



REDE DE SAÚDE BUCAL

LINHA GUIA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde





Superintendência de Atenção à Saúde

LINHA GUIA REDE DE SAÚDE BUCAL
2ª edição

CURITIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ
2016

Governador do Paraná

Beto Richa

Secretário de Estado da Saúde

Michele Caputo Neto

Diretor-geral

Sezifredo Paulo Alves Paz

Superintendente de Atenção à Saúde

Juliano Schmidt Gevaerd

Departamento de Atenção às Condições Crônicas

Marcia Terezinha Steil

Divisão de Saúde Bucal

Guilherme Graziani

Organizadores

Carolina Azim Schiller

Daniela Kubiak F. Paciornik

Gabriela Pereira Afonso

Guilherme Graziani

Léo Kriger

Maribel Melani Camatti

Consultoria

Maria Emi Shimazaki

Colaboradores

Cassius Torres

Marcia Baldani

Maria Celeste Morita

Marilene de Souza Vieira Peixoto

Mitsue Fujimaki

Samuel Jorge Moysés

Homologação

Associação Brasileira de Odontologia –
Seção Paraná

Conselho Regional de Odontologia
– Seção Paraná

Universidade Estadual de Londrina

Universidade Estadual de Maringá

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Universidade Federal do Paraná

©2016. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Rua Piquiri, 170 - Rebouças
CEP 20230 140
TEL 41 3330 4300
www.saude.pr.gov.br

Catálogo na fonte: SESA/ESPP/BIBLIOTECA

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde.

Linha guia rede de saúde bucal. - Curitiba: SESA, 2016. 92 p.

1. Saúde bucal. 1. Título

CDD:617.601

APRESENTAÇÃO

A construção de uma Política Estadual de Saúde Bucal, em moldes modernos e dentro de parâmetros de gestão condizentes com a realidade do Paraná, marcou a atual gestão da Secretaria de Estado da Saúde.

O trabalho de planejamento, com a integração de todas as áreas da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) e a aproximação crescente com as Regionais de Saúde, possibilitou grandes avanços na definição e na consolidação da nova política da saúde bucal.

A mudança de paradigma, com o estabelecimento de um modelo de gestão que prioriza o trabalho em equipe e a educação permanente dos profissionais de saúde bucal, foi o ponto de partida do trabalho. Depois, vieram a discussão do novo processo de trabalho e de um modelo integrado de atenção à saúde bucal, com ênfase na valorização profissional, no acolhimento e na humanização.

O lançamento da Rede de Atenção à Saúde Bucal, em abril de 2014, foi o marco consolidador das ideias e ações geradas nos três primeiros anos de trabalho da atual gestão.

O estabelecimento de parcerias com as Universidades Estaduais, para que atuem como pontos de atenção secundária na Rede de Atenção à Saúde Bucal e ofereçam cursos de atualização profissional para os profissionais de saúde bucal das equipes de todos os municípios, complementa o planejamento proposto.

Esta Linha Guia pretende ser uma ferramenta que visa contribuir com o trabalho das equipes de saúde bucal dos municípios do Paraná, revendo conceitos e sugerindo mudanças para uma melhor qualidade da saúde da população.

Michele Caputo Neto
Secretário de Estado da Saúde

SUMÁRIO

1 _ Introdução	9
2 _ Promoção de Saúde Bucal	10
3 _ A Rede de Atenção à Saúde Bucal	11
3.1 _ Os Níveis de Atenção à Saúde Bucal	14
3.2 _ A Competência dos Pontos de Atenção na Rede de Atenção à Saúde Bucal	21
3.3 _ Ações nos Pontos de Atenção à Saúde	23
3.3.1 _ Acolhimento	23
3.3.2 _ Atenção de acordo com a estratificação de risco.....	24
3.3.3 _ Atendimento de urgência	30
3.3.4 _ Atendimento à gestante	33
3.3.5 _ Atendimento na primeira infância: a meta zero cárie	35
4 _ Genograma ou árvore familiar	40
5 _ A Competência das Secretarias Municipais e Estadual da Saúde	44
6 _ O modelo integrado de Atenção à Saúde Bucal	46
6.1 _ O Processo de Trabalho	46
6.2 _ As Patologias e Condições em Saúde Bucal	49
6.2.1 _ A doença cárie	49
6.2.2 _ A doença periodontal.....	53
6.2.3 _ O câncer bucal	56
6.2.4 _ A má oclusão	64
6.2.5 _ O edentulismo.....	64
6.2.6 _ A endodontia	70
6.2.7 _ Pessoa com necessidade especial	71
BIBLIOGRAFIA.....	72
ANEXOS	75

Lista de Figuras e Quadros

F1 _ Mapa Estratégico da Rede de Atenção à Saúde Bucal	13
Q1 _ Unidade de Atendimento por Nível de Atenção e Grau de Resolubilidade.....	16
Q2 _ Matriz de Competência dos Pontos de Atenção na Rede de Atenção à Saúde Bucal	21
Q3 _ Estratificação de Risco em Saúde Bucal	27

Lista de Acrônimos e Siglas

ART.....	Tratamento Restaurador Atraumático
CAIF.....	Centro de Atendimento ao Fissurado Palatino
CENSE.....	Centro de Socioeducação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB.....	Comissão Intergestora Bipartite
CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
CRAID.....	Centro de Atendimento Integral ao Deficiente
ISG.....	Índice de Saúde Gengival
IPV	Índice de Placa Visível

1_ INTRODUÇÃO

O estabelecimento de um modelo de atenção à saúde bucal para o Estado do Paraná é o eixo norteador desta Linha Guia.

A definição de conceitos, mostrando claramente a diferença entre a assistência à saúde e atenção à saúde, dá o tom do paradigma que se pretende estabelecer para o cuidado da saúde bucal no Estado. Diferente da Assistência à Saúde, que se refere ao conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos aos usuários individuais, doentes ou não, a Atenção à Saúde caracteriza-se pelo conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, controle das doenças, tratamento das sequelas e reabilitação, executados em um processo de integralidade (NARVAI, 1994).

Na Atenção à Saúde, a atuação profissional não se esgota ao final do ato técnico, mas sim com a resolução dos problemas de saúde do usuário.

Na Atenção à Saúde, o profissional irá atuar sobre todos os determinantes do processo saúde-doença bucal, ampliando sua abrangência de ação, não apenas dentro do próprio setor saúde, mas articulando e coordenando ações multissetoriais, desenvolvidas no conjunto da sociedade (MORITA e KRIGER, 2006).

A construção do Mapa Estratégico ressalta a importância da missão, da visão, dos valores, do processo, da gestão e da questão financeira de uma Rede estruturada cujo objetivo maior é oferecer os melhores resultados de saúde bucal para a população do Estado.

O entendimento do conceito de risco e sua aplicação clínica tem um papel importante neste novo modelo, estabelecendo a estratificação de risco, baseada em fatores biológicos, odontológicos, de autocuidado e critérios específicos para crianças de 0 a 5 anos. Com a estratificação, o atendimento aos usuários passa a ser realizado dentro de parâmetros mais científicos e humanos.

A utilização desta Linha Guia pelas equipes de saúde bucal dos municípios permitirá uma homogeneização de conceitos e de processo laboral na busca de um trabalho mais efetivo e eficiente, com foco na qualidade da atenção e na humanização.

2_ PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

A incorporação da Promoção de Saúde pelas equipes de saúde bucal desperta e desenvolve a qualidade de educador indo além do modelo tradicional de diagnóstico de lesões bucais, inclui o conhecimento dos aspectos psicológicos, sociais, atitudes e expectativas do paciente, em relação a sua saúde geral e especificamente de sua boca. O diagnóstico é mais amplo aumentando as chances de sucesso em educação em saúde e nos resultados do tratamento restaurador. (HAMILTON T. BELLINI).

Com a Promoção de Saúde, o paciente deixa de ser passivo e passa a desempenhar um papel de protagonista, trabalhando em conjunto com o profissional na busca de aprimorar a educação em saúde, tendo assim um autocontrole de sua saúde passando a ser um promotor de conhecimento.

A mudança do paradigma entre o modelo cirúrgico-restaurador para um modelo em que a promoção de saúde passa a ser um dos norteadores das políticas públicas em Saúde Bucal tendo a educação como um dos pilares do autocuidado buscando indivíduos saudáveis e com bocas saudáveis.

3_ A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A Rede de Atenção à Saúde Bucal é um conjunto de ações que envolve o controle das doenças bucais, através da promoção da saúde, prevenção em saúde, limitação dos danos causados pelas doenças e reabilitação integral do paciente.

Esse conjunto de ações é balizado pela Estratificação de Risco, que em relação à saúde bucal assume uma característica particular, envolvendo o atendimento de atenção primária, nas Unidades de Atenção Primária, o atendimento secundário, nos Centros de Especialidades Odontológicas, e o atendimento terciário, em Unidades Hospitalares.

A Rede de Atenção à Saúde Bucal está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde, proposta por Mendes (2011). Essa rede se consolidará a partir da implantação dos seus cinco componentes:

- Atenção Primária, realizada nas Unidades de Atenção Primária, com qualidade, resolubilidade, através de ações de promoção de saúde, prevenção das doenças, tratamento clínico para limitação dos danos e sequelas causadas pelas doenças, sendo a ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território.
- Atenção Secundária, realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas, através de referência das Unidades de Atenção Primária à Saúde, com ações especializadas nas áreas de diagnóstico bucal, cirurgia bucal, periodontia, endodontia, reabilitação protética, ortodontia, além do atendimento às pessoas com necessidades especiais.
- Atenção Terciária, realizada em unidades hospitalares de referência, para o atendimento de pessoas com deficiência, com dificuldade de adesão ao tratamento convencional, pacientes oncológicos, com deformidades e traumas faciais, referenciados pela atenção secundária.
- Sistemas logísticos, composto pelo cartão SUS, prontuário, carteiras da criança e da gestante, transporte sanitário eletivo para pessoas com deficiência e de urgência, em casos de trauma e a regulação.
- Sistema de governança da Rede, por meio da Comissão Intergestora Bipartite e CIB regionais.

O público-alvo da Rede será toda a população paranaense, que hoje representa um universo de 11.081.692 pessoas, para as quais se pretende oferecer ações de saúde bucal para melhorar a qualidade de vida desta população.

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como os centros especializados, os hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc. tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala. No caso da Rede de Atenção à Saúde Bucal, esses serviços são os ofertados nas Unidades de Atenção Primária, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2011). No caso da Rede de Atenção à Saúde Bucal, esses serviços são ofertados nos Centros de Especialidades Odontológicas e Unidades Hospitalares de Referência.

Os pontos de atenção à saúde são os nós da rede de atenção à saúde e configuram-se como um local que presta um serviço de saúde singular, segundo uma função de produção específica.

Exemplos de pontos de atenção à saúde: o domicílio, a unidade de Atenção Primária, a Estratégia de Saúde da Família, os Centros de Especialidades Odontológicas. Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, os hospitais serão pontos de atenção específicos para o atendimento de pessoas com deficiência, tratamento cirúrgico e quimioterápico de pacientes portadores de câncer bucal, deformidades e traumatismos faciais. No caso de emergências odontológicas, o atendimento hospitalar será referenciado diretamente pela Unidade de Atenção Primária. Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços. O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis:

- o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde;
- a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços;
- a efetividade esperada dos serviços de saúde;
- a distância dos serviços de saúde.

Mapa Estratégico da Rede de Atenção à Saúde Bucal

Missão	Formular e desenvolver a Política Estadual de Saúde Bucal, para organizar de maneira articulada e resolutiva a Rede de Atenção à Saúde Bucal, em benefício da população paranaense.
Visão	Desenvolver, até 2020, um modelo de gestão articulado com as demais áreas governamentais e da sociedade civil, que proporcione saúde bucal de qualidade aos cidadãos paranaenses.
Valores	Ética, Competência, Comprometimento, Cidadania e Humanismo.
Resultados para a Sociedade	Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal.
Processo	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o acesso aos diversos pontos de atenção, em especial na APS e nos Centros de Especialidades Odontológicas e na Atenção Terciária. - Melhorar a qualidade e resolubilidade em saúde bucal nos diversos pontos de atenção da rede. - Fomentar ações de promoção a saúde, prevenção de agravos em saúde bucal e reabilitação integral do paciente, por meio de ações intersetoriais e sociedade civil. - Disponibilizar exames de apoio e diagnóstico para doenças bucais. <ul style="list-style-type: none"> - Viabilizar sistema logístico para tratamentos referenciados fora do domicílio do paciente.

<p>Gestão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a articulação com outras áreas governamentais e sociedade civil. - Desenhar/organizar a Rede de Atenção à Saúde Bucal, com definição das competências de cada ponto de Atenção, incluindo sistemas de apoio/diagnóstico e sistemas logísticos. - Implantar o plano de qualificação dos pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde Bucal. - Implantar e implementar novas tecnologias de abordagem e cuidado na Rede de Atenção à Saúde Bucal. - Implantar plano de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde Bucal. - Desenvolver educação permanente para a Rede de Atenção à Saúde Bucal.
<p>Financeira</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir incentivo financeiro Estadual para os serviços da Rede de Atenção à Saúde Bucal, segundo critérios de qualidade preestabelecidos. - Garantir recurso financeiro para melhoria da infraestrutura e ambiência.

3.1_ OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, iniciam e evoluem lentamente. Usualmente apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas, nas quais em geral pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional.

Muitas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização, como uma pulpíte ou um abscesso periodontal, por exemplo, que devem ser enfrentados pela Rede de Atenção à Saúde na mesma lógica relativa ao atendimento das condições agudas.

Como condições crônicas, a doença cárie e a doença periodontal podem ser controladas na Atenção Primária à Saúde, com ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico precoce, limitação dos agravos. O diagnóstico precoce do câncer bucal, as alterações oclusais, a fase clínica da prótese e a situação de urgência odontológica também compõe o rol de competências da Atenção Primária à Saúde.

Assim, as Unidades de Atenção Primária respondem por 80% da atenção em saúde bucal.

Na falta desse controle, ocorrerá a evolução e/ou a agudização dessas condições crônicas, exigindo ações terapêuticas mais complexas, referenciadas para os Centros de Especialidades Odontológicas, com intervenções nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia e prótese.

Outros procedimentos que exigem maior densidade tecnológica e capacitação, como o tratamento ortodôntico e a implantodontia, também são atribuições da Atenção Secundária. O atendimento a pessoas com deficiência deve merecer atenção especial nos Centros de Especialidades Odontológicas.

Tais procedimentos respondem, estimativamente, por 17% das necessidades de atenção em saúde bucal.

Na Atenção Terciária, cujas atividades serão realizadas em unidades hospitalares de referência, serão atendidas pessoas com deficiência, com dificuldade de adesão ao tratamento, sob anestesia geral. Esses pacientes serão referenciados pela atenção secundária ao tratamento convencional, sob anestesia geral. Os pacientes com emergências odontológicas, como traumas, hemorragias, abscessos comprometedores e pacientes debilitados, que necessitam de apoio de infraestrutura hospitalar, devem ser encaminhados diretamente do nível primário para o nível hospitalar.

Os atendimentos cirúrgicos a pacientes portadores de câncer bucal e com problemas complexos nos maxilares também deverão ser realizados em âmbito hospitalar, que responde estimativamente por 3% das necessidades da atenção em saúde bucal.

Quadro 1: Unidade de Atendimento por Nível de Atenção e Grau de Resolubilidade

Nível	Unidade de Atendimento	Resolubilidade
Primário	Unidades de Atenção Primária	80%
Secundário	Centros de Especialidades Odontológicas	17%
Terciário	Hospitais de referência	3%

Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária é a porta de entrada da rede e ordena o cuidado nos outros níveis de atenção. A Rede de Atenção à Saúde Bucal será desenvolvida nos 399 municípios do Estado, que contam com equipamentos e profissionais para o desenvolvimento de ações de saúde bucal. Na atenção primária, as ações deverão ser desenvolvidas na Unidade de Atenção Primária mais próxima da residência do usuário, organizada ou não, por meio da Estratégia de Saúde da Família.

A Atenção Primária à Saúde será responsável pelas ações de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças bucais e reabilitação do paciente, encaminhando à atenção especializada os casos de maior complexidade. A estratificação do risco do paciente deverá ser realizada pela equipe de saúde bucal na primeira consulta, registrada em seu prontuário, e utilizada como fator de influência no plano de tratamento.

Os Centros de Socioeducação (CENSE) atuarão como pontos de atenção primária para o atendimento de adolescentes em conflito com a lei. Atualmente, o Paraná conta com 19 CENSEs, onde estão internados os adolescentes em conflito com a lei. O objetivo é oferecer atenção integral à saúde bucal a estes adolescentes em regime de internação fechada.

