

ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL



1ª Edição

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte, 2006

V. A SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



- Esta Linha-guia estará trabalhando dentro dos princípios e diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade, regionalização, controle social) e de suas normalizações, das diretrizes acrescidas pela Política Nacional de Atenção Básica – Portaria 648/GM (qualificação, resolubilidade, territorialização, planejamento, vigilância à saúde, trabalho interdisciplinar, monitoramento, criação de vínculo, responsabilização e educação continuada), dos princípios da Promoção à Saúde (educação em saúde, intersetorialidade, desenvolvimento comunitário, construção de políticas saudáveis), e considerando o enfoque da organização da atenção em saúde a partir dos princípios da Atenção Primária (acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, enfoque comunitário e abordagem familiar).
- O enfoque na Atenção Primária significa que a lógica do serviço será feita a partir da organização desse nível de atenção, sendo ele o responsável pela resolução da absoluta maioria dos problemas de saúde bucal que afetam a população, principalmente pela sua possibilidade de atuação no ambiente em que acontece o processo saúde-doença. Nesse sentido, a resolubilidade da atenção primária deverá ser buscada, fazendo-se apenas os encaminhamentos necessários para a atenção especializada.
- A Atenção Primária deve ainda ser a porta de entrada do sistema, fazendo as referências necessárias, acompanhando o atendimento do usuário em outros níveis de atenção, e sendo responsável pelo cuidado após o seu retorno da atenção especializada.
- Consideraremos fundamental o processo de territorialização, de forma que sejam definidos um território e uma população adscrita para a atuação da equipe de saúde, o que possibilita a co-responsabilização da equipe pela saúde dessa população, a interação com a comunidade, o cuidado e a vigilância à saúde.
- Esta Linha-guia estará trabalhando ainda dentro do conceito de **Atenção em Saúde Bucal**, constituída pelo conjunto de ações que incluem a assistência odontológica – relacionada aos procedimentos oferecidos aos usuários de forma individual – e as ações de alcance coletivo.

A Atenção em Saúde Bucal tem como propósito prestar a atenção dentro do princípio da integralidade, onde ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação são disponibilizadas simultaneamente de forma individual e coletiva, de modo a promover saúde e satisfazer as necessidades existentes, dentro do melhor encaminhamento.

- Essa visão ampliada da atenção se relaciona ao fato de que o enfoque apenas na intervenção clínica individual tem um potencial limitado para lidar com os principais problemas de saúde bucal da população.

A população-alvo para a atenção em saúde bucal é constituída de toda a população moradora na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (US).

5.1 AS PRINCIPAIS AÇÕES

- Apesar de as ações acontecerem de forma integrada e simultânea, para facilitar a visualização das possibilidades de atuação das equipes de saúde bucal, podemos definir as seguintes ações a serem desenvolvidas:
 - Ações de Vigilância à Saúde Bucal
 - Ações Coletivas
 - Ações Individuais

A atenção deve ser baseada em um equilíbrio entre as ações coletivas, de abordagem populacional (que tendem à universalização e permitem a manutenção da saúde, e a diminuição das situações de risco) e as ações individuais (que devem priorizar as situações de maior risco ou necessidade).

- Dentro dos objetivos traçados e dos princípios definidos nesta Linha-guia, e com base nas evidências a respeito das principais doenças bucais, as ações mais relevantes a serem desenvolvidas na Atenção em Saúde Bucal são principalmente:

5.1.1 A vigilância à saúde bucal

- Vigilância à Saúde é uma prática contínua de detecção de danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde articulada a um esquema operacional que faz os encaminhamentos necessários.
- A partir da visão sobre os fatores de risco para as principais doenças bucais e do processo de territorialização, é possível um acompanhamento de como a população adscrita está exposta a esses fatores.

As ações de vigilância

Contínua

- Acompanhamento das famílias sob risco social: as famílias da área adscrita em situação de risco social devem ter um acompanhamento contínuo pela equipe de saúde bucal de forma a se estabelecer um cuidado social, que envolve criação de vínculo, priorização de atenção, estímulo ao autocuidado, detecção de barreiras e busca de soluções para a manutenção da saúde bucal.
- Vigilância sobre os sinais individuais de risco em saúde bucal: manchas e cavidades nos dentes, falta de escovação diária, sangramento, secreção, mobilidade dentária, lesão de tecidos moles ou sintomas ligados à possibilidade de câncer bucal, limitações sociais, estéticas e funcionais ligadas a problemas bucais.
- Vigilância sobre os sinais coletivos de risco em saúde bucal: falta de acesso à água fluoretada, falta de acesso à escova e dentifrício fluoretado, exposição excessiva ao

flúor (em dentifrícios, alimentos, bebidas, água de abastecimento, água natural), exposições ocupacionais.

- Monitoramento do teor de flúor em alimentos, dentifrícios e bebidas: torna-se importante a atuação constante da vigilância sanitária na fiscalização desses teores.
- Monitoramento do teor de flúor na água de abastecimento: cabe aos órgãos competentes estaduais e municipais da VISA (Vigilância Sanitária), das Secretarias do Meio Ambiente, das Coordenações de Saúde Bucal e das Companhias de Saneamento, desenvolverem, em parceria, um Programa de Implantação e Monitoramento da Fluoretação da Água em Minas Gerais.
- Monitoramento dos indicadores possíveis de serem utilizados de forma imediata, como o CPOD aos 12 anos e a porcentagem de crianças livres de cárie aos 5 anos, sendo que outros indicadores podem e devem ser incluídos de acordo com definição ou possibilidades locais.

Pontual

- Casos de câncer bucal no lábio ou abrasão devido à exposição ocupacional, casos de fluorose, traumatismos dentários, entre outros, devem ser investigados para se chegar às causas que, muitas vezes, podem ser coletivas. Através de ações educativas ou intersetoriais pode ser possível evitar que outras pessoas sejam atingidas.

Os atores sociais

Vários atores são importantes nesse processo:

- A anamnese feita pelo CD poderá ser um instrumento importante para detecção de eventos sentinela, a partir do diagnóstico de um caso individual. Por exemplo, um caso de abrasão dentária pode significar uma doença ocupacional passível de afetar outros trabalhadores expostos.
- A equipe de saúde bucal deve ser capaz de diagnosticar risco e fazer o encaminhamento necessário.
- Na rotina da atenção, a Equipe de Saúde deve estar atenta a sinais de risco em saúde bucal, que exigem encaminhamento ao CD.
- Os ACS podem detectar risco, a partir de sua capacidade de levantar informações junto à comunidade.
- Os usuários podem participar de forma ativa na detecção de risco a partir da construção do conhecimento sobre os determinantes de saúde-doença.

O planejamento das ações

- A partir da detecção de risco é possível se planejar ações que possam lidar com os problemas levantados.
- Entre elas, políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais e intervenções específicas (ações educativas, prevenção, tratamento e recuperação).

5.1.2 As ações coletivas

- As ações coletivas são essenciais em saúde bucal, como uma forma de se avançar em atingir toda a população da área adscrita com medidas relacionadas à educação em saúde, ao acesso a medidas preventivas e à melhoria da qualidade de vida.
- As ações coletivas podem ser desenvolvidas através de Ações de Promoção à Saúde e Ações Preventivas.

5.1.2.1 A promoção à saúde bucal

- Promoção à Saúde, conforme definido pela Carta de Ottawa em 1986, significa:
 - **Criação de ambientes que conduzam à saúde:** reconhecimento do impacto que o ambiente causa nos determinantes de saúde-doença e identificação de oportunidades de mudanças que conduzam à saúde.
 - **Construção de políticas públicas saudáveis:** atenção para o impacto na saúde obtido pelas políticas públicas de todos os setores, e não apenas do setor saúde.
 - **Fortalecimento das ações comunitárias:** fortalecimento dos indivíduos e das comunidades no processo de definição de prioridades, tomada de decisões, desenvolvimento de redes sociais, planejamento e implantação de estratégias que levem à obtenção de saúde.
 - **Desenvolvimento de habilidades pessoais:** processo de educação em saúde que, movendo além da transmissão de informação, significa promover entendimento e apoiar o desenvolvimento de habilidades pessoais, sociais e políticas que permitam aos indivíduos realizarem ações para promover saúde;
 - **Reorientação dos serviços de saúde:** o foco deve ser retirado do tratamento clínico curativo e dirigido para a meta de se obter saúde bucal com equidade.
- Portanto, Promoção à Saúde lida com os determinantes de saúde no seu sentido mais amplo, e vai além da abordagem da assistência.
- Entre as principais ações de promoção à saúde se encontram as ações intersetoriais e as atividades educativas.

