aplicação tópica de flúor (ATF): Para se instituir a aplicação tópica de flúor de forma coletiva deve ser levada em consideração a situação epidemiológica dos grupos populacionais locais em que a ação será realizada.
- Sua utilização com abrangência universal é recomendada somente para populações nas quais seja constatada uma ou mais das seguintes situações: exposição à água de abastecimento sem flúor ou com teores abaixo de 0,4 ppmF e sem acesso à dentifrício fluoretado, CPOD maior que 3 aos 12 anos de idade e menos de 30% dos indivíduos livres de cárie aos 12 anos de idade. A ATF pode ser realizada na forma de bochechos fluorados semanais ou diários ou aplicação trimestral de flúor gel na escova, moldeira ou com pincelamento.

1.3.4 Universalização do Acesso à Escova e ao Dentifrício Fluoretado: Pela importantíssima participação da escovação com dentifrício fluoretado na prevenção da cárie, garantir o seu acesso de forma universalizada por parte dos usuários da área de abrangência deve ser considerada uma política importante entre as ações de saúde bucal. A universalização do acesso ao fio dental deve ser sempre incentivada.

1.4 Abordagem Individual

1.4.1 Diagnóstico

O diagnóstico para a identificação da lesão de cárie é visual, feito por meio de exame clínico, podendo ser complementado com radiografias. No exame é importante avaliar:

- Sinais da atividade da doença: lesões ativas (manchas brancas rugosas e opacas no esmalte ou cavidades com tecido dentinário amolecido e de cor marrom clara)

ou inativas (manchas brancas brilhantes ou cavidades com tecido dentinário escurecido, liso, brilhante e duro).

- Avaliação dos fatores de risco presentes.

1.4.2 Tratamento

O tratamento da doença cárie ativa tem como objetivo restabelecer o equilíbrio entre os processos de desmineralização e remineralização das estruturas dentárias, paralisar ou reduzir a progressão das lesões, e promover a restauração/reabilitação quando necessário.

O tratamento deve ser individualizado e compreende:

- **Instrução de higiene bucal,** incluindo: orientações sobre a escovação dental, uso do fio dental, limpeza da língua e freqüência de higienização.
- **Remoção profissional de placa,** por meio de raspagem e/ou utilização de instrumentos rotatórios ou vibratórios apropriados.
- **Adequação do Meio Bucal:** compreendendo: remoção de placa, remoção da dentina cariada e selamento das cavidades com material provisório (ionômero de vidro ou cimento modificado) e remoção de outros fatores retentivos de placa como restos radiculares e cálculos.
- **Controle da atividade de doença:** envolve a avaliação das causas do desequilíbrio identificado e intervenção sobre os fatores determinantes e incluiu:
  - Ações educativas para controle de placa.
  - Uso tópico de flúor de acordo com a indicação e risco até o controle da doença.
  - Aconselhamento dietético.
  - Estímulo ao fluxo salivar.

1.4.3 Restauração/Reabilitação: a decisão sobre a restauração do dente deve ser conservadora, evitando-se a intervenção sempre que possível. As lesões restritas ao esmalte dentário devem ser monitoradas, não sendo indicada também a abertura de sulcos escurecidos, pois, são característicos de lesões de cárie crônica. As lesões não cavitadas e com alteração de cor que indicam a possibilidade de cárie na dentina devem ter seu diagnóstico complementado com radiografia. No tratamento das lesões cavitadas em dentina, procurar conservar a maior quantidade de tecidos dentários, evitando assim, a exposição pulpar, principalmente por meio da manutenção da dentina desorganizada em cavidades profundas. Nos casos de exposição pulpar, os tratamentos conservadores quando indicados (pulpotomias e capeamentos) devem sempre ser incentivados em relação às extrações dentárias.

1.4.4 Manutenção

O retorno para manutenção deve ser instituído como rotina, ter freqüência definida pela avaliação da atividade de doença e fatores de risco individuais e ser agendado de acordo com cada situação. Nas consultas de manutenção, as ações educativo-preventivas devem estimular a autonomia no cuidado à saúde.

Uso de selantes: O uso de selantes de fóssulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas. O seu emprego deve ser restrito à indicação individual de acordo com o risco e não utilizado como medida de rotina na prevenção da lesão de cárie. Uma regra de decisão adotada pela FSP-USP indica seu uso na presença simultânea das seguintes condições:

- O dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos.
- O dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença.
- Há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.

Tratamento Restaurador Atraumático-TRA: É considerada uma estratégia de tratamento apropriado de lesões cariosas iniciais, integrada a programas educativo-preventivos, em populações com acesso restrito à serviços tradicionais. Utiliza técnicas menos invasivas - preparo cavitário feito sem anestesia, remoção do tecido cariado amolecido e desorganizado com instrumentos manuais e selamento da cavidade com cimentos ionoméricos. Por não necessitar de equipamentos, é utilizada em atendimento extra-clínico, incluindo usuários acamados, institucionalizados, escolares, dentre outros. Pode ainda ser indicada de forma universalizada em dentes decíduos vitais, com monitoramento. Apesar do tratamento ser individualizado, o uso do TRA em populações com alta prevalência de cárie, pode ser entendido como uma abordagem coletiva para redução da infecção bucal até posterior vinculação ao agendamento programado na unidade de saúde.

2 DOENÇA PERIODONTAL

2.1 Aspectos Conceituais e Epidemiológicos

A doença periodontal deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, que tem como principal determinante a placa bacteriana, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro. Não é mais considerada apenas como de progressão lenta e contínua, mas pode ter padrões variáveis de progressão. É entendida como uma doença infecciosa, onde as alterações de forma e função são consideradas sinais. A normalidade do periodonto é definida por variáveis biológicas, que são mais coerentes com a

etiopatogenia da doença e permitem que usuários que em algum momento foram portadores da doença e apresentem seqüelas (como recessão e mobilidade), retornem ao estado de saúde. A doença periodontal se constitui, atualmente, em um importante fator de risco para parto prematuro de baixo peso, diabetes e doenças vasculares e cardíacas.

No Brasil, a percentagem de pessoas com algum problema periodontal nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade é, respectivamente 53,8%, 78,1% e 92,1%, de acordo com os resultados do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003.

2.2 Principais Fatores de Risco

- Fatores culturais e sócio-econômicos.
- Diabetes.
- Fumo.
- Ausência de controle de placa.
- Imunodepressão e stress.

2.3 Abordagem Coletiva

- **Organização das ações de vigilância** sobre os sinais de risco em saúde bucal: risco social, falta de acesso à escovação, sangramento/secreção gengival, diabetes mellittus, imunodepressão e fumo.
- **Ações de promoção à saúde** (ações intersetoriais e ações educativas) principalmente associadas aos grupos de cuidado com diabetes mellittus, fumo, gestantes, cardiopatas entre outros.

2.4 Abordagem Individual

No tratamento da doença periodontal é importante uma abordagem integral, envolvendo as ações de promoção à saúde e prevenção (para controle da atividade da doença e dos seus fatores de risco), e de tratamento cirúrgico-reabilitador, que cada vez mais está se tornando um procedimento raro em face da resolutividade do tratamento sobre a causa. Isso significa abordar as causas da doença, e não apenas as suas conseqüências, de forma a promover um impacto no processo saúde/doença.

Duas formas clássicas são descritas como manifestações do processo saúde/doença periodontal:

A)	**Gengivite.**
B)	**Periodontite.**

Com a evolução do conceito do entendimento das doenças periodontais, concluiu-se que gengivite e periodontite são processos independentes, isto é, gengivite não necessariamente evolui para uma periodontite, porém a gengivite é um importante fator de risco às periodontites.

A) GENGIVITE

A gengivite é uma manifestação inflamatória da gengiva marginal desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supra gengival e rompimento do equilíbrio agressão/defesa. Constitui-se em um processo inflamatório que deve ser prevenido e tratado.

Diagnóstico

Para o diagnóstico da gengivite é importante a realização de:

- Avaliação do controle de placa.
- Avaliação da presença de sangramento.
- Avaliação da saúde da mulher.
- Avaliação de alterações sistêmicas ou presença de tabagismo que possam estar influenciando no estado periodontal.

Tratamento

O tratamento pode se estender por várias sessões, individuais ou coletivas, de preferência semanais, cujo número irá depender do controle da doença.

- Remoção ou tratamento de fatores retentivos de placa.
- Raspagem e polimento supra gengival profissional.
- Ações educativas para controle de placa.
- Utilização de controle químico da placa (apenas quando necessário e por um tempo limitado).
- Monitoramento e controle dos fatores de risco como diabetes, gravidez, alterações hormonais, entre outros. Em caso da gengivite estar relacionada com fatores sistêmicos ou medicamentosos, deve ser avaliada a possibilidade de intervenção sobre esses fatores.
- O progresso do tratamento deve ser avaliado por meio da avaliação do controle de placa e da atividade de doença, e poderá ter alta o usuário com ausência de sangramento gengival aliada com uma quantidade mínima de placa, compatível com o seu estado de saúde periodontal.

Manutenção

A freqüência de retorno varia individualmente de acordo com o risco e destaca-se a avaliação do sangramento gengival e o controle da placa para manutenção da saúde periodontal.

B) PERIODONTITE

As condições inflamatórias presentes na gengivite favorecem o surgimento da placa bacteriana subgengival, mais virulenta, que causa a inflamação dos tecidos de suporte.

A periodontite é um grupo de doenças que se caracteriza pela inflamação dos tecidos de sustentação e proteção dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo, conseqüência da agressão promovida pela placa bacteriana subgengival. A periodontite crônica é de evolução lenta, onde a perda de inserção está associada aos padrões de higiene bucal e fatores de risco, sendo o tipo mais prevalente. A periodontite agressiva é rara, mas face à sua rápida progressão tem alta morbidade e mortalidade dental. Essas periodontites têm uma forte agregação familiar, fator importante para a prevenção da mesma.

Diagnóstico

Está ligado à avaliação da presença da doença ativa, do tipo de progressão e dos fatores causais e modificadores:

- Determinação da atividade da doença: definida pela perda de inserção aliada a sinais inflamatórios (sangramento, secreção).
- Avaliação do controle de placa.
- Avaliação das condições sistêmicas, tabagismo e consideração do risco sócio-econômico e uso de medicamentos.

Tratamento

A manutenção da saúde periodontal e o sucesso do tratamento dependem fundamentalmente da capacidade de controle de placa pelo binômio usuário/profissional e controle dos fatores de risco, principalmente o fumo e o diabetes.

O tratamento irá consistir basicamente de ações ligadas a uma FASE DE CONTROLE DA DOENÇA, e de uma FASE DE TRATAMENTO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

- Tratamento da Gengivite, como descrito anteriormente, incluindo as ações educativas.
- Tratamento da Periodontite, por meio do controle da placa subgengival. O controle da placa subgengival é feito através da raspagem e alisamento subgengival (RASUBS). As RASUBS funcionam independente da profundidade e devem ser realizadas sempre como primeira opção. Em caso da periodontite estar relacionada a fatores sistêmicos ou hábitos nocivos, deve ser avaliada a possibilidade de intervenção sobre esses fatores.

Referência

Em caso de Periodontite crônica de evolução lenta, devem ser referenciados para cirurgia os casos onde houver insucesso na raspagem subgengival. Atenção especial

deve ser dada a avaliação da razão do insucesso, pois muitas vezes a falta de controle de placa pelo paciente é o principal motivo do insucesso e, portanto, deverá ser o foco principal da atenção profissional.

Monitoramento da Terapia Periodontal

O tratamento pode se estender por várias sessões, individuais ou no grupo operativo, de preferência semanais, cujo número irá depender do controle da doença. Em curto prazo o monitoramento se dá pelos sinais inflamatórios e em longo prazo pela ausência na progressão da perda de inserção.

A alta clínica deve ser dada ao usuário com ausência de sinais de atividade de doença e com controle de placa adequado.

Manutenção Preventiva

É muito importante a manutenção preventiva dos usuários com periodontite. A freqüência da consulta de manutenção deve ser determinada individualmente, de acordo com as diferentes variáveis relacionadas ao processo saúde/doença.

Reabilitação

Realização de procedimentos cirúrgicos, restauradores ou reabilitadores necessários para restabelecer a estética, a forma e a função prejudicadas pela doença.

3 CÂNCER DE BOCA

3.1 Aspectos Conceituais e Epidemiológicos

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e está entre as principais causa de óbito por neoplasias. Representa uma causa importante de morbimortalidade uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença. Tende a acometer o sexo masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se, preferencialmente, no assoalho da boca e na língua e o tipo histológico mais freqüente (90 a 95%) é o carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermóide).

Segundo a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2006, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), este tumor apresentará 10.060 casos estimados entre homens e 3.410 entre as mulheres. Isto representa cerca de 6% e 2%, respectivamente, em relação a todos os tipos de câncer, à exceção do câncer de pele não melanoma.

O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce.

3.2 Principais Fatores de Risco

- Fatores culturais e socioeconômicos.
- Tabagismo (uso de cachimbos, hábitos de mascar fumo, dentre outros).
- Etilismo.
- O uso crônico de álcool e tabaco associados potencializa drasticamente o risco de aparecimento do câncer de boca.
- Exposição à radiação solar.
- Má higiene bucal.
- Uso de próteses dentárias mal-ajustadas.
- Deficiência imunológica (adquiridas ou congênitas).

3.3 Abordagem Coletiva

- Desenvolver intervenções centradas na promoção da saúde, incluindo ações individuais e coletivas educativas, de prevenção e detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca, para todas as faixas etárias, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco, estimulando o exame sistemático da cavidade bucal pelos profissionais de saúde para detecção precoce.
- Realizar exames periódicos em usuários com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de boca, possuindo mais de um dos seguintes fatores de risco: ser do sexo masculino, ter mais de 40 anos, ser tabagista e etilista, sofrer exposição ocupacional a radiação solar sem proteção, ser portador de deficiência imunológica (congênitas e/ou adquiridas).
- Integrar a Equipe Saúde Bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer.
- Informar sistematicamente a população sobre locais de referência para exame de diagnóstico precoce do câncer de boca.

3.4 Abordagem Individual

3.4.1 Diagnóstico Precoce

O diagnóstico precoce de lesões de mucosa e do câncer de boca deve ser uma ação desenvolvida sistematicamente pelas equipes de saúde bucal na atenção básica. O estabelecimento do diagnóstico precoce é fundamental para que se assegurem medidas preventivas e um prognóstico favorável na abordagem da doença.

Um dos passos mais importantes para o diagnóstico do câncer de boca é uma boa anamnese seguida de um correto e completo exame da cavidade bucal na primeira consulta e nas consultas de urgência.

O cirurgião-dentista deve realizar o exame clínico extra-bucal (exame da face, regiões submandibular e submentoniana e articulação têmporomandibular) e intra-bucal (exame de lábios, bochecha, língua e palato), incluindo visualização e palpação, de forma a detectar anormalidades. No exame devem ser considerados alguns tipos de lesões que podem ser câncer bucal ou lesões com potencial de malignização: leucoplasias, queilose actínica, líquen plano, na sua forma erosiva ou ulcerada.

> Qualquer lesão dos tecidos moles da boca que não apresente regressão espontânea ou com remoção de possíveis fatores causais (como dentes fraturados, bordas cortantes em próteses, etc) em no máximo 03 semanas, deve ser referenciada para diagnóstico.