Atenção Secundária à Saúde

A Atenção Secundária à Saúde terá como pontos de atenção os Centros de Especialidades Odontológicas, os ambulatórios das Universidades Estaduais (Universidade Estadual de Londrina, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Universidade Estadual de Maringá e Universidade Estadual do Oeste do Paraná), além do Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID), para pessoas com deficiência, e do Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Palatino (CAIF), para pacientes portadores de fissura palatina.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) serão pontos de atenção secundária da Rede de Atenção à Saúde Bucal, funcionando como um sistema de referência regulado, com base territorial estabelecida, completando as ações de saúde bucal realizadas pela atenção primária.

Seguindo o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), os profissionais do CEO apoiarão as equipes da APS. Sugere-se que este envolvimento implique em capacitações respeitando o princípio da integralidade do sistema.

A referência aos Centros de Especialidades Odontológicas será realizada pelas equipes da Atenção Primária, devendo ser respeitados os fluxos de encaminhamento.

O usuário deve ser encaminhado com eliminação da dor e com ações realizadas para controle da infecção bucal. Dentre estas ações destacamos:

- instruções de higiene oral;
- profilaxia e controle da placa com RAP supragengival;
- adequação do meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa;
- remoção de restos radiculares;
- selamento das cavidades, preconizando a técnica do ART (Tratamento Restaurador Atraumático).

Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem primeiramente ser estabilizados na APS para posterior encaminhamento.

Ao final dos procedimentos especializados, o usuário deverá ser encaminhado à atenção primária, num sistema de contrarreferência organizado, no qual deve ser incluído o plano de tratamento para o acompanhamento dele.

Cabe aos CEOs realizar, também, ações de apoio na atenção primária, no âmbito regional e macrorregional, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos de atenção da Rede.

A atuação dos Centros de Especialidades Odontológicas poderá ter abrangência municipal, mas preferencialmente sua abrangência deverá ser para uma região de saúde, dentro de um novo princípio de regionalização do SUS, de acordo com os planos Municipais e Regionais de saúde de cada Estado. 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.

A implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, de acordo com a portaria GM/MS nº 1.570, de 29 de julho de 2004 e com a Resolução SESA nº 152/2012, deverá respeitar uma base populacional, devendo o município ou o grupo de municípios apresentar as seguintes condições:

- CEO tipo 1: para no mínimo 50 mil habitantes, 60% de cobertura de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.
- CEO tipo 2: para atender uma população entre 50 e 100 mil habitantes, com cobertura de 40% de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.
- CEO tipo 3: para atender uma população acima de 100 mil habitantes, com cobertura de 25% das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

Para participar de CEO com âmbito regional, os municípios devem atender a cobertura mínima estipulada.

Caberá aos Centros de Especialidades Odontológicas a execução mínima das seguintes atividades clínicas:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- Endodontia;
- Periodontia;
- Atendimento as pessoas com necessidades especiais;

Os procedimentos de prótese, ortodontia e implante poderão ser ofertados pelos CEOs em caráter eletivo.

Salienta-se que o encaminhamento para cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial ambulatorial depende da complexidade do procedimento ou ausência de condições técnicas para a realização do procedimento na APS.

As Universidades Estaduais do Paraná (Universidade Estadual de Ponta Grossa, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Estadual de Maringá e Universidade Estadual do Oeste Paranaense) serão pontos de atenção secundária da Rede de Atenção à Saúde Bucal, responsabilizando-se pelas seguintes atividades:

- Atendimento à pessoa com deficiência;
- Atendimento de casos clínicos complexos, encaminhados pela atenção básica ou Centro de Especialidades Odontológicas nas áreas de diagnóstico e patologia bucal, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, odontopediatria, ortodontia, prótese, cirurgia bucomaxilar;
- Exames anatomopatológicos de lesões da cavidade bucal;
- Controle de qualidade dos exames anatomopatológicos de lesões da cavidade oral;
- Educação permanente dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

O Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente, como ponto de atenção secundária, deverá:

- a) garantir o acolhimento, acessibilidade e cuidado humanizado às pessoas com necessidades especiais;
- b) realizar tratamento ambulatorial às pessoas com necessidades especiais;
- c) encaminhar para atendimento hospitalar, sob anestesia geral, pessoas com deficiência intelectual, com agitação que não permita o manejo clínico sem o uso de anestesia geral.

O Centro de Atenção Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF), como ponto de atenção secundária, deverá:

- Garantir acolhimento, acessibilidade e cuidado humanizado aos pacientes portadores de deformidades congênitas da face;
- Realizar o tratamento clínico e a reabilitação de indivíduos com deformidades congênitas de face e/ou crânio, entre as quais incluem-se as fissuras orofaciais;
- Manter a saúde bucal dos pacientes que demandam o serviço, através de procedimentos preventivos, curativos e de intervenção ortodôntico-ortopédica e cirúrgica, visando corrigir as alterações das arcadas dentárias.

Atenção Terciária à Saúde

- A Atenção Terciária na Rede de Atenção à Saúde Bucal será realizada em unidades hospitalares de referência, onde preferencialmente serão atendidas, sob anestesia geral, as pessoas com necessidades especiais, com dificuldade de adesão ao tratamento;
- Caberá também ao nível terciário de atenção o atendimento de pacientes portadores de câncer bucal e os que apresentam problemas complexos de deformidade maxilofacial;
- Esses pacientes serão referenciados pela Atenção Primária, em casos eletivos, e pela Atenção Secundária;
- Também na Atenção Terciária serão atendidos os pacientes com emergências odontológicas que necessitam de apoio da infraestrutura hospitalar.

Compete aos serviços de Atenção Terciária:

- a) receber o paciente referenciado pela Atenção Secundária, realizando os procedimentos cirúrgicos necessários;
- b) prestar atendimento hospitalar a pessoas com necessidades especiais, sob anestesia geral;
- c) realizar o atendimento cirúrgico de pacientes com deformidades orofaciais;
- d) prestar atendimento cirúrgico a pacientes oncológicos;
- e) oferecer atendimento ao trauma bucomaxilofacial;
- f) oferecer atendimento a pacientes com emergências odontológicas que necessitam de apoio da infraestrutura hospitalar.

3.2_ A COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Quadro 2: Matriz de Competência dos Pontos de Atenção na Rede de Atenção à Saúde Bucal

Ponto de Atenção	Competência do Ponto de Atenção	Território Sanitário
Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de fatores de risco <ul style="list-style-type: none"> • Busca ativa • Atenção domiciliar <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado • Educação em saúde 	Domicílio
UAP	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Cadastramento • Estratificação de risco • Educação em saúde <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento de urgência • Procedimentos clínicos e cirúrgicos 	Território de abrangência
CENSE	Atenção integral à saúde bucal dos adolescentes em conflitos com a lei	Território de abrangência
Centros de Especialidades Odontológicas	Atendimento especializado em endodontia, periodontia, diagnóstico de lesões bucais, cirurgia, pessoas com deficiência, odontopediatria, prótese, ortodontia e implantodontia. Contrarreferência para UBS	Território de abrangência

CAIF	Atendimento a pacientes portadores de deformidades congênitas da face	Estadual
CRAID	Atendimento às pessoas com deficiência	Macrorregião
Instituições de Ensino Superior Estaduais	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento clínico às pessoas com deficiência • Exames anatomopatológico de lesões da cavidade bucal • Controle de qualidade dos exames anatomopatológicos • Atendimento especializado de casos clínicos complexos de cirurgia bucal, dentística restauradora, endodontia, periodontia, odontopediatria e ortodontia • Capacitação de profissionais de saúde bucal 	Macrorregião
Hospitais de referência	Atendimento às pessoas com deficiência, pacientes portadores de câncer bucal, pacientes com deformidades maxilofaciais, pacientes com traumas bucomaxilofaciais e pacientes em emergências odontológicas	Macrorregião

3.3_ AÇÕES NOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Unidades de Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família devem ser as ordenadoras do cuidado da saúde bucal dos usuários, enfatizando a busca ativa, responsabilizando-se pelo seu cadastramento e assumindo a responsabilidade pelo atendimento em seu território de atuação, garantindo o cuidado e a resolubilidade da atenção em saúde bucal.

Na educação em saúde, devem ser enfatizados o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários, instrumentando-os para a mudança de hábitos e controle de manutenção de sua saúde.

O objetivo maior da educação em saúde é a mudança de comportamento do usuário, transformando-o em ator ativo do processo saúde e doença.

3.3.1_ ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização da equipe que o atende pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento e saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. O acolhimento passa por toda a “trajetória” do usuário, desde o momento que ele se aproxima do serviço de saúde por meio da identificação dos riscos, por onde entra, quem o recebe, como o recebe, quem o orienta, quem o atende, para onde ele vai depois do atendimento, enfim, todas as etapas que o usuário percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas.

A diminuição de barreiras ao acesso do usuário, a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e o usuário, e a personalização do trabalho aparecem como nós críticos para a implantação do acolhimento nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

A superação desses nós é um dos objetivos para a melhoria da qualidade de atendimento ao usuário e o desenvolvimento harmônico do trabalho da equipe de saúde.

A qualidade dos serviços ofertados e a satisfação dos usuários estão diretamente relacionadas à humanização do atendimento, às condições de acesso aos serviços.

O acolhimento propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento dos serviços de saúde, tendo como centro de sua atuação o usuário.

Alguns princípios para o acolhimento precisam ser considerados, estabelecendo uma relação profissional de saúde-usuário baseada na solidariedade, humanização e cidadania, além da garantia da acessibilidade a todos os usuários, promovendo a escuta qualificada de suas necessidades e dando respostas positivas para elas.

A reorganização do processo de trabalho, valorizando a atenção a cada usuário, fecha este rol de princípios indispensáveis para a mudança do modelo de atenção proposto.

3.3.2_ ATENÇÃO DE ACORDO COM A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

O processo de estratificação da população é central nos modelos de atenção à saúde porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de risco. Sua lógica se apoia num manejo diferenciado, pela APS, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

A estratificação da população, em vez de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as por risco e define nas diretrizes clínicas os tipos de atenção a cada grupo populacional. Desta forma, os portadores de condições crônicas de menores riscos têm sua condição centrada em tecnologias de autocuidado apoiado e com foco na APS, enquanto que os portadores de condições de médio e alto risco têm uma presença mais significativa de atenção profissional, com uma concentração maior de cuidados pela equipe de saúde e com a coparticipação da APS e, nos casos de alto risco, a atenção especializada.

Quando uma população não é estratificada por riscos, pode-se subofertar cuidados necessários a portadores de maiores riscos e/ou sobreofertar cuidados desnecessários a portadores de condições de menores riscos produzindo, por consequência uma atenção inefetiva e ineficiente.

A estratificação de risco deve ser realizada pelo cirurgião-dentista, sempre na primeira consulta individual agendada.

O objetivo da estratificação de risco é o de permitir a priorização do atendimento aos que tem maior risco e atividade de doença e definir o planejamento terapêutico de cada usuário.

Na estratificação de risco, o profissional deve levar em consideração os fatores determinantes de risco, não só biológicos e odontológicos, mas também os de autocuidado, e para crianças de 0 a 5 anos acrescenta-se os critérios específicos desta faixa etária.

A determinação do risco individual deve ser anotada no prontuário do usuário, servindo de base para o plano de tratamento e o posterior monitoramento da saúde bucal dele.

O AUTOCUIDADO APOIADO

O autocuidado apoiado objetiva preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Isso se faz por meio de:

- ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde;
- uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, a elaboração dos planos de cuidado, as tecnologias de solução de problemas e o monitoramento;
- organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias.

O efetivo autocuidado é muito mais do que dizer às pessoas usuárias o que devem fazer. Significa reconhecer o papel central das pessoas usuárias na atenção à saúde e desenvolver um sentido de autorresponsabilidade sanitária. Inclui o uso regular de programas de apoio, construídos com base em evidências científicas, que possam prover informações, suporte emocional e estratégias de convivência com as condições crônicas. O autocuidado não começa e termina com uma aula. Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.

A Estratificação de Risco em Saúde Bucal

A estratificação de risco é um processo dinâmico. O usuário que retorna no seu monitoramento anual, semestral ou trimestral deve ser estratificado novamente. Da mesma forma, quando o usuário retorna da interconsulta do CEO, deve ser reestratificado pela equipe da APS. As ações de educação em saúde executadas periodicamente pela equipe da APS devem surtir efeito positivo, diminuindo o estrato de risco dos usuários.

O conceito de risco tem sido bastante enfatizado na literatura odontológica, com fortes evidências científicas e clínicas de sua utilização na prática clínica individual e na Saúde Coletiva.

A determinação de fatores de risco para as doenças bucais, principalmente a doença cárie e a doença periodontal, tem merecido um grande número de estudos, visando estabelecer critérios para o diagnóstico precoce e o pronto atendimento e principalmente para o monitoramento dos pacientes ao longo do tempo.

Fortes evidências têm mostrado a relação de alguns fatores de risco ao desenvolvimento de doenças bucais.

Alguns desses fatores de risco, em relação à doença cárie, como a experiência passada e presente de lesões cáries, a frequência do consumo de açúcar, a presença de biofilme, a atividade da doença, a exposição ao flúor e a qualidade da saliva (fluxo salivar e capacidade tampão) jogam papel importante neste processo (MOYSÉS, 2009).

Associados aos fatores biológicos, os fatores de autocuidado devem ser bastante considerados na composição da estratificação de risco da população.

As crianças de 0 a 5 anos, que são um grupo prioritário para a estratificação de risco e intervenção o mais precoce, além de pontuar pelos critérios biológicos, odontológicos e de autocuidado, têm critérios específicos relevantes a esta faixa etária.

A estratificação de risco deve ser sempre considerada, devendo ser realizada rotineiramente pelos profissionais dos serviços.

É importante que o risco seja documentado na ficha do paciente e utilizado como fator de influência sobre o plano de tratamento.

Na estratificação de risco, os pacientes serão considerados como de Baixo, Médio e Alto Risco, com base nos seguintes critérios, utilizando escores cuja somatória definirá o risco individual do paciente.

Tabela de critérios de estratificação de risco em saúde bucal	
Item	Escore padrão
Critérios biológicos	
O usuário apresenta condição crônica: diabetes, hipertensão, gestante ou idoso	2
Usuário com deficiência intelectual	3
Usuário acamado	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3
Criança de 6-11 anos ou adolescente de 12-19 anos	4
Critérios odontológicos	
O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses	2
O usuário apresenta mancha branca ativa	1
O usuário apresenta boca seca	2
O usuário apresenta lesão de cárie em até 3 dentes	2
O usuário apresenta lesão de cárie em 4 a 7 dentes	3
O usuário apresenta lesão de cárie em mais de 8 dentes	4
O usuário está com ferida na boca a mais de 15 dias	3
O usuário está com sangramento na boca	2
O usuário está com algum dente permanente mole	3
O usuário precisa de prótese total	2
O usuário precisa de prótese parcial	1
O usuário tem perda de 1 ou mais dentes	4
O usuário necessita de endodontia conforme LG*	30
O usuário necessita de periodontia conforme LG*	30
O usuário necessita de cirurgia complexa conforme LG*	30
O usuário necessita de diagnóstico de lesão conforme LG*	30

O usuário é portador de necessidade especial que precisa de atendimento odontológico no serviço especializado conforme LG*	30
--	----

*Linha Guia

Critérios de autocuidado

O usuário, mãe ou cuidador com baixa escolaridade (até 4º ano do ensino fundamental)	3
O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente	2
O usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3
O usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3
O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3
O usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3

Critério para crianças de 0-5 anos

A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior	3
A criança usa chupeta adoçada com açúcar ou mel	3
A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene	3
A criança faz sua higiene sem a supervisão/complementação de um adulto	3
A criança apresenta dentes fusionados e/ou hipocalcificados e/ou hipoplasia e/ou defeito congênito	2

Escore total do usuário

IMPORTANTE: A somatória dos escores dos critérios biológicos, odontológicos, de autocuidado e para crianças de 0-5 anos define a estratificação.

Pontos	Riscos
0 a 10 pontos	Baixo Risco
11 a 30 pontos	Médio Risco
Acima de 30 pontos	Alto Risco

ORIENTAÇÕES SOBRE OS CRITÉRIOS DA ESTRATIFICAÇÃO:

- As condições crônicas diabetes e hipertensão são pontuadas mesmo que o usuário esteja em controle, e a pessoa é considerada idosa pela lei a partir de 60 anos.
- Deficiência intelectual é considerada quando a pessoa apresenta um atraso no seu desenvolvimento, dificuldade para aprender e realizar tarefas do dia a dia e interagir com o meio em que vive.
- Usuário acamado é aquele paciente que se encontra na cama, esporadicamente por alguma necessidade pode sair com cadeira de rodas.
- Usuário de álcool ou tabaco é quando a pessoa faz uso diário destas substâncias ou drogas ilícitas independentemente da frequência.
- A mancha branca ativa deve ser vista com o dente seco, iluminado e limpo.
- O sangramento na boca pode ser quando o paciente escova ou passa fio dental.
- O usuário que precisa de prótese é quando a antiga já não está mais em função ou por não ter ainda a prótese.
- O usuário tem perda de dentes; desconsiderar os dentes do siso, dentes decíduos, extração de dentes para tratamento ortodôntico ou no caso de alguma agenesia.
- A necessidade das especialidades está melhor descrita no capítulo das doenças bucais ao final desta Linha Guia.
- Baixa escolaridade é considerado estudo até o 4º ano do ensino fundamental.
- O consumo regular de água fluoretada (da rede de abastecimento) pode ser ou no preparo de alimentos ou na ingestão frequente.
- Quando o usuário não faz uso de creme dental fluoretado ao menos 1 vez ao dia, pontua no critério “não faz uso regular de creme dental fluoretado”.
- Uso de mamadeira sem higiene, independentemente se é noturna ou diurna e se é adoçada ou não.
- A escovação sem supervisão/complementação de um adulto é quando em nenhum momento do dia o adulto ou responsável consegue acompanhar e/ou complementar a escovação da criança.
- Comportamento não colaborador da criança é quando esta impede que o adulto conclua a higiene dela quando necessário.
- Uso de chupeta adoçada com mel, açúcar ou qualquer outra substância com sacarose em algum momento do dia.