Ações Intersetoriais em Saúde Bucal

- A II Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1993, definiu Saúde Bucal como “parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, serviços de saúde e informação.”
- Essa definição ampla de Saúde Bucal, construída a partir da definição de saúde feita pela Lei 8080/90, significa uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e a necessidade de intervenção que vai além do âmbito do setor da saúde, atingindo todos os setores que estão ligados à melhoria da qualidade de vida.

As ações intersetoriais estão ligadas à necessidade de adoção de uma prática de saúde pública em lugar de uma abordagem apenas individual, representando um esforço para mudar circunstâncias sociais e ambientais que afetam a saúde coletivamente para que conduzam a ambientes saudáveis

- As ações intersetoriais estão fundamentalmente ligadas à discussão dos problemas que acontecem nas organizações sociais e, portanto, envolvem setores e atores fora da área da saúde (secretarias de governo, ONGS, escolas, etc) que têm uma influência sobre os determinantes do processo saúde-doença, envolvendo também o estabelecimento de parcerias.
- Como exemplos de ações intersetoriais em saúde bucal, podemos citar o apoio a ações e políticas que
 - promovam desenvolvimento social, como educação, emprego, lazer, etc. A forte relação entre privação social e doenças bucais, faz com que a melhoria da qualidade de vida seja um fator importante no contexto de promoção de saúde bucal.
 - possibilitem o acesso a saneamento básico.
 - incentivem a fluoretação das águas de abastecimento.
 - facilitem o acesso à escova e dentifrício fluoretado.
 - favoreçam a escovação dentária em escolas, ambientes de trabalho, etc.
 - contribuam para o combate ao fumo e uso de álcool.
 - contribuam para a redução de violência e traumatismos dentários.
 - incentivem dietas mais saudáveis e tornem os produtos mais saudáveis de mais fácil acesso.
 - contribuam para garantir proteção no trabalho.
 - contribuam para o estabelecimento de uma parceria com o setor de educação para o trabalho transversal de conteúdos de saúde bucal no currículo escolar, através do aproveitamento da Lei de Diretrizes e Bases para a educação (Lei nº 9394/96). Isso significa discutir a saúde bucal em vários momentos e

disciplinas escolares, de acordo com a realidade de cada escola, contribuindo para a construção de “escolas saudáveis”.

Educação em Saúde Bucal

- População-alvo: a educação em saúde bucal é muito importante dentro da promoção à saúde e deve ser universalizada para toda a população da área de abrangência, utilizando-se estratégias diversas de acordo com a realidade local.

O objetivo principal da educação em saúde bucal é o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença. Deve fornecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde bucal, e para acessar o serviço de saúde quando julgar necessário.

- Visa estimular o usuário a sair de um papel passivo para um papel autônomo, participativo, de colaborador e agente de sua própria saúde. Isso significa também desestimular uma dependência muitas vezes desnecessária em relação aos profissionais e serviços de saúde.

A abordagem do processo de educação em Saúde Bucal

Na avaliação de como a educação em saúde bucal vem sendo feita podemos observar:

- O processo de educação para saúde tem se baseado na transmissão de conhecimento por parte da equipe de saúde para um usuário passivo, partindo do princípio de que a aquisição de conhecimento causa mudança de hábito e que essa mudança se encontra sob completo domínio do usuário.
- Quando o usuário não consegue mudar esse comportamento, muitas vezes é considerado culpado e incapaz por não fazê-lo e responsável pelos danos que os maus hábitos possam trazer à sua saúde.
- O modo como a educação em saúde tem sido realizada mostra grandes limitações na obtenção de mudanças de comportamentos que conduzam à saúde.

Pontos importantes a serem observados no processo de educação em saúde bucal

A complexidade do processo de mudança de hábito

- O processo de mudança de hábito é um processo muito complexo, que enfrenta várias barreiras (econômicas, emotivas, sociais, culturais, etc), em que a aquisição do conhecimento é um passo muito importante, mas não suficiente na maioria das vezes.

- Muitas vezes a mudança de hábito é difícil, pois o usuário tem de vencer as dificuldades de um meio ambiente e de condições de vida cujas escolhas saudáveis são mais difíceis e mais caras. Em grande parte dos casos, os hábitos não são mudados não porque as pessoas não têm conhecimento, mas porque não têm condições de realizar a mudança. Por exemplo, é muito mais fácil para uma criança comer uma bala, um doce, que são muito baratos, do que trocá-los por uma escolha mais saudável, como uma fruta, que é mais cara.
- No processo de educação, é importante a identificação das principais barreiras aos hábitos saudáveis, e como acontece o processo saúde-doença no contexto local.
- A promoção de saúde bucal deve, portanto, ser visualizada em um contexto em que as ações educativas e as ações intersetoriais são complementares, para que, no final, o usuário tenha mais facilidade em optar pelo que é mais saudável.

O respeito à individualidade e a contextualização nas diversas realidades

- Torna-se muito importante que no processo de educação os dois lados possam falar e ouvir, caminhando para uma construção conjunta da prática que deve ser feita dentro da realidade de vida das pessoas.
- Os profissionais de saúde bucal não devem ser definitivos no modo como as práticas saudáveis devem ser feitas, mas adequar as orientações às realidades e possibilidades individuais, condições de vida e de trabalho.
- Modelos preconcebidos não se adaptam à realidade de todas as pessoas. O processo educativo deve ser dinâmico, flexível, adequando-se às necessidades locais e às diversidades individuais ou dos grupos.
- É preciso também uma postura ética em relação às opções conscientes realizadas pelos usuários, sem exigência, autoritarismo ou moralismo em relação ao que deve ser feito, pois essa atitude desgasta a relação usuário-profissional e traz desestímulo.
- A educação em saúde bucal deve considerar o indivíduo como um todo. Por exemplo, a higiene bucal está inserida em um contexto da higiene da casa, do corpo, e não pode ser trabalhada separadamente, devendo acontecer em conjunto com as ações da equipe de saúde e levando em consideração o contexto socioeconômico.

O respeito à cultura local

- O trabalho com a comunidade no sentido de entender sua realidade, seus hábitos culturais e o lidar com o processo saúde-doença é essencial para o encaminhamento dos programas educativos.

A ética

Devemos sempre lembrar que é um direito dos usuários serem esclarecidos sobre os riscos à sua saúde e possibilidades de prevenção.

A autopercepção da saúde bucal

A importância da saúde bucal na vida das pessoas deve ser trabalhada, através da percepção de como lidam com ela, como a colocam no contexto de sua saúde geral, como percebem as doenças bucais e suas causas, e seu impacto na qualidade de vida.

A reflexão sanitária

O processo de educação em saúde se torna importante também à medida que conscientiza os usuários sobre os determinantes da saúde e dos recursos disponíveis para sua promoção e os capacita para participar das decisões relativas a esses determinantes.

Os níveis de abordagem do processo de educação

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

População

- Ações voltadas para a população como um todo, através de campanhas educativas.
- É muito importante que a equipe de saúde bucal tenha uma visão mais sistêmica do trabalho com a equipe de saúde, de forma a evitar ações acontecendo em paralelo. Existem fatores que são fatores de risco comum para várias doenças, tais como tabagismo, alcoolismo, exposição ao sol sem proteção, dieta inadequada, entre outras, e que são importantes de serem trabalhados em conjunto no nível da equipe de saúde, de forma multiprofissional.
- Pode-se trabalhar as campanhas educativas específicas de saúde bucal ou em parceria com outras campanhas realizadas pela área da saúde, de forma a se avançar no trabalho multiprofissional. As campanhas educativas despertam as pessoas para as questões de saúde bucal, apesar de serem menos efetivas em relação a mudanças de comportamento. Nesse sentido, mais importante são as ações contínuas, ligadas ao cuidado.