3.4.2 Tratamento

O impacto do câncer bucal para o indivíduo, sua família, seu trabalho e sua comunidade em geral é muito grande. O tratamento não se reduz à cirurgia ou radioterapia, mas depende de um complexo trabalho inter e multidisciplinar. O tratamento cirúrgico e radioterápico deverá ser feito em nível de média e alta complexidade, sempre com acompanhamento da Equipe Saúde Bucal da atenção primária. O controle de recidivas, bem como o controle dos fatores de risco para o câncer e outras doenças fazem parte da gama de cuidados a serem oferecidos pelo serviço de saúde bucal na fase de acompanhamento.

3.4.3 Reabilitação

Corresponde a todos os procedimentos cirúrgicos e protéticos destinados a repor as perdas estéticas e funcionais causadas pela doença.

4 TRAUMATISMOS DENTÁRIOS

4.1 Aspectos Conceituais e Epidemiológicos

Apesar da existência de poucos estudos de base populacional sobre prevalência de traumatismo na dentição permanente, no Brasil, os crescentes índices de violência (agressões, espancamentos), os acidentes de trânsito e outros provocados por diversas causas externas, como as atividades esportivas e brincadeiras realizadas em ambientes pouco seguros e sem o uso dos equipamentos de proteção, têm transformado o traumatismo dentário em um problema freqüente em saúde pública.

As lesões dentárias traumáticas são agravos que têm um grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto da criança/adolescente evitar sorrir e conversar.

4.2 Principais Fatores de Risco

- Fatores ambientais da vida familiar: áreas de residência, trabalho, escola, tipos de diversão, área de lazer e condição sócio-econômica que predisponham aos acidentes.
- Fatores humanos: condições físicas (como o trespasse horizontal acentuado e a hipotonia labial); condições comportamentais (como o hábito do uso dos dentes como ferramenta para prender ou cortar objetos), personalidade hiperativa, falta de uso de instrumentos de proteção contra acidentes (cintos de segurança, protetores bucais e faciais na prática de esportes, capacetes, uso de assentos especiais para crianças pequenas).

4.3 Abordagem Coletiva

Os serviços de saúde devem organizar, programar e manter diversas ações de vigilância do traumatismo dentário, tais como:

- Realizar vigilância epidemiológica dos traumatismos: as Equipes Saúde Bucal devem realizar investigações dos casos de traumatismos dentários diagnosticados na sua área de abrangência para identificar os fatores sociais, ambientais, culturais e individuais que determinam sua ocorrência.
- Propor ações de promoção da saúde: ações intersetoriais e de educação em saúde que visem assegurar medidas de proteção e prevenção de acidentes e garantir comportamentos seguros.
- Os profissionais de saúde bucal devem integrar-se ao restante da equipe de saúde na abordagem de fatores de risco comuns do traumatismo dentário e de outras lesões traumáticas.

4.4 Abordagem Individual

Resultados de estudos brasileiros mostraram um baixo índice de dentes traumatizados tratados, o que pode estar refletindo nas dificuldades de acesso da população brasileira aos serviços de saúde bucal.

A organização dos serviços e as equipes de saúde bucal na atenção básica apresentam, na sua grande maioria, um baixo nível de conhecimento sobre o manejo do traumatismo dentário.

Recomenda-se, assim, a capacitação das ESB com a elaboração de protocolos-padrão com o objetivo de definir, no nível local, a metodologia a ser utilizada para a definição dos tipos de traumatismos, as técnicas de tratamento e de monitoramento das eventuais seqüelas.

O cuidado ideal dos traumas dentários deve incluir os primeiros socorros (cuidado imediato com dentes danificados para evitar contaminação bacteriana nos túbulos

dentinários e possível inflamação pulpar, assepsia da área traumatizada, controle do sangramento e da dor, contenção), cuidado pré-hospitalar, atendimento clínico e acompanhamento. Algumas lesões dentárias traumáticas podem e devem ser resolvidas na rede básica tais como: luxações dentárias, fraturas, intrusão, extrusão dentária e podem exigir monitoramento radiográfico.

O atendimento de urgência deve ocorrer na Unidade Básica, podendo haver o encaminhamento ao CEO ou hospital, de acordo com a gravidade e extensão do trauma e das condições físicas do usuário.

5 FLUOROSE DENTÁRIA

5.1 Aspectos Conceituais Epidemiológicos

A fluorose é uma anomalia do desenvolvimento e ocorre por ingestão prolongada de flúor durante o período de formação dos dentes e maturação do esmalte. É caracterizada por aumento da porosidade do esmalte, fazendo com que este pareça opaco.

Em algumas regiões do Brasil, vem sendo observado um aumento do diagnóstico da fluorose dentária. Os resultados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003, apontaram uma prevalência de fluorose dentária de cerca de 9% em crianças de 12 anos e de 5% em adolescentes de 15 a 19 anos no Brasil. Para a idade de 12 anos, os maiores índices foram encontrados nas regiões Sudeste e Sul (em torno de 12%) enquanto que os menores nas regiões Centro-Oeste e Nordeste (cerca de 4%).

As formas brandas de fluorose caracterizadas como finas linhas ou manchas branco-giz que aparecem no esmalte dentário ou nas pontas de cúspides são comuns em locais cuja água de abastecimento público é fluoretada, contribuindo para isso outras formas sistêmicas e a ingestão de formas tópicas dos fluoretos. Segundo vários autores, a prevalência de fluorose leve na população com acesso a água fluoretada está entre 15 a 25%.

As formas mais severas são observadas, geralmente, em locais onde o flúor está presente em altas concentrações, nos mananciais de água ou por ingestão concomitante de flúor de várias fontes.

5.2 Principais Fatores de Risco

- Presença de flúor em teores acima do recomendado nas águas de abastecimento público, originado do processo de fluoretação ou naturalmente existente nos mananciais;
- Uso concomitante de duas ou mais formas de ingestão de flúor (sistêmico). Ex: água fluoretada e uso de medicamentos contendo flúor.

- Ingestão de creme dental na fase de formação dentária em locais com água fluoretada.
- Ausência de sistema de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público e nas águas minerais embaladas.
- Uso abusivo de formas tópicas de aplicação do flúor (ocorrendo ingestão das mesmas) em locais com uso sistêmico de flúor.

5.3 Abordagem Coletiva

5.3.1 Organização das Ações de Vigilância à Saúde com Ênfase para Prevenção e Detecção da Fluorose

- Vigilância, controle e orientação à população quanto às várias formas de utilização do flúor como medida necessária para o controle das formas agudas e crônicas de intoxicação por flúor.
- Implantação de sistemas de vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público para melhoria da qualidade da fluoretação das águas, controle sistemático dos teores aplicados e continuidade do processo.
- Vigilância do teor de flúor nos alimentos: águas minerais, bebidas enlatadas, refrigerantes, sucos e chás devem ter o seu teor de flúor máximo permitido, regulamentado e apresentado em rótulos e embalagens, e com análise sistemática da vigilância sanitária.
- Verificação do teor de flúor de cremes dentais e de produtos odontológicos que contém flúor.
- Incluir a fluorose dentária nos estudos epidemiológicos rotineiros: os serviços de saúde bucal devem realizar estudos epidemiológicos longitudinais na população exposta a fontes de flúor na sua área de abrangência com o objetivo de acompanhar a tendência da prevalência e severidade do agravo.
- Vigilância epidemiológica dos casos de fluorose dentária: realizar investigação epidemiológica dos casos de fluorose diagnosticados na sua área de abrangência com o objetivo de identificar os fatores sociais, ambientais, culturais e individuais que favoreceram a sua ocorrência e para propor ações integrais e intersetoriais para sua prevenção.
- Elaboração de protocolos com recomendações sobre o uso individual e coletivo de substâncias fluoretadas no âmbito da assistência odontológica.

5.3.2 Ações de Promoção à Saúde (intersetoriais e educativas)

A Equipe Saúde Bucal deve estar atenta às causas da fluorose dentária em sua área de abrangência, de modo a planejar ações de prevenção de acordo com os problemas levantados, incluindo ampla divulgação e informação à população sobre os

riscos da ingestão de dentifrício fluoretado por crianças em cidades abastecidas com água fluoretada bem como de outros procedimentos preventivos.

Busca conjunta com outros setores de fontes alternativas de abastecimento de água, quando for identificada presença de altos teores de flúor nas águas distribuídas para consumo humano.

5.4 Abordagem Individual

5.4.1 Diagnóstico

Clinicamente a fluorose dentária apresenta desde finas linhas brancas, que podem tornar-se amareladas ou marrons pela impregnação de corantes dos alimentos, até várias formas de erosão. A severidade da fluorose está na dependência da dose (teores e quantidade), da idade em que ocorreu a ingestão, tempo de exposição e pode levar a perdas de partes do esmalte com deformidade anatômica dos dentes.

A fluorose é sempre simétrica, dentes homólogos apresentam fluorose nos mesmos níveis. O diagnóstico diferencial mais importante é com mancha branca decorrente de cárie e com outras opacidades. Considerar na avaliação a exposição ao flúor, sua origem e seus teores na água de consumo.

5.4.2 Tratamento

Formas mais graves de fluorose dentária podem, às vezes, ser consideradas um incômodo estético para o paciente, sendo indicando o tratamento das manchas. Esse tratamento consiste em lixar o esmalte poroso externo até que a mancha, provocada pela impregnação do esmalte poroso por pigmentos da alimentação, seja removida. Entre os produtos para a técnica da micro-abrasão destacam-se o ácido clorídrico, o peróxido de hidrogênio e o ácido fosfórico. Em casos mais graves, é necessária a confecção de coroas ou facetas.

6 EDENTULISMO

6.1 Aspectos Conceituais e Epidemiológicos

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliadas às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada.

O índice mais utilizado para estimar o edentulismo é a avaliação do uso e necessidade de próteses.

As informações sobre a necessidade de prótese total são as mais relevantes para a organização de serviços odontológicos, visto que expressa a demanda para este tipo de procedimento.

Resultados de últimos levantamentos epidemiológicos nacionais (Brasil, 1986, 1996 e 2003) indicam que a perda precoce de elementos dentais é grave e o edentulismo se constitui, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública.

Em 2003, o SB Brasil avaliou o uso e a necessidade de prótese total em adolescentes de 15 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos.

6.2 Principais Fatores de Risco

Os resultados do SB Brasil confirmaram que, em nosso país, o edentulismo é uma marca da desigualdade social, uma vez que ser morador da zona rural em municípios com menos de 10 mil habitantes, ter uma renda inferior a R$400 reais e baixa escolaridade (menos de sete anos de estudo) proporciona maior chance de ser edêntulo parcial e total.

São ainda fatores de risco ao edentulismo a falta de acesso a tratamentos básicos e especializados da cárie e da doença periodontal.

6.3 Abordagem Coletiva

Para a prevenção desse agravo em saúde bucal recomenda-se a mudança do modelo de oferta dos serviços odontológicos, buscando a incorporação e a universalização das tecnologias preventivas das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal) que causam o edentulismo e de procedimentos reabilitadores que preservem os elementos dentais, por meio da organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde bucal, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Organização das Ações de Vigilância à Saúde: Para enfrentar a questão do edentulismo, na sua área de abrangência, os serviços de saúde bucal devem organizar e implementar:

- Estudos epidemiológicos sobre o uso e necessidades de próteses dentais com o objetivo de dimensionar a demanda e organizar a oferta de procedimentos a serem oferecidos pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).
- Investigação de casos diagnosticados de perda precoce de elementos dentais na área de abrangência com o objetivo de identificar fatores epidemiológicos, organizacionais e sócio-culturais que possam estar contribuindo para a ocorrência deste evento e para estabelecer medidas com o objetivo de evitar novos casos.

6.4 Abordagem Individual

Para diminuir o grande contingente de dentes perdidos por seqüelas da cárie e doença periodontal na população brasileira, faz-se necessário a organização e qualificação dos serviços odontológicos realizados na atenção básica, proporcionando:

- A incorporação e a universalização de tecnologias preventivas individuais e coletivas para as doenças bucais mais comuns.
- A universalização e acesso precoce da população da área de abrangência aos procedimentos de controle coletivo da cárie e doença periodontal, como por exemplo, Tratamento Restaurador Atraumático, tratamento clínico-restaurador básico e controle da doença periodontal.
- Oferta de procedimentos reabilitadores de baixa complexidade como os tratamentos endodônticos conservadores em dentes permanentes, com grande impacto no sentido de preservar e manter o maior número possível de elementos dentais.
- Oferta de próteses dentárias com o objetivo de construir uma política de inclusão social de adultos e idosos edêntulos, minimizando as seqüelas da prática odontológica mutiladora, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.
- Organização da rede progressiva de cuidados odontológicos, com o estabelecimento dos fluxos de referência e contra-referência para as diversas especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) com o objetivo de buscar a integralidade da atenção à saúde bucal.

7 MÁ OCLUSÃO

7.1 Aspectos Conceituais e Epidemiológicos

A má oclusão é a deformidade dento-facial que, na maioria das ocasiões, não provêm de um único processo patológico específico. Mas é uma variação clínica significativa do crescimento normal, resultante da interação de vários fatores durante o desenvolvimento, tais como a interação entre influências ambientais e congênitas.

Se considerarmos que a má oclusão é o resultado de um desvio morfo-funcional de natureza biofísica do aparelho mastigatório, pode-se dizer que todo e qualquer fator que interfira na formação do esqueleto crânio-facial resultará em alteração de forma e função. A falha no mecanismo de funcionamento do conjunto pode produzir, segundo a adaptação do indivíduo, uma transformação da situação harmoniosa, ocasionando um primeiro sinal de crescimento fásico, ou seja, uma lesão primária.

A lesão primária, segundo a idade e a constituição, pode provocar distintas lesões secundárias. Quanto mais tempo durar uma lesão primária, mais graves e em maior

número serão as secundárias e maiores problemas serão resultantes deste processo de crescimento desarmonioso.

O diagnóstico precoce destas lesões, se acompanhado de tratamento adequado, favorece o rompimento do circuito patológico ou lesão em cadeia.

As más oclusões têm se constituído em objeto de muitos estudos epidemiológicos em nível internacional, especialmente com relação à freqüência e distribuição destes problemas. No Brasil, em face de elevada prevalência de cárie e doença periodontal, as pesquisas têm sido direcionadas para o conhecimento das características destes problemas. Além disso, existe uma variação muito grande entre os métodos e índices adotados nos estudos epidemiológicos, o que dificulta a comparação entre eles.

É fundamental que, epidemiologicamente, sejam identificados os indivíduos ou comunidades cujas más oclusões ou anomalias dento-faciais estejam causando dificuldade ou impedimento psicossocial, pela gravidade da anomalia em questão, quando esta desvia significativamente dos padrões estéticos aceitáveis pela sociedade. Segundo diversos autores espera-se algo em torno de 20% a 30% de pessoas com anomalias graves, cujo tratamento torna-se obrigatório, pela forma como o problema afeta a qualidade de vida, independente do local onde estejam ou do índice utilizado.

Resultados do SB Brasil (2003) indicam que, aos 5 anos, a grande maioria da população apresenta oclusão normal ou anomalias leves, em todas as regiões pesquisadas (Norte – 92%, Nordeste – 80%, Sudeste – 81%, Sul – 77%, Centro-Oeste – 90%), sendo que a média nacional fica em torno de 84%.

No mesmo estudo, quando observamos a distribuição das anormalidades dento-faciais na idade de 12 anos e na faixa etária de 15 a 19 anos, segundo macrorregião, a prevalência da condição oclusal muito severa ou incapacitante foi cerca de 21% nas crianças de 12 anos e cerca de 19% em adolescentes de 15 a 19 anos. Ressalta-se que para este grupo o tratamento é obrigatório segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

7.2 Principais Fatores de Risco

- Hereditariedade (padrões de crescimento dentofacial, tamanho dos dentes, potência da musculatura facial).
- Defeitos de desenvolvimento de origem desconhecida.
- Enfermidades sistêmicas (distúrbios endócrinos, síndromes) e/ou enfermidades locais (obstrução nasal, tumores, doença periodontal, perdas ósseas e migrações, e cárie dentária).
- Traumatismo pré e pós-natais.
- Agentes físicos (extração prematura de dentes decíduos, natureza da alimentação ou função mastigatória reduzida pelas técnicas de cocção, uso de talheres,

alimentos processados e refinados, incluindo a presença ou ausência de alimentação dura, seca e fibrosa).