Paciente de baixo risco

São considerados pacientes de baixo risco aqueles sem atividade de doenças, sem problemas estéticos e funcionais que necessitam de um monitoramento de sua saúde bucal.

O paciente considerado de baixo risco terá em média duas consultas para a consecução do seu plano de tratamento e uma consulta anual para o seu monitoramento.

Paciente de risco médio

São considerados pacientes de risco médio aqueles com atividade de doença presente e/ou com sequelas da doença cárie e da doença periodontal, podendo ou não ter necessidade de prótese dentária, que necessitam de atenção clínica e acompanhamento ao longo do tempo, classificados em:

A) Paciente com doença ativa, apresentando:

- Cárie ativa caracterizada por lesão branca de aspecto opaco e rugoso e presença de cavidades com dentina amolecida
- Gengiva com sangramento evidenciando processo inflamatório gengival
- Presença de cálculo supragengival
- Dentes com cavidades que necessitam de tratamento restaurador

B) Paciente com sequelas de doença, apresentando:

- Dentes com cavidades que necessitam de tratamento restaurador complexo
- Dentes com cavidades que necessitam de tratamento endodôntico
- Limitações funcionais e estéticas, prejudicando o relacionamento social e dificuldades de mastigação, deglutição e fala
- Presença de cálculo subgengival
- Necessidade de próteses

O atendimento ao paciente de médio risco terá 3 a 5 consultas para realização do seu tratamento e o monitoramento deverá ser semestral.

Paciente de alto risco

O atendimento ao paciente de alto risco pouco difere daquele oferecido ao paciente de médio risco. A diferença está no número de consultas necessárias para a consecução do plano de tratamento (em média 6 consultas) e a frequência do monitoramento.

3.3.3 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

No atendimento de urgência, os usuários devem ser classificados em vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A escala concebida vem de encontro com escalas descritas na literatura (EVANS et al., 2001; SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2007; MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008; PADILHA, 2012).

Vermelho: Emergência odontológica, que deve ser encaminhada ao Hospital de Referência ou que necessite de um atendimento especializado. Considera-se como prioridade máxima do atendimento: hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local); infecções de origem buco-dental graves com possibilidade de comprometimento sistêmico; tumefação extensa atingindo área dos olhos ou ocasionando dificuldade para engolir/respirar e os traumas maiores como os faciais, com suspeitas de fraturas ósseas e lacerações faciais extensas.

Laranja: Os casos de prioridade laranja incluem as hemorragias menores (controláveis por medidas locais); traumatismos dento-alveolares ocorridos em tempo inferior a duas horas; abscessos agudos; tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor de origem dentária intensa, espontânea e contínua. A presença de usuários institucionalizados, que requerem escolta, trazem constrangimentos aos trabalhadores e aos demais usuários, assim como risco de complicações como uma eventual tentativa de fuga ou resgate. Por isso, devem retornar o mais rápido possível à instituição de origem, sendo também prioritários.

Amarelo: Usuários com dor intermitente ou noturna, intensa mas com períodos de acalmia, e passível de controle por analgésico devem ser atendidos por ordem de chegada ou dentro de um período de uma hora. São casos em que o usuário não poderá aguardar por atendimento programado, pois a dor é intensa, mesmo que em curtos períodos ou que não esteja com dor no momento.

Verde: Como prioridade verde são incluídas condições que ainda que não sejam caracterizadas como urgências odontológicas mas essas são do ponto de vista do usuário ou por merecerem atenção diferenciada pela condição sistêmica do paciente. O relato de doença crônica descompensada e infecção bucal, lesão bucal autorreferida e perda estética relevante com comprometimento psicossocial devem ser aqui consideradas. O atendimento pode ser feito em até 2 horas, ou agendado para atendimento programado.

Azul: O nível azul compreende todas as demais queixas odontológicas não urgentes, sendo que se destaca dor leve, sensibilidade dentinária, fraturas de restauração, exodontia de decíduos e reparos de peças protéticas. São usuários que têm necessidade de tratamento odontológico percebido como urgente, mas que não são reais e podem aguardar por atendimento dentro de 4 horas ou ser agendado para o atendimento programado.

Observação: Os usuários com idade superior a 60 anos, crianças, pacientes que por condição fisiológica ou patológica se encontrem em situação de vulnerabilidade, como pacientes com necessidades especiais e gestantes terão prioridade com relação aos pacientes do mesmo nível após a determinação da classificação de urgência.

Esta classificação deve ser orientada pelo Auxiliar de Saúde Bucal e/ou Técnico de Saúde Bucal.

Orientação para atendimento de urgência		
Riscos de urgência	Classificação	Recomendação
Hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local). Tumefação extensa com comprometimento sistêmico: dificuldade para engolir ou respirar ou atingindo área dos olhos. Trauma facial maior: fratura óssea ou laceração facial extensa.	Vermelho	Encaminhamento ao hospital de referência
Hemorragia menor (controlada por medidas locais). Traumatismo dento-alveolar ocorrido em tempo inferior a duas horas. Tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor dentária: intensa, espontânea e contínua. Paciente institucionalizado, escoltado, internado.	Laranja	Atendimento prioritário
Dor dentária: moderada a intensa, intermitente ou noturna, mas com períodos de acalmia e passível de controle por analgésico.	Amarelo	Atendimento em até 1 hora
Usuário em situação urgente sob seu ponto de vista psicológico ou por entender merecer atenção diferenciada pela sua condição sistêmica (doença crônica descompensada).	Verde	Atendimento em até 2 horas ou agendado para atendimento programado
Usuário com dor dentária leve, sensibilidade dentinária; fratura de restauração; exodontia de decíduos; reparo de peça protética.	Azul	Atendimento em até 4 horas ou agendado para atendimento programado

3.3.4_ ATENDIMENTO À GESTANTE

Embora tenham ocorrido grandes avanços no conhecimento das doenças bucais, há necessidade de consolidar estas conquistas com um trabalho integrado dos profissionais responsáveis pelo cuidado da saúde das gestantes.

O tratamento fragmentado da boca não é mais concebível nos dias atuais, não devendo ser responsabilidade única do cirurgião-dentista, mas sim deve merecer maior atenção das equipes médica e de enfermagem. O cuidado com a saúde bucal deve ser um trabalho integrado de toda a equipe, pois muitos agravos que acometem a boca têm repercussão na saúde geral do paciente e em sua qualidade de vida. Médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, em conjunto com a equipe de saúde bucal ou isoladamente, devem incluir no seu rol de procedimentos orientações sobre saúde bucal.

Parto prematuro e baixo peso ao nascer são problemas apontados por vários pesquisadores como relacionados com as doenças bucais da gestante, em especial a doença gengival. Por isso, os cuidados com a saúde bucal da gestante devem começar o mais precocemente possível, com ênfase no seu cuidado pessoal e no controle dos fatores de risco.

Nas consultas do pré-natal, a gestante deve receber orientações sobre higiene bucal, com ênfase no controle da placa bacteriana, dieta cariogênica e a necessidade do controle de suas doenças bucais. Para tanto, seria importante considerar uma avaliação da saúde bucal do paciente pela equipe de saúde bucal já na primeira consulta do pré-natal e os problemas detectados resolvidos gradualmente.

Dentro do processo de trabalho que está sendo proposto, o controle da doença cárie e da doença gengival deve ter prioridade. Evidências clínicas e científicas recomendam que o controle da doença cárie seja realizado através da adequação do meio bucal, com o uso de materiais restauradores inteligentes, como o cimento de ionômero de vidro, dando-se preferências às restaurações atraumáticas. O cimento de ionômero de vidro tem boa adesividade à estrutura do dente, capacidade de liberar flúor e resistência que permitirá a sua permanência na cavidade bucal pelo menos até o final da gestação. O uso racional de fluoretos tópicos também é indicado. O controle da placa bacteriana (biofilme dental), por meio do ensino

adequado da escovação dentária, e a raspagem, alisamento e polimento coronário, realizados na Unidade de Atenção Primária à Saúde ou na Estratégia de Saúde da Família, são procedimentos básicos fundamentais para o controle da doença gengival. O aconselhamento dietético, principalmente em relação à dieta cariogênica, é importante para a gestante em si e para o futuro bebê. Mães que consomem muitos alimentos doces apresentam risco de desenvolver na criança um paladar mais aguçado para o doce.

Durante a gestação, a gestante pode apresentar vômitos frequentes e dessa forma sua cavidade bucal fica exposta ao ácido estomacal, podendo ocorrer desgastes no esmalte dental, causando sensibilidade. Ela deve ser orientada a lavar a cavidade bucal com uma colher de chá de bicarbonato de sódio em um copo de água após o vômito para neutralizar o ácido. Deve ser evitado escovar os dentes imediatamente após o vômito e recomenda-se a utilização de escova dental com cerdas macias para reduzir o risco de desgaste.

Com as mudanças que ocorrem no organismo da gestante, a respiração nasal fica mais difícil. Há uma tendência de ocorrer a respiração bucal, especialmente à noite e isso pode causar sensação de boca seca. Essa sensação pode ser amenizada com uma maior ingestão de água e uso de goma de mascar sem açúcar. Deve ser evitado o uso de enxaguantes bucais que contenham álcool em sua fórmula, pois ele pode acentuar a sensação de boca seca.

Seguem algumas orientações sobre o tratamento odontológico por período de gestação:

Primeiro Trimestre - até 14ª semana

- Educação do paciente sobre as alterações fisiológicas gerais e bucais durante a gravidez;
- Tratamento odontológico limitado à profilaxia e tratamento emergencial somente;
- Uso seletivo de radiografias e quando necessário. Evitar radiografias de rotina. Utilizar avental de chumbo e protetores de tireoide para proteção da paciente.

Segundo Trimestre - 14ª a 28ª semana é o período mais seguro para tratamento dentário durante a gravidez.

- Educação, higiene bucal, instrução e controle do biofilme dentário;
- Raspagem e alisamento corono-radicular, polimento, curetagem devem ser

realizados, se necessário;

- Controle de doenças ativas da boca;
- Tratamento e controle da cárie dentária;
- Tratamento cirúrgico, se necessário;
- Evitar radiografias, no entanto podem ser realizadas, se necessário.

Terceiro Trimestre - 29ª semana até o nascimento - Neste período não existe risco para o feto, mas a gestante tem um nível acentuado de desconforto, em função do aumento do volume uterino, aumento de peso, dentre outros fatores. As consultas para tratamento devem ser realizadas com posicionamento adequado da cadeira, com encosto em 45º em relação ao chão, devendo de preferência colocar uma almofada nas costas no lado direito da paciente, para evitar a compressão da veia cava inferior pelo peso do bebê e consequente hipotensão supina.

- Instrução de higiene oral, prevenção e controle do biofilme dentário;
- Raspagem, polimento e curetagem, se necessários;
- Evitar tratamento dentário longo durante a segunda metade do 3º trimestre;
- Evitar radiografias. O uso deve ser seletivo e quando necessário.

3.3.5_ ATENDIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: A META ZERO CÁRIE

Para que seja possível atingir a meta de 100% das crianças nascidas em 2015 chegar aos 5 anos de idade em 2020, com zero cárie, a filosofia de trabalho nesta faixa etária deverá ser bem enfatizada.

A puericultura odontológica deve começar nos primeiros dias de vida do bebê, aproveitando-se a consulta do puerpério, programada para até 7 dias após o parto, quando devem ser dadas orientações e recomendações à nutriz e realizado o primeiro exame clínico para avaliação da higidez dos rodets gengivais e a detecção de alguma anomalia.

As recomendações mais importantes a serem dadas durante essa consulta dizem respeito a:

- Aleitamento e amamentação
- Cárie da primeira infância (cárie de mamadeira)
- Limpeza da boca e dos dentes
- Alterações de desenvolvimento
- Erupção dos dentes (quando e como)
- Chupetas e hábitos viciosos
- Uso de fluoretos

Alimentação e Amamentação:

O aleitamento materno e a amamentação noturna são fundamentais para o bebê nos primeiros seis meses de vida. A criança que mama no peito até os 6 meses tem uma possibilidade menor de adquirir hábitos de sucção não nutritivos, como a sucção do dedo e da chupeta do que aqueles que são amamentados com mamadeira.

Os pais e cuidadores devem ser orientados a não colocar açúcar em frutas e sucos, possibilitando que as crianças apreciem o sabor natural dos alimentos.

Após a erupção dos primeiros dentes, por volta dos 6 meses de idade, o aleitamento e a amamentação noturnos devem ser controlados para que o desmame ocorra por volta dos 24 meses de idade.

Cárie da Primeira Infância:

Conhecida também como cárie de mamadeira ou cárie de aleitamento, a cárie da primeira infância é uma doença aguda que afeta a criança ainda no primeiro ano de vida. A ausência de limpeza ou escovação dos dentes, a presença de um substrato oriundo de resíduos do leite materno, bovino e artificial, o hábito de adoçar chupetas com açúcar ou mel e o aleitamento irrestrito durante o dia são fatores de risco para o aparecimento da cárie da primeira infância. É importante lembrar que durante a noite há uma diminuição da salivagem e também do reflexo da deglutição que favorecem a retenção dos alimentos junto ao dente.

Limpeza e Escovação:

A equipe de saúde bucal deve orientar os pais ou responsável sobre a limpeza da boca do bebê, que deve começar nos primeiros dias de vida. Os rodets gengivais

devem ser limpos após cada mamada com o auxílio de uma gaze ou ponta da fralda embebida em água filtrada ou solução com 1 colher de água oxigenada (vol 10) em 1/2 copo de água potável fria, que deve ser passada delicadamente na gengiva e em toda mucosa oral do bebê pelo menos 1 vez ao dia, para a remoção do leite residual. Esta medida permite que a criança se acostume com a manipulação de sua boca, além de deixá-la mais limpa. A escovação deve ser iniciada após a erupção dos primeiros dentes de leite, por volta dos seis meses, com a utilização de uma escova de cerdas macias e o mínimo de dentífrico.

Alterações de Desenvolvimento:

No exame intrabucal dos bebês, o profissional deve ficar atento a alguma alteração de desenvolvimento. As mais frequentes são cistos, pérolas e nódulos, que na maioria das vezes desaparecem, mas que em alguns casos podem aumentar de tamanho e chamar a atenção, devendo ser observados até a sua involução.

Erupção dos Dentes:

A erupção dos dentes é um processo fisiológico que começa em torno dos seis meses de idade, geralmente com o aparecimento na cavidade bucal dos incisivos inferiores. Pode haver retardo na erupção, o que não deve ser preocupante até os 12 meses. Se não ocorrer a erupção após este período, é necessário investigar pois existe a possibilidade, embora rara, de anodontia. Embora fisiológica, a erupção dos dentes pode vir acompanhada de uma série de sintomas decorrentes dela ou simplesmente coincidentes. Os sintomas mais frequentes são a salivação abundante, diarreia e sono agitado. Outros sintomas, como irritabilidade, coriza, erupção cutânea, febre, vômito, tosse e inapetência, também podem ser relatados pelos pais.

A conduta dos profissionais frente a essas pequenas alterações é de orientação aos pais, recomendando massagem digital sobre os roletes gengivais, bem como o uso de mordedores plásticos resfriados. O uso de soluções tóxicas anestésicas ocasionalmente pode ser indicado.

Além da sintomatologia geral, a erupção dos primeiros dentes pode apresentar distúrbios locais, como o hematoma de erupção, o cisto de erupção e a fibrose gengival. Em todos os casos, o bebê deve ser mais bem avaliado e observado pelo cirurgião-dentista da equipe de saúde.

A criança pode nascer com dentes natais ou vir a tê-los no primeiro mês (dentes neonatais). Nesses casos há necessidade de extração, porque a inserção é apenas na gengiva o que pode prejudicar a amamentação e existir o risco de aspiração dos dentes para o pulmão.

Em torno dos 18 meses aparecem os molares decíduos, quando há necessidade de maior cuidado de limpeza (introdução obrigatória da escova dental).