Identificação de grupos e espaços sociais

- As ações educativas podem ser feitas de forma coletiva a partir da definição de grupos com base em necessidades locais e facilidade de adesão por parte do grupo escolhido.
- Grupos prioritários para essas ações são os pré-escolares e escolares, pela facilidade de interação com o setor de educação para se trabalhar o conteúdo educativo de forma transversal no currículo escolar, e pela oportunidade de intervenção em um momento em que os hábitos estão sendo formados. Estudos sugerem ainda que escolas comprometidas com segurança e saúde podem influenciar positivamente na saúde bucal de seus alunos.

- Grupos de risco para as doenças bucais ou para complicações sistêmicas: citando como exemplo o câncer bucal, podem ser alvo de ações coletivas os idosos, trabalhadores rurais, usuários com vários fatores de risco, entre outros.
- Grupos portadores de fatores de risco comum.
- Equipe de saúde: importante o trabalho educativo em conjunto com a equipe de saúde no sentido de se discutir os sinais de risco ou de alerta em saúde bucal, assim como para possibilitar o entendimento dos riscos à saúde em geral por parte da equipe de saúde bucal.

Grupos operativos na unidade de saúde

- Grupo operativo em saúde bucal: são os grupos formados para se trabalhar as questões de saúde bucal coletivamente a partir de um encaminhamento individual. Nesses grupos podem ser trabalhados o conteúdo educativo, a revelação de placa e a escovação supervisionada.
- Os grupos operativos da unidade de saúde, como gestantes, idosos, diabéticos, grupos de mães, entre outros, também são grupos importantes para serem trabalhados.

Famílias

- As ações educativas também podem acontecer com foco nas famílias, na rotina do trabalho do ACS, ou a partir de definição de risco ou da identificação da necessidade de se trabalhar o núcleo familiar como um todo a partir de casos individuais.

Indivíduo

- A educação em saúde bucal individual deve acontecer a partir do acesso ao tratamento individual. Tem uma conotação individualizada, em que haverá uma análise da situação de risco do usuário e também serão discutidas medidas que se adaptem à sua realidade.
- Esse enfoque educativo será discutido no item “Ações Individuais”.

O planejamento das ações educativas

- Esse planejamento deve ser feito em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida, condição sistêmica, e por fatores de risco comum para várias doenças. Isso facilita que as ações se complementem e que não ocorram de forma paralela.
- A adesão de pessoas com influência na comunidade e a participação dos conselhos de saúde são muito importantes para facilitar a divulgação das informações e a adequação do programa à realidade local.
- Nas atividades educativas realizadas nas escolas deve ser incentivada a contribuição de educadores em relação à abordagem a ser utilizada.

- Metodologia: a forma de se trabalhar deve ser sempre participativa e, de acordo com a população-alvo, podem ser utilizados: discussão em grupo, atividades lúdicas, teatro, desenhos, textos, atividades de pesquisa, confecção de materiais, audiovisuais, organização de grupos de suporte (em que as percepções, barreiras e necessidades em relação à saúde bucal são discutidas dentro da realidade dos usuários), entre outros. Outras metodologias podem surgir a partir da realidade local.

As competências

- A educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da equipe de saúde bucal, mas, localmente, deverá ser definido na equipe quem fará o trabalho nos grupos operativos.
- O profissional auxiliar pode ser a pessoa ideal para conduzir o trabalho nos grupos, sob supervisão do CD.
- O ACS também tem uma grande importância na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a equipe de saúde bucal orientar o seu trabalho.

O conteúdo geral para as ações educativas coletivas

Principais doenças bucais

- Etiologia, fatores de risco, fatores de proteção, sinais e sintomas.

Autocuidado

- Discussão de sua importância e de barreiras à sua realização.

Escovação com dentifrício fluoretado

- Importância do controle regular de placa e uso de flúor.

- **Orientações gerais:**

- ♦ É uma fluorterapia simples, econômica e efetiva na prevenção da cárie dentária e gengivite, a qual deve ser estimulada ao máximo em todos os usuários da área de abrangência.
- ♦ A escovação, em geral, deve ser feita no mínimo duas vezes ao dia, e sempre depois da última refeição. Exceção para crianças pequenas, como discutido no capítulo “A atenção em saúde bucal por ciclos de vida”.
- ♦ As escovas dentais devem ser macias e pequenas, de modo que os dentes posteriores sejam alcançados sem dificuldade, e deverão ser substituídas sempre que as cerdas começarem a virar para fora.

- ♦ A quantidade de dentifrício a ser usada deve ser pequena e nunca engolida. Deve ser sempre divulgada a informação de que o excesso de ingestão de flúor pode causar fluorose, e que o dentifrício deve ser guardado fora do alcance das crianças.
- ♦ A revelação da placa dentária e a escovação supervisionada de forma individual ou coletiva são importantes na complementação do processo educativo e devem ser feitas sempre que possível e/ou indicado.
- **Revelação de placa dentária:** auxilia no processo educativo para identificação do que é a placa e dos locais onde está havendo acúmulo. Essa ação encoraja o usuário a participar da determinação de seu estado de saúde bucal, age como estímulo e fortalece sua autonomia.
- **Escovação supervisionada:**
 - ♦ Capacita o usuário no controle de placa.
 - ♦ Caso a técnica de escovação que esteja sendo usada seja eficaz, ela deve ser mantida e incentivada e o profissional deve apenas adequar o hábito de escovação individual a partir da revelação da placa, a fim de obter melhores resultados.
 - ♦ Apenas em casos de controle de placa insatisfatório em toda a dentição ou de danos aos tecidos dentários é que deve ser buscada uma nova técnica que se adapte ao usuário.
 - ♦ Nesses casos a técnica de Stillman modificada é a mais interessante, respeitando-se sempre as adequações individuais: a escova é colocada com o longo eixo das cerdas lateralmente contra a superfície da gengiva e as cerdas são deslizadas de gengival para oclusal, fazendo-se movimentos vibratórios quando as cerdas estiverem junto a ponto de contato dos dentes. Depois devem então ser escovadas as faces mastigatórias com movimentos horizontais.
 - ♦ A língua não deve ser esquecida, pois o acúmulo de alimentos nessa região pode causar mau-hálito.
- **Uso do fio dental:**
 - ♦ O fio dental deve remover a placa e as partículas de alimento que ficam entre os dentes, áreas que a escova não consegue alcançar.
 - ♦ Ele deve ser usado com cuidado para não forçar a gengiva, e sempre esfregado para cima e para baixo em cada um dos dentes, de modo a remover a placa dessa região.

Orientações sobre fluorose

- Principais fatores de risco para fluorose:
 - Uso inadequado de dentifrício: grande quantidade ou frequência exagerada em crianças (item Saúde Bucal da Criança).
 - Uso de complemento vitamínico com flúor em locais com água fluoretada: esse ponto pode ser trabalhado com os pais e com a equipe de saúde.

Orientações gerais sobre dieta

- Importância de uma dieta saudável, em consonância com o colocado pela equipe de saúde.
- Um consumo de açúcar exagerado e freqüente, além de ser um fator de risco para a cárie dentária, significa ingestão de calorias vazias, com pouco efeito nutricional adicional. O consumo excessivo de açúcar está ainda ligado a outros problemas de saúde, o que implica a necessidade de trabalho com a equipe de saúde para se desenvolver um programa educativo que trabalhe a ingestão de açúcar como um fator de risco comum para várias doenças, sendo parte de uma dieta inadequada.
- A saúde bucal deve também ser colocada como um fator importante para uma dieta saudável, pois uma dentição funcional é essencial para a mastigação de fibras, frutas, vegetais, etc. Estudos mostram a diminuição da ingestão desses componentes da dieta em indivíduos com limitação funcional devido a perdas dentárias.
- Deve ser incentivado o consumo de alimentos que contenham açúcar natural, como frutas, leite, e que são menos significativos na etiologia da cárie dentária.
- As orientações sobre dieta devem ser sempre baseadas na realidade dos usuários, dentro do que é possível ser realizado.