- Hábitos nocivos (sucção de bicos, de dedos, de lábio, uso de mamadeira, onicofagia, respiração bucal, quadros infecciosos de repetição).
- Deficiências nutricionais e má nutrição.
- Fatores culturais e sócio-econômicos que dificultem ou impeçam o acesso aos serviços de saúde bucal preventivo-promocionais.

7.3 Abordagem Coletiva

7.3.1 Ações de Vigilância Sobre os Sinais de Risco em Saúde Bucal:

Assim como as demais patologias bucais, as más oclusões também podem ser consideradas como tendo uma natureza multifatorial e que são afetadas diretamente pela condição sócio-econômica, geralmente impedindo que os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde, mesmo porque raramente encontramos propostas de prevenção e tratamento para este problema. Ao desconhecer-se a importância e gravidade dos quadros de más oclusões severas, perpetua-se e compactua-se com o quadro de exclusão social das pessoas de baixa renda, que muitas vezes se vêem incapacitadas de mastigar, mostrar seu sorriso, almejar um emprego melhor ou simplesmente namorar, além de toda a exclusão social já conhecida e exaustivamente identificada.

- Atenção e identificação dos principais fatores de risco.
- Identificação e priorização das populações de maior risco social.
- Identificação dos indivíduos ou comunidades com más oclusões severas ou incapacitantes e que possam estar interferindo em suas vidas de maneira significativa, por meio de ações epidemiológicas periódicas.
- Adequação às peculiaridades da população brasileira com relação aos índices de má oclusão e das propostas de intervenção (miscigenação, desigualdades sócio-econômicas, acesso aos serviços e cuidados em saúde).

7.3.2 Ações de Promoção à Saúde (intersetoriais e educativas):

À semelhança de outros problemas abordados anteriormente, propõem-se ações de promoção, tratamento e proteção para os fatores de risco, com ênfase em medidas de saúde pública intersetoriais e educativas, que possibilitem acesso à informação sobre os fatores de risco e formas de prevenção da má oclusão. São também determinantes as políticas relacionadas à melhoria das condições sócio-econômicas, da qualidade de vida, do acesso aos programas que reconheçam a importância de se tratar a má oclusão.

- Participação ativa da equipe de saúde no planejamento, organização e suporte técnico à gestão municipal para efetiva prioridade das ações de promoção da

saúde do indivíduo, observando os princípios de universalidade, integralidade e eqüidade.

- Ações de Vigilância Epidemiológica oportuna e freqüente.
- Prevenção da cárie dentária e doença periodontal.
- Integrar a Equipe Saúde Bucal nos programas de aconselhamento e acompanhamento de gestantes para evitar uso de drogas teratogênicas, especialmente durante o período embrionário de formação da face e estruturas bucais.
- Aconselhamento e acompanhamento de gestantes sobre os cuidados durante o parto e período puerperal, estimulando a amamentação no peito, por período mínimo de 6 meses. E na impossibilidade desta, esclarecimento sobre as possibilidades de uso de bicos ortodônticos que minimizem os problemas de desenvolvimento das estruturas da face.
- Aconselhamento sobre a importância da respiração nasal e da manutenção da boca fechada na postura de repouso, para um melhor desenvolvimento da face.

7.4 Abordagem Individual

7.4.1 Diagnóstico

O diagnóstico deve ser o mais precoce possível com identificação dos fatores de risco e a redução dos mesmos. Prevenir é antecipar, preparar, evitando que uma má oclusão se instale. Prevenir é, também, interferir, pois mesmo após a má oclusão se instalar, pode-se impedir que a situação se agrave, trazendo conseqüências irreversíveis. Após detectada a má oclusão, além da avaliação clínica, é necessário o uso de métodos diagnósticos específicos, tais como radiografias panorâmica e cefalométrica, modelos de estudo.

7.4.2 Tratamento

O tratamento para o problema da má oclusão ou anomalias dento-faciais pode ser classificado em preventivo, interceptativo e corretivo, ou por níveis de complexidade, que dependem da formação profissional ou da opção por uma técnica.

A correção da má oclusão instalada e que não pode ser prevenida ou minimizada pode ser feita por meio de Tratamento Ortodôntico ou Tratamento Ortopédico Funcional dos Maxilares.

Ressalta-se que o acompanhamento dos problemas de má oclusão deve iniciar com o acompanhamento das gestantes e continuar por toda a vida.

O tratamento preventivo e interceptativo na Atenção Básica refere-se a um nível informativo e de mínima intervenção profissional, na qual a equipe de saúde bucal deve aconselhar e acompanhar a criança, estimulando-a: (1) a manter um padrão de respiração nasal; (2) estímulo à alimentação e higienização adequadas ao desenvolvimento da face

e oclusão; (3) esclarecimento da importância de manutenção dos dentes decíduos em perfeito estado para o desenvolvimento da face e oclusão; (4) orientação mastigatória buscando corrigir pequenos desvios de posição; e, (5) execução de desgastes seletivos.

Referenciar para Otorrinolaringologista e/ou Fonoaudiólogo quando houver necessidade de atuação interdisciplinar na intervenção e tratamento de problemas do trato respiratório, evitando quadros de repetição, ou quando houver necessidade de correção de hábitos bucais que favorecem a má oclusão por interposição de forças mecânicas como chupetas, sucção do polegar, roer unhas e interposição de língua.

Quando existir oclusopatia é necessário referenciar para serviços especializados.

CAPÍTULO 4

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÂO À SAÚDE BUCAL POR MEIO DO CICLO DE VIDA DO INDIVÍDUO

I BEBÊS (0 A 24 MESES)

As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saude bucal específicos para este grupo etário, para evitar que ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem. O trabalho de prevenção deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança. É fundamental que os profissionais dos programas de puericultura disseminem as informações que seguem:

No período da erupção dos dentes, é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos tais como salivação abundante, diarréia, aumento da temperatura e sono agitado, mas que, não necessariamente, são decorrentes deste processo. O tratamento deve ser sintomático e, quando necessário, realizar investigação de outras causas para os sintomas descritos.

Nesta fase, a ingestão excessiva de dentifrício fluoretado pode causar fluorose dentária.

Aleitamento materno: excetuando-se situações especiais, deve ser feito com exclusividade até os 06 meses de idade. A partir dessa idade, deve-se incentivar o uso progressivo de alimentos em colheres e copos. É importante fator de prevenção da má-oclusão dentária.

Hábitos bucais - sucção de chupeta ou mamadeira:

- Em situações adversas, nas quais necessite dar mamadeira ao bebê, não aumentar o furo do bico do mamilo artificial, que serve para o bebê fazer a sucção e aprender a deglutir.
- Quando a necessidade de sucção não for satisfeita com o aleitamento materno, a chupeta deve ser usada racionalmente, não sendo oferecida a qualquer sinal de desconforto. Utilizar exclusivamente como complementar à sucção na fase em que o bebê necessita deste exercício funcional. Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta.

Promoção da Alimentação Saudável: O primeiro passo para ter uma vida mais saudável é garantir que a amamentação seja assegurada para todas as crianças. A amamentação é importante tanto para a mãe como para a criança. É um cuidado para toda a vida.

É importante evitar a adição de açúcar, mel, achocolatados e carboidratos ao leite para que as crianças possam se acostumar com o sabor natural deste. Evitar mamadas noturnas. Não passar açúcar, mel ou outro produto que contenha açúcar na chupeta.

> As crianças devem ser amamentadas exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade e, após essa idade, deverá receber alimentação complementar apropriada, continuando a amamentação até a idade de dois anos ou mais.

O aleitamento materno protege contra doenças infecciosas nos primeiros anos de vida e reduz o risco dos bebês morrerem antes de um ano. **Apenas mulheres que convivem com HIV-AIDS ou outras doenças que podem ser transmitidas para o bebê, por meio do leite materno, é que não devem amamentar**[2].

Além do aleitamento materno, as famílias devem ser orientadas sobre quais são os alimentos mais adequados e como e quando introduzi-los na alimentação da criança[3].

Higiene bucal: A limpeza da cavidade bucal é normalmente iniciada antes mesmo da erupção dental. Usar um tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada ou soro para esfregar a gengiva. A escovação está indicada a partir da erupção do primeiro dente decíduo, não é necessário uso de dentifrício devido à possibilidade de ingestão pelo bebê. A partir da erupção dos primeiros molares decíduos pode-se usar o mínimo possível de dentifrício (quantidade equivalente a um grão de arroz cru). Um cuidado particularmente importante é a freqüência do uso do creme dental, pois acontece ingestão do mesmo nessa idade, podendo causar fluorose. O dentifrício deve ser mantido fora do alcance das crianças. A higienização deve ser realizada pelos pais ou responsáveis.

2 CRIANÇAS (02 a 09 anos)

Esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal. A equipe pode identificar as crianças em cada área adscrita, por ocasião do trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares entre outros. O enfoque familiar é importante uma vez que o aprendizado se dá também por meio da observação do comportamento dos pais.

No trabalho multiprofissional, o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade de rotina. Assim, médicos, enfermeiros e outros profissionais, ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais, durante os exames, podem fazer o encaminhamento formal para o serviço odontológico.

Deve-se evitar a extração precoce dos dentes decíduos, pois este procedimento pode alterar o tempo de erupção do dente permanente, podendo provocar má oclusão.

[2]Para mais informações consulte o material técnico: Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses que Não Podem ser Amamentadas (Ministério da Saúde, 2006). Este material está disponível no site www.saude.gov.br/nutricao

[3]Para mais informações procure na sua unidade de saúde a publicação "10 Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos" (Ministério da Saúde, 2002). Este material está disponível no site: www.saude.gov.br/nutricao

Em torno dos 05 anos, os incisivos e molares permanentes iniciam sua erupção. Nesta fase, deve-se reforçar a importância da higiene nos dentes permanentes recém-erupcionados.

Alguns fatores, denominados hábitos deletérios, predispõem à má oclusão e que devem ser trabalhados no processo educativo:

- Sucção de chupeta – é recomendado que este hábito seja retirado gradualmente, até os três anos. Após esta idade, o hábito de sucção anormal pode trazer problemas de oclusão.
- Sucção digital – a má oclusão oriunda deste hábito depende da forma, freqüência, duração e intensidade do mesmo.
- Deglutição atípica – projeção da língua entre os dentes ateriores, tanto durante o repouso quanto no ato da deglutição.
- Hábito de roer unha, respiração bucal e outros.

O uso de medidas não traumáticas para a remoção destes hábitos é fundamental, uma vez que envolve questões emocionais. Portanto, devem ser avaliados a melhor forma e o melhor momento para descontinuar o hábito. O trabalho conjunto com psicólogo pode ser necessário para que sejam evitados problemas desta natureza. Reforçar sempre, junto aos pais, responsáveis, professores, cuidadores de creches e membros das equipes de saúde, a importância da escovação como um hábito fundamental na rotina de higiene do corpo. Quanto aos hábitos alimentares, cabe ressaltar que tudo aquilo que os pais e responsáveis fazem (freqüência, tipo de alimentos), geralmente tende a ser referência para os filhos.

Promoção da Alimentação Saudável: De acordo com a cultura e os hábitos alimentares em cada local, incentivar a introdução de alimentos saudáveis, que favoreçam a mastigação e a limpeza dos dentes. Alertar para o fato de que o consumo exagerado e freqüente do açúcar pode constituir fator de risco para a cárie dentária e outras doenças. Incentivar o consumo de alimentos que contenham açúcar natural (frutas e leite), por serem menos significativos na etiologia da cárie.

A partir dos dois anos de idade, a alimentação da criança torna-se mais parecida com a da família[4].

Acima de dois anos de idade a alimentação deve ser segura, variada, culturalmente aceita e adequada em qualidade. A quantidade de energia e dos diferentes nutrientes é que varia, de acordo com as necessidades nutricionais das pessoas, em cada fase do curso da vida.

Na fase pré-escolar (2 a 6 anos de idade), é importante que a introdução e a oferta de alimentos variados, iniciadas aos seis meses de idade, tenham continuidade. Nessa fase a criança ainda está formando seus hábitos alimentares e ela deve ser estimulada a participar do ato de alimentar-se. O período pré-escolar é um excelente

[4]Para este trabalho, você pode utilizar como referência o Guia alimentar para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2005). Este material está disponível no site: www.saude.gov.br/nutricao

período para introduzir hábitos alimentares saudáveis e ajudar a criança a entender que isso faz parte de um modo de vida saudável.

Nessa fase da vida, é comum os pais relatarem problemas com a alimentação das crianças. Associada à redução da velocidade do crescimento, ocorre uma diminuição do apetite e a criança passa a dar mais importância e atenção ao mundo que está a sua volta, o que a faz perder o interesse pela alimentação. A família deve ser orientada sobre esses acontecimentos, que são comuns da idade.

Em relação às crianças em fase escolar (7 a 10 anos), a alimentação saudável deve continuar a promover o crescimento e o desenvolvimento físico e intelectual. Como a criança está em fase de socialização mais intensa e se torna mais independente dos pais e da família, é importante assegurar e reforçar a sua responsabilidade na seleção e consumo de alimentos saudáveis.

Higiene bucal: escovação contínua sendo responsabilidade dos pais ou responsáveis, mas a medida que a criança cresce, deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha. Neste período é importante que a criança escove seus dentes e os pais/responsáveis complementem a escovação, na medida em que o desenvolvimento da motricidade se dá ao longo do tempo. Reforçar a importância de se usar o mínimo possível de dentifrício, pois a ingestão ainda ocorre nessa idade. Na medida do possível, crianças com menos de 06 anos devem fazer uso de dentifrício fluoretado sob supervisão de um adulto ciente dos riscos da ingestão. O dentifrício deve ser colocado sempre em local inacessível às crianças. O uso de fio dental deve ser introduzido com ajuda de um adulto.

3 ADOLESCENTES (10 a 19 anos)

A equipe de saúde deve conhecer os principais problemas que afetam os adolescentes, tais como: violência, problemas familiares, depressão, drogas, álcool, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e outros, para atuar de forma multiprofissional e fazer os encaminhamentos necessários.

As orientações para os adolescentes devem ocorrer em uma linguagem que seja assimilada com facilidade.

Em geral, o adolescente não procura a Unidade Básica de Saúde para resolver seus problemas. No entanto, quando envolve questões estéticas, o faz com maior facilidade. Na adolescência, é comum a ocorrência de alguns problemas como Bulimia (distúrbio de alimentação

que envolve comer desenfreadamente e depois induzir o vômito para controle do peso) que pode levar à erosão dentária e cárie na face lingual dos dentes anteriores, bem como o uso de piercing, que pode causar complicações de ordem inflamatória e até infecciosa. Nestes casos, havendo a suspeita/detecção de outros problemas como a obesidade, gravidez, depressão e doenças respiratórias, entre outras, deve haver notificação e encaminhamento para a equipe.

Deve-se assegurar informações sobre os riscos com acidentes e traumatismos dentários e a necessidade de uso de proteção e adoção de comportamentos seguros.

Entre os 17 e 21anos há, geralmente, erupção dos terceiros molares, na maioria das vezes em local de difícil acesso, o que exige cuidado especial na sua escovação. Nesta fase a maioria dos dentes permanentes de maior risco à cárie já estão erupcionados.