Aos 36 meses, a dentição decídua completa-se com 10 dentes superiores e 10 inferiores.

Hábitos:

Os hábitos de sucção da chupeta e do dedo podem se manifestar na fase oral do desenvolvimento, nos primeiros dois anos de vida. Contudo, quando mantidos por período prolongado, podem levar a uma alteração de oclusão. Por isso, os profissionais de saúde devem orientar os pais a tentar tirar estes hábitos. Pesquisadores reconhecem a dificuldade na remoção desses costumes, principalmente quando se diz respeito à sucção do dedo.

Se por ventura o comportamento vicioso persistir até a dentição mista (6 anos), fatalmente deverá ser utilizada uma terapia ortodôntica para correção da dentição. Existem algumas técnicas para auxiliar na remoção desse hábito, dentre elas: sugestão noturna, transformação do hábito prazer em hábito obrigação e uso de Férula de Anke.

Flúor:

O flúor é importante para o desenvolvimento dos dentes e sua dose terapêutica é de 0,05 mg/quilo de peso corporal.

A fim de evitar confusões a respeito do mecanismo de ação do flúor e as possibilidades de diferentes modos de aplicação de produtos que o contém, são descritos a seguir os meios coletivos e individuais de seu uso.

Meios Coletivos:

a) Fluoretação das águas de abastecimento público

É considerado o meio mais barato e eficaz na redução da doença cárie em crianças e adultos. Além da ação sistêmica, este método tem também uma ação tópica, na passagem da água pela boca e posteriormente através dos fluidos bucais. Cabe a equipe de saúde bucal conhecer o teor de flúor do seu Município e orientar a população.

No Paraná, a grande maioria dos municípios oferece esse benefício à sua população. Somente pequenos sistemas e a área rural não contam com a adição de flúor em suas águas. O teor ideal de flúor nas águas de abastecimento do Estado está na faixa de 0,6 a 0,8 ppm (partes por milhão), considerando-se 0,7 ppm ou 0,7 mg de flúor por litro o teor ótimo.

b) Dentifrícios fluoretados

O uso sistemático de dentifrícios fluoretados é a maneira mais racional para a prevenção da doença cárie, pois alia a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor. Ele aumenta a concentração de flúor na saliva por cerca de 40 minutos após a escovação. Estudos comprovam uma redução na prevalência de cárie em 21% a 28%, tendo como frequência de uso de 1 vez ao dia, subindo para 40% quando utilizado 2 vezes ao dia.

Crianças menores de seis anos de idade devem usar pequenas quantidades de dentifrícios. Deve-se recomendar a colocação de cerca de 0,3 gramas (equivalente a um grão de arroz). Uma técnica muito utilizada é a técnica transversal, na qual a colocação do dentifrício na escova é realizada transversalmente, diminuindo a quantidade. Toda a população, em especial crianças menores de 6 anos de idade, deve usar o produto em pequenas quantidades, evitando-se a ingestão do dentifrício e diminuindo o risco da fluorose dentária.

Recomendação importante: toda escovação, até os 6 anos de idade, deve ser acompanhada pelos pais ou responsáveis.

Meios Individuais:

a) Vernizes fluoretados

São materiais que se aderem à superfície dentária com o objetivo de manter uma liberação de flúor para o ambiente bucal por um período maior de tempo.

É um material muito utilizado na prevenção e no controle da doença cárie da primeira infância (cárie de mamadeira). A avaliação do risco e atividade de doença individual é que vai determinar a frequência de seu uso pela equipe de saúde.

b) Materiais dentários liberadores de flúor

Em paciente que tem atividade de doença cárie, uma alternativa adequada é o uso de materiais dentários que liberam flúor.

O Estado do Paraná está trabalhando no processo de capacitação de profissionais para se mudar o processo de trabalho, incluindo estes materiais na clínica diária dos cirurgiões-dentistas da saúde pública. Estamos nos referindo aos cimentos de ionômero de vidro (CIV) e cimentos de ionômero de vidro modificados (CIVMR).

A grande vantagem desses materiais é a liberação de flúor constantemente, mantendo baixas concentrações do produto no meio bucal, controlando a cárie.

4_ GENOGRAMA OU ÁRVORE FAMILIAR

É um método de coleta, armazenamento e processamento de informações sobre a família, a partir de representação gráfica espacial de todos os seus membros. Devem ser representadas tanto as ligações civis formais e informais quanto as biológicas. Sempre buscando coletar informações dos diferentes campos, como da Biologia (genética, por exemplo) e da cultura familiar, mas especialmente traduzindo as relações entre os entes familiares, sua proximidade ou afastamento, suas rupturas, seus vínculos mais próximos, suas interdependências, demonstrando desse modo os padrões de relacionamento e conflito na família. Deve ser elaborado de forma ampliada, ou seja, além da família nuclear, incluir todas as relações que sejam determinantes à explicação do problema de saúde-doença, mesmo que esse membro pertença a outro núcleo familiar (SILVEIRA FILHO, 2008).

Sua construção sempre parte do membro da família que apresenta um problema de saúde, devendo ser ampliado ao máximo necessário para o estudo do caso familiar. O objetivo do genograma é dar visibilidade espacial de todos os aspectos que possam influenciar no desequilíbrio do processo de saúde-doença na família. Utilizar representações iconográficas, sendo que as figuras são as pessoas e determinadas linhas correspondem às suas ligações consanguíneas; outras linhas ou símbolos, suas relações. Todas as informações consideradas relevantes devem ser anotadas, por exemplo, os padrões de doenças crônicas na família e sua transcendência entre as gerações: padrões de anomalias congênitas, abortos, o tabagismo, o alcoolismo, o uso de drogas ilícitas entre outras, os dados socioculturais e econômicos, religiosos, o estilo de vida como prática de esportes, padrões alimentares ou lazer (SILVEIRA FILHO, 2008).

O genograma é uma ferramenta indicada para avaliar os riscos familiares, para explicar os fatores que contribuem para o desequilíbrio do processo saúde-doença na

família, com intuito de propiciar elementos que possam subsidiar planos terapêuticos integrais, ou seja, com ações de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde, especialmente quando se faz necessária a adoção de um elemento externo (familiar ou não) como cuidador. É importante salientar que o genograma constitui um retrato momentâneo da família, isso não significa que os padrões não possam ser alterados; ao contrário, admite-se justamente que, a partir da identificação das potencialidades de cada um de seus membros, sua interação com o indivíduo doente pode permitir que se estabeleçam novos arranjos, novas relações e novos padrões de cuidado (MOYSÉS e TALBOT, 1999; WILSON, 2000; MOYSÉS e SILVEIRA-FILHO, 2002).

As principais áreas de utilização do genograma são: quando se deseja realizar avaliação de risco da família, no planejamento de medidas de prevenção de doenças, na investigação de problemas nos pacientes com queixas ou múltiplas queixas e na avaliação de membros familiares problemáticos.

Símbolos do Genograma

	Homem		Ligação Normal		Casal com Filhos
	Mulher		Ligação Próxima		Óbito
	Aborto Sexo Indefinido		Ligação Estreita		Pessoas no Mesmo Lar
	Aborto Sexo Definido		Ligação Conflituosa		Adoção
	Ligação Distante		Separação		Gravidez
	Gêmeos Idênticos		Gêmeos		
	Caso índice homem (Idoso)				
	Caso índice mulher (Idosa)				

Passos para elaborar o Genograma:

1º Traçar a estrutura familiar:

- Explicar graficamente a constituição biológica e legal de uma geração a outra.
- Descrever as pessoas e seus laços.

2º Traçar as relações familiares:

- Realizar o traçado das relações dos membros da família.
- Descrever como as pessoas se relacionam e interagem.

3º Anotar as informações-chave:

- Nome e idade dos familiares.
- As doenças mais frequentes, em especial as diretamente relacionadas com a investigação.
- Outras informações pertinentes, como hábitos ou vícios (alcooolismo, fumo, drogas), ou seja, todas as questões consideradas relevantes.

Noções para a técnica da entrevista para realização do Genograma:

1. Entrevistar um membro da família ou vários deles.
2. É importante selecionar e reunir as informações com clareza.
3. Quando for entrevistar vários membros da família, é interessante que seja realizado ao mesmo tempo para observar as diferenças de visão existente entre eles sobre uma mesma questão.
4. Investigar:
 - Estrutura familiar e domicílio.
 - Situação atual da família.
 - Ampliar o contexto da família para antecedentes e descendentes.
 - Ampliar o contexto social.
 - Ampliar o conhecimento acerca dos papéis.
 - Perspectiva histórica.
 - Modo de lidar com o problema.

- Funcionamento individual, trabalho, lazer, hábitos.

5. O que investigar/perguntar:

- Quem vive em casa?
- Como se relacionam as pessoas?
- Onde vivem os outros familiares que estão longe?
- Como os familiares veem o problema apresentado?
- Alguém mais dos familiares teve problemas parecidos?
- Quais as soluções buscadas pela família naquela ocasião?
- O que está acontecendo ultimamente com a família?
- Houve mudanças recentes na família? Pessoas foram embora e/ou chegaram? Tiveram problemas de saúde?
- Por quantos irmãos era composta a família da mãe? Do pai? Estão vivos?
- Do que adoeceram e/ou morreram? Como adoeceram e morreram?
- Como se deu o casamento de seus pais? Houve casamentos anteriores?
- Observar quais são os credos familiares.
- Qual a ocupação e grau de instrução formal (educação) dos membros?
- Como reagiu a família mediante alguma situação relatada? Quem teve opinião diferente? Que conflitos se estabeleceram?
- Como começou o problema? Quem notou primeiro? Quem achou que poderia ser sério?

6. Selecionar as informações mais importantes que irão compor o Genograma:

- Sintomas de repetição.
- Triangulações, relacionamentos de repetição.
- Conflitos permanentes ou que se repetem.
- Sintomas entre gerações.
- Transições abruptas, interrupções no Ciclo da Vida Familiar.
- Tempo de início de sintomas que coincidam com situações de conflito, de mudança, de transição no Ciclo da Vida Familiar.

5_ A COMPETÊNCIA DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS E ESTADUAL DE SAÚDE

Compete às **Secretarias Municipais de Saúde:**

A - Em relação à gestão:

- Realizar a coordenação do cuidado em saúde bucal;
- Promover a vigilância em saúde bucal, com identificação do risco coletivo e individual;
- Realizar o planejamento, execução e monitoramento das ações de saúde bucal de maneira integrada com os outros setores da saúde e da sociedade;
- Articular a integração do serviço com a comunidade e a academia;
- Promover o trabalho em equipe e a educação permanente intra e interpontos de atenção;
- Definir os critérios de priorização e fluxo de encaminhamento para a organização da demanda espontânea e programada;
- Monitorar o programa de bochecho com flúor e de escovação supervisionada;
- Estabelecer vínculo com a comunidade, realizando atenção extra clínica;

B - Em relação ao processo:

- Incentivar a realização de visitas domiciliares para monitoramento da condição de saúde bucal das famílias do território;
- Desenvolver ações educativas em saúde bucal;
- Fazer o encaminhamento para a atenção especializada dos casos de maior complexidade, acompanhando o usuário na contrarreferência;
- Desenvolver e participar de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população;
- Incentivar a prevenção e o controle das doenças bucais;
- Trabalhar na identificação dos fatores de risco para a saúde bucal, repassando as informações para a equipe de saúde;
- Trabalhar com os princípios de acolhimento e humanização;

- Realizar o diagnóstico e o plano de atendimento individual do paciente;
- Enfatizar sempre a atenção integral do paciente, com foco nas necessidades individuais e no ciclo de vida;
- Realizar os procedimentos de saúde bucal de competência da atenção primária;
- Realizar os procedimentos inerentes à parte clínica da prótese total.

Compete à **Secretaria Estadual de Saúde** adotar as seguintes estratégias para o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Bucal:

- Apoiar os municípios para a melhoria do acesso à saúde bucal, investindo na melhoria da infraestrutura e em equipamentos das Unidades de Atenção Primária à Saúde;
- Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da Rede por meio de programas de educação permanente;
- Implantar a Segunda Opinião Formativa e Telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de Atenção Primária;
- Garantir atendimento de qualidade para os pacientes de todos os municípios na Atenção Primária, na Atenção Secundária e na Atenção Terciária;
- Articular com as entidades de classe e outras instituições ações de promoção de saúde e prevenção de doenças;
- Articular, em conjunto com os municípios, fluxo de referência e contrarreferência dos usuários, garantindo o acesso dos mesmos aos serviços;
- Apoiar os municípios no processo de melhoria da gestão da saúde bucal;
- Estabelecer Incentivo Financeiro, fundo a fundo, aos municípios para custeio das equipes de saúde bucal, com ênfase em critérios de vulnerabilidade social e cobertura da Atenção Primária;
- Estabelecer Incentivo Financeiro, fundo a fundo, para os Consórcios Intermunicipais de Saúde, que tenham Centros de Especialidades Odontológicas;
- Ampliar ações de Promoção de Saúde e prevenção das doenças bucais;
- Elaborar diretrizes para a Rede de Atenção em Saúde Bucal.

6_ O MODELO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A construção de um modelo integrado de atenção à saúde bucal é um dos objetivos do novo paradigma de trabalho proposto nesta Linha Guia. As novas demandas advindas das necessidades sociais, das evidências científicas e do trabalho em comunidade exigem uma nova postura da equipe de saúde bucal e dos gestores municipais, calcadas em habilidades técnicas e humanas dotadas de alto grau de refinamento.

O novo processo de trabalho baliza para o rompimento gradativo do trabalho isolado dos profissionais de saúde bucal, propondo uma integração total com toda a equipe da Unidade de Saúde. Nesse contexto, a valorização da excelência técnica individual estará aliada à relevância social das ações de saúde, desenvolvidas pelo conjunto de profissionais tanto da Unidade de Atenção Primária à Saúde como da Estratégia de Saúde da Família. Isso implica na prestação de uma atenção integral mais humanizada, trabalhando em conjunto e compreendendo melhor a realidade em que vive a população.

O que se deseja, realmente, é o fim do isolamento que caracterizou a prática da Odontologia nos últimos anos. A visão holística no sentido “cuidador” da atenção em saúde, com a produção social da saúde e a ênfase na qualidade de vida dos cidadãos, contrasta com o sentido “tarefeiro” da assistência à saúde, baseado na produção numérica de artefatos ou no cumprimento de procedimentos tecnificados, perpetuando o ciclo restaurador repetitivo, sem se preocupar com a saúde global do paciente.

A criação de uma agenda única, com a integração da saúde bucal na atenção médica, a utilização de prontuário único e o agendamento familiar, realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde para organizar a demanda, são pontos importantes para a integração da saúde bucal com as demais áreas da saúde, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e na Estratégia de Saúde da Família.

6.1_ O PROCESSO DE TRABALHO

A prática da assistência odontológica, com atendimentos pontuais, priorizando os procedimentos restauradores, nem sempre resolutivos para a saúde geral dos usuários e sua qualidade de vida, deve ser substituída pelo novo modelo, mais abrangente e resolutivo.

O trabalho nas clínicas das Unidades de Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família deve passar por uma profunda reformulação, para perder o seu caráter estanque, em que os procedimentos restauradores são priorizados, passando a oferecer ao usuário uma atenção integral de boa qualidade.

A doença cárie e a doença periodontal, as mais prevalentes do contexto da saúde bucal, devem ser entendidas como doenças crônicas. O conhecimento atual de sua etiologia e dos fatores determinantes permite aos profissionais de saúde atuar em seu controle antes mesmo do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas.

Afora isso, o diagnóstico precoce do câncer bucal e da má oclusão deve ser incluído no rol dos procedimentos da Atenção Primária à Saúde. A sua implantação como rotina clínica estará diretamente relacionada ao conhecimento dos profissionais de seus sinais e sintomas. As ações de urgência em endodontia e prótese clínica também devem ser contempladas na Atenção Primária à Saúde.

A doença cárie é uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo e as evidências clínicas e científicas atuais apontam para estratégias efetivas para a sua prevenção e controle.

Está cada vez mais claro que a abordagem puramente cirúrgico-restauradora não “cura” a doença.

Os procedimentos restauradores, quando iniciados, criam um ciclo restaurador repetitivo, que leva à destruição gradativa dos dentes, ao aumento dos custos de tratamento e à insatisfação dos usuários com a sua saúde bucal (ELDERTON, 2003).

A abordagem da cárie como doença exige uma mudança de postura dos profissionais de saúde, desde o seu diagnóstico, controle e tratamento.

Esta nova postura profissional muda o foco do tratamento, passando de uma abordagem puramente mecânico-restauradora para uma abordagem de controle da doença, interferindo nos fatores etiológicos, levando em consideração o risco biológico, odontológico, capacidade de autocuidado e risco para crianças de 0-5 anos. Esta abordagem de controle das doenças permite a racionalização do atendimento clínico e um aumento de cobertura. Na racionalização do atendimento clínico, o trabalho por quadrantes deve ser considerado sempre, pois ele permite a otimização do tempo, a economia do material de consumo, melhora a biossegurança, com a diminuição da troca de instrumental clínico e das canetas de alta e baixa rotação, facilitando a adesão do paciente ao tratamento pela diminuição do número de visitas.