Orientação para auto-exame da boca

- O auto-exame, além de colaborar para a autonomia do usuário em avaliar o seu estado de saúde, é uma das estratégias que podem contribuir para a suspeita de alterações patológicas da boca.
- O ideal é que o auto-exame seja feito mensalmente.
- Ele deve ser ensinado nas atividades educativas, principalmente para o grupo de risco para câncer bucal, e tem como finalidade capacitar o usuário para participar da avaliação do seu estado de saúde bucal, identificando as anormalidades existentes, e a procurar a equipe de saúde bucal quando achar necessário.
- Consiste em:
 - Orientação sobre as estruturas da boca e os aspectos de normalidade;

- Orientações sobre sinais de risco em saúde bucal: mancha nos dentes, cavidade nos dentes, falta de escovação diária, mobilidade dentária, sangramento, secreção, lesão em tecidos moles e outros sintomas ligados à possibilidade de câncer bucal e limitações estéticas e funcionais em função de problemas bucais.
- Em relação aos tecidos moles, a seguinte técnica pode ser preconizada, com adaptação individual:
 - ♦ Lavar a boca e remover as próteses dentárias, se for o caso. O exame deve ser voltado para a identificação de algo diferente, que não tenha sido notado antes, como: mudanças na cor da pele e da mucosa, caroços, feridas, inchaços, áreas dormentes ou doloridas, dificuldade de movimento, entre outros.
 - ♦ De frente para o espelho, observar a pele do rosto e do pescoço, tocando suavemente com a ponta dos dedos.
 - ♦ Examinar o pescoço comparando os lados – esquerdo e direito – e vendo se há diferença entre eles. Depois, apalpar os dois lados.
 - ♦ Puxar o lábio inferior para baixo, expondo sua parte interna. Em seguida, examinar e apalpá-lo todo. Puxar o lábio superior para cima e repetir o procedimento.
 - ♦ Com a ponta de um dedo indicador, afastar as bochechas para examinar a parte interna das mesmas.
 - ♦ Examinar toda a gengiva superior e inferior, percorrendo-a com a ponta dos dedos.
 - ♦ Introduzir o dedo indicador por baixo da língua e o polegar da mesma mão por baixo do queixo e palpar todo o assoalho da boca e contorno inferior do queixo.
 - ♦ Inclinar a cabeça para trás e, abrindo a boca o máximo possível, examinar atentamente o céu da boca. Em seguida, dizer ÁÁÁÁ.... e observar o fundo da garganta. Depois, palpar com o dedo indicador todo o céu da boca.
- Pôr a língua para fora e observar sua parte de cima. Repetir a observação na sua parte de baixo, com a língua levantada até o céu da boca. Em seguida, puxando a língua para a esquerda, observar o lado direito da mesma. Repetir o procedimento para o outro lado.
- Esticar a língua para fora e apalpar toda a sua extensão, com os dedos polegar e indicador.

Orientações sobre traumatismo dentário

- A prevalência de injúrias dentárias encontrada em Belo Horizonte foi de 8,0% na idade de 9 anos, 13,6% aos 12 anos e 16,1% aos 14 anos, sendo os incisivos centrais superiores os dentes mais afetados.
- O traumatismo dentário apresenta um grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente: limitações ao morder ou falar, comprometimento

da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto de a criança/adolescente evitar sorrir e conversar.

- Estudos brasileiros sobre traumatismo dentário mostraram não haver diferença entre as classes sociais ou haver maior prevalência nas crianças de classe social mais alta. As crianças de classe social mais alta são as que possuem mais fácil acesso a *playgrounds*, piscinas, bicicletas, *skates*, patins, etc.
- Os fatores predisponentes para o traumatismo dentário são trespasse horizontal acentuado e hipotonia labial superior.
- As principais causas do traumatismo são quedas, agressões, disputas ou brigas, acidentes de trânsito, atividades esportivas e causas desconhecidas.
- Os traumas causados por violência são muitas vezes subestimados, sendo relatados como causa desconhecida ou queda. Uma causa comum de trauma é uma criança ser empurrada por um colega de encontro à torneira do bebedouro, o que, na realidade, é uma forma simples de violência. A violência doméstica também pode ser uma fonte subestimada de trauma.
- Os casos de violência contra a criança e o adolescente devem ser discutidos pela equipe de saúde e os encaminhamentos pertinentes tomados.
- É muito importante que a equipe de saúde bucal esteja alerta às causas dos traumatismos em sua área de abrangência, de modo a planejar ações de promoção à saúde que possam lidar com os problemas levantados.
- Famílias ou locais específicos em que estejam acontecendo casos de traumatismo – como escolas, ruas esburacadas – devem ser investigados de modo que se possa trabalhar um processo de educação de segurança nas práticas esportivas e nas brincadeiras ou medidas intersetoriais por parte da equipe de saúde.
- As causas do traumatismo dentário devem ser sempre registradas no prontuário odontológico.
- As escolas e os pais devem ser orientados sobre o que fazer nesses casos, de modo a favorecer a preservação do dente:
 - Em caso de um pedaço do dente quebrar, ele deve ser guardado no soro, leite ou água filtrada e levado ao CD.
 - Em caso de o dente sair totalmente, ele deve ser segurado pela coroa com muito cuidado. Caso esteja sujo, deve ser lavado com soro fisiológico ou leite, sem esfregar, e colocado o mais rápido possível no lugar, para aumentar as chances de sucesso do re-implante. Caso o dente não possa ser recolocado, deve ser guardado num copo com leite, soro ou água filtrada e levado ao CD. Em ambos os casos, o CD deve ser procurado imediatamente.
 - É muito importante que seja passada a informação de que, em caso de traumatismo, quanto mais rápida a ação, mais favorável o prognóstico.

Outras medidas de prevenção

- Evitar exposição prolongada à radiação ultravioleta sem uso de protetor solar, protetor labial e chapéu.
- Evitar fumo e álcool: podem causar halitose, câncer bucal, manchas nos dentes e doença periodontal.

5.1.2.2 As ações preventivas

- As ações preventivas coletivas devem ser uma prioridade na atenção em saúde bucal, pois tanto a cárie quanto a gengivite são passíveis de serem prevenidas, na maioria dos casos, através da instituição dessas medidas.

Fluoretação da água de abastecimento

- A implantação da fluoretação da água de abastecimento é também uma medida de promoção à saúde, pois está ligada a uma ação intersetorial e contribui para um meio ambiente que conduza à saúde.
- Essa implantação é recomendada pela OMS e é uma prioridade governamental em nosso país, instituída pela lei 6050 de 1974. De acordo com essa lei, todos os municípios com abastecimento público de água onde existe estação de tratamento devem fazer a fluoretação.
- A Portaria Federal/MS nº 635 de 26/12/75 aprova as normas e padrões sobre fluoretação da água.
- Os municípios que tiverem estações de tratamento de água sem fluoretação e desejarem fazê-la devem entrar em contato com a Coordenação Estadual de Saúde Bucal.

Ações preventivas coletivas (APC)

- Essas ações formam um conjunto de procedimentos de promoção e prevenção em saúde bucal, desenvolvido em grupos populacionais previamente identificados e sob risco e de acordo com a necessidade detectada.
- Os pré-escolares e escolares devem ser alvos prioritários desses procedimentos, pelo impacto causado pelo uso de medidas educativas e preventivas nessa faixa etária, pela facilidade de acesso através das escolas e creches, e pela importância da atuação em uma fase de formação de hábitos e de erupção dos dentes permanentes.
- Outros grupos podem ser definidos localmente para serem cobertos pelas ações

preventivas coletivas, de acordo com risco, dados epidemiológicos ou critérios locais.