A equipe de saúde deve dar continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com as crianças e consolidar nesta faixa etária a idéia do autocuidado e da importância da saúde bucal.

Com a aproximação da idade adulta, cresce o risco às doenças periodontais e também ocorre a redução do risco biológico à cárie. Observa-se alta incidência de gengivites e pode ocorrer uma doença, de baixa prevalência, não exclusiva, mas própria desta faixa etária, a periodontite juvenil localizada ou generalizada, cujas características principais são:

- Quantidade de placa bacteriana não compatível à severa destruição periodontal.
- Progressão rápida.
- Aspecto periodontal saudável.

Os profissionais devem estar atentos para esta possibilidade. A visita periódica à unidade de saúde para diagnóstico precoce da doença se constitui na melhor forma de prevenção. Os resultados alcançados com o tratamento, em geral, são satisfatórios. Avaliação médica pode determinar se há presença de doença sistêmica, principalmente nos casos em que não houver resposta para a terapêutica clássica.

É importante usar linguagem adequada, de fácil compreensão, não tratando o adolescente como criança, abordando conceitos de si próprios, de estética e de aceitação do seu grupo como fortes motivadores nesta fase da vida.

Promoção da Alimentação Saudável: A adolescência é o período de transição entre a infância e a fase adulta, que ocorre entre 10 e 20 anos de idade, caracterizada por transformações que influenciam inclusive o comportamento alimentar. Promover alimentação adequada do adolescente é considerar suas características e sua individualidade, conciliando o prazer e a aceitação grupal com os princípios da alimentação saudável e a prática regular de atividade física.

A dieta rica em carboidrato, com grande freqüência de ingestão e associada à escovação deficiente, é fator predisponente à cárie dentária. Orientar para uma

dieta menos cariogênica. Alertar para o fato de que o consumo excessivo de refrigerantes pode ocasionar erosão dentária (desgaste dos dentes, provocado por substancia ácidas).

A alimentação saudável segue os mesmos princípios da alimentação para a família, incluindo todos os grupos de alimentos e fornecendo os nutrientes adequados ao crescimento e às modificações corporais que ocorrem nesse período. Existem diferenças marcantes entre os sexos, que afetam as necessidades de energia e nutrientes.

Alguns nutrientes merecem atenção especial: em função do aumento da massa óssea, as necessidades de cálcio estão elevadas; já o rápido crescimento muscular e o aumento do volume sangüíneo necessitam de uma maior quantidade de ferro. Deve também ser dada atenção ao uso de anabolizantes e aos transtornos alimentares, que podem ocorrer nessa fase e que precisam ser adequadamente tratados, como a bulimia e a anorexia nervosa.

Higiene bucal: estimular a escovação e o uso de fio dental. Comentários sobre como o cuidado da saúde bucal torna o sorriso mais bonito e o hálito mais agradável podem estimular o autocuidado. Escutar o adolescente/jovem sempre antes de trabalhar os conceitos e a introdução de novos hábitos, conduzindo a conversa para temas de seu interesse.

As gengivas sangrando fazem com que muitas vezes o adolescente não escove a área que apresenta problemas. Orientar que, quanto mais escovar e passar fio dental na área afetada, mais rápido as condições da região poderão melhorar.

Fumo e álcool: a adolescência é uma época de experimentação. É importante trabalhar com essa faixa etária o risco desses hábitos para a saúde geral, além de poderem causar mau hálito, câncer bucal, mancha nos dentes ou doença periodontal.

Outros problemas

Em casos de suspeita ou diagnóstico de bulimia, a equipe deve discutir sua gravidade e o encaminhamento mais adequado.

A equipe deve estar preparada para orientar o usuário sobre os riscos da colocação do piercing na boca, respeitando, contudo, a liberdade de cada um em fazê-lo.

4 ADULTOS (20 a 59 anos)

Nos últimos 50 anos, os serviços de saúde bucal preocuparam-se, principalmente, com a faixa etária escolar (06 a 14 anos). A criação do SUS, por meio dos princípios de universalização do acesso, integralidade e eqüidade, possibilitou o início de uma reorganização das ações de saúde bucal, favorecendo a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias. Este fato trouxe um enorme volume de necessidades de tratamento

odontológico, muitas vezes associado às doenças crônicas e sistêmicas como diabetes, tuberculose, AIDS e outras que podem apresentar manifestações bucais. Os adultos constituem uma faixa etária bastante ampla (20 a 59 anos) que por muitos anos foi desassistida. Estes problemas, apesar de ocorrerem nas demais faixas etárias, adquirem grande relevância nesta faixa etária. Desta forma, o trabalho multidisciplinar torna-se fundamental.

A equipe de saúde deve participar das atividades educativas voltadas para o conhecimento e a informação junto aos grupos operativos. A prevenção e a detecção de doenças e agravos é fundamental, e pode acontecer no acolhimento, nos grupos operativos, nas visitas domiciliares e nas consultas.

Nos exames clínicos, verificar tecidos moles para que sejam observadas as lesões existentes, pois podem significar sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento depende da precocidade do seu diagnóstico.

A doença periodontal é um dos principais problemas que acometem o paciente adulto. As diferenças clínicas na severidade e prevalência da periodontite crônica podem ser explicadas pela presença de fatores de risco, tais como: o fumo, as condições sistêmicas e pelo componente genético da doença.

Fumantes: Fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença e maior risco de perda dental. Deve-se enfatizar a importância da redução do fumo para manutenção da saúde geral e bucal.

Fatores sistêmicos: Avaliar a possibilidade de intervenção sobre os fatores sistêmicos, quando a periodontite for relacionada a estes, e encaminhar o usuário para outro profissional competente da equipe de saúde quando necessário.

Câncer Bucal: Realizar exames periódicos em usuários pertencentes aos grupos de risco e incentivar ações educativas, orientando quanto à realização de auto-exame da boca e estimulando a responsabilidade individual pela manutenção da saúde.

Promoção da Alimentação Saudável: Lembrar que uma alimentação rica em sacarose é fator de risco para desenvolvimento de cárie e outras doenças. Buscar conhecer os hábitos alimentares dos usuários para dentro das possibilidades, construírem proposta de alimentação saudável[5].

Higiene bucal: Estimular a escovação e o uso de fio dental, visando o autocuidado. Orientar que a manutenção da saúde periodontal depende da capacidade do controle de placa bacteriana (uso de dentifrício e fio dental pelo usuário, podendo o profissional lançar mão de técnicas de escovação supervisionada e reveladores de placa). O agendamento para consulta de manutenção preventiva dos usuários com periodontite deve ser de acordo com a motivação, grau de controle de placa e fatores de risco modificadores, entre outros.

[5] As diretrizes e princípios da alimentação saudável seguem as recomendações estabelecidas no Guia Alimentar para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2005).

Nos adultos em geral, algumas doenças sistêmicas e/ou infecto-contagiosas são prioridades na organização da atenção: diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase, e HIV-AIDS.

Diabetes Mellitus

Sinais e sintomas (sede intensa, micção freqüente, difícil cicatrização, entre outros) que sugerem possível diagnóstico desta doença podem ser relatados aos profissionais da saúde bucal por usuários que desconhecem serem diabéticos. Caso ocorra suspeita, o usuário deve passar por avaliação médica para que sejam tomadas as medidas necessárias para conclusão do diagnóstico e encaminhamentos.

- Pacientes diabéticos não controlados freqüentemente apresentam xerostomia (secura na boca), sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. É comum a modificação da flora bucal com tendência à candidíase oral e queilite angular. A doença periodontal encontra-se presente em cerca de 75% dos casos. A higiene bucal deve ser criteriosa.
- Intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em pacientes que estejam sob monitorização e controle da glicemia. A hipoglicemia (sinais: sudorese fria e pegajosa, palidez, salivação abundante e palpitações, podendo evoluir para convulsões, inconsciência e coma) e a cetoacidose (sinais de hálito cetônico, sede intensa, micções freqüentes, seguido de desidratação, desorientação e hiperpnéia compensatória) são complicações agudas que podem ocorrer na diabetes e, nestes casos, os usuários devem ser encaminhados imediatamente para avaliação médica.
- Orientar ao usuário diabético para que se inscreva no Programa de Diabetes na unidade de saúde.

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

Hipertensão Arterial

Doença assintomática na maioria dos usuários adultos. Sua detecção, por ocasião da avaliação geral do usuário, pode ser fundamental. A pressão deve ser aferida a cada sessão clínica e, quando alterada, o médico deve ser acionado. A não observação correta do usuário, quanto ao uso de medicamentos prescritos pelo médico, constitui impedimento para o atendimento clínico, notadamente quanto ao uso de anestésicos e intervenções cirúrgicas. O usuário com hipertensão arterial deve ser inscrito no Programa de Hipertensão da Unidade de Saúde.

É importante estabelecer, junto com o médico, o risco para a condução do tratamento odontológico e a indicação de medicamentos.

Tuberculose

Os sinais e sintomas principais são: desenvolvimento gradual de fadiga, emagrecimento, febre vespertina baixa, sudorese noturna excessiva, inapetência e tosse persistente acompanhada ou não de escarros hemópticos. A tuberculose, geralmente é transmitida pela inalação de aerossóis de secreções respiratórias contendo gotículas infectantes. Em casos de queixas e sintomas indicativos de tuberculose ou, quando da possibilidade do contato com fontes de infecção, o usuário deve ser encaminhado para avaliação médica, desenvolvendo-se uma atuação integrada e acompanhamento conjunto pela equipe de saúde. As lesões tuberculosas na boca são raras, surgem em função de microorganismos presentes no escarro e, mais comumente, se alojam na base da língua. São do tipo verrucoso, ulcerativo ou nodular. Pode haver uma predisposição ao surgimento da doença periodontal, em função da diminuição da resistência a irritantes locais, criando uma tendência à reabsorção do osso alveolar. Os perdigotos de tuberculose podem ser dispersos pelo aerossol do spray da turbina dos motores de mão odontológicos e do ultra-som.

Em caso de doença ativa, o usuário deve receber somente tratamento conservador (terapia medicamentosa) nas urgências odontológicas e devem ser respeitadas as normas de biossegurança e o uso de equipamento de proteção individual, inclusive máscara especial. Em caso de alta por cura, o médico deve ser consultado a respeito da infectividade, resultado de baciloscopia e exame radiológico, e o usuário deve ter seu tratamento odontológico normalmente executado, mantendo as condutas de rotina para biossegurança.

Hanseníase

Doença infecto-contagiosa curável, de evolução lenta. Quando ocorrerem sinais e sintomas (lesões da pele com diminuição de sensibilidade, troncos nervosos espessados e/ou doloridos, cãibra e formigamento, diminuição ou perda de sensibilidade) indicativos de hanseníase ou, em casos de possível exposição à doença, o usuário deverá ser encaminhado para avaliação médica, desenvolvendo-se uma atuação integrada e acompanhamento conjunto pela equipe de saúde. A via de infecção mais provável é o trato respiratório, através da inalação de gotículas das formas infectantes. Há também a possibilidade de eliminação de bacilo através de lesões da pele e penetração por meio da pele não íntegra. Na cavidade oral as lesões podem apresentar-se como úlceras, nódulos, manchas, placas, fibroses e alterações gengivais, afetando também lábios, úvula e palatos duro e mole. Pode ocorrer periodontite destrutiva crônica não-específica. Muitas vezes, aparecem sob a forma de úlceras superficiais.

HIV-AIDS

O tratamento da pessoa portadora do HIV ou com AIDS deve ser realizado sem preconceitos, seguindo procedimentos de rotina odontológica. O usuário deve se sentir acolhido, independente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida. São sinais e sintomas típicos desta infecção: emagrecimento não compatível com atividade física ou dieta, sudorese noturna, fadiga crônica, diarréia, linfadenopatia generalizada, febre persistente, tosse, embranquecimentos ou perda de cabelo e xerostomia. Em caso de suspeita diagnóstica de infecção pelo HIV/AIDS encaminhar o usuário para avaliação médica e atuar de forma integrada, realizando acompanhamento conjunto com os outros profissionais de saúde da equipe.

O portador de HIV pode ser atendido na atenção básica. Apenas deve ser encaminhado para os centros especializados de referência quando apresentar complicações sistêmicas avançadas, necessidade de encaminhamento para exames de lesões de tecidos moles, tratamento de doença periodontal grave e outras necessidades tais como endodontia, prótese etc.

As manifestações bucais pelo HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença. As lesões bucais, quando detectadas, podem ajudar tanto no diagnóstico precoce quanto na instituição de medidas profiláticas e terapêuticas que podem aumentar a sobrevida dos usuários. Deve-se observar, em especial:

- A candidíase, a leucoplasia pilosa e o sarcoma de Kaposi, que são alterações consideradas marcadores bucais de comprometimento imunológico do usuário.
- O tratamento do usuário deve ser baseado na situação clínica e este deve receber informações sobre os problemas bucais e as indicações de tratamento. Estas indicações devem ser feitas por toda a equipe de saúde, em comum acordo com o usuário.
- Portadores do Vírus HIV apresentam risco elevado para o aparecimento de doença periodontal de evolução rápida e nem sempre há uma boa resposta ao tratamento de rotina (raspagens e polimentos). Enxágüe com solução antibacteriana (clorexidina) pode reduzir o risco de complicações sistêmicas se realizado antes e após estes procedimentos.
- A equipe responsável pelo tratamento do usuário deve discutir e deliberar antes dos procedimentos cirúrgicos odontológicos para informar quanto às condições de saúde deste e a necessidade de profilaxia antibiótica.

5 IDOSOS (Acima de 60 anos)

O idoso requer uma avaliação global, que freqüentemente envolve a atenção de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas inadequadas às drogas específicas.

A compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para a formulação de um plano preventivo/terapêutico adequado à sua realidade. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social.

Assim como o adulto, o idoso ficou por muitos anos sem uma oferta de cuidados que observassem suas características e peculiaridades. No atendimento à saúde bucal do idoso, é fundamental o trabalho conjunto da equipe de saúde, sendo importante o trabalho com os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos.

A promoção de saúde bucal em idosos busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal do idoso.

Usuários com doenças sistêmicas: deve ser solicitado ao médico parecer sobre as condições para realização do tratamento odontológico. A maioria dos medicamentos tem efeitos colaterais na cavidade bucal (exemplo: gosto metálico, falta de paladar e xerostomia). É necessário interação da equipe de saúde para discutir a revisão das prescrições. Nos exames clínicos, observar lesões preexistentes, pois podem ser sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento dependerá da precocidade do diagnóstico.

A equipe de saúde deve ficar atenta para ocorrências de sinais e sintomas que chamam a atenção e que podem indicar a necessidade de avaliação pela equipe de saúde bucal, tais como:

- Dificuldade ao se alimentar, tanto durante a mastigação como ao engolir os alimentos.
- Queixa de dor ou desconforto.
- Costume ou mudança de hábitos alimentares, preferindo alimentos pastosos, líquidos ou tenros e refugando os que necessitam de mastigação.
- Queixas no momento da higiene oral ou da manipulação da sua boca.
- Resistência ou recusa à realização da sua higiene bucal.
- Mau hálito.
- Boca seca ou ardência bucal.
- Feridas na boca.
- Sangramento gengival.

Há uma crença de que usuários portadores de prótese total não necessitam de acompanhamento da Equipe Saúde Bucal, bem como existe uma visão fatalista de que o idoso perde os dentes com a idade. Estes estigmas sobre a pessoa idosa devem ser combatidos por meio de práticas de prevenção, tratamento odontológico, aumento de cobertura dos serviços para população mais jovem, melhoria dos hábitos de autocuidado e compreensão sobre necessidade de cuidados em saúde bucal.