Em cada consulta, o profissional realizará mais procedimentos por paciente, evitando a troca excessiva de equipamentos de proteção individual, de proteção do paciente, aumentando a eficiência e a eficácia do trabalho clínico, diminuindo os custos.

PARAMETRIZAÇÃO:

Para conseguir atingir os objetivos propostos, sugere-se:

- Atendimento de 5 a 7 pacientes por período de 4 horas, sendo 5 consultas programáticas e duas de emergência.
- Priorizar atendimentos por quadrantes.
- Priorizar o controle da doença cárie, com a utilização do ART (Tratamento Restaurador Atraumático).
- Priorizar o controle da doença gengival, com o controle do biofilme supragengival.
- Disponibilizar 10 jogos clínicos por profissional/período de 4 horas, os quais devem conter: sonda, pinça, espelho bucal, sonda milimetrada OMS, escariador de dentina, espátula de inserção.
- Disponibilizar de 5 a 7 canetas de alta e baixa rotação, para atender aos requisitos da Vigilância Sanitária.
- Agendamento familiar, realizado pelo Agente Comunitário de Saúde, para organizar a demanda, de acordo com a disponibilidade do usuário.
- Criação de agenda única na UBS, com a integração da saúde bucal na atenção médica.
- Utilizar prontuário único.
- Incentivar o estabelecimento de horário estendido, visando o aumento da cobertura e a facilidade de acesso aos usuários.
- Utilizar o espaço das reuniões de grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, tabagistas, idosos, crianças de 0 a 5 anos e gestantes) para ações de prevenção e controle das doenças bucais.
- Utilizar o CPO-D e o Índice Periodontal Comunitário no planejamento das ações. NO CPO-D dar ênfase ao C, que significa a demanda de atenção ainda requerida. O uso de um índice mais sensível que possa medir a severidade da lesão, como o ICDAS, deve ser considerado em futuro próximo.

Estabelecer metas:

- Gestantes: 100% das gestantes com primeira consulta de saúde bucal
- Crianças de 0 a 36 meses: 100% com primeira consulta de saúde bucal
- Crianças nascidas em 2015: zero cárie em 2020

A IMPORTÂNCIA DA PRIMEIRA CONSULTA

A primeira consulta odontológica programática assume importância vital na avaliação de risco do paciente, devendo ser encarada com muita responsabilidade pela equipe de saúde bucal, em especial pelo Cirurgião-dentista.

Uma anamnese bem conduzida, em que a escuta qualificada seja levada em consideração, permitirá ao profissional conhecer o paciente, inclusive suas percepções e atitudes em relação a sua saúde e colher os dados essenciais para o estabelecimento da estratificação de risco individual.

Na condução do exame clínico, os detalhes do exame extrabucal (simetria da face, nódulos, lesões cutâneas) devem ser considerados.

6.2_ AS PATOLOGIAS E CONDIÇÕES EM SAÚDE BUCAL

6.2.1_ A DOENÇA CÁRIE

O processo do tratamento da doença cárie deve privilegiar as ações de promoção de saúde, prevenção e intervenções mais conservadoras.

A mudança do modelo de atenção vai exigir um melhor conhecimento do profissional no diagnóstico da doença cárie, mudando a sua visão tradicional de busca de cavidades, sequelas adiantadas da doença, para a detecção precoce de lesões iniciais da doença.

O controle da doença cárie deve sempre preceder o tratamento curativo/restaurador.

Além de atuar sobre os fatores determinantes da doença (controle do biofilme dental, manejo da dieta e concentração de flúor na cavidade bucal), o controle da doença deve ter seu foco na eliminação dos fatores retentivos de biofilme dental, no selamento de cavidades com materiais liberadores de flúor (cimentos de ionômero de vidro) e utilização racional de fluoretos.

O controle da doença cárie devolve o equilíbrio ao processo saúde e doença,

permitindo que o tratamento cirúrgico/restaurador seja realizado com mais eficiência e sem tanta urgência, pois o objetivo maior de controle da doença já foi alcançado.

A adoção desse modelo de atenção permitirá um melhor planejamento de ações para a equipe e um aumento da cobertura para a população.

No exame clínico intrabucal, a ênfase deve ser para a detecção de lesões incipientes da doença cárie caracterizadas por manchas brancas opacas e rugosas.

O uso da sonda exploradora nas lesões incipientes deve ser evitado.

A identificação dessas lesões só é viável com o dente limpo, seco e iluminado. Para tanto, a limpeza deve ser feita com taças de borracha, escovas e pasta profilática. Os dentes devem ser isolados com rolos de algodão e secos durante 5 segundos com um jato de ar. A atividade de mancha branca é detectada por observação visual (Pitts, 2012).

O Tratamento Restaurador Atraumático em Saúde Bucal Coletiva

O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) tem se mostrado efetivo no controle da doença cárie. Esse tipo de tratamento, quando usado em Saúde Pública permite respeitar os conceitos atuais da prática clínica, criando um ambiente favorável ao controle da doença cárie, através da mínima intervenção e a máxima preservação das estruturas dentárias (LIMA, MOIMAZ E SALIBA).

O uso em larga escala nos serviços, em especial em gestantes, crianças de pouca idade e pessoas com deficiência, diminui o stress do tratamento, permitindo, também, um aumento de cobertura, com a diminuição de custos e o aumento do custo-benefício para o paciente, o serviço e a sociedade.

A técnica do ART baseia-se na remoção de tecido cariado por meio de instrumentos cortantes manuais e preenchimento das cavidades com ionômero de vidro. Neste, em particular é importante destacar que o sucesso da técnica está diretamente relacionado ao uso do cimento de ionômero de vidro de ALTA VISCOSIDADE. O objetivo é remover a dentina infectada, evitando remover a dentina afetada, passível de reorganização. Pode-se evitar a sensação dolorosa porque a remoção do tecido

realmente desorganizado e sem capacidade de reação é insensível. Pelo fato de não se utilizar anestésico local, alta rotação e isolamento absoluto, essa técnica apresenta grande aceitação pelos pacientes.

A técnica do ART mostra-se também eficiente para tornar o tratamento mais satisfatório para o profissional, pois diminui o estresse do paciente e conseqüentemente o estresse do próprio profissional. Além disso, quando realizado fora do consultório, em instituições, comunidades e escolas, a satisfação é grande por parte do cirurgião-dentista, que até o advento dessa técnica tinha atuação restrita à prevenção, educando, motivando e realizando a escovação dental. Obviamente, esses métodos devem ser aliados ao ART, porém, a atuação clínica direta, no controle da doença cárie, é mais eficiente.

Vantagens do uso do ART

Segundo Frencken et al. (1996), a aplicação do ART tem como vantagens:

- Ser um programa de baixo custo, que faz uso de instrumentos manuais baratos e de fácil manejo, sem o emprego de eletricidade, nem de equipamento especial;
- Remover apenas tecido cariado, o que gera pequenas cavidades e a preservação de tecido dentário sadio;
- Minimizar o uso de anestésico local, por limitar o aparecimento da dor;
- O material restaurado empregado possibilita a união ao tecido dentário;
- Possibilitar a integração de dentes com cárie profunda à sua função, sem desconforto no ato mastigatório;
- A liberação do fluoreto do Cimento de Ionômero de Vidro (CIV) pode prevenir o aparecimento de lesões secundárias e provavelmente remineralizar tecido dentinário;
- Tem a união de tratamentos curativos e preventivos em um só procedimento;
- A restauração danificada é facilmente reparável;
- Por não fazer uso de motor e sugador, pode ser considerada uma técnica de fácil aceitação por adultos e crianças;
- Diminui tanto o estresse do paciente como do profissional;
- O ART pode auxiliar em programas de promoção e educação para saúde bucal.

Programa Estadual de Bochecho Semanal com Flúor no Paraná

A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná implementou em 1980 o Programa Estadual de Bochecho com Flúor, como parte do Programa Saúde Escolar, instituído pelo Decreto Estadual número 3046, de 10 de outubro de 1980, beneficiando escolares na faixa etária de 6 a 12 anos. Durante este período o programa tem mantido uma média de 800 mil escolares realizando semanalmente o procedimento. A SESA fornece os sachês de fluoreto de sódio para o preparo da solução.

Em 2013, houve a expansão do Programa Estadual de Bochechos com Flúor para escolares de até 15 anos tendo por base os resultados dos estudos epidemiológicos, principalmente o SB 2010 (Saúde Bucal 2010), que apontaram um aumento de prevalência da doença cárie entre 12 e 19 anos, com índice de CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) de 2,07 aos 12 anos saltando para 4,25 dos 15 aos 19 anos. Estudos recentes indicam que a ação do flúor é bastante ampla, desempenhando um papel importante na prevenção e controle da doença cárie.

Além do mais, a escola é o melhor local para a aplicação de métodos preventivos, por se constituir em um universo fechado, permitindo fácil acesso, controle e continuidade neste trabalho para beneficiar os escolares do estado. Dentre as vantagens da realização deste procedimento destacamos:

- 1. Redução da doença cárie dentária;**
- 2. Redução das necessidades de tratamento odontológico, reduzindo custos e mantendo os dentes saudáveis;**
- 3. Redução da ausência escolar por motivo de tratamento dentário;**
- 4. Pela simplicidade da aplicação, ela poderá ser realizada por qualquer pessoa indicada pela direção da escola, devidamente informada e na dinâmica que melhor se adapte à realidade escolar;**
- 5. Requer um mínimo de material e nenhum equipamento especial;**
- 6. Atendimento simultâneo em torno de 30 escolares;**
- 7. Mínima interferência nas atividades escolares. A aplicação pode ser realizada no início das aulas, ou término do recreio, ocupando para isso apenas alguns minutos sem prejudicar as atividades escolares;**

8. Excelente momento de ação educativa para saúde;

9. Ação que pode ser utilizada como temática de discussão durante as aulas tanto no ensino médio quanto no fundamental. Como relação de contexto para se trabalhar conteúdos básicos relacionados com conceito de íons, substância e reações químicas, sistema digestório, equilíbrio químico em meio aquoso, pH, dentre outras possibilidades.

Todos os escolares com idade entre 6 e 15 anos deverão realizar o bochecho com flúor semanalmente. O Fluoreto de Sódio utilizado no Programa Estadual de Bochecho com Flúor é apresentado sob a forma de sachê com 1 grama do produto sendo fornecido pela SESA. O preparo da solução de Fluoreto de Sódio a 0,2% utiliza a seguinte relação:

PARA 1 SACHÊ - 500 ml de água para 50 bochechos.

PARA 2 SACHÊS - 1000 ml de água para 100 bochechos.

Em um FRASCO PLÁSTICO dissolver o sachê de fluoreto de sódio na quantidade de água indicada e agitar. Por medida de segurança e organização, rotular o frasco com: SOLUÇÃO DE FLUORETO DE SÓDIO PARA BOCHECHO.

Após o preparo da solução, a mesma pode ser utilizada durante 1 mês.

Fazer bochecho utilizando entre 5 e 10 ml da solução durante 1 minuto, uma vez por semana. Reforçamos que a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas cotidianas de saúde coletiva, visando um processo de construção de políticas públicas saudáveis.

6.2.2_ A DOENÇA PERIODONTAL

A doença periodontal é atualmente considerada uma doença infecto-inflamatória, devendo ser entendida como um produto da interação entre o biofilme bacteriano e a resposta inflamatória e imune do hospedeiro.

O estabelecimento de um diagnóstico correto dos vários padrões e estágios das manifestações clínicas da doença permitirá à equipe de saúde a definição de um plano de controle e tratamento terapêutico básico. No exame das gengivas, a presença de sangramentos deve sempre ser observada.

A gengivite e a periodontite têm natureza e manejo terapêutico diferentes, cabendo ao profissional diferenciá-las. A gengivite está relacionada à presença do biofilme supragengival, enquanto a periodontite relaciona-se com o biofilme subgengival. O estabelecimento da periodontite é precedido pela gengivite. Para um adequado manejo das doenças, deve ser entendido que o biofilme subgengival origina-se do biofilme supragengival.

A identificação de uma gengiva clinicamente saudável, diagnosticada por ausência de sangramento e de biofilme supragengival visível, é o ponto de partida do diagnóstico.

O rompimento do equilíbrio ocorre com o aumento da espessura do biofilme supragengival, significando uma resposta do hospedeiro à agressão bacteriana. Estudos comprovam que a capacidade de equilíbrio entre o biofilme e o hospedeiro varia de 3 a 21 dias, para o desenvolvimento da inflamação gengival, dependendo das condições sistêmicas do paciente [como diabetes melito descompensado e tabagismo], além de fatores ambientais.

O exame clínico minucioso é de fundamental importância para o diagnóstico precoce da gengivite e da periodontite, permitindo ao profissional o estabelecimento de um plano de controle da doença.

O Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) foi proposto por Greene & Vermillion (1964) com o propósito de estudar a epidemiologia da doença periodontal, verificar a eficiência de métodos de escovação e verificar os efeitos de programas de educação para a saúde bucal.

Para observarmos os valores do IHOS é necessário utilizar substâncias evidenciadoras de placa bacteriana. Essas substâncias facilitam a visualização da localização do biofilme dental, porém é possível visualizá-lo sem o uso delas (IPV). Os evidenciadores mais utilizados são: fucsina básica, eritrosina, marrom de bismarck, verde malaquita e violeta de genciana.

No IHOS examinamos apenas algumas superfícies específicas de dentes selecionados e, segundo os autores, se nestas superfícies encontrarmos certa quantidade de placa é sinal que nas demais também a encontraremos.

São elas:

- vestibular do 1º molar superior direito
- vestibular do 1º molar superior esquerdo
- vestibular do incisivo central superior direito
- lingual do 1º molar inferior esquerdo
- lingual do 1º molar inferior direito
- vestibular do incisivo central inferior esquerdo

No caso do dente índice estar ausente, deve-se substituí-lo pelo subsequente.

Após a evidenciação de placa bacteriana, são atribuídos os escores de 0 a 3 em relação à quantidade de placa na superfície do dente.

Nível 0 - ausência de placa

Nível 1 - presença de placa até 1/3 da superfície

Nível 2 - presença de placa em até 2/3 da superfície

Nível 3 - presença de placa em mais de 2/3 da superfície

Os valores são somados e divididos pelo número de superfícies contadas, estabelecendo assim um código final. A média entre 0 e 1,5 representa boa higiene bucal, entre 1,6 e 2,5 higiene bucal regular e maior que 2,6 higiene bucal ruim.

A utilização de índices de placa é importante para a localização do biofilme na superfície dos dentes, bem como sua quantidade.

O Índice de Placa Visível (IPV) é uma alternativa útil em Saúde Pública, pela sua simplicidade e facilidade de uso. Para a realização do IPV, a superfície dos dentes e gengivas deve ser seca com um leve jato de ar, realizando-se a inspeção visual com o campo iluminado.

Nele, o escore 1 é utilizado quando não existe biofilme visível, o escore 2 é utilizado quando existe biofilme visível junto a margem gengival e no interior do sulco gengival, enquanto o escore 3 é utilizado quando existe grande quantidade de biofilme na superfície do dente encobrendo a entrada do sulco gengival.

Para um exame mais apurado de avaliação das condições inflamatórias da gengiva, pode-se utilizar o Índice de Sangramento Gengival (ISG). Com o auxílio de uma sonda periodontal em um ângulo de 45 graus em relação ao longo eixo do dente, deve-se penetrar levemente a região do sulco gengival (aproximadamente 1 mm) e a presença ou não de sangramento deve ser anotada no prontuário do paciente, sendo o escore 0 - ausência de sangramento e 1 - presença de sangramento. Este exame revela a frequência da remoção do biofilme pelo paciente, sendo importante para estabelecer a sua evolução nas condutas de autocontrole.

Na Atenção Primária à Saúde, o controle da doença periodontal deve ser o foco do tratamento. O estabelecimento de uma sólida relação profissional-paciente é o ponto de partida para o sucesso deste controle (OPPERMANN, 2013).

O vínculo com o paciente tem se mostrado mais efetivo que a ação técnica profissional isolada.

O autocuidado, com mudança de hábitos por parte do paciente, e o acompanhamento longitudinal do profissional formam o binômio mais importante para manter a qualidade da saúde gengival do paciente.

As evidências clínicas e científicas atuais comprovam que o controle mecânico do biofilme supragengival tem um papel importante no estabelecimento de estratégias de controle da doença periodontal.

O estímulo, com a correta instrução e motivação à escovação dental com escovas manuais ou elétricas, combinado com a limpeza interdental deve merecer especial atenção do profissional na orientação aos pacientes com a doença.

A remoção profissional de biofilme supragengival, com os procedimentos da raspagem, alisamento e polimento, deve fazer parte do arsenal terapêutico de controle da doença periodontal.