- Os grupos podem se formar também a partir de encaminhamentos individuais feitos pelo CD, formando grupo operativo na unidade de saúde.
- Os pré-escolares podem ser cobertos pelas APC através de ações em creches, grupos de mães, etc.
- As atividades preventivas coletivas devem sempre acontecer em conjunto com as ações educativas coletivas.
- Para a realização das APC na escola ou outras instituições, é importante que seja solicitada uma autorização dos pais. Nessa autorização deve constar quais procedimentos serão feitos e a frequência, de forma a fornecer aos pais esclarecimento sobre as ações realizadas.
- É importante que a equipe de saúde e o município como um todo façam uma programação anual para o desenvolvimento das APC, sujeita às modificações que forem necessárias, para cada grupo/local definido como alvo.
- É importante a definição de uma Ficha de Planejamento e de Monitoramento das APC, assim como uma Ficha de Realização das APC:

FICHA DE REALIZAÇÃO DAS APC										
Município:										
Equipe:										
Grupo:										
Local:										
Ano:										
Profissionais responsáveis pela realização das ações:										
Nome	Ações Preventivas/Educativas Coletivas (Atividades Educativas, Escovação Dental Supervisionada, Entrega de Escova e Dentifrício Fluoretado, Aplicação Tópica de Flúor-gel, Bochecho Fluoretado)									Encaminhamento Individual
	Ação (especificar)			Ação (especificar)			Ação (especificar)			
	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	

As ações preventivas coletivas (APC) compreendem:

Ação coletiva de escovação dental supervisionada

- Visa à prevenção da cárie e da gengivite através do incentivo à escovação dental associada ao uso de dentifrício fluoretado, compreendendo o controle continuado de placa dentária pelo usuário com supervisão profissional, com frequência e metodologia a ser definida de acordo com a necessidade do grupo ou faixa etária.
- Deve ser universalizada para toda a população da área de abrangência.
- Geralmente inclui:
 - Evidenciação da placa bacteriana: deve haver um reforço educativo com os usuários que não estão conseguindo fazer o controle da placa, através de um acompanhamento periódico de sua evolução;
 - Escovação supervisionada com dentifrício fluoretado.
 - Outras considerações foram feitas sobre evidenciação da placa bacteriana e escovação supervisionada no item Educação em Saúde Bucal.
- Em algumas situações, no entanto, essa ação pode ser realizada de forma diferenciada, como em:
 - Crianças muito pequenas, onde apenas uma supervisão da limpeza/escovação feita pelo responsável/criança pode ser o indicado;
 - Usuários idosos, acamados, PNE, onde muitas vezes não é viável a evidenciação da placa e apenas a supervisão da escovação feita por usuário/família/cuidador é possível.
 - Outras situações locais.
 - Em crianças menores de 6 anos é importante um cuidado especial devido à possibilidade de ingestão de dentifrício fluoretado. As abordagens para as diferentes faixas etárias serão discutidas no capítulo “A Atenção em Saúde Bucal por ciclos de vida”.
- A escovação supervisionada pode estar associada à detecção de sinais de risco que sugiram necessidade de encaminhamento individual para avaliação de risco pelo CD.
- Deve ser realizada, preferencialmente, por profissional auxiliar.

Ação coletiva de aplicação tópica de flúor (ATF)

- Pode ser realizada na forma de:
 - **Ação Coletiva de Bochecho Fluorado:** bochechos com solução de fluoreto de sódio com periodicidade semanal (concentração de 0,2%) ou diária

(concentração de 0,05%). Esse procedimento é indicado para usuários maiores de 6 anos.

- **Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor-gel:** aplicação tópica de flúor em gel com concentração de 1,23%. A aplicação pode ser feita utilizando-se escova, moldeira, pincelamento ou outras formas. Esse procedimento é indicado para usuários maiores de 6 anos.
- Nas aplicações coletivas de flúor deve sempre ser tomado todo o cuidado para evitar ingestão, incluindo supervisão do processo, dosagem correta e colocação de todo o material usado em local longe do alcance de pessoas que possam ingeri-lo acidentalmente.
- Essa ação deve ser realizada, preferencialmente, por profissional auxiliar, sob supervisão do CD.
- Para a utilização da ATF na forma coletiva, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal/MS recomenda levar em consideração a situação epidemiológica de diferentes grupos populacionais do local onde a ação será realizada. A utilização de ATF com abrangência universal é recomendada para populações nas quais se constate uma ou mais das seguintes situações:
 - Exposição à água de abastecimento sem flúor.
 - Exposição à água de abastecimento contendo naturalmente baixos teores de flúor (até 0,54 ppm F).
 - Exposição à flúor na água há menos de 05 anos.
 - CPOD maior que 3,0 aos 12 anos de idade.
 - Menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade.

Importante:

- Os municípios que interromperem a ATF por terem atendido aos requisitos acima colocados, devem
 - continuar a monitorar o CPOD aos 12 anos e a porcentagem de livres de cárie aos 05 anos, como discutido no capítulo de Vigilância à Saúde Bucal, de forma a estarem sempre atentos a algum aumento de prevalência de cárie nessas faixas etárias.
 - avaliar a necessidade de continuar a fazer a ATF em outros grupos considerados ainda de risco.
 - continuar a manter as outras ações coletivas educativas e preventivas de forma universalizada.

Universalização do acesso à escova e dentifrício fluoretado

- Pela importantíssima participação da escovação com dentifrício fluoretado na prevenção da cárie e gengivite, garantir o seu acesso por parte dos usuários da área de abrangência deve ser considerada uma política importante entre as ações de saúde bucal.
- A OMS considera que todo esforço deve ser feito para tornar o dentifrício fluoretado acessível, e, nesse sentido, os gestores devem considerar a possibilidade de desenvolver políticas locais que incentivem a universalização do acesso, tais como garantir sua distribuição à população da área adscrita sob risco social, desenvolver ações educativas para incentivar o seu uso, promover ações intersetoriais que diminuam o seu custo, entre outras.
- Como dito no capítulo sobre educação em saúde bucal, durante a entrega do dentifrício as famílias devem ser sempre orientadas sobre os riscos da ingestão e sobre a importância da manutenção do dentifrício fora do alcance das crianças. Deve ser feita também a orientação sobre a quantidade de dentifrício a ser utilizada e a frequência de escovação. Algumas considerações nesse sentido serão feitas no capítulo “A Atenção em Saúde Bucal por Ciclos de Vida”.

Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica

- Compreende avaliação das estruturas da cavidade bucal com finalidade de diagnóstico segundo critérios epidemiológicos em estudos de incidência, prevalência e outros, com o objetivo de elaborar perfil epidemiológico e/ou avaliar impacto das atividades desenvolvidas.

5.1.3 As ações individuais

- A equipe de saúde bucal da atenção primária da área de abrangência deve ser a porta de entrada do sistema, com exceção dos casos de urgência/emergência, em que o usuário pode ser atendido em qualquer unidade.
- Os centros de atenção especializada em saúde bucal devem também receber os usuários referenciados pela atenção primária, não construindo portas de entrada paralelas no sistema.
- Dessa forma, é possível se avançar na organização do fluxo de encaminhamento e na aplicação de princípios únicos de planejamento e priorização do atendimento.
- À atenção primária compete assumir a responsabilidade pela detecção de necessidades, providenciar os tratamentos ou os encaminhamentos requeridos em cada caso, e monitorar a evolução no período pós-tratamento.

- O atendimento nesse nível de atenção deve ser o mais resolutivo possível, sendo responsável pela resolução da absoluta maioria dos problemas de saúde bucal existentes, incluindo a sua prevenção, e fazendo somente os encaminhamentos realmente necessários.
- A resolubilidade da atenção está ligada também à elaboração de fluxos e protocolos, que serão desenvolvidos neste capítulo.

Os fluxos, critérios de priorização e classificações de risco apresentados a seguir servem como orientação e devem ser sempre submetidos à discussão local e adaptados às diferentes realidades, à luz dos diferentes diagnósticos, da possibilidade de atuação da equipe e da participação da comunidade e do controle social, devendo ser sempre pactuados nos conselhos de saúde locais.

5.1.3.1 O acolhimento

- O acolhimento é uma ação que deve permear toda a atenção, em todos os níveis, desde o agente comunitário até os níveis de maior complexidade, e envolve os procedimentos e atitudes que facilitem o acesso dos usuários ao serviço de saúde.
- É entendido como uma postura de todos os membros de uma equipe de saúde voltada para os atos de receber, escutar de forma qualificada, orientar, atender, encaminhar adequadamente e de forma resolutiva e acompanhar.
- Caracteriza o ato do cuidado, significando a base da humanização das relações.
- Significa antes de tudo, ouvir e entender a necessidade colocada pelo usuário, o significado e o impacto dessa necessidade em sua vida, e dar um encaminhamento a ela, não se limitando a respostas burocráticas.
- Essa percepção e co-responsabilização em relação às necessidades percebidas significam um grande passo para a criação de vínculo, de solidariedade, e de sensibilidade em relação à dor e ao sofrimento do usuário.
- Colabora para a construção de um modelo de atenção centrado no usuário e em suas necessidades.
- Introduce o princípio da equidade na atenção à saúde bucal, pois define uma priorização do atendimento a partir da identificação de risco sob os pontos de vista biológico, social e subjetivo, com atenção priorizada para a clientela com maior necessidade ou vulnerabilidade.
- Pressupõe a elaboração de protocolos e normalizações que possam conter os critérios para a definição de priorização e os fluxos de encaminhamento na US.
- Contribui para o aumento da resolubilidade.