É possível manter íntegros os dentes durante o envelhecimento. Para tanto, é necessário que a prevenção seja traduzida em atitudes e práticas durante toda a vida.

Nesta faixa etária são freqüentes os distúrbios de audição, visão, déficit da memória e confusão mental. A abordagem deve ser feita centrada no idoso, dirigindo-se a ele, ouvindo e respeitando suas colocações. Os profissionais devem buscar desenvolver a confiança, diminuindo a ansiedade e permitindo um plano de tratamento de acordo com as necessidades pessoais. Às vezes é necessário recorrer ao acompanhante para obter informações.

As condições bucais relevantes mais comuns são: cárie de raiz, xerostomia, lesões de tecidos moles, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de higienização, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal adaptada. Deve ser realizado um exame criterioso para detecção destas condições e seus fatores determinantes.

A perda dos elementos dentais traz conseqüências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a auto-estima, podendo acarretar a necessidade de uso de dieta pastosa e, às vezes, cariogênica.

Higiene bucal: Escovação com dentifrício fluoretado e uso do fio dental. Avaliar a coordenação motora para realização do controle de placa e desenvolver, junto ao usuário, uma técnica adequada, até mesmo individualizada. Quando necessário, solicitar ajuda de familiares ou cuidadores no processo de higienização.

Promoção da Alimentação Saudável: Orientar sobre a dieta é importante, pois o edentulismo pode contribuir para uma dieta inadequada (alimentos pastosos ou líquidos geralmente ricos em carboidratos e pobres em fibras e vitaminas). Lembrar que uma alimentação rica em sacarose é fator de risco para desenvolvimento de cárie e outras doenças. Buscar conhecer os hábitos alimentares dos usuários para, dentro das possibilidades, construir uma proposta de alimentação menos cariogênica.

Halitose: Requer abordagem multidisciplinar. Causas: hábitos alimentares, xerostomia e má higiene bucal. A saburra lingual (placa esbranquiçada no dorso da

língua) é também causa de halitose. A limpeza da língua pode ser feita com gaze embebida em solução, escovação ou raspadores de língua sempre de modo delicado para não provocar náuseas.

Xerostomia: A falta de saliva é uma queixa comum entre os idosos. Além de manifestação comum ao envelhecimento normal, pode ser causada por medicamentos, falta de ingestão de líquidos, estresse e tratamento com radiação. A xerostomia causa maior risco à cárie dentária, incômodo no uso da prótese, perda do paladar, mau hálito, lábios ressecados e dificuldades na mastigação, deglutição e fala.

A ocorrência de disfunções salivares no idoso, muitas vezes está relacionada ao alto consumo de medicamentos. Não sendo possível a substituição destes, em geral, o tratamento da "boca seca" é paliativo. Neste caso, são importantes as recomendações para aumentar a produção de saliva por meio de estímulo à mastigação (uso de gomas de mascar ou balas sem açúcar pode ser eficiente), aumento do consumo de água (muitas pessoas não tomam água em quantidade adequada), uso de substitutos de saliva (saliva artificial), lubrificantes de lábios e aconselhamento profissional sobre a dieta. A aplicação tópica de flúor pode ser indicada de acordo com o risco à carie.

Prótese dentária

Orientar sobre a higiene da prótese e a importância do auto-exame periódico: ao perceber alteração de cor e/ou textura na mucosa deve-se buscar atenção profissional. Orientar aos usuários sobre a importância de se realizar avaliação profissional periódica da prótese (funcionalidade, estética e conforto) e das alterações teciduais associadas.

6 ATENÇÃO À GESTANTE

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais da saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê.

Todo serviço de saúde deve estabelecer, como rotina, a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal. Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento.

A técnica de adequação do meio bucal e o controle de placa são boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante, e a

continuidade do tratamento após a gravidez.

Exodontias ou cirurgias não são contra-indicadas, mas deve-se avaliar a possibilidade de realização do procedimento após a gravidez.

Realizar a avaliação geral da gestante.

São importantes os seguintes aspectos, em cada período de gravidez:

- 1° trimestre: período menos adequado para tratamento odontológico (principais transformações embriológicas). Neste período, evitar, principalmente, tomadas radiográficas.
- 2° trimestre: período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.
- 3° trimestre: é um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É freqüente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural. É prudente evitar tratamento odontológico nesse período.

As **urgências** devem ser atendidas, observando-se os cuidados indicados em cada período da gestação.

No planejamento do tratamento odontológico, quando do emprego de medicamentos ou uso de anestésico local, o médico deve ser consultado. A tetraciclina deve ser evitada em função do efeito colateral de causar pigmentação nos dentes do bebê.

Se for necessária a realização de tomadas radiográficas, proteger a gestante com avental de chumbo e protetor de tireóide e, se possível, utilizar filmes ultra-rápidos.

A gravidez por si só não determina quadro de doença periodontal. Alterações na composição da placa sub-gengival, resposta imune da gestante e a concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam a resposta do periodonto. A gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa.

A diminuição da capacidade fisiológica do estômago faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com maior freqüência, o que pode aumentar o risco à cárie dentária.

Os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intra-uterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intra-uterina. Por isto, os seguintes fatores podem acarretar problemas nos dentes dos bebês: o uso de medicamentos, a ocorrência de infecções e deficiências nutricionais, entre outros.

Nos grupos operativos é importante que as gestantes sejam ouvidas sobre os problemas, crenças e tabus, cabendo à equipe respeitá-las e respondê-las de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene e estimulando o auto-cuidado e hábitos de vida saudável.

Promoção da Alimentação Saudável: Os alimentos ingeridos pela mãe, contendo quantidades adequadas de nutrientes, afetam positivamente a formação dos dentes do feto.

A alimentação e a nutrição adequadas são fundamentais para atender às necessidades da gestante e da nutriz, e com isso, obter melhores resultados sobre a saúde da mulher e da criança. Para uma gestação tranqüila e saudável, como também para uma amamentação com sucesso é necessário que a mulher esteja com bom estado nutricional antes, durante e depois da gestação. Isso inclui ganho de peso adequado e prevenção de doenças como anemia, diabetes e hipertensão. Isto contribuirá na redução do baixo peso ao nascer e das mortalidades materna e neonatal.

A alimentação saudável para a gestante e para a nutriz segue os mesmos princípios da alimentação para a família, incluindo todos os grupos de alimentos em quantidades adequadas para a mulher e para o bebê que está em desenvolvimento na sua barriga.

Durante a gestação e no período de amamentação as necessidades de energia e nutrientes aumentam devido, principalmente, ao aumento do volume sanguíneo, ao desenvolvimento do bebê e à produção da lactação. Portanto, devemos dar atenção especial para a boa nutrição, em especial, ao consumo de alimentos ricos em minerais como ferro e vitaminas como ácido fólico (encontrados em alimentos

como: vegetais verdes escuros, feijões, gema de ovo, fígado e farinhas de trigo e milho). Neste período, uma alimentação saudável poderá ser associada ao complemento desses nutrientes.

Higiene oral: a boa higiene bucal desde o início da gravidez pode assegurar uma gengiva sadia. O uso de fluoreto pré-natal não é recomendado, pois sua eficácia não tem sido demonstrada.

7 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Na odontologia é considerado paciente com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, co-mo moléstias sis-têmicas, alterações com-porta-mentais, envelhecimento, etc.

Esse conceito é amplo e abrange, entre os diversos casos que requerem atenção diferenciada, as pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04) que eventualmente precisam ser submetidas à atenção odontológica especial.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE (CENSO, 2000) 14,5% da população brasileira tem algum tipo de deficiência física, mental, auditiva ou visual. Os serviços devem se organizar para ofertar atendimento prioritário no âmbito da atenção primária (porta de entrada), devendo haver Unidades de Referência Especializada e Hospitalar para os casos de maior complexidade e os que necessitem de atendimento sob anestesia geral. O atendimento a estas pessoas, por requerer uma atenção em todos os níveis de complexidade impõe a necessidade de um rigoroso trabalho integrado da equipe de saúde.

Os serviços de saúde devem realizar uma busca criteriosa dos usuários com deficiência, cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento. As equipes de saúde bucal devem ser capacitadas a fim de que possam, em nível local, estarem aptas ao atendimento destes usuários, em níveis crescentes de complexidade de atendimento. Protocolos podem ser elaborados, com a definição, em cada nível de atenção, dos cuidados a serem tomados (de acordo com diagnóstico médico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades individuais de cada paciente). Em seguida, definir os critérios de encaminhamento e os fluxos de referência e contra-referência. Os familiares merecem uma atenção especial no sentido de que possam ser colaboradores no cuidado (informação e prevenção) a estes usuários. Quanto às intervenções odontológicas, estas devem ser as mais pertinentes ao quadro de cada

usuário.

A aplicação tópica de flúor gel e ART são considerados procedimentos importantes nos tratamentos odontológicos para estes usuários.

Organização da rede de assistência ao usuário com deficiência:

- As unidades de Saúde, básica ou especializada, devem estar preparadas para receberem estes usuários:
  - com rampas de acesso, banheiros acessíveis e outras modificações no ambiente conforme NBR 9050/1994;
  - com profissionais capacitados para o acolhimento, esclarecidos quanto a forma de comunicação dos pacientes com deficiência auditiva, ou de mobilidade dos pacientes com deficiência visual e física;
  - capacitados para o uso de técnicas de estabilização para segurança e conforto do paciente com distúrbio neuromotor.
- A grande maioria destes usuários constitui uma clientela com necessidade de atendimento perfeitamente solucionável no âmbito da atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde, desde que os locais estejam adaptados e as equipes capacitadas. Ao constatar impossibilidade da prestação de serviço neste nível de atenção, encaminhar o usuário para atendimento na Unidade de Referência.
- A Unidade de Referência deve desenvolver procedimentos da atenção básica, com abordagem multiprofissional para estabelecimento de assistência integrada e fazer os encaminhamentos necessários para recondução na Unidade Básica ou, se necessário, a recomendação para tratamento sob anestesia geral.
- A necessidade de anestesia geral tem por critério de encaminhamento a condição médica e comportamental do usuário. O usuário retorna à Unidade Básica para acompanhamento dos resultados e manutenção da saúde bucal, com envolvimento do responsável / família / cuidador.

Os familiares e responsáveis devem ser orientados sobre sua conduta frente ao tratamento odontológico. Os mesmos devem ser criteriosamente informados pela equipe de saúde bucal sobre todos os passos a serem tomados antes e depois de cada intervenção, com ênfase para os casos em que for necessário o uso de anestesia geral.

Higiene Bucal: no caso de pacientes com movimentos involuntários, cerramento da boca e aumento do reflexo de engasgar, pode ser difícil a manutenção da higiene bucal pelos responsáveis. Havendo, portanto, necessidade aumentada com o cuidado preventivo odontológico.

Na presença de dieta pastosa e/ou rica em carboidrato ou, quando do uso de medicamentos adocicados, orientar sobre a importância da higiene após a alimentação para evitar cárie e doença periodontal.

Regras para a higiene bucal:

- Colocar pouco creme dental na esco-va dental.
- Utilizar escovas dentais pequenas.
- Introduzir alimentos adstringentes na dieta, como cenouras cruas, maças, rabanetes, talo de salsão, erva doce, etc.
- Massagear as gengivas com gaze ume-de-cida em pacientes que não mas-ti-gam, para remover restos alimentares, matéria alba e placa bacte-riana, combatendo a inflamação e o san-gramento gen--gival.
- Escovar, sempre que possível, todas as faces dos dentes.

Paralisia Cerebral

Usuários podem apresentar espasmos musculares involuntários, dificuldade de deglutição, tendência a engasgar, salivação excessiva e sensibilidade a toques, jatos de ar e água. Problemas bucais mais freqüentes: má higiene, doença periodontal, cárie, lesões traumáticas dos dentes, má oclusão, alterações da articulação têmporo-mandibular e bruxismo.

Deficiência mental

As principais características são o prejuízo da função intelectual e das habilidades adaptativas. A maioria consegue ser independente em atividades diárias, somente necessitando de supervisão. Casos mais severos são geralmente acompanhados de desenvolvimento motor deficiente, comprometimento da visão e audição, crise convulsiva e cardiopatias.

Síndrome de Down

Apresentam alta freqüência de cardiopatias congênitas e maior suscetibilidade a doenças infecciosas. Problemas bucais mais freqüentes: micrognatia, língua fissurada, anodontias, hipotonia com tendência a protruir a língua e permanecer de boca aberta, respiração bucal, atraso na erupção dentária.

CAPÍTULO 5

RECOMENDAÇÕES PARA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA AOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOs)

A partir dos resultados do Levantamento de Condições de Saúde Bucal da População Brasileira- SB Brasil- em 2003, ficou evidente a necessidade da organização da média complexidade em Odontologia na efetivação do SUS. Os dados apontaram para a gravidade e a precocidade da perda dentária, para a desigualdade relacionada ao acesso aos serviços odontológicos e a existência de quase 56% de idosos completamente edêntulos.

Estas revelações foram acolhidas pela atual gestão do Ministério da Saúde e colaboraram no desenho de políticas públicas pautadas no perfil epidemiológico da população e na integralidade como princípio. Nesse sentido, o Brasil Sorridente, como Política Nacional de Saúde Bucal, objetiva corrigir distorções na aplicação dos recursos e efetivar novas ações para garantia da ampliação do acesso e qualificação da atenção dentro dos serviços ofertados pelo SUS.

Uma das estratégias desta política é o incentivo ao funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), a serem criados em todas as regiões, de acordo com os planos municipais e regionais de saúde de cada estado.

Ainda que se reconheça a necessidade de protocolos para organização da atenção clínica e estabelecimento dos procedimentos recomendados, com base nas evidências científicas e no conhecimento acumulado, este trabalho é especialmente dirigido à organização dos fluxos de gerenciamento do sistema de saúde local, para referência e contra-referência da Atenção Básica para atenção especializada.

Por esta razão e para seu pleno aproveitamento, deve se construir a partir de uma ampla discussão com os atores envolvidos dos locais onde se implementam suas práticas. Cada tópico representa uma das especialidades a serem incluídas nos Centros de Especialidades e oferece, para orientação dos trabalhadores e gestores, os principais procedimentos a serem ofertados e os devidos códigos da tabela SIA/SUS, de acordo com os grupos e subgrupos dos serviços. Foram incluídos os requisitos básicos para referência, os critérios de inclusão e exclusão e uma sugestão de fluxograma para cada especialidade.

As recomendações aqui inseridas foram compiladas a partir de documentos e protocolos de saúde bucal de vários municípios e estados brasileiros:

1. Protocolo Integrado de Saúde Bucal de Curitiba – SMS Curitiba / PR 2004.
2. Protocolo de Saúde Bucal de Sobral - SMS Sobral / CE 2004.
3. Protocolo Saúde Bucal Vitória (no prelo) Vitória / ES 2005.
4. Plano Estadual de Atenção à Média Complexidade em Saúde Bucal – Secretaria do Estado da Saúde / RS 2004.

5. Desenvolvimento das Ações de Saúde Bucal na Rede de Serviços da SMSA - Belo Horizonte- SMS – Belo Horizonte / MG 2004.