A referência para o controle do biofilme subgengival e para as cirurgias periodontais aos Centros de Especialidades Odontológicas deve ser sempre precedida pela execução das atividades de promoção de saúde e controle básico da doença, além da avaliação do grau de motivação e real interesse do paciente pelo tratamento.

Pacientes sem controle efetivo do biofilme, com bolsas periodontais de até 4 mm, dentes com acentuada mobilidade (grau III), dentes com indicação de exodontia ou dentes com severa destruição coronária por cárie ou fratura, não devem ser encaminhados para o CEO.

Após a realização do tratamento periodontal na unidade especializada, o paciente deve voltar a Unidade de Atenção Primária, com o plano de cuidado individualizado para uma terapia de manutenção e acompanhamento longitudinal.

O estabelecimento de um Programa de Manutenção Periódica Preventiva é de fundamental importância para a manutenção dos resultados conseguidos. Consultas periódicas de acompanhamento devem ser realizadas, para o controle da higiene bucal e a realização das devidas correções. O controle sistemático do biofilme supragengival deve ser enfatizado neste programa de manutenção.

6.2.3_ O CÂNCER BUCAL

O câncer bucal permanece como um problema de Saúde Pública no Paraná, com poucas melhoras nos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo. O câncer bucal é uma doença que pode ser prevenida. A detecção de lesões bucais e a identificação de possíveis indicativos de câncer bucal (dificuldade de deglutição, rouquidão e dificuldade de movimentação) devem ser sempre consideradas.

Na maioria dos casos, as lesões iniciais não são percebidas pelo usuário e pelos profissionais de saúde. Quando diagnosticada nesta fase, a cura do câncer pode se aproximar dos 100 por cento.

O estabelecimento de políticas públicas, o maior envolvimento dos profissionais de saúde e a utilização de métodos simplificados de identificação das lesões bucais têm papel importante para aumentar a sobrevivência dos pacientes com câncer bucal.

A detecção precoce do câncer bucal depende do diagnóstico precoce das lesões, realizado pelos profissionais que atuam nas Unidades de Atenção Primária.

Especial atenção deve ser dada a pacientes de maior risco:

- Idade superior a 40 anos
- Alcoolistas
- Tabagistas
- Pacientes imunodeprimidos
- Portadores de distúrbios nutricionais gerais
- Pacientes com exposição constante a radiação solar sem proteção

A falta de diagnóstico precoce está diretamente relacionada ao despreparo dos profissionais de saúde em fazer a detecção das lesões nos estágios iniciais da doença e à falta de maior acesso da população adulta e idosa aos serviços.

O uso de uma estratégia de rastreamento do câncer bucal, propondo o uso do azul de toluidina a 1% associado ao ácido acético a 1% para colorir as lesões, seguido de exame visual, está sendo proposto nesta Linha Guia. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2011; CALANDRO, 2011; AFONSO, 2013).

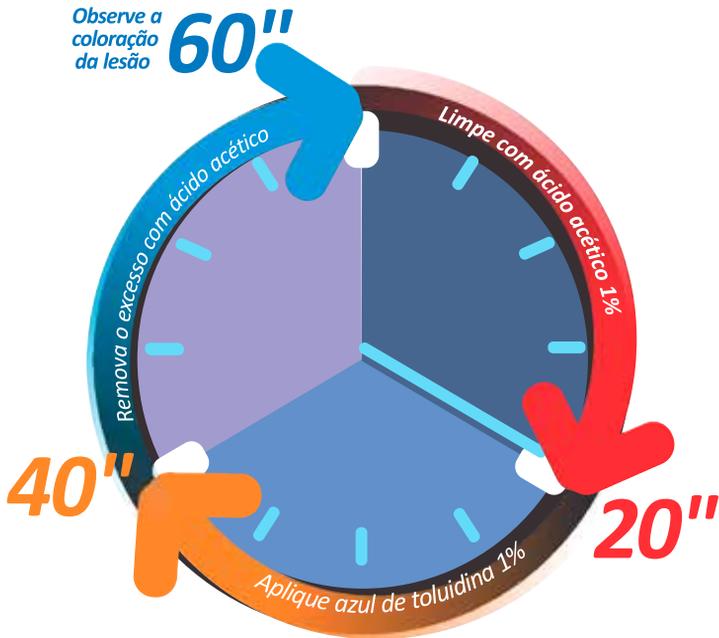
A SESA disponibilizou para Unidades de Atenção Primária, em vários municípios do Estado, selecionadas aleatoriamente dentre as que se qualificaram com a instalação de rede de banda larga, câmeras intraorais, para a complementação do diagnóstico de lesões utilizando a segunda opinião formativa.

As biopsias das lesões suspeitas deverão ser realizadas nas UBS, ESF ou CEOs com os cirurgiões-dentistas aptos para tal procedimento. As peças coletadas deverão ser encaminhadas para os Laboratórios de referência juntamente com a requisição do exame anátomo patológico preenchida.

O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização, com suspeita de malignidade na boca ou de outros agravos estomatológicos (de etiologia diversa) deve ser acompanhado na APS e continuamente ser sensibilizado pela equipe desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento.

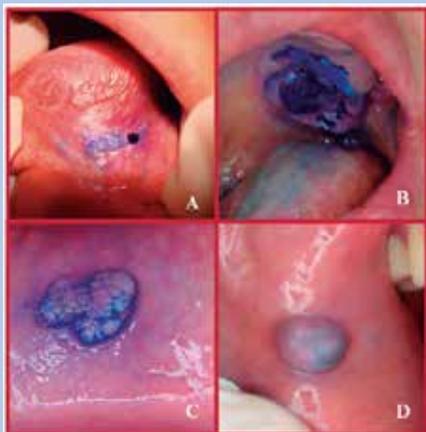
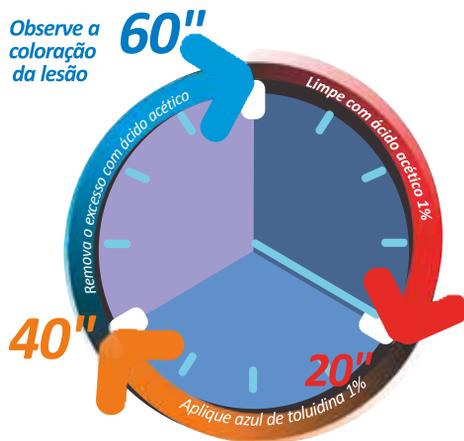


1 minuto para salvar uma vida



Programa Estadual de Detecção

1 minuto para salvar uma vida



Padrões de resultados com o azul de toluidina:

- A - Positivo focal - Ceratose com displasia epitelial moderada;
- B - Positivo difuso - Adenocarcinoma células basais;
- C - Negativo com retenção - Papiloma escamoso oral;
- D - Negativo - Hiperplasia fibrosa inflamatória.

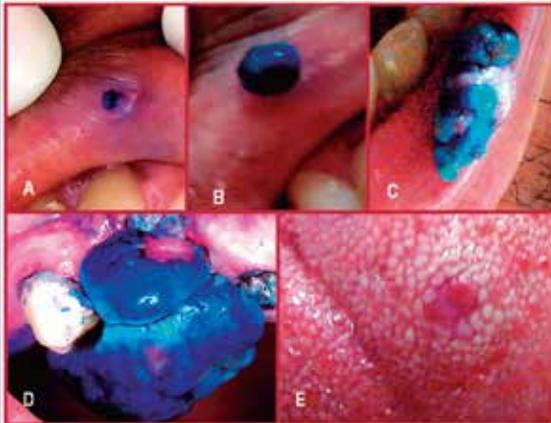
(Fonte: Calandro, Werneck, Gonçalves, Silva & Dias - UFF, 2011).

Mais informações:
www.sesa.pr.gov.br
saudebucal.spp@sesa.pr.gov.br

Precoce do Câncer Bucal



Aplicação do azul de toluidina, após limpeza com ácido acético. Aspecto da lesão corada.



Coloração do azul de toluidina em granulomas piogênicos:

- A- Positivo focal;
- B- Positivo difuso;
- C- Positivo difuso;
- D- Positivo difuso;
- E- Negativo.

(Fonte: Calandro, Werneck, Gonçalves, Silva & Dias- UFF, 2011).

Programa Estadual de Detecção Precoce do Câncer Bucal

O câncer bucal permanece como um problema de Saúde Pública, com poucas melhoras nos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo.

O estabelecimento de políticas públicas, o maior envolvimento dos profissionais de saúde bucal e a utilização de métodos simplificados de identificação das lesões bucais têm papel importante para aumentar a sobrevida dos pacientes com câncer bucal.

A detecção precoce do câncer bucal depende do diagnóstico precoce das lesões, realizado pelos profissionais de saúde bucal que atuam nas unidades de atenção básica à saúde. A utilização de ácido acético a 1% e do azul de toluidina a 1% para colorir as lesões bucais parece ser um importante aliado neste trabalho.

O uso de uma estratégia de rastreamento do câncer bucal é o ponto fundamental do Programa Estadual de Detecção Precoce do Câncer Bucal, instituído pela SESA, propondo a utilização de um exame visual de baixo custo para a difusão do diagnóstico precoce em todas as Unidades de Saúde do Estado.



1 minuto para salvar uma vida

Passo a Passo

- 1 Faça sempre um exame minucioso da cavidade bucal, buscando encontrar lesões dos tecidos moles e duros.
- 2 Ao observar uma lesão suspeita no exame visual, informe ao paciente sobre os procedimentos que adotará.
- 3 Peça ao paciente que faça um bochecho com água, durante vinte segundos, para a remoção de restos alimentares.
- 4 Limpe a lesão com ácido acético 1% durante 20 segundos. Seque com gaze ou algodão.
- 5 Aplique o azul de toluidina 1% durante 20 segundos.
- 6 Remova o excesso do azul de toluidina 1% aplicando ácido acético 1% por 20 segundos.
- 7 Ao final dos 60 segundos, observe a lesão, utilizando como referência as imagens do verso.
- 8 Lesões que apresentarem coloração azul escuro devem ser consideradas positivas para pré malignidade e malignidade e devem ser encaminhadas para biópsia ao Centro de Especialidades Odontológica mais próximo e posterior exame citológico ou histológico.
- 9 Lesões com coloração azul-claro devem ser consideradas suspeitas e monitoradas.
- 10 A SESA está garantindo os exames citológicos e histológicos para a comprovação da malignidade das lesões.
- 11 Para mais informações e referencial teórico, acesse o site:

www.sesa.pr.gov.br

6.2.4_ A MÁ OCLUSÃO

O diagnóstico dos problemas de má oclusão deve ser incluído no rol de procedimentos realizados pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (PEREIRA, 2003).

O exame da oclusão para verificar a relação molar e a relação canina, a observação do posicionamento dos dentes para checar apinhamentos, disto e vestíbulo, versões e falta de espaços nas arcadas, aliado aos exames de deglutição e fonação devem compor o diagnóstico, visando ao encaminhamento do usuário para a atenção secundária.

A prevenção dos fatores de risco à má oclusão deve incluir:

- Estímulo à amamentação
- Controle de hábitos deletérios
- Acompanhamento da erupção decídua e permanente
- Manejo de espaços em caso de exodontias precoces de dentes decíduos

6.2.5_ O EDENTULISMO

O Edentulismo, hoje em dia, ainda é realidade presente principalmente entre adultos e idosos, e suas consequências têm gerado sérios distúrbios funcionais, psicológicos e sociais na vida desses pacientes. A perda total de dentes, problemas funcionais e patológicos de natureza grave, prejudicando a função mastigatória, a fonética e a estética, constitui-se um Problema de Saúde Pública.

Além desses agravos, a perda dentária também é decorrente da falta de acessibilidade e utilização de serviços públicos odontológicos, de atitudes errôneas dos profissionais da Odontologia, como a forma mutiladora de prestação de serviços odontológicos e da falta de informação da população quanto à importância e necessidade de se ter saúde bucal.

KIT DE PRÓTESE CLÍNICA

- Escala de cor de dentes de estoque
- Espátula 36
- Espátula Lecron
- 1 espátula plástica para alginato
- 1 Gral de borracha médio
- 4 discos de feltro com mandril para peça de mão reta
- 2 Fresas para desgaste de resina
- Lápis Copia
- Lamparina
- Lamparina tipo Hanau
- Discos em formato de lentilha 2 granulações (branca e rosa) + 1 mandril para peça de mão reta
- Moldeiras metálicas perfuradas
- Pinça de Mueller
- Placa de vidro grossa
- Régua de Willis
- Régua de Fox
- Régua Flexível
- Vibrador de gesso
- Caixa de armazenamento

Passos clínicos para a confecção de prótese total

O **exame clínico** tem a finalidade de avaliar as possibilidades de tratamento do dentista, permitindo que se proponham diferentes alternativas de trabalho ao paciente. Devemos analisar o tipo de paciente, se é receptivo, céptico, histérico ou indiferente. Fundamental também realizar o exame extra oral avaliando a cor da pele, olhos, idade e a cor dos dentes da sua prótese antiga. A forma dos dentes tem uma relação direta com a forma do rosto do paciente; os formatos mais comuns são: retangular, triangular e ovoide. Prosseguir com o exame intraoral, avaliando detalhadamente a cavidade oral, existência de lesões patológicas, aspectos gerais de suporte (freios, bridas, resiliência da mucosa, etc.), forma dos maxilares, altura e forma dos rebordos, superfície dos rebordos (uniforme, irregular), inclinação dos rebordos (ascendente, descendente), altura e forma da abóboda palatina, existência ou não de tórus maxilar ou mandibular e a qualidade da mucosa (normal, rígida ou flácida).

As **moldagens** devem ser realizadas com os seguintes objetivos:

- Permitir mínima deformação dos tecidos de suporte, pela aplicação da técnica adequada na moldagem anatômica;
- Extensão correta da base da prótese, por meio do ajuste da moldeira individual, de acordo com as características anatomofisiológicas do paciente;
- Vedamento periférico funcional, pela espessura e contorno adequados da borda da prótese;
- Contato adequado da base da prótese com o rebordo, através da perfeita reprodução dos tecidos pelo material de moldagem.

Na **moldagem anatômica**, para prótese total o ideal é que o paciente fique sentado na cadeira e não deitado porque assim a sua musculatura estará muito mais relaxada. Independentemente do material a ser utilizado, o resultado deve ser bom. Os materiais mais utilizados para a moldagem anatômica dos desdentados são o alginato e a godiva. Fazer a seleção da **moldeira metálica** para que toda ela cubra bem a área a ser moldada com um pouco de folga e proceder com a moldagem com o material escolhido, **gral de borracha** e **espátula plástica** são disponibilizados no kit. O **vibrador de gesso** também faz parte do kit para que, dependendo do tempo que esta moldagem irá levar até chegar ao Laboratório Regional de Prótese Dentária, já se proceda o vazamento em gesso, minimizando assim o risco de distorções de moldagem. Da mesma forma para a moldagem funcional. Se o LRPD for de fácil acesso, então a moldagem anatômica será enviada ao técnico que irá confeccionar o modelo anatômico e a moldeira individual.

Na **moldagem funcional** o ajuste da moldeira individual é um dos passos mais importantes da sequência clínica. Antes de provar a moldeira, o ideal é verificar sem luva, se existem áreas na moldeira que possam machucar a boca. Fazer os alívios necessários. Nos ajustes usar as **fresas** para desgaste do acrílico, **pedras montadas** de diversos tamanhos e **discos de polimento**. Para se fazer a moldagem funcional, realizar o selado periférico, utilizando godiva em bastão, **lamparina a álcool**, **lamparina tipo Hanau** e a **espátula lecron**. Depois do selado periférico, realizar a moldagem total com o material de escolha (pasta zinco enólica, polissulfeto, silicona ou mesmo alginato para a mucosa muito flácida com a moldeira perfurada). A **placa de vidro** e **espátula 36** também fazem parte do kit. Com este molde iremos conseguir o modelo funcional.

Do modelo funcional vem uma placa com os **planos em cera**. Esta base de prova não tem retenção, às vezes é necessário estabilizar com corega para se proceder os passos seguintes. As funções destes planos de cera é fazer os ajustes para se determinar a dimensão vertical, determinar e registrar a relação cêntrica para transferir ao articulador, estabelecer as linhas de referência e escolha dos dentes.

Para o ajuste do plano superior, recortar a cera com uma **espátula lecron** na altura do lábio superior em repouso, verificar o plano anterior com a **régua de Fox** (as duas linhas devem estar paralelas), verificar o plano posterior de Camper, – tragus - asa do nariz (devem estar paralelas), a curva de Spee ântero-posterior (deve ser ascendente). Para o ajuste do plano inferior, recortar o rolete de cera com uma **espátula lecron** na altura do lábio inferior e proceder as medidas para a dimensão vertical. Para se realizar a medição da dimensão vertical três métodos são utilizados: o método métrico, utilizando a **régua de Willis**, o método fisionômico avaliando o perfil do paciente e o método fonético, que por meio dos sons sibilantes, utilizando os fonemas M e S determina-se a DVR.