- Necessita de uma mobilização da equipe de forma a rever suas posturas, atitudes, e discutir as barreiras ao acesso à atenção em saúde bucal existente dentro da sua realidade. O acesso pode ser encarado como a forma como o sistema de saúde se adapta às necessidades do usuário. Entre suas dimensões podemos considerar a disponibilidade de oferta de serviços adequados (recursos humanos, integralidade de atenção, programas específicos, etc.); a acessibilidade (se a localização da unidade de saúde é satisfatória para os usuários da área de abrangência); a acomodação (se a maneira como os recursos são disponibilizados é satisfatória, incluindo o sistema de marcação de consultas e referenciamento, o horário de atendimento, etc) e a aceitabilidade (relacionada com a atitude dos usuários em relação à equipe de saúde).
- O acolhimento está baseado ainda no trabalho em equipe e na potencialização do trabalho de cada um de seus membros, valorizando os saberes de cada categoria e possibilitando intervenções efetivas.

O Acolhimento na recepção da Unidade de Saúde

- A entrada dos usuários para atendimento em saúde bucal deve caminhar gradualmente para a mudança de uma assistência centrada nas urgências e procedimentos mutiladores, para a atenção integral, o que significa acesso universal às ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com a necessidade. Isso significa uma atenção baseada no cuidado, e não nos casos agudos.

Principais modos de acesso para a atenção em saúde bucal

- **DEMANDA ESPONTÂNEA:** é formada por usuários que procuram o serviço com uma necessidade percebida, a qual deve ser encaminhada. Todos esses usuários devem ser ouvidos de forma a se fazer o melhor encaminhamento.
- **ENCAMINHAMENTO PELA EQUIPE DE SAÚDE:** sinais de risco em saúde bucal podem ser utilizados na rotina de trabalho da equipe de saúde, incluindo THD e ACD, no sentido de facilitar o encaminhamento dos usuários para a avaliação de risco pelo CD, muitas vezes com risco não percebido. Os principais são:

Sinais de risco:

- manchas nos dentes (brancas ou escuras);
- cavidade nos dentes;
- falta de escovação diária com escova e dentifrício fluoretado;
- sangramento, secreção, mobilidade dentária;
- lesão em tecidos moles, rouquidão, dormência, dificuldade de movimentos, inchaço no pescoço;
- limitações estéticas, sociais ou funcionais decorrentes de problemas bucais.

- **GRUPOS PRIORIZADOS:** a partir de definição local, alguns grupos podem ser definidos como prioritários para a avaliação de risco pelo CD, devendo acontecer uma busca ativa dos usuários pertencentes a esses grupos para avaliação de risco. Os principais fatores que podem ser considerados para definição desses grupos são:
 - **Risco social:** famílias em risco social, definidas pela equipe na área de abrangência – de acordo com fatores sociais, econômicos, estrutura familiar, entre outros – devem ter prioridade para avaliação de risco.
 - **Risco por ciclo de vida:** de acordo com a OMS as crianças devem ser consideradas prioritárias. O Estatuto do Idoso e a Portaria 399/GM- Pacto pela Saúde priorizam o idoso.
 - **Risco sistêmico:** diabéticos, imunodeprimidos e pacientes com necessidades especiais (PNE) também devem ser considerados prioritários, por serem mais vulneráveis a complicações sistêmicas. A priorização de gestantes, é amparada pela Lei Estadual nº 15.677 de 15/08/05, que dispõe sobre a consulta odontológica com avaliação periodontal no acompanhamento pré-natal da rede pública do Estado de Minas Gerais.
- Outros grupos podem ser definidos como prioritários localmente.
- A priorização desses grupos para avaliação de risco pelo CD não significa atendimento exclusivo, em detrimento do resto da população. Significa apenas a organização da atenção, com vistas à universalização gradual do atendimento a toda a população da área de abrangência, com base no princípio da equidade.

5.1.3.2 A pré-avaliação

- Na Unidade de Saúde todos os usuários que solicitarem o atendimento pelo serviço de odontologia devem ser ouvidos em suas necessidades de forma a se definir o encaminhamento.
- A pré-avaliação deve ser usada para satisfação de necessidade sentida através da livre demanda, possibilitando o acesso do usuário da área adscrita e não pertencente aos grupos priorizados à resolução de sua queixa principal.
- A ordem de atendimento não deve ser baseada na ordem de chegada, mas no sofrimento e gravidade relacionados ao caso.
- Os horários de escuta a esses usuários e a escolha do profissional poderão ser definidos a partir de critérios estabelecidos em conjunto pela equipe de saúde.

Importante que sejam observados os seguintes pontos

- A pré-avaliação em saúde bucal deve se integrar ao máximo à realizada pela equipe de saúde, sendo ideal um processo único.

- Esse processo pode ser facilitado se houver a existência de uma Ficha de Pré-avaliação, no qual são anotados nome, queixa principal, encaminhamento dado e a data. Essa Ficha poderá, inclusive, servir para monitoramento e avaliação do serviço.
- O CD deve dar suporte para analisar essa Ficha de Pré-avaliação, sempre que necessário, ou até mesmo examinar o usuário, para que seja sempre buscado o melhor encaminhamento.
- A partir da pré-avaliação, os usuários poderão ser encaminhados para a consulta de urgência/emergência ou para agendamento para avaliação de risco pelo CD.
- Esse processo caminha para a organização do atendimento da demanda espontânea.

5.1.3.3 A consulta de urgência/emergência

- Essa consulta é feita pelo CD e direcionada para a resolução da queixa principal e exame de mucosa sempre que possível.
- O atendimento prioritário do usuário com dor e sofrimento se enquadra também no princípio da equidade, pois, no momento, é o usuário que mais necessita de atenção.
- O atendimento das urgências/emergências deve ser garantido na atenção primária como prioridade a todos os usuários, independente de serem da área de abrangência, devendo ser reservado diariamente um horário para esse atendimento. Essa definição dos horários deverá ser feita pela equipe, de acordo com a demanda local.
- O atendimento dos casos de urgência/emergência deve preferencialmente ser feito no início do turno de trabalho, devendo, porém, o CD estar pronto para atender aos usuários que necessitarem de atendimento em outros momentos.
- Os casos cuja resolução está ligada a um procedimento da atenção primária deverão ser resolvidos nesse nível de atenção, na própria unidade básica.
- O atendimento deverá ser o mais resolutivo possível, evitando o prolongamento do sofrimento do usuário ou retornos desnecessários.
- O diagnóstico dos casos deve ser feito cuidadosamente de modo a evitar encaminhamentos não pertinentes e que causam congestionamento desnecessário nas unidades de urgência/emergência.
- Com o processo de organização da atenção primária, a tendência é que haja uma diminuição gradual dos casos de urgência/emergência.

- A identificação dos sinais de alerta e o estabelecimento de fluxo de encaminhamento são importantes para avaliar o usuário na sua chegada, humanizando o atendimento e organizando a porta de entrada de acordo com critérios de prioridade e de gravidade, e para trazer mais resolubilidade à atenção:

Sinais de alerta

- Caracterizam urgência/emergência.
- Os sinais e sintomas abaixo dizem respeito às urgências/emergências mais comuns, sendo importante, no entanto, o bom senso da equipe para encaminhar outros casos que julgar pertinentes.

Sinais de alerta

- dor;
- hemorragia;
- abscesso, edema e outros quadros infecciosos ou inflamatórios agudos;
- traumatismo dentário, ósseo, de tecidos moles ou de articulação têmporo-mandibular, limitação de movimentos;
- lesão de tecidos moles, rouquidão, dormência, dificuldade de movimentos ou para engolir, inchaço no pescoço;
- necessidade de recimentação ou reparo de peça protética;
- necessidade de intervenção estética urgente (que deverá ser avaliada em conjunto por usuário/CD).

- Todos os usuários com os sinais, sintomas e necessidades citados deverão ser atendidos pelo CD no mesmo dia.

Classificação de risco dos sinais de alerta

É um processo dinâmico de identificação dos usuários com necessidade de atendimento imediato, de acordo com potencial de risco ou grau de sofrimento, e não baseado em ordem de chegada. Esse processo é baseado nos sinais e sintomas, e não tem intenção de diagnóstico.