6. Cadernos de Saúde Bucal: "qualidade e resolutividade na atenção básica" Secretaria do Estado da Saúde / SP 2004.

Critérios Gerais para Referência ao Centro de Especialidades Odontológicas

- Definir critérios de priorização de encaminhamento, pactuando-os com a comunidade e Conselhos Regionais e Locais de Saúde.
- Encaminhar, preferencialmente, pacientes em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades de Saúde da Família ou referenciados de outros Centros de Especialidades ou Hospitais.
- O usuário deve ser encaminhado com eliminação da dor e com ações realizadas para controle da infecção bucal (adequação do meio bucal, terapia periodontal básica remoção dos focos de infecção e selamento provisório das cavidades de cárie).
- Os casos de urgência devem ser solucionados nas Unidades Básicas ou no Pronto-Atendimento.
- O agendamento deve ser realizado respeitando os critérios de cada município e da gerência do CEO.
- O encaminhamento deverá ser feito por meio de formulários de referência/contra-referência, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias.
- Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamento realizados.
- Os casos de falta do paciente às consultas nos Centros de Especialidades Odontológicas bem como outras questões administrativas, serão de competência das gerências administrativas dos CEO de cada localidade.
- Os serviços municipais, estaduais ou de consórcios intermunicipais, sempre que possível, deverão formalizar o encaminhamento entre as Unidades de Atenção Básica e os Centros de Especialidades, criando formulários de referência e contra-referência.
- As necessidades encaminhadas que incluam duas ou mais especialidades para sua resolução devem ser resolvidas por meio de inter-consultas no CEO. Ex: aumento de coroa clínica prévia ao tratamento endodôntico, cirurgia pré-protética.
- Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem primeiramente ser estabilizados na Unidade Básica de Saúde para posterior encaminhamento.

- O acesso aos serviços especializados não ofertados regularmente pela rede será objeto de avaliação pelo gestor quanto à possibilidade de sua oferta, sendo ainda, decorrência de pactuação local.

5.1 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PARA DIAGNÓSTICO DAS LESÕES DE BOCA E CÂNCER BUCAL

A portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, estabelece que todo Centro de Especialidade Odontológica deve realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em Estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal.

A avaliação estomatológica nos Centros Especializados não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas Unidades Básicas de Saúde.

5.1.1 Requisitos Básicos para a Referência

- As necessidades de avaliação estomatológica deverão ser encaminhadas com formulários específicos de referência e contra-referência, onde conste o motivo de encaminhamento, dados clínicos e localização da enfermidade ou da lesão.
- O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e continuadamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais de referência desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento.
- Diante das dificuldades do sistema de saúde em operacionalizar os tratamentos de alta complexidade, a referência ao nível de maior complexidade deve ser formalizada por documentos de referência e acompanhada pelos profissionais do CEO.
- O atendimento de referência para as lesões suspeitas de câncer, lesões com potencial de malignização, ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) nos Centros de Especialidades Odontológicas não deve inviabilizar a realização destes procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde.

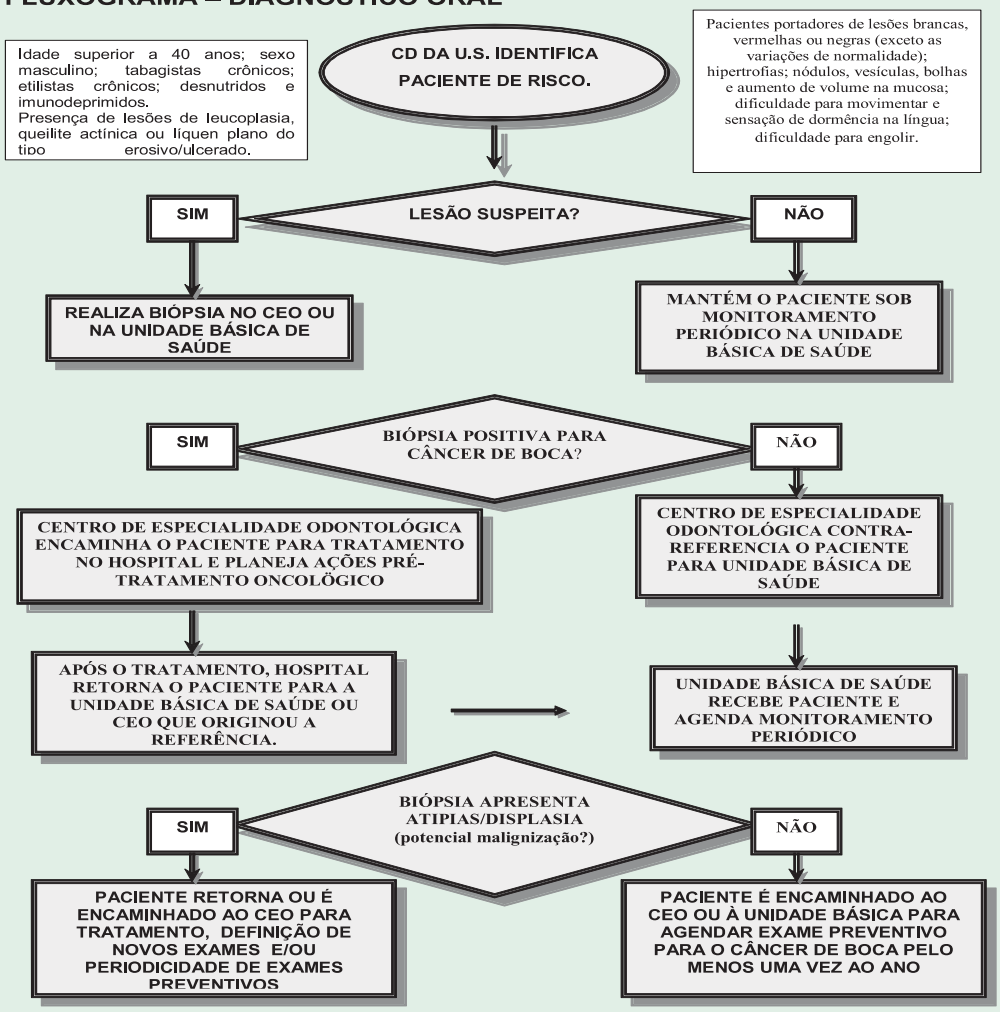
5.1.2 Critérios de Inclusão

- Encaminhar pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado ou seja desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais.
- Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentem-se com formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade.

- Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula.
- Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.

Na presença de lesões ulceradas, atróficas, hiperceratóticas ou nodulares, avaliar a presença de possíveis agentes causais locais, removendo-os quando possível e acompanhando a evolução antes do encaminhamento.

FLUXOGRAMA – DIAGNÓSTICO ORAL*



* Adaptado do Protocolo de Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Curitiba e Vitória- 2005

64

* Adaptado dos Protocolos de Saúde Bucal das Prefeituras Municipais de Curitiba – 2004 e Vitória – 2005

5.2 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ENDODONTIA

A Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006, estabelece para a especialidade da Endodontia os procedimentos do subgrupo 10.040.00-5, tendo como produtividade mínima os seguintes quantitativos: CEO tipo I – 35 procedimentos/mês; CEO tipo II - 60 procedimentos/mês; CEO tipo III - 95 procedimentos/mês.

Os principais procedimentos deste subgrupo, para registro da produtividade do CEO são:

- Necropulpectomia dente decíduo/permanente.
- Tratamento Endodônico em dente permanente uni-radicular.
- Tratamento Endodôntico em dente permanente bi-radicular.
- Tratamento endodôntico em dente permanente tri-radicular.
- Tratamento endodôntico dente decíduo uniradicular.
- Retratamento endodôntico em dente permanente uni-radicular.
- Retratamento endodôntico em dente permanente bi-radicular.
- Retratamento endodôntico em dente permanente tri-radicular.
- Tratamento de perfuração radicular.
- Tratamento endodôntico dente decíduo multiradicular.
- Retratamento endodôntico dente decíduo uni-radicular.
- Retratamento endodôntico dente decíduo multi-radicular.
- Apicetomia com obturação retrógrada.

5.2.1 Requisitos Básicos para a Referência

- O encaminhamento para o Centro de Especialidades será realizado a partir das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades de Saúde da Família.
- Os usuários originados de atendimentos de urgências devem dirigir-se às unidades básicas para adequação aos critérios estabelecidos.
- O usuário em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado ao serviço especializado deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, remoção de restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle da placa -RAP- supra-gengival).
- No encaminhamento dos usuários para este serviço, o tratamento de canal deve ser priorizado em relação ao retratamento endodôntico, assim como os dentes permanentes devem ser priorizados em relação aos dentes decíduos.

- Avaliar na Atenção Básica com o usuário, préviamente ao encaminhamento, a viabilidade da reconstrução/restauração do dente tratado quando este não apresentar estrutura coronária e/ou necessitar prótese;
- Avaliar, previamente ao encaminhamento, a origem da dor, estabelecendo o necessário diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica e periodontal.
- Na impossibilidade de realização de isolamento absoluto, deve ser avaliado o emprego de isolamento relativo, antes de decidir pela exodontia do dente.
- Solicitar a avaliação do profissional responsável pela periodontia dos dentes com envolvimento de furca nos graus 1 e 2.
- Os dentes com polpa vital e rizogênese incompleta deverão ser submetidos a técnica da pulpotomia, com o objetivo de favorecer a apicificação.

Antes de encaminhar o paciente para o CEO, o dentista da UBS deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia, aguardando período para acompanhar e avaliar vitalidade pulpar.

5.2.2 Critérios de Inclusão ao Tratamento Endodôntico

- Estar em tratamento nas unidades da rede básica.
- Preferencialmente dentes permanentes.
- Encaminhamento dos terceiros molares para endodontia, somente se o usuário apresentar muitos elementos faltantes, houver necessidade de sua manutenção e com prognóstico favorável.
- Preparo prévio do dente antes de ser encaminhado para tratamento: remoção de tecido cariado, penetração desinfetante, curativo de demora e restauração provisória.

5.2.3 Critérios de Inclusão para Retratamento Endodôntico:

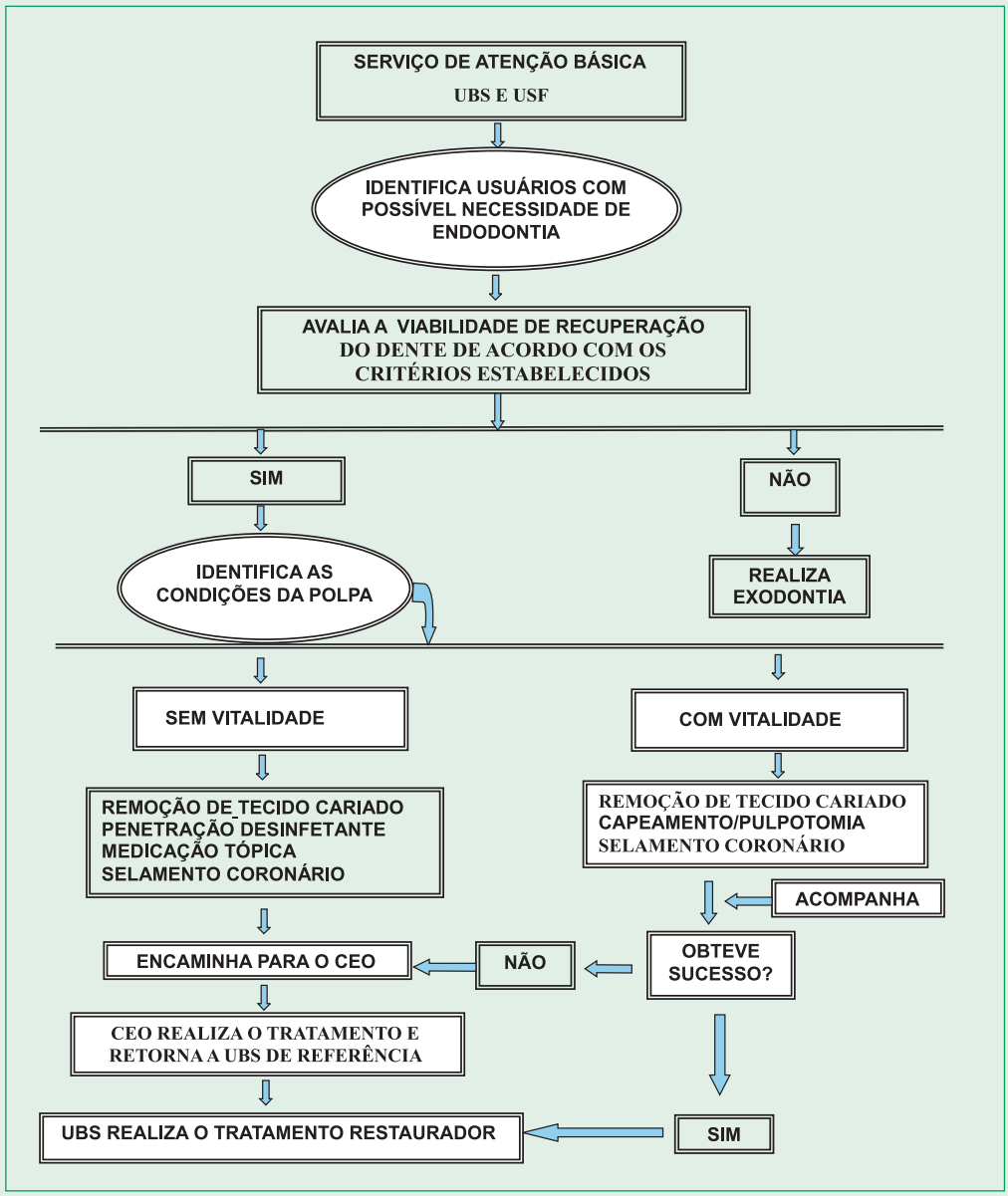
- Nas necessidades de retratamento endodôntico, deve-se encaminhar aqueles que apresentem sintomatologia dolorosa. Os dentes assintomáticos que apresentem imagens radiográficas apontando tratamento inadequado, com ou sem lesão periapical, devem sofrer acompanhamento radiográfico. Caso surja lesão periapical ou esta aumentar de tamanho, deve ser feito o encaminhamento para retratamento;
- Deverão ser priorizados dentes anteriores e pilares de prótese parcial removível com prognóstico favorável.

5.2.4 Critérios de Exclusão

- Dentes com envolvimento de furca grau 3 ou com doença periodontal severa e grande mobilidade horizontal e vertical.

- Dentes com perda de inserção que impossibilite sua manutenção na arcada, devem ser submetidos à avaliação prévia no setor de periodontia e prótese quando necessário.
- Não devem ser encaminhados usuários com necessidade de pulpotomias, pois devem ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, inclusive nos casos de rizogênese incompleta com vitalidade pulpar.
- Terceiros molares sem antagonista e com acesso restrito.

FLUXOGRAMA PARA REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE ENDODONTIA



5.3 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PERIODONTIA

A Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006, estabelece para a especialidade da Periodontia, os procedimentos do subgrupo 10.020.00-4, tendo como produtividade mínima os seguintes quantitativos: CEO tipo I - 60 procedimentos/mês; CEO tipo II - 90 procedimentos/mês; CEO tipo III - 150 procedimentos/mês.

Os principais procedimentos deste subgrupo, para registros da produtividade dos CEO são:

- Cirurgia periodontal por hemi-arcada
- Enxerto gengival
- Gengivectomia
- Gengivoplastia por hemi-arcada
- Raspagem corono-radicular por hemi-arcada
- Tratamento periodontal em situação de emergência
- Curetagem subgengival por indivíduo

5.3.1 Requisitos Básicos para a Referência

- O paciente em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado aos serviços especializados, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle da placa supragengival).
- Avaliar o grau de motivação e real interesse do paciente pelo tratamento.
- O tratamento das urgências periodontais (processo periodontal agudo) deverá ser realizado preferencialmente nas Unidades Básicas de Saúde e/ou de pronto-atendimento.
- A manutenção do tratamento realizado no Centro de Especialidades, deve ser feita nas Unidades Básicas de Saúde.