No método métrico usar a Régua de Willis com o paciente na Dimensão Vertical de Repouso, medir verticalmente e diminuir de 3 a 5 mm correspondentes ao Espaço Funcional Livre para atingir a Dimensão Vertical de Oclusão.

Para correta obtenção da DVO, o CD precisa conhecer as técnicas e ter uma boa relação com o paciente, associando duas ou mais técnicas para garantir o sucesso no registro.

Para a relação cêntrica existe o método guiado, onde por manipulação o côndilo é levado na posição mais anterior e superior na cavidade glenoide e o método pela deglutição.

É fundamental a importância da DVO e RC, uma vez que a perda desta dimensão está fortemente relacionada com as disfunções Têmporo Mandibulares e comprometimento na estética facial.

As linhas de referência utilizadas são: linha mediana, linha das comissuras labiais e a linha alta do sorriso. Neste momento também com a **escala de cor de dentes** de estoque é feito a escolha da cor dos dentes, juntamente com o paciente.

Para unir os rodetes não utilizar grampos, o perigo de deslocar da posição quando se retirar da boca é grande, fazer a união fundindo a cera com espátula aquecida e pela marcação das linhas mediana e das comissuras.

Prova com os dentes

Os dentes artificiais devem preencher no mínimo duas condições, a estética e a função. Para desempenhar essas duas condições, alguns requisitos precisam ser preenchidos.

As cúspides não podem ser muito altas, para não prejudicar a estabilidade do aparelho, as faces oclusais devem ter certa anatomia capaz de permitir a trituração dos alimentos, os dentes posteriores devem permitir o balanceio oclusal e satisfazer uma exigência mínima estética.

Na **instalação** da prótese total, antes de colocar na boca do paciente, passar o dedo sem luva para ver se não existe nenhum resíduo de acrílico que possa machucar a boca. Para o ajuste, usar a **pinça Mueller** com o carbono para checar contatos prematuros, bem como as **fresas** para desgastar espículas de acrílico e **pedras montadas** de várias granulacões para polir (branca mais grossa, rosa mais fina).

A harmonia dos contatos oclusais é um fator bastante significativo na interação das próteses totais ao sistema estomatognático. Negligências no ajuste oclusal, como um contato prematuro ou deslizante, podem refletir na estabilidade e na retenção das próteses, conseqüentemente no desempenho da função mastigatória, no conforto e na preservação do rebordo residual. Para prótese total se utiliza o conceito de oclusão balanceada, através de contatos simultâneos, três no mínimo, distribuídos ao longo do arco dental durante os movimentos excursivos da mandíbula. O ajuste deve ser realizado tanto em oclusão cêntrica como excêntrica (lateralidade e protrusão) e em todos os casos deve manter três pontos de contato entre os arcos.

A **instrução** ao paciente também é um momento de fundamental importância. O paciente deve ser orientado e motivado quanto ao uso, à higiene das próteses, às limitações funcionais que as próteses podem impor e à necessidade de retornos em caso de machucados para se realizar os ajustes.

Para aprender a mastigar satisfatoriamente com as novas próteses, o paciente leva em torno de 6 a 8 semanas, período no qual os músculos faciais da mastigação estabelecem novos padrões de memória.

Quando da execução de uma prótese total, o objetivo maior é oferecer conforto ao nosso paciente, permitindo que ele possa falar sem impedimentos, mastigar os alimentos de forma eficiente e ter uma posição de repouso confortável.

6.2.6_ A ENDODONTIA

A Atenção Primária deve ser resolutiva para as situações de urgência do usuário e monitoramento (medicação e troca de curativo) enquanto o mesmo aguarda agendamento no Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

O tratamento endodôntico também poderá ser realizado na Unidade de Atenção Primária (UAP) conforme disponibilidade técnica e de equipamento da unidade. Ao menos o controle do processo agudo e o controle da atividade da doença é de responsabilidade da Atenção Primária.

As pulpotomias deverão ser realizadas na Atenção Primária, inclusive nos casos de rizogênese incompleta com vitalidade pulpar, bem como as pulpectomias.

O usuário deve ser encaminhado ao CEO, com remoção do tecido cariado, curativo de demora e material restaurador provisório. Observar também a existência de coroa clínica suficiente para colocação do grampo de isolamento, ausência de mobilidade acentuada e menos de 2/3 de extrusão por perda do dente antagonista.

Previamente deve-se avaliar o usuário na APS, para verificar a viabilidade de reconstrução e/ou restauração do dente tratado quando este apresentar estrutura coronária e/ou necessitar de prótese.

Dentes com periodonto severamente comprometido com: grande perda de estrutura de sustentação, alto grau de mobilidade horizontal e vertical ou envolvimento de furca, não devem ser encaminhados para o CEO. Após a conclusão do tratamento endodôntico, o usuário retornará a APS de origem para restauração do dente e conclusão do tratamento.

6.2.7_ PESSOA COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Na odontologia é considerado paciente com necessidades especiais todo usuário que apresenta 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, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc.

A porta de entrada de atenção a estes pacientes é a APS.

O atendimento destas pessoas na APS está diretamente relacionado ao seu grau de colaboração com o atendimento clínico. O manejo desses pacientes por parte do profissional é o ponto-chave do sucesso deste atendimento. Pacientes que aceitam o manejo devem ser atendidos na Unidade de Atenção Primária, realizando procedimentos de promoção de saúde, prevenção de doenças e controle de doenças bucais. Por outro lado, pacientes que não respondem ao manejo, após três tentativas na APS, devem ser referenciados a profissionais do próprio município que foram capacitados no Curso de Atenção ao Paciente com Deficiência, realizado em 2014 e 2015 em parceria com o UNASUS-UFPE. Nos Municípios onde há Centro de Especialidade Odontológica, o encaminhamento deve ser feito a este local.

BIBLIOGRAFIA

AFONSO, G. P. **O azul de toluidina como ferramenta de abordagem na detecção precoce do câncer de boca**. Monografia (Especialização) – PUCPR, Curitiba, 2013.

ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. **Concentration and choice in health care**. London: Financial Times Healthcare, 1997.

ANDRADE, E. D.; GROPPPO, F. C.; VOLPATO, M. C.; RANALI, J. **Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica em Odontologia**. São Paulo: Artes médicas, 2013. [Série Abeno: Odontologia Essencial].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Recomendações para uso de Fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Especialidades em Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 128 p.

CALANDRO T. et al. **Utilização do teste com azul de toluidina como método auxiliar no diagnóstico de lesões orais**. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 196-199, jul./dez. 2011.

DOMINGUES, B. **Regionalização é o caminho**. Revista Radis, Rio de Janeiro, n. 145, p. 11-15, out. 2014.

ELDERTON, R. J. Ciclo Restaurador Repetitivo. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de Saúde Bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

EVANS, D. J. et al. **Out-of-hours emergency dental services** — development of one possible local solution. Brit. Dent. J., London, v. 191, n. 10, p. 550-554, Nov. 2001.

GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

LIMA, D. C. D.; SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. D. S. **Tratamento restaurador atraumático e sua utilização em saúde pública**. RGO – Revista Gaúcha de Odontologia, Campinas, v. 56, n. 1, 2009.

IMPARATO, José Carlos Pettorossi et al. **Tratamento Restaurador Atraumático (ART):** Técnicas de Mínima Intervenção para o Tratamento da Doença Cárie Dentária. Curitiba: Maio, 2005.

MALTZ, M.; JARDIM, J. J.; ALVES, L. S. Decisão de tratamento restaurador baseada em evidências científicas. In: BUSATO, A. L. S.; MALTZ, M. **Cariologia:** Aspectos de Dentística Restauradora. São Paulo: Artes Médicas, 2014. (Abeno: Odontologia Essencial).

MANCHESTER TRIAGE GROUP. **Emergency Triage.** 2. ed. Oxford: BMJ Book, 2008. 178 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo II.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N.A.; GARBIN, C.A.S. (Org.). **Odontologia para gestante:** guia profissional de saúde. Araçatuba – SP: 2009.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de Odontologia. In: PERRI DE CARVALHO, A. C.; KRIGER, L. **Educação Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L. **Promoção de Saúde ao Alcance do Clínico – Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva.** Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2007. Ciclo 1, módulo 2.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Org). **Saúde Bucal das Famílias:** trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1994.

OPPERMANN, R. V.; ROSING, C. K. **Periodontia Laboratorial e Clínica.** São Paulo:

Artes Médicas, 2013. (Abeno: Odontologia Essencial).

PADILHA L. S. **Processo de Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Setor de Urgências da Clínica de Odontologia da Uem**. Dissertação (Mestrado em Odontologia Integrada) – Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PITTS, N. (Org.). **Cárie Dentária**: Diagnóstico e Monitoramento. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME. National Dental Advisory Committee. Scottish Government. NHS Education for Scotland. November, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Programa Estadual de Prevenção e Controle do Câncer Bucal**. 2013.

SHIMAZAKI, M. E. **Guia de Estudo**: atenção às condições crônicas. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2009.

SILVEIRA FILHO, A. D. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia da Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias** – Trabalhando com Evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

TELLES, D.; HOLLWEGH, H.; CASTELLUCCI, L. **Prótese total e convencional e sobre implantes**. Editora Santos, 2004.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o Bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneve: WHO, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1: PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA DURANTE A GRAVIDEZ (MOIMAZ, S. A. S. ET AL., 2009)

A utilização de medicamentos por gestantes e seus efeitos sobre o feto passou a ser objeto de grande preocupação após a tragédia da talidomida ocorrida entre 1950 a 1960. Esta catástrofe que teve importante repercussão internacional instituiu um alerta sobre a questão da segurança na utilização de novos fármacos, a importância de normas mais rigorosas e a necessidade de criação de órgãos de Farmacovigilância.

Um agente pode ser considerado teratogênico quando produz uma alteração maior ou menor, na morfologia e/ou fisiologia normais do feto (NIEBYL, 1989). Tais alterações, principalmente as más-formações congênitas, têm maior risco de acontecer quando o medicamento com potencial teratogênico é utilizado no primeiro trimestre de gravidez (período de diferenciação embriológica). Nos outros períodos podem ocorrer danos fetais decorrentes de alterações na fisiologia materna, efeitos farmacológicos sobre o feto e interferência no desenvolvimento fetal.

Classificação em cinco categorias adotada pelo Food and Drug Administration FDA-USA (MEADOWS, 2001; MENGUE et al. 2010; RANALI et al. 2013):

- CATEGORIA A: medicamentos para os quais não foram encontrados riscos para o feto em ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados;
- CATEGORIA B: medicamentos para os quais os estudos com animais de laboratório não demonstraram risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) e medicamentos cujos estudos com animais indicaram algum risco, mas que não foram comprovados em humanos em estudos devidamente controlados;
- CATEGORIA C: medicamentos para os quais os estudos com animais de laboratório revelaram efeitos adversos ao feto podendo causar risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) e medicamentos para os quais não existem estudos disponíveis. Esses medicamentos podem ser utilizados para pacientes gestantes somente quando o benefício justificar o efeito teratogênico;

- CATEGORIA D: medicamentos para os quais a experiência de uso durante a gravidez mostrou associação com o aparecimento de más-formações, mas que a relação risco-benefício pode ser avaliada;
- CATEGORIA X: medicamentos associados com anormalidades fetais em estudos com animais e em humanos e cuja relação risco-benefício contra indica seu uso na gravidez. Quando da necessidade de prescrição de medicamentos, esta deve ser feita em parceria com o médico, visto que, durante a gestação, os cuidados devem ser duplos: para a mãe e para o feto (FOURMOL FILHO, 1998; WANNMARCHER; FERREIRA, 1999).

É muito comum o questionamento acerca do valor da reposição de flúor na gravidez. A suplementação de flúor sistêmico na gravidez não foi aprovada pela American Dental Association – ADA (CARVALHEIRO JÚNIOR et al., 2002).

Além disso, a Food and Drug Administration (FDA) mantém uma proibição do emprego do flúor em medicamentos de uso pré-natal, desde 1966, por admitirem que não existe documentação suficiente quanto à sua eficácia clínica, portanto não sendo recomendada (TORTAMANO; ARMONIA, 2001).

No entanto, a utilização de fluoroterapia durante a gravidez deve ser feita por meio de aplicações tópicas e bochechos, devido a sua ação cariostática e alcance da redução do índice de cárie (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 2001).

Clorexidina	Categoria B (FDA)	Utilizado durante a gestação e lactação	<ul style="list-style-type: none"> *Controle de placa bacteriana *Tratamento de gengivites *Adequação do meio bucal da gestante 	<ul style="list-style-type: none"> *Aplicação tópica do gel de clorexidina a 2% ou *Bochechos a 0,12%
--------------------	-------------------	---	--	---

Durante a lactação, alguns fármacos requerem interrupção temporária, enquanto outros devem ser utilizados nas menores doses cabíveis e com maior espaçamento entre elas. O tratamento deve ser realizado com a menor duração possível e a ingestão do medicamento deve ser após o término da mamada.

ANALGÉSICOS

Acetaminofeno (paracetamol)	Categoria B (FDA)	*Dores orofaciais durante a gestação	Dor leve e moderada	Utilizado em qualquer fase da gestação
Ácido Acetilsalicílico (Aspirinas)	Categoria C (FDA)	*Fármaco excretado pelo leite materno	Evitar durante a lactação	Não deve ser utilizado durante a gravidez e pós-parto, pode causar hemorragia

Opioides	*Dor aguda	*Usar cautelosamente *Passam pela barreira placentária, excretado pelo leite materno	*Uso prolongado pode resultar retardo do crescimento, dependência física do bebê, defeitos congênitos, defeitos cardíacos e de fissuras labiais e palatinas
Dipirona	Dor aguda	Deve ser usado em casos de extrema necessidade nos outros períodos da gestação	Evitar o uso nos 3 primeiros meses e nas últimas 6 semanas da gestação

ANTI-INFLAMATÓRIOS

Não esteroides (AINE)		*Contraindicação na gestação pela possibilidade de inércia uterina e/ou fechamento prematuro do canal arterial do feto *Pode prolongar a gravidez	*Interfere na agregação plaquetária da gestante *Predispor a hemorragia, nos casos de cirurgias odontológicas	*Pode causar na infância: *hipertensão arterial *problemas respiratórios *disfunção renal
Corticosteroides	Categoria C	Categoria C (FDA)	*Fármaco excretado pelo leite materno	Evitar durante a lactação

DROGAS ANTIFÚNGICAS

Antifúngicos	Categoria B	Nistatina e Clotrimazol	Considerado seguro durante a gestação e lactação	O Cetoconazol é excretado pelo leite materno, pode causar insuficiência adrenal e hepatotoxicidade em recém-nascidos. Deve ser evitado pós-parto. Evitar durante a lactação
	Categoria C	Cetoconazol e Fluconazol	Contraindicado durante a gestação	

SEDATIVOS E ANSIOLÍTICOS

Sedação com Óxido Nitroso	Não tem classificação pela FDA	Usado em Odontologia é controverso para uso em gestante, devido a seus efeitos ainda não serem comprovados em grávidas e nos fetos	<p>Causa vasoconstricção e pode reduzir o suplemento de sangue uterino.</p> <p>A exposição por auxiliares de consultório dentário (ACB) por mais de 3 horas teve diminuição da fertilidade e abortos espontâneos [ROWTLAND et al. 1995]. Inibe a divisão celular [FINNELL et al.,1998]</p>
----------------------------------	---------------------------------------	--	--

<p>Antidepressivos</p>	<p>Categoria D</p>	<p>A administração de qualquer depressor do Sistema Nervoso Central é problemático por atravessar a barreira placentária (MOORE,1998)</p>	<p>Causa vasoconstrição e pode reduzir o suplemento de sangue uterino.</p> <p>A exposição por auxiliares de consultório dentário (ACB) por mais de 3 horas teve diminuição da fertilidade e abortos espontâneos (ROWTLAND et al. 1995). Inibe a divisão celular (FINNELL et al.,1998)</p>
<p>Ansio-líticos</p>		<p>Contraindicado durante a gravidez</p>	<p>Pode causar fendas orais nos fetos se o uso for prolongado (SAFRA; OAKLEY JÚNIOR; SAXEN. 1975)</p>

ANTIBIÓTICOS

Anti-bióticos (anti-microbianos)	Categoria B (FDA)	*Opção de 1ª escolha: Penicilina V ou Amoxicilina Cefalosporina	As penicilinas atravessam a barreira placentária	Não estão associadas a defeitos congênitos
	Categoria C (FDA)	*Opção de 2ª escolha: Eritromicina, Clindomicina e Azetromicina (Macrolídeos)	Atravessam a barreira placentária em quantidades pequenas	Recomendado para gestantes que são alérgicas à penicilina
		Claritomicina (Macrolídeo)	Recomendado para gestantes portadoras do HIV	Crescimento ósseo lento, dentes podem adquirir coloração amarela permanente, esmalte dentário pode ser mole e suscetível à cárie O risco de anomalias dentárias é maior a partir da metade até o final da gestação
		Tetraciclina	Contraindicado durante a gestação pois atravessa a placenta e é armazenado nos ossos e nos dentes, onde combina com o cálcio	
		Cloranfenicol e Aminoglicosídeos	Contraindicados durante a gravidez pois atravessam a placenta	Podem causar toxicidade materna e falhas na circulação fetal

ANESTÉSICOS LOCAIS:

Os anestésicos locais durante o tratamento de gestantes podem ser utilizados pois a dose administrada em odontologia é muito pequena, no entanto, o profissional deve estar atento às seguintes condições da gestante, visto que é um "grupo especial":

- Condições de saúde da gestante
- Dose máxima recomendada
- Utilização de vasoconstritor
- Avaliação do pré-natal
- Doenças preexistentes

Em geral, a maioria dos anestésicos locais não tem demonstrado ser teratogênicos em humanos e são considerados seletivamente seguros para serem usados durante a gravidez [MARTINEZ-ORTEGA et al., 2004].