Risco sistêmico: todos os usuários que juntamente com os sinais de alerta em saúde bucal apresentem sinais e sintomas sistêmicos, tais como dispnéia, palpitações, taquipnéia, cianose, arritmias, extra-sístole, obstrução de vias aéreas, perda de consciência, sinais vitais alterados, etc, devem ser abordados pela equipe de saúde de acordo com o protocolo geral de atendimento de urgência/emergência descrito no Manual da Atenção Primária. Por isso, todos os usuários de urgência/emergência devem ter esses sinais e sintomas monitorados.

Amarelo: usuários que necessitam de atendimento odontológico o mais rápido possível, – devem ser encaminhados diretamente para consulta.

Azul: demais condições não agudas, que devem ser atendidas por ordem de chegada.

Verde: prioridade de atendimento tanto no grupo amarelo como no azul. Correspondem aos usuários com idade superior a 60 anos, gestantes, deficientes físicos, usuários com impossibilidade de deambulação.

O usuário deve ser sempre informado sobre o tempo de espera.

Avaliação inicial do usuário

A avaliação inicial do usuário deve ser feita de forma sistemática e objetiva pela equipe de saúde, contendo:

- dados pessoais;
- queixa, histórico da queixa;
- histórico médico, doenças atuais, uso de medicação, história de alergia;
- verificação de PA, pulso, respiração e temperatura (sinais vitais);
- identificação dos sinais de alerta: quais os sinais e sintomas;
- classificação dos sinais de alerta;
- quando não for possível obter esses dados através do usuário, deve ser consultada a família ou acompanhantes.

No caso de o usuário já possuir o prontuário, essas informações devem ser colocadas nele. Caso contrário, devem ser anotadas em uma Ficha para Atendimento de Urgência/Emergência.

Ficha mínima para atendimento de urgência/emergência

- Nela devem constar todos os dados levantados na avaliação inicial descrita anteriormente. Usuários com condições sistêmicas devem ser avaliados em conjunto com o médico, sempre que necessário, antes de qualquer procedimento, e sempre referenciados para controle médico quando indicado. As abordagens de algumas condições sistêmicas podem ser encontradas no capítulo de Atenção por Condição Sistêmica.

- Exame físico sumário: inspeção, palpação, avaliação de mucosa bucal, testes diagnósticos necessários.
- Diagnóstico, tratamento e/ou encaminhamento se necessário.
- O encaminhamento pode ser feito principalmente nas seguintes situações:
 - Encaminhamento para unidades de urgência/emergência em odontologia: necessidade de realização de procedimento especializado; necessidade de apoio de equipe de saúde de urgência/emergência para tratamento de usuários com condições sistêmicas em que não foi possível o CD controlar os sinais/sintomas de urgência com procedimentos não invasivos; necessidade de exames complementares para diagnóstico e/ou tratamento.
 - Encaminhamento para a equipe de saúde: usuários com condições sistêmicas que necessitam de compensação antes do tratamento odontológico, mas quando foi possível o CD controlar os sinais/sintomas de urgência com procedimentos não invasivos.
- A avaliação de risco pode ser feita na consulta de urgência/emergência ou pode ser agendada.

Em relação às unidades de urgência/emergência

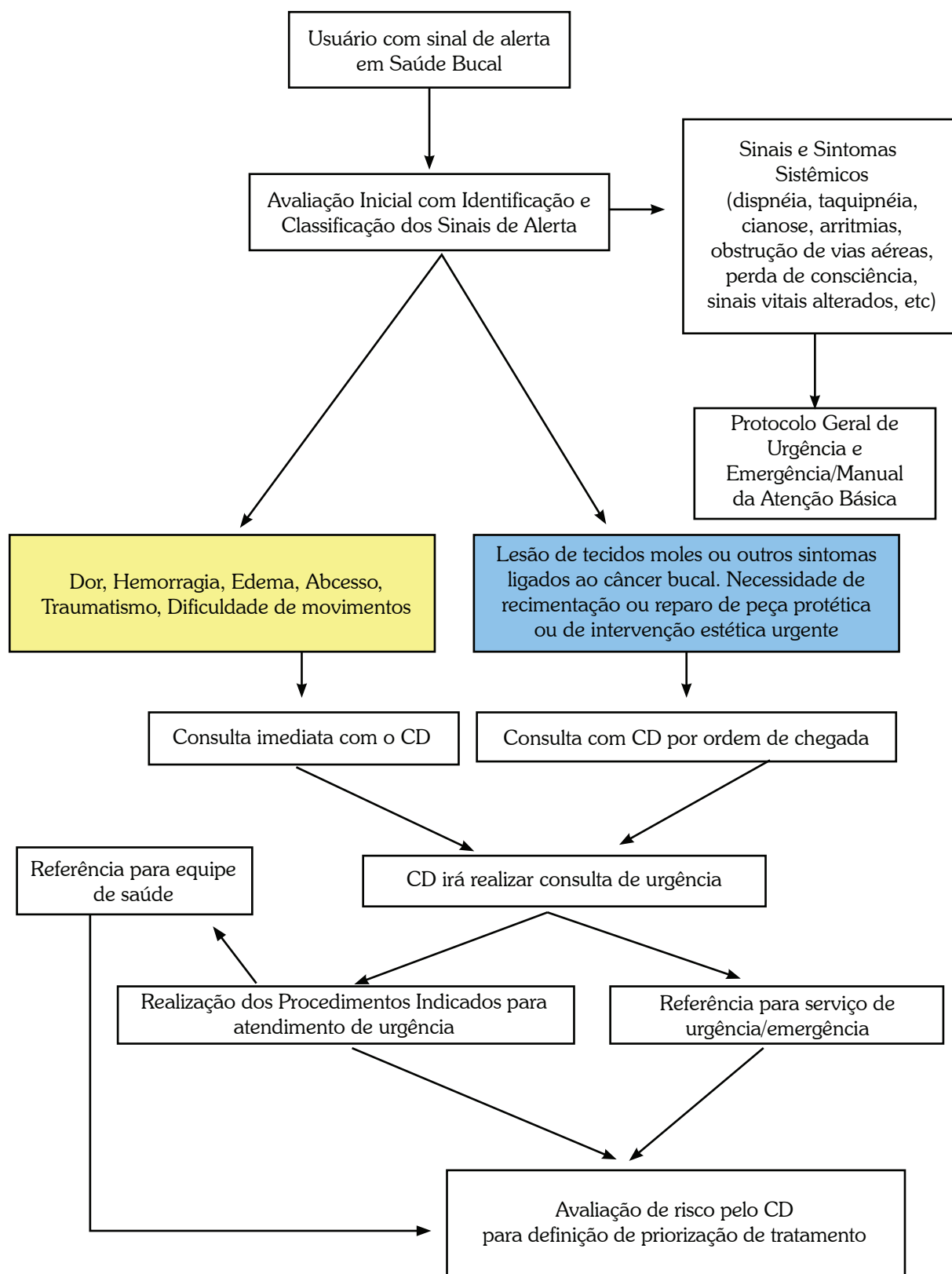
A Portaria nº 1044/GM de 1º de junho de 2004, institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Poderão aderir à essa política os municípios e estados que tiverem sob sua gestão estabelecimento hospitalar que preencha os seguintes critérios:

- ser de esfera administrativa pública ou privada sem fins lucrativos;
- estar localizado em municípios ou microrregiões com até 30 000 habitantes;
- possuir entre 5 a 30 leitos de internação cadastrados no CNES;
- estar localizado em municípios que apresentam cobertura da Estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%.

Entre os requisitos necessários estão:

- adequar o seu perfil assistencial, preferencialmente para:
 - ♦ especialidades básicas (clínicas médica, obstétrica e pediátrica).
 - ♦ saúde bucal, em especial para a atenção às urgências odontológicas.