5.3.2 Critérios de Inclusão e Procedimentos da Atenção Especializada em Periodontia

- Necessidade de tratamento não cirúrgico em bolsas acima de 6 mm.
- Necessidade de cirurgia periodontal com acesso.
- Necessidade de cirurgia pré-protética.

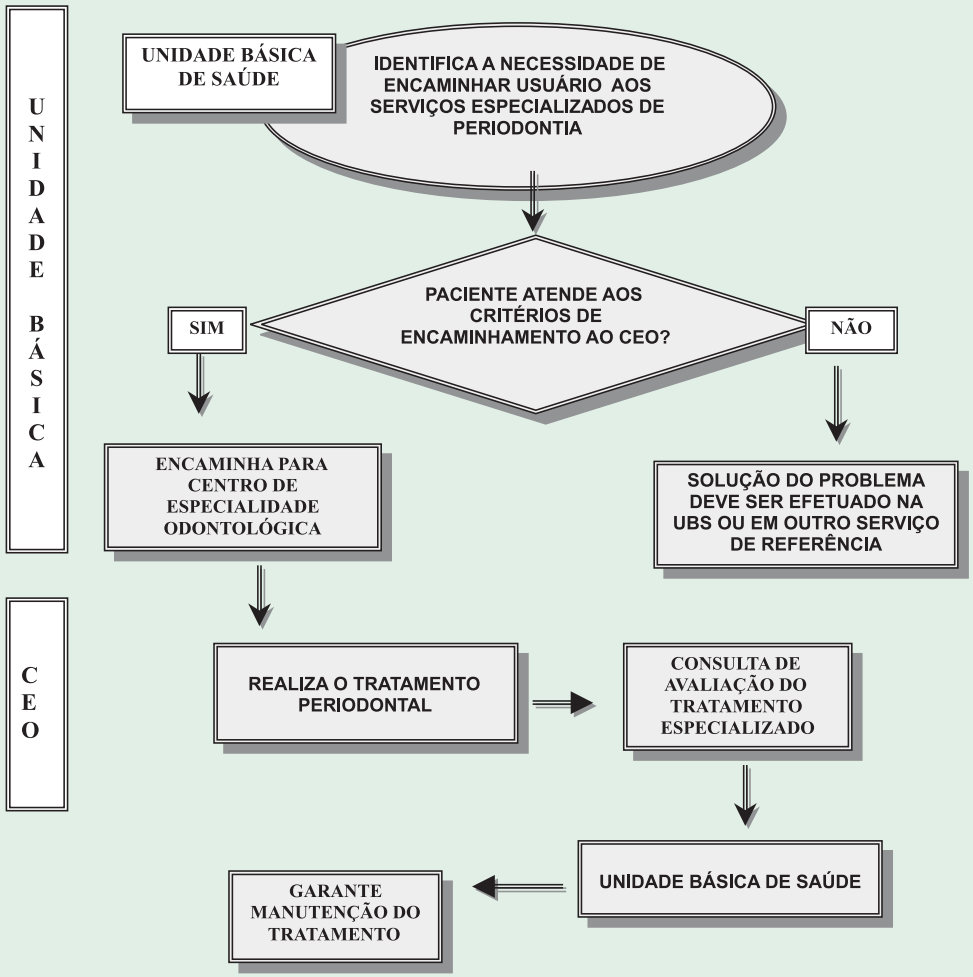
5.3.3 Critério de Exclusão

- Pacientes com bolsas periodontais de até 4mm (devem ser tratados na UBS).
- Dentes com acentuada mobilidade vertical.
- Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais).

O tratamento periodontal só deverá ser considerado COMPLETADO após, pelo menos uma reconsulta para avaliação, em espaço de tempo definido pelo responsável pela periodontia e mantidas as condições de saúde periodontal.

Após, o paciente deve ser encaminhado à Unidade Básica de Saúde para manutenção periódica e acompanhamento.

FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA PARA PERIODONTIA*



* Adaptado dos Protocolos de Saúde Bucal das Prefeituras Municipais de Curitiba – 2004 e Vitória – 2005

5.4 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

A Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006, estabelece, para a especialidade da Odontologia Cirúrgica e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, os procedimentos do subgrupo 10.050.00-0 e 10.060.00-6, tendo como produtividade mínima os seguintes quantitativos: CEO tipo I - 80 procedimentos/mês; CEO tipo II - 90 procedimentos/mês; e, CEO tipo III - 170 procedimentos/mês.

Os principais procedimentos deste subgrupo, para registros da produtividade dos CEO são:

- Correção de bridas musculares.
- Correção de hipertrofia de rebordo alveolar.
- Redução incruenta de luxação da articulação têmporo-mandibular.
- Reimplante e transplante dental por elemento.
- Remoção de dente retido (incluso ou impactado).
- Remoção do foco residual.
- Retirada de material de síntese (fios, pinos, arcos e placas).
- Apicectomia com ou sem obturação retrograda.
- Aprofundamento de vestíbulo por hemi-arcada.
- Alveolotomia por arcada.
- Cirurgia com finalidade ortodôntica.
- Correção de tuberosidade.
- Curetagem periapical.
- Enxerto ósseo.
- Excisão de calculo de glândula salivar.
- Excisão de fenômenos de retenção salivar.
- Excisão de glândula submaxilar**.
- Exodontia múltipla com alveoloplastia por hemi-arco.
- Marsupialização de cistos.
- Marsupialização de lesões.
- Reconstrução de sulco gengivo-labial.
- Reconstrução parcial do lábio traumatizado.
- Remoção de cisto.

- Remoção de corpo estranho da região buco-maxilo-facial**.
- Remoção de tórus e exostoses.
- Selamento de fístula cutânea odontogênica.
- Sinusotomia maxilar unilateral.
- Tratamento cirúrgico de fístula buco-nasal**.
- Tratamento cirúrgico de fístula extra-oral**.
- Tratamento cirúrgico de fístula intra-oral.
- Tratamento de emergência, fratura alvéolo dentária redução.
- Apicetomia com obturação retrograda.
- Laçada, tunelização.
- Contenção (splintagem).
- Redução cruenta de fratura alvéolo-dentária.
- Redução incruenta de fratura alvéolo-dentária.
- Tratamento clínico das nevralgias faciais.
- Aparelho para bloqueio maxilo-mandibular*.
- Biópsia de tecido da cavidade bucal*.
- Biópsia de língua*.
- Biópsia de lábio*.
- Excisão e sutura de hemangioma*/**.
- Excisão e sutura de lesão na boca*.
- Excisão em cunha do lábio*.
- Incisão e drenagem de hematoma*.
- Incisão e drenagem de abscesso da boca e anexos*.
- Incisão e drenagem de celulite*.
- Incisão e drenagem de fleimão*.
- Biópsia da boca*.
- Exérese de *lipoma** .

**Procedimentos incluídos na produtividade mínima dos CEO mediante retificação, (editada no Diário Oficial da União em 06 de junho de 2006) do Anexo da Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006.*

** Procedimentos que devem ser realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral.

5.4.1 Requisitos Básicos para a Referência

- Cabe ao cirurgião-dentista generalista (clínico geral) a seleção dos casos que serão encaminhados ao CEO. De maneira geral, os clínicos ficam responsáveis pelos diagnósticos e tratamentos das lesões com diagnóstico exclusivamente clínico, como: herpes recorrente, gengivo-estomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular. Caso o serviço tenha capacitado os clínicos, as demais lesões devem ser diagnosticadas e podem ser tratadas.
- O paciente em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado aos serviços especializados deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle de placa supragengival).
- Paciente que passou por um atendimento de urgência também deve seguir os mesmos passos citados anteriormente.
- Nos casos de apicetomia, o tratamento ou retratamento endodôntico deverá ser realizado previamente.
- Em algumas situações de urgência (por ex. luxação de articulação, traumas dento-alveolares), onde não haja estrutura para este atendimento na Unidade Básica ou PA, o paciente poderá ser encaminhado ao serviço especializado em cirurgia, sem receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal.

5.4.2 Principais Procedimentos Inerentes ao Serviço

- Apicetomia e obturação retrógrada
- Cirurgia de dentes inclusos/semi-inclusos – priorizar casos com sintomatologia.
- Frenectomia lingual (independente da idade do usuário).
- Osteotomia corretiva.
- Cirurgia de tecidos duros e moles (tórus palatino e mandibular, cistos, outros).
- Cirurgia pré-protética.
- Demais procedimentos do sub-grupo 10.050.00-0 e 10.060.00-6 da tabela SIA/SUS, exceto os indicados para ambiente hospitalar (**).

5.4.3 Critérios de Exclusão

- Exodontias simples (inclusive para finalidade protética e/ou ortodôntica).
- Raízes residuais.
- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento.

5.5 REFERÊNCIA AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS A PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Paciente com necessidades especiais é todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.

É importante destacar que esse conceito é amplo e abrange diversos casos que requerem atenção odontológica diferenciada. Ou seja, não diz respeito apenas às pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidas nos Decretos 3296/99 e 5296/04) que, por sua vez, não necessariamente, precisam ser submetidas à atenção odontológica especial.

A Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, que define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias estabelece que todo Centro de Especialidade Odontológica deva realizar atendimento a portadores de necessidades especiais. A Portaria nº. 600/GM, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos CEO, define o monitoramento de ações pela análise de uma produção mínima mensal dos seguintes quantitativos de procedimentos de atenção básica: CEO tipo I - 80 procedimentos/mês; CEO tipo II - 110 procedimentos/mês; e, CEO tipo III - 190 procedimentos/mês.

Estes procedimentos de atenção básica (0300000-1 GRUPO 03 - AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA) em Centros de Especialidades Odontológicas, cujos sub-grupos se encontram descritos abaixo, só se justificam na realização de atendimentos aos pacientes com necessidades especiais.

Procedimentos Individuais preventivos	sub grupo: 03.020.00-2
Dentística Básica	sub-grupo: 03.030.00-8
Odontologia cirúrgica básica	sub-grupo: 03.040.00-3

5.5.1 Requisitos Básicos para a Referência

- A porta de entrada de atenção aos pacientes com necessidades especiais é sempre a Unidade Básica de Saúde;
- Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo, devem ser encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral;
- Avaliação médica com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do paciente;
- Ainda que existam alguns grupos, com situações específicas que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas unidades básicas

de saúde. Quando necessário, deverão ser encaminhados ao CEO acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional.

- Pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, deverão ser atendidos nas unidades básicas de saúde.

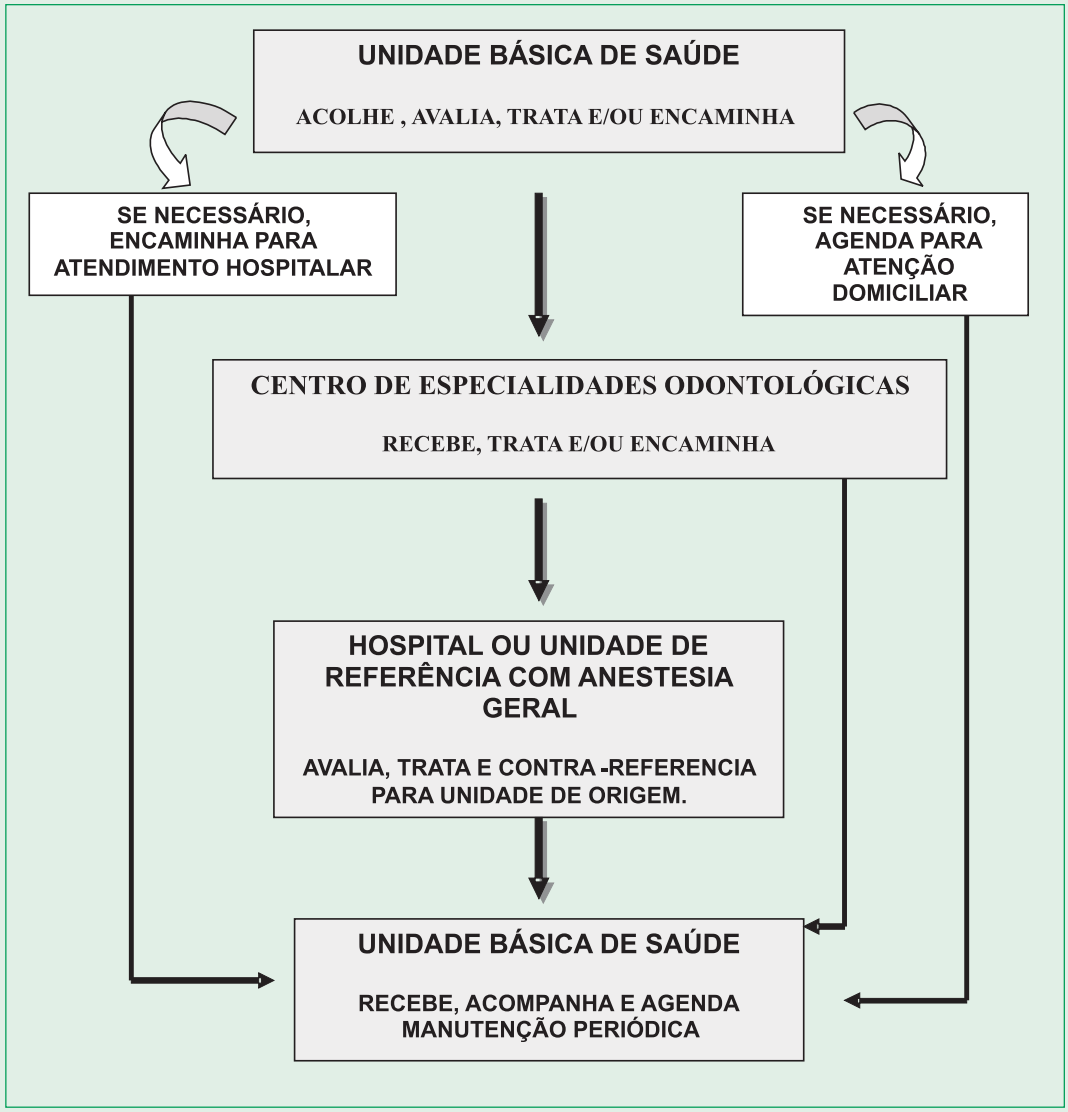
5.5.2 Critérios de inclusão/perfil do paciente

- Pacientes que passaram pela Unidade Básica de Saúde, foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento;
- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- Paciente com deficiência visual ou auditiva ou física quando associado aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Paciente com distúrbio neurológico "grave" (ex. paralisia cerebral);
- Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na Unidade Básica;
- Paciente autista;
- Crianças de 0 a 2 anos com cárie aguda ou crônica generalizada, que não cooperam com o atendimento clínico tentado na Unidade Básica;
- Outros desvios comportamentais que tragam alguma dificuldade de condicionamento;
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

No formulário de referência, devem constar as seguintes informações:

as datas das tentativas de atendimento;
se o paciente tem deficiência: mental, visual, auditiva, física ou transtorno mental.

FLUXOGRAMA PARA REFERÊNCIA DAS PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS



5.6 REFERÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PRÓTESE DENTÁRIA

Várias portarias estabelecem as diretrizes para a execução das próteses dentárias na rede do Sistema Único de Saúde:

- Portaria nº 1572/GM, de 29 de julho de 2004, estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Prótese Dentárias.
- Portaria nº 566/SAS, de 06 de outubro de 2004, altera a descrição dos procedimentos relacionados a próteses dentárias no grupo de ações básicas em odontologia da tabela de procedimentos SIA/SUS.

- Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, definiu a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias-LRPD, estabelecendo critérios, normas e requisitos para credenciamento.
- Portaria nº 411/SAS, de 09 de agosto de 2005, regulamenta formulários/instrumentos a serem utilizados no Subsistema Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade - APAC/SIA e estabelece o pagamento de próteses parciais removíveis em LRPD.

Ainda que esteja prevista na Atenção Básica/Saúde da Família, a confecção de próteses pode ser executada nos Centros de Especialidade Odontológica pela facilidade de sua operacionalização. Neste sentido, este documento apresenta algumas recomendações que podem ser adequadas em cada realidade local para a prótese dentária.

Códigos para registro da parte clínica: Os códigos dos procedimentos de prótese total e prótese parcial removível da Tabela SIA/SUS foram modificados e passaram a significar apenas a parte protética deste tipo de tratamento. Na atenção básica, foi criado o procedimento moldagem, adaptação e acompanhamento, permitindo a todos os profissionais de odontologia do SUS executarem a fase clínica de confecção das próteses totais ou parciais removíveis e lançar esta parte clínica da reabilitação oral através do código descrito no quadro a seguir.

Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS

03.051.01-3 – Moldagem, adaptação e acompanhamento da prótese dentária.

Esse novo procedimento refere-se apenas à parte clínica da reabilitação oral por prótese total ou prótese parcial removível.

5.6.1 PRÓTESE TOTAL

Diagnóstico e critérios de inclusão

A necessidade será diagnosticada mediante exame clínico de cirurgião-dentista vinculado à rede SUS, com observação dos seguintes critérios para inclusão da necessidade do tratamento reabilitador:

- Ausência total de elementos dentários em uma ou ambas as arcadas.
- Rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de uma prótese.
- Ausência de lesões ósseas, da mucosa, gengiva ou dos anexos orais.

Critérios de exclusão

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilite tomada de impressão e a conseqüente confecção e uso da prótese.
- Presença de elementos dentários que possam ser devidamente restaurados ou tratados de forma convencional e que garantam uma condição estética e/ou funcional ao usuário.

5.6.2 PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL

Diagnóstico e critérios de inclusão

A necessidade será diagnosticada mediante exame clínico de cirurgião-dentista vinculado à rede de atenção básica do SUS, com observação dos seguintes critérios para inclusão da necessidade do tratamento reabilitador:

- Necessidades básicas de tratamento odontológico totalmente sanadas.
- Comprometimento do usuário em comparecer às consultas de manutenção.
- Rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento da prótese.
- Presença de elementos dentários compatíveis com a confecção de prótese parcial removível.
- Ausência de lesões ósseas, da mucosa, gengiva ou dos anexos orais.

Critérios de exclusão

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que impossibilite tomada de impressão e a conseqüente confecção e uso da prótese.
- Presença de elementos dentários, cujo número ou forma impossibilite a confecção da prótese parcial removível.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ADRIANO,J.R., SANTOS,M.A., FERREIRA S.M.G. **Manual de Planejamento**. Escola de Saúde de Minas Gerais – ESMIG/ Núcleo de Pesquisa em Saúde coletiva e Nutrição – NESCON-UFMG. Belo Horizonte: 1998.

ANDRADE, LOMD & BARRETO ICHC 2002. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente, pp. 151-171. In MCS Minayo & AC Miranda. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Fiocruz, Rio de Janeiro.(in Moyses)

BATCHELOR, P.A; et al. **Strategies for preventing dental caries**. 1990. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.296.

BATCHELOR, P.A; et al. **Strategies for preventing dental caries**. 1990. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.296.

BÓGUS CM 2002. A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa, pp. 49-53. In W Villela, S Kalckmann & UC Pessoto. **Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa.** Instituto de Saúde, São Paulo. .(in Moyses)

BRASIL, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*, 1996. Rio de Janeiro, IBGE, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Manual de Detecção de lesões suspeitas – Câncer de Boca.** Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1988. Declaração de Adelaide sobre cuidados primários. Disponível em :<http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos>. Acessado em 13/11/2005.

BRASIL. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://www.saude.inf.br/legisl//lei8080.htm>. Acesso em: 11 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. **Resultados Principais**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para organização da atenção básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. 1. ed., 4.ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRESOLIN, D. Controle e Prevenção da maloclusão. In: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4.ed. São Paulo: Santos, 2000. cap.5: p.197-202.

KNAUTH, Daniela R., OLIVEIRA, Francisco A. de. Antropologia e Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, Bruce B., SCHMIDT, Maria Inês, GIUGLIANI, Elsa R. J. e Colaboradores. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3ª Edição, Porto Alegre: Editora Artmed, 2006. Cap 15: p 155 – 159.

BUISCHI, Y. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica.** Nº 22 Série EAP/APCD. Artes Médicas, São Paulo: 2000.

BURT, A.B. e EKLUND, S.A**. Dentistry, dental practice, and the community**.1992. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.307.

CANGUSSU, MARIA CRISTINA TEIXEIRA, NARVAI, PAULO CAPEL, CASTELLANOS FERNANDEZ, ROBERTO ET AL. **A fluorose dentária no Brasil: uma revisão crítica**. *Cad. Saúde Pública*, Fev 2002, vol.18, no.1, p.7-15. ISSN 0102-311X

CARVALHO, J. et al. Tratamento da Doença Cárie. In **ABOPREV - Promoção de Saúde Bucal.** São Paulo, Artes Médicas, p93-112, 1997.

CARVALHO, S.R. & CAMPOS, G.W.S. **Modelos de atenção à Saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/Minas Gerais**. Cadernos de saúde pública 16 (2): 507-515, abril/jun 2000.

CERVEIRA, J. **Políticas de Saúde Bucal Implantadas no Rio Grande do Sul, pela Secretaria Estadual de Saúde entre 1964 e 1994: Percepção dos Gestores.** Dissert. ULBRA, Canoas, 2003.p.28-55

CHEN,M. Oral heath of disavantaged populations, 1995. In: PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva.** São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.302.

CHEN,M. Oral heath of disavantaged populations, 1995. In: PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva.** São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.302.

CONASS. Atenção Primária. Seminário do CONASS para a Construção de Consensos. IN: **CONASS documenta** – Cadernos de informação técnica e memória do Progestores. nº 2. Brasília:2004.

DANTAS NL, DOMINGUES JEG. Sistema de vigilância dos teores de flúor na água de abastecimento público de Curitiba. **Divulgação em Saúde para Debate.** n. 13, p.70-82.jul.1996.

DIAS, W e AERTS,D. **Vigilância da Saúde.** PPGSC, ULBRA. 2004. Mimeo.

ELDERTON, R. J. The failure of restorative dentistry: lessons for developing countries. **Dentistry Today**, 1985; 2: 1-10.

ENLOW, D.H. **Crescimento Facial**. 3.ed. Artes Médicas, 1993. 553 p.

EWLIS, L. E e SIMNETT, I. **Promoting Health, a pratical guide to health education** 1985.

FERREIRA;M.A.F., RONCALLI,A.G.& LIMA,K.C.(Org.) **Saúde Bucal Coletiva – conhecer para atuar**. Editora da UFRN. Natal:2004. 304 p.

FERREIRA HCG, GOMES AMM, SILVA KRCS et al. Avaliação do teor de flúor na água de abastecimento público do município de Vitória/ES. **Revista da APCD**,v.53, n ° 6. p.455-459.nov/dez., 1999.

FERREIRA,S.M.G.. Sistema de Informação em Saúde. In: CAMPOS, F:E., WERNECK, G.A.F.& TONON, L.M. (Org.) **Cadernos de Saúde: 4 – Vigilância Sanitária** . Belo Horizonte. COOPEMED. 2001. 129p. p. 89-104.

FRAZIER, P.J., HOROVITZ, A.M. **Prevention: a public Health perspective**. 1995. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.296.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Editora Guanabara Koogan, 2002.

FRENCKEN, J. E. e HEMGREN, C, J. Tratamento Restaurador Atraumático para a Cárie Dentária. São Paulo, Santos, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA), Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2006, site www.inca.gov.br acessado em 24/02/2006.

INGHELART, M.; TEDESCO, L.A. **Behavioral research related to oral hygiene practices: a new century model of oral health promotion**, 2000. In: PEREIRA, Antonio Carlos & Colaboradores. Odontologia em Saúde Coletiva : planejando ações e promovendo saúde.Porto Alegre, Artmed. 2003, p. 121.

KALIL,M.E.X. & FEUERWERKER,L. Modelos de atenção em saúde: do que estamos falando? **Olho Mágico**, Londrina, v. 9, n.1, p.73-79, jan./abr. 2002.

LALONDE, M. **A new perspective in the health of Canadians**. Ottawa, Government Printing Office, 1974. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.295.

LALONDE, M. **A new perspective in the health of Canadians**. Ottawa, Government Printing Office, 1974. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.295.

MACHADO, J.M.H. PORTO, M.F.S. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.12 n.13, 2003.

MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico.** Rio de Janeiro: REVINTER, 2002.

MALTZ, M. et al. Diagnóstico da Doença Cárie. In **Aboprev - Promoção de Saúde Bucal.** São Paulo, Artes Médicas, p69-92, 1997.

MARCENES, W. e BONECKER, M.J.S. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais In **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica,** BUISCHI, Y.P. São Paulo, Artes Médicas – EAP-APCD, p75-96, 2000.

MARTILDES, M.L.R., CASTELLANOS, R.A., ROBLES, L.P. Prevalência de má oclusão em escolares de 12 anos de idade de São José dos Campos, SP, 1991. **Rev. bras. saúde esc.** v.2, n.3/4. P.112-6, jul./dez. 1992.

MATUS, C. O Método PES- Roteiro de Análise Teórica. In: TANCREDI, F.B., BARRIOS, S.R.L., FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em Saúde**. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania)

MATUS, C. Carlos Matus e o Planejamento Estratégico-Situacional. In:RIVERA, F.J.U. **Planejamento e Programação em Saúde : um enfoque estratégico.** São Paulo, Cortez, 1989.

MEHRY,E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO,L.C.O. (Org) et. al. **Inventando a mudança na saúde**. HUCITEC. São Paulo:1994.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C. O.; NOGUEIRA,F.R.C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde **Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e democratizando o conhecimento**. Vol. 1. Brasília: 1992

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C. O.; NOGUEIRA,F.R.C. Perspectiva da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9. n. 2, p.433-444, abr/jun. 2004

MILIO, N. A framework for prevention: changing health-damaging to health-generating life patterns. **Am J of Pub Health**. Vol 66: 435-49, 1976.

MIZOCZKY, MC; BECH, J. **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde**. Editora Dacasa/Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde. Porto Alegre, 2002. p.19-20.

MODESTO A, TANAKA FHR, FREITAS AD. et al. Avaliação da concentração de fluoreto na água de abastecimento público do município do Rio de Janeiro. **RBO** v.56,n°5, p.217-221.set/out,1999.

MOSS, MELVIN L. Genetics, epigenetics, and causation. **Am. J. Ortohod.**Oct., 1981. New YorK.

MOSS, M.M. & SALENTJIN,L. The capsular matrix. **Am. J. Orthodontics**. v.56, n.5, p.474-490. Nov.1969.

MOYERS, R.E. **Ortodontia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 483 p.

MOYSES, Samuel Jorge, MOYSES, Simone Tetu e KREMPEL, Márcia Cristina. **Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba.** *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. jul./set. 2004, vol.9, no.3 [citado 20 Novembro 2005], p.627-641. Disponível na World Wide Web: <http://www.scielo.br/scielo.

MURRAY JJ.**Bases para a Prevenção das doenças Bucais**(OMS,) Genebra, Livraria Santos Editora, 1992

MURRAY, J. J. **The Prevention of Oral Disease.** Oxford, Oxford University Press, 1996.

NADANOVSKY, P. O Declínio da Cárie. In: PINTO,V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000. cap.6, p.341 - 350.

NARVAI PC. Fluoretação da água: heterocontrole no município de São Paulo no período de 1990-1999. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva.** v.1, n°2, p.50-56, 2000.

OLIVEIRA CMB, ASSIS DF, FERREIRA EF. Avaliação da fluoretação da água de abastecimento público de Belo Horizonte, MG, após 18 anos. **Revista do CROMG**, v.1, n°2, , p.62-66, ago./dez., 1995

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Família e Saúde.** Tema 4.7 da Agenda Provisória, 55ª Sessão do Comitê Regional / 44º Conselho Diretor. Washington, 14p., setembro, 2003.

OMS. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Los fluoruros y la salud bucodental.** OMS, Serie de Informes Técnicos, 846. Ginebra, 43p., 1994

OPPERMANN, R.V. et al. Prevenção e Tratamento das Doenças Periodontais. In **Aboprev - Promoção de Saúde Bucal.** São Paulo, Artes Médicas, p255-282, 1997.

PENDRYS DG. Dental fluorosis in perspective. **J. Am. Dent. Ass**. v.122, p.63-66,Sept., 1991

PILOT, T. **Public health aspects of oral diseases and disorders – periodontal diseases**. 1997.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000.4ª edição.

PLANAS,P. **Rehabilitación Neuro-Oclusal** (RNO). Barcelona: Salvat Editores S.A., 1987. 317p.

PROFFIT, W.R. **Ortodontia Contemporânea**. São Paulo: Pancast Editora, 1991. 589p.

RODRIGUES FG, AMORIM JBO. Estudo comparativo do teor de flúor encontrado na rede de abastecimento público, reservatórios domiciliares e filtros domésticos. **Rev. ABO Nac.** v. 2, n°6, p.409-410. dez/94/jan. 1995.(Caderno Científico)

RONCALLI, AG., FRAZÃO P., PATTUSSI MP. et al. Projeto SB2000:uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. **Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva,** v.1, n°2, p.9-25, 2000.

SANTIAGO, M.O. **Levantamento epidemiológico de má oclusão, em crianças de 7 e 12 anos, atendidas pelo SUS, em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: FOUFMG, 1999. Mimeo. 70p. (Dissertação de mestrado).

SES/MG - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal.** Belo Horizonte, em publicação.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Centro de Informações em Saúde**. Protocolos Integrados de Atenção em Saúde Bucal** – Curitiba, 2004.

SHEIHAM, A. **Public Health approaches to the promotion of periodontal health**. Monograph series 1990. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.297.

SIMÕES, W.A. **Ortopedia Funcional dos Maxilares**: vista através da reabilitação neuro-oclusal. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1985. 794 p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia.** Ministério da Saúde/Unesco, Brasília, 2004.

TANCREDI, F.B. et al. *Planejamento em Saúde.* São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania)

TAVARES PG, BASTOS JRM . Concentração de flúor na água: cárie, fluorose e teor de flúor urinário em escolares de Bauru-SP. **Revista da APCD**, v.53, n °6, p.407-414.set/out., 1999.

TOMITA NE, PANIGHEL CPMA, NARVAI PC et. al. Implicações da vigilância à saúde sobre a ocorrência de fluorose dental. **Rev. ABO Nac.** v. 3, n°5, p.318-323.out/nov. 1995.

TRAEBERT, J., ALMEIDA, I. C. S., GARGHETTI, C. et al. **Prevalência, necessidade de tratamento e fatores predisponentes do traumatismo na dentição permanente de escolares de 11 a 13 anos de idade**. *Cad. Saúde Pública*, Abr 2004, vol.20, no.2, p.403-410. ISSN 0102-311X

WATT, R. e FULLER, S. **Approaches in oral health promotion**, 1997. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.307.

WILKINSON, R.G. **Unhealthy societies : the afflictions of inequality**.1996. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.302.

WITEHEAD, M. **The health divide**. 1988. In: PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo, Livraria Santos Editora. 2000, p.302.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 1986. Ottawa Charter for Health Promotion - Health Promotion (HPR). Disponível em: <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html> Acesso em 20/11/2005.