Recomendações importantes:

- Os anestésicos locais injetados na gestante podem atravessar a barreira placentária, no entanto a LIDOCAÍNA a 2% parece ser e é recomendada para pacientes gestantes, sendo considerada de primeira escolha.
- Usadas em baixa dose na Odontologia provavelmente não afetam o feto independentemente do trimestre da gestação [BURROW; DUFFY, 1996; DIAZ et al., 1987; JORGENSEN; HAYDEN JÚNIOR, 1982; LAWRENZ et al., 1996].
- O uso de anestésicos locais com adrenalina para tratamentos odontológicos não é contraindicado, mas deve-se evitar as injeções intravasculares [LAWRENZ et al., 1996; MOORE, 1998; PRADEL; HACKMAN, 2001].
- O uso do vasoconstritor FELIPRESSINA é CONTRAINDICADO, pois, embora não haja comprovação de aumento da contração uterina, não deve ser o anestésico de primeira escolha [ANDRADE et al., 2013].

Lidocaína a 2%	Categoria B	Parece ser segura sem evidência de risco para o feto	Recomendada em gestante e lactante	Considerada de primeira escolha Com epinefrina na concentração 1:100.000 ou 1:200.000 ou noradrenalina na concentração 1:50.000
Mepivacaína e Bupivacaína	Categoria C	Precaução	Dados obtidos de teratogenicidade em estudos realizados em animais [MARTINEZ-ORTEGA et al., 2004]	Os efeitos deste medicamento não podem ser descartados em humanos, devido ao fato de que todos os anestésicos locais podem atravessar a barreira e causar depressão fetal
Prilocaina	Categoria B	Pouca vasodilatação Pode ser utilizada sem vasoconstritor.	Indicado para gestantes que não podem utilizar vasoconstritor Contra-indicação: o risco de produzir metahemoglobinemia, ocasionando quadro de cianose	Importante que o profissional avalie a presença de doenças preexistentes e a dose máxima recomendada

ANEXO 2: PASSO A PASSO PARA A REALIZAÇÃO DO ART

(Protocolo organizado pelas professoras Renata Corrêa Pascotto, Raquel Sano Suga Terada e Mitsue Fujimaki, da Universidade Estadual de Maringá)

Lista de materiais para ART

Instrumentais:

Exame:

- Pinça clínica
- Espelho clínico
- Sonda clínica

Preparo cavitário:

- Mordedor de plástico pequeno (rosa)
- Machado para esmalte
- Colher de dentina (de pelo menos 3 tamanhos diferentes, sendo interessante incluir curetas de odontopediatria)
- Hollemback 3 S adaptada (em formato de lança) para permitir a remoção do esmalte sem suporte em cavidades com abertura insuficiente para a instrumentação

Inserção de material:

- Aplicador para cimento de hidróxido de cálcio
- Colher de dentina
- Espátula nº 1
- Porta-matriz para cavidades complexas
- Matriz parcial metálica (para cavidades classe II)
- Cunha de madeira (para cavidades classes II, III e IV)
- Matriz de poliéster (para cavidades classes III e IV)
- Tesoura

Remoção de excessos:

- Cabo para lâmina de bisturi
- Lâmina de bisturi nº 15 e 12
- Hollenback 3S

Manipulação do material restaurador:

- Espátula de plástico
- Bloco de papel
- Garrafa térmica (água morna para evitar sensibilidade no dente)

Material de consumo

- Equipamento de proteção individual (touca, máscara e luvas)
- Rolos de algodão
- Bolinhas de algodão
- Ácido poliacrílico 10% (normalmente é usado o próprio líquido do ionômero para o tratamento da dentina)
- Cimento de ionômero de vidro, preferencialmente de alta viscosidade (Ex.: GC Gold Label 9 para ART, Ketac Molar Easymix - 3M-ESPE)
- Cimento de hidróxido de cálcio (para proteção de cavidades mais profundas)
- Formocresol (para eventuais exposições acidentais em dentes decíduos)
- Esmalte de unha incolor ou verniz ou adesivo para esmalte (para evitar sinérise ou embebição do CIV)
- Vaselina
- Fio dental
- Hidróxido de cálcio P.A.
- Matrizes de poliéster e metal com anel de fixação
- Cunhas de madeira
- Microbrush
- Espátulas de madeira
- Copos descartáveis de café (para água)
- Afastador de lábios
- Fitas carbono
- Papel Kraft para “bancada”

Técnica clínica e principais cuidados

Passo a passo utilizando um cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade.

1. O paciente é posicionado sobre uma mesa com encosto acolchoado para a cabeça, proporcionando conforto e um posicionamento adequado do paciente com relação ao operador. Uma luz auxiliar portátil pode ser utilizada para melhorar a visualização em todas as etapas do tratamento.
2. Limpeza dos dentes é feita com escovação dental ou gaze umedecida, quando não puder ser feita por meio de profilaxia com pedra-pomes e escova tipo Robson.

3. Isolamento do campo operatório é realizado com rolos de algodão, para promover melhor visualização e acesso, sendo trocados periodicamente para prevenir contaminação da cavidade. Pode ser utilizado um afastador de lábios para favorecer a visualização do campo operatório. Quando o dente a ser restaurado estiver localizado na arcada inferior posterior, utilizar um rolete na altura do ducto da parórida localizado na altura do molar superior e dois roletes, um por vestibular e outro por lingual do dente preparado.
4. A escavação é iniciada e realizada com o auxílio de colheres de dentina. Se a abertura da cavidade não for suficientemente extensa para o início da escavação, uma ampliação deve ser realizada com a utilização de Holleback adaptada, removendo-se o esmalte desmineralizado e sem suporte, melhorando assim o acesso e visualização da lesão. Nesta fase de escavação, a dentina amolecida é removida, iniciando-se pelas paredes circundantes e junção amelo-dentinária, e finalizando-se na parede de fundo. A escavação da dentina cariada deve ser realizada com muita ênfase na junção amelo-dentinária, uma vez que a lesão nesta região além de possuir uma progressão mais rápida vai funcionar após a escavação como área de retenção para a restauração. Em cavidades de classe II, é importante realizar retenções adicionais nas caixas proximais com o auxílio de um instrumento cortante manual (machado ou sonda exploradora). Quando a cavidade for muito profunda (menos de 0,5 mm de dentina entre o assoalho cavitário e a câmara pulpar), têm-se indicado realizar o forramento com cimento de hidróxido de cálcio antes da inserção do cimento de ionômero de vidro.
5. Preparar a cavidade realizando o acabamento do ângulo cavo-superficial com instrumentos cortantes manuais de forma a manter um ângulo nítido e sem bisel, proporcionando uma espessura adequada de ionômero nas margens.
6. Realizar a limpeza da cavidade com bolinhas de algodão embebidas em água, para remoção de debris e para visualização da dentina escavada.
7. Realizar condicionamento das paredes da cavidade e das fissuras adjacentes utilizando-se ácido poliacrílico, aplicado com uma bolinha de algodão de forma ativa, por um período de 10 segundos, para a limpeza da dentina (pode ser usado o próprio líquido do cimento de ionômero de vidro). É feita a lavagem do ácido com uma bolinha de algodão embebida em água morna e secagem da cavidade com uma bolinha de algodão seca. As superfícies condicionadas devem ser lavadas duas vezes com bolinhas de algodão embebidas em água e a secagem da cavidade, até que todo o excesso de água seja removido.

IMPORTANTE: em casos de cavidades compostas e complexas que envolvam faces

mesial e/ou distal, depois de realizado o condicionamento e antes da inserção do material, deve-se utilizar matrizes de poliéster ou de metal e cunhas de madeira para se alcançar a forma e adaptação adequadas da restauração. Nas cavidades proximais em dentes anteriores, preconiza-se o uso de tira de matriz de poliéster e, em dentes posteriores, matriz metálica parcial, cunhada e estabilizada com anel metálico, ou total, presa a um porta-matriz; em dentes posteriores. Manter a matriz sob compressão durante o endurecimento do material (ionômero convencional) ou durante a fotopolimerização (ionômero modificado por resina).

- 8.** A manipulação do material deve seguir as instruções do fabricante principalmente em relação à proporção pó-líquido sugerida. A fluidez do material dependerá desta proporção e do tamanho das partículas de vidro. Assim, os ionômeros indicados para a cimentação e forramento apresentarão uma fluidez maior que aqueles indicados para a confecção de restaurações ou núcleos de preenchimento.
- 9.** Dividir a porção de pó ao meio, espalhar a gota do líquido no bloco de manipulação e aglutinar o pó ao líquido em 2 etapas totalizando 15-20 segundos de manipulação, obtendo-se uma mistura homogênea e brilhante. Uma maneira para facilitar a agregação de todo o pó na quantidade de líquido sugerida pelo fabricante, bem como prolongar o tempo de trabalho é realizar a manipulação em ambiente refrigerado (aproximadamente 20°C) e utilizar o bloco impermeável de manipulação que vem no kit do material e uma espátula plástica de ponta fina e flexível.
- 10.** Inserir o material na cavidade com brilho úmido e de preferência com o auxílio de uma seringa de inserção do tipo Centrix; pode-se utilizar uma seringa de insulina com uma agulha de maior calibre preparada, com a mesma finalidade. A inserção do material na cavidade é realizada em pequenas porções, e pode ser utilizada a parte convexa das colheres de dentina ou espátula de inserção número 1. Cuidados durante a inserção do material são importantes para garantir a inserção deste em contato com a parede de fundo e debaixo das cúspides socavadas e prevenir a inclusão de bolhas na restauração. O material também deve ser inserido nas fissuras adjacentes e com ligeiro excesso, a fim de promover o selamento das fissuras que não foram englobadas na restauração, tentando promover uma superfície lisa e facilitar a remoção dos excessos.
- 11.** Com o dedo enluvado e vaselinado, o operador pressiona o material na cavidade por um período de pelo menos um minuto com o objetivo de promover o selamento de fissuras adjacentes, melhorar a adaptação do material às paredes cavitárias, reduzir a inclusão de bolhas no corpo da restauração, promover uma superfície lisa e facilitar a remoção de excessos.

12. A matriz deve ser removida no sentido vestibulo-lingual. Não remover a matriz precocemente e com movimentos intempestivos para não comprometer a adesão.
13. Não contaminar a restauração com umidade ou permitir o seu ressecamento logo após a remoção da matriz. Aplicar vaselina sobre a restauração e remover os excessos com lâmina de bisturi com movimentos suaves e da restauração para o dente.
14. Remover o excesso de vaselina com bolinhas de algodão e proteger a restauração com verniz próprio do fabricante ou adesivo para esmalte (Ex.: Magic Bond) para impedir a sinérise ou embebição do CIV neste período inicial de presa.
15. Os excessos do material restaurador são removidos com o auxílio de lâminas de bisturi, espátula Hollenback 3S ou colher de dentina. Se houver pontos de contato prematuro, usar a colher de dentina ou espátula Hollenback 3S para removê-los e repetir o procedimento até eliminar todos os contatos prematuros.
16. Deve-se orientar o paciente a não ingerir nenhum tipo de alimento na primeira hora após a realização da restauração.

Cuidados para o armazenamento dos cimentos de ionômero de vidro:

- Armazená-lo em local fresco e seco, à temperatura ambiente.
- O frasco contendo o pó deve ser mantido sempre bem fechado para evitar a entrada de umidade.

ANEXO 3 - PROCEDIMENTOS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Portaria 1.464

Art. 1º O Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 24 de março de 2006, Seção 1, página 52, passa a vigorar com a seguinte redação: "1 - O monitoramento de produção consiste na análise de uma produção mínima mensal apresentada, a ser realizada nos CEOs, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS, conforme segue:

Para os CEOs Tipo 1:

80 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

Para os CEOs Tipo 2:

110 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

Para os CEOs Tipo 3:

190 Procedimentos Básicos por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0101020058 APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (POR DENTE);
 0101020066 APLICAÇÃO DE SELANTE (POR DENTE);
 0101020074 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO);
 0101020082 EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA;
 0101020090 SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA;
 0307010015 CAPEAMENTO PULPAR;
 0307010023 RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
 0307010031 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR;
 0307010040 RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR;
 0307020070 PULPOTOMIA DENTÁRIA;
 0307030016 RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
 0307030024 RASPAGEM, ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE);
 0414020120 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO;
 0414020138 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE.

Para os CEOs Tipo 1:

60 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

Para os CEOs Tipo 2:

90 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

Para os CEOs Tipo 3:

150 Procedimentos de Periodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

0307030032 RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SEXTANTE);
 0414020081 ENXERTO GENGIVAL;
 0414020154 GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE);
 0414020162 GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE);
 0414020375 TRATAMENTO CIRÚRGICO PERIODONTAL (POR SEXTANTE).

Para os CEOs Tipo 1:

35 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

Para os CEOs Tipo 2:

60 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

Para os CEOs Tipo 3:

95 Procedimentos de Endodontia por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0307020037 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO;
0307020045 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR;
0307020053 OBTURAÇÃO EM DENTE PERM. C/ TRÊS OU MAIS RAÍZES;
0307020061 OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR;
0307020088 RETRATAMENTO ENDO EM DENTE PERM. BI-RADICULAR;
0307020096 RETRATAMENTO ENDO. EM DENTE PERM. C/ 3 OU MAIS RAÍZES;
0307020100 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRADICULAR;
0307020118 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR.

Para os CEOs Tipo 1:

80 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

Para os CEOs Tipo 2:

90 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:

Para os CEOs Tipo 3:

170 Procedimentos de Cirurgia Oral por mês, no total, referente aos seguintes códigos:
0201010232 BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR;
0201010348 BIÓPSIA DE OSSO DO CRÂNIO E DA FACE;
0201010526 BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA;
0307010058 TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS;
0404020445 CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM;
0404020488 OSTEOTOMIA DAS FRATURAS ALVEOLODENTÁRIAS;
0404020577 REDUÇÃO DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA SEM OSTEOSSÍNTESE;
0404020615 REDUÇÃO DE LUXAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR;
0404020623 RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA/DENTÁRIA;
0404020674 RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO;
0414010345 EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR;
0414010361 EXERESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO;
0414010388 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/ EXTRAORAL;
0401010082 FRENECTOMIA;
0404010512 SINUSOTOMIA TRANSMAXILAR;
0404020038 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FÍSTULA ORONASAL/ORO-SINUSAL;
0404020054 DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS;
0404020089 EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR;
0404020097 EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA;
0404020100 EXCISÃO EM CUNHA DO LÁBIO;
0404020313 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DOS OSSOS DA FACE;

0404020631 RETIRADA DE MEIOS DE FIXAÇÃO MAXILOMANDIBULAR;
 0414010256 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA ORO-SINUSAL / ORO-NASAL;
 0414020022 APICECTOMIA C/ OU S/ OBTURAÇÃO RETROGRADA;
 0414020030 APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (POR SEXTANTE);
 0414020049 CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES;
 0414020057 CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR;
 0414020065 CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DO MAXILAR;
 0414020073 CURETAGEM PERIAPICAL;
 0414020090 ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL;
 0414020146 EXODONTIA MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE;
 0414020170 GLOSSORRAFIA;
 0414020200 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS;
 0414020219 ODONTOSECCÃO / RADILECTOMIA / TUNELIZAÇÃO;
 0414020243 REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO);
 0414020278 REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO / IMPACTADO);
 0414020294 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES;
 0414020359 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL;
 0414020367 TRATAM_{nto} CIRÚRGICO P/ TRACIONAMENTO DENTAL;
 0414020383 TRATAMENTO DE ALVEOLITE;
 0414020405 ULOTOMIA/ULECTOMIA.

§ 1º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos básicos, é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 – restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 – restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 – restauração de dente permanente posterior.

§ 2º Para o cumprimento da produção mínima mensal dos procedimentos de endodontia é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 – obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 – retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.

§ 3º Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pessoas com necessidades especiais.

§ 4º A transferência de recursos referentes aos incentivos mensais dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) será suspensa, de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades anteriormente citadas, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal. (NR)



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