FLUXO DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA



5.1.3.4 A avaliação de risco pelo CD

- A avaliação de risco serve para definir a priorização para a atenção individual programada e para determinar as necessidades dos usuários.
- Deve ser feita preferencialmente em consulta agendada, com frequência a ser definida pela equipe.
- Todos os usuários que procurarem o atendimento por livre demanda ou por encaminhamento da equipe de saúde e os usuários dos grupos priorizados devem ter a avaliação de risco feita pelo CD de modo a se avaliar o melhor encaminhamento.
- Com base nos sinais de risco já descritos, pode haver um levantamento contínuo de sinais de risco pelo profissional auxiliar nos grupos priorizados ou grupos de ações coletivas, aumentando a resolubilidade do atendimento e a cobertura populacional.
- Os critérios abaixo relacionados como exemplo para avaliação de risco levaram em consideração os riscos biológicos em relação à saúde bucal, e as necessidades percebidas pelo usuário. Foram consideradas prioritárias as condições com risco de agravamento do quadro.
- A utilização de uma Ficha para Avaliação de Risco pode progressivamente fornecer informações sobre as necessidades da população adscrita em relação à atenção em saúde bucal.
- Essa ficha deverá conter minimamente o nome dos usuários e a classificação de risco de forma que ele possa ser identificado posteriormente no processo de cobertura sucessiva de grupos prioritários
- O CD irá avaliar a situação de risco de cada usuário, dando priorização para o atendimento programado aos usuários a partir do R1.

R1

- Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles:
 1. Cárie ativa: mancha branca ativa; tecido amolecido.
 2. Doença periodontal ativa: sangramento; secreção.
 3. Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal (dificuldade de deglutição, dificuldade de movimentos, rouquidão, etc...)
 4. Limitações psicossociais em decorrência do comprometimento estético, halitose, entre outros.
 5. Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causado por alterações bucais.

R2

- Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador
 1. presença de cálculo
 2. necessidade de prótese removível
 3. necessidade de tratamento/atenção primária
 4. necessidade de tratamento/atenção especializada
 5. outros

R3

- Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal.

Exame para avaliação de R1

- Como a avaliação de risco é feita antes da anamnese (realizada na Primeira Consulta), é importante que seja perguntado nesse momento se o usuário tem algum problema de saúde. Os encaminhamentos em caso positivo são discutidos no item “Primeira Consulta Odontológica” e no capítulo “A Atenção em Saúde Bucal por Condição Sistêmica”.
- A determinação de R1 será feita se for detectada presença de:
 - Atividade de cárie:
 - ♦ manchas brancas ativas (opacas e rugosas);
 - ♦ dentes apresentando cavidade com tecido amolecido;
 - Atividade de doença periodontal: sinal de sangramento ou secreção.
 - Presença de lesões de mucosa ou outros sintomas indicativos de possibilidade de câncer bucal (rouquidão, dificuldade de deglutição, dificuldade de movimentos, etc): encaminhamento imediato para atendimento programado individual;
 - Condições bucais causando problemas funcionais ou psicossociais: deve ser feita uma avaliação pelo CD de alterações bucais que, de acordo com a percepção do usuário, possam estar causando impactos na sua qualidade de vida através de: a) problemas estéticos; b) problemas funcionais ligados à fala, mastigação e deglutição; c) transtornos na vida afetiva, profissional e social.

Em linhas gerais

- **Os grupos de risco R1 e R2** representam os usuários com necessidade de ações educativas e preventivas e necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador.
- **O grupo R3** representa os usuários de manutenção educativa/preventiva.
- A equipe poderá acompanhar o perfil de saúde bucal da sua população adscrita através da classificação de risco, investindo na evolução do quadro de demanda acumulada representado pelos grupos R1 e R2 para um quadro de manutenção e cuidado, representado pelo grupo R3.

O critério descrito diz respeito ao atendimento programado individual, como uma forma de se priorizar o usuário com maior necessidade, dentro do princípio de equidade do SUS, com vistas à organização da demanda acumulada e universalização gradual do acesso. No entanto, como descrito, ênfase deve ser dada às ações coletivas em suas diversas formas (intersetorias, educativas e preventivas), as quais devem acontecer de forma paralela, atingindo de forma universal a população da área de abrangência de acordo com sua necessidade.

- Os critérios de priorização, como dito, devem ser definidos localmente com participação dos conselhos locais, com base no princípio da equidade, e os usuários devem ser esclarecidos sobre esses critérios e orientados sobre a dinâmica do atendimento.

Qualquer mudança proposta na atenção em saúde bucal deve ser feita gradualmente, com participação da equipe de saúde e da comunidade, e sempre de forma a não se criar expectativas que não possam ser atendidas.

5.1.3.5 O atendimento individual programado

- O atendimento individual programado é aquele feito através de agendamento de consultas em que a população priorizada para atendimento clínico individual, conforme discussão anterior, estará fazendo a Primeira Consulta Odontológica Programática e recebendo, de acordo com suas necessidades, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

A população-alvo para o atendimento individual programado é toda a população da área de abrangência da unidade de saúde.

- Como o serviço pode não ter capacidade para atender a toda a população adscrita de forma imediata, devem ser estabelecidos critérios de priorização para esse atendimento, baseados em critérios de risco, de forma a se atender primeiramente os usuários que apresentam maiores necessidades. Esses critérios foram discutidos na avaliação de risco pelo CD.
- Os critérios de priorização possibilitam também a busca ativa de usuários com necessidades não-expressas, dentro da idéia de co-responsabilização pela saúde dos usuários da área de abrangência.
- O atendimento programado deve ser estendido a toda a população da área de abrangência, a partir da cobertura dos sucessivos níveis de priorização.
- Os usuários que receberão o atendimento individual programado são os que foram definidos como prioritários a partir da avaliação de risco pelo CD.

A consulta odontológica (Primeira Consulta Odontológica Programática)

Roteiro para a primeira consulta odontológica programática

- O CD, ao prestar o atendimento programado, estará inicialmente fazendo a Primeira Consulta Odontológica Programática.
- Primeira Consulta Odontológica Programática: avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clínico odontológico com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de plano preventivo-terapêutico.
- Como é recomendada uma consulta/ano por pessoa, é importante que durante a anamnese seja perguntado se o usuário já realizou essa consulta no SUS municipal no ano corrente, de forma a não se lançar novamente esse procedimento, assim como quando foi a última visita ao dentista.
- A Primeira Consulta implica em registro de informações em prontuário e poderá ser feita com base no Prontuário de Saúde Bucal que se encontra sugerido no Manual do Prontuário da Família - SES/MG. Em equipes de saúde bucal que trabalham nas unidades juntamente com as equipes de saúde, é interessante a proposta de utilização do Prontuário da Família, que se encontra detalhado no mesmo manual.
- A Primeira Consulta e toda a atenção ao usuário deve ter como princípio fundamental o relacionamento interpessoal, a confiança, a escuta às necessidades do usuário, o esclarecimento e a discussão sobre o tratamento a ser feito, e o controle do medo e da ansiedade que possam existir.

É importante que alguns passos mínimos sejam garantidos nessa consulta:

▪ **Identificação do usuário**

- É necessária a coleta de dados de identificação como nome, sexo, cor, grau de instrução, estado civil, profissão, telefone, endereço, município, data de nascimento, número do prontuário, nome do responsável (em caso de menor ou de incapacidade), data de atendimento, número do cartão SUS.
- Grau de risco.

▪ **Antecedentes médicos e odontológicos gerais**

- O CD pode ser a porta de entrada do sistema, portanto é importante estar atento a sinais e sintomas que podem significar necessidade de encaminhamento para avaliação médica.
- Deve ser levantado o histórico de saúde atual e passado do usuário, o histórico familiar, o histórico de tratamento médico, de internações e de uso de medicamentos, e história de alergia e hábitos nocivos (tabagismo, etilismo, etc.).
- O tratamento odontológico dos usuários que apresentam alterações em sua condição sistêmica deve ser planejado a partir do diagnóstico médico.
- O CD deve, sempre que necessário, solicitar um relatório médico sobre as condições do usuário, a possibilidade de submeter-se ao tratamento odontológico e condutas preventivas a serem tomadas, ou reunir-se com o médico para discussão do caso e das possibilidades de intervenção.
- Pode ser necessário encaminhar os usuários com condições sistêmicas para a equipe médica para que essas condições sejam estabilizadas antes do tratamento odontológico.
- Durante todo o tratamento de usuários com condições sistêmicas deve haver atenção para avaliação do risco/benefício, prevenção de reações indesejáveis, necessidade de interrupções durante o tempo operatório, melhor horário para consulta, tempo de trabalho nas consultas, avaliação e controle do grau de *stress* e ansiedade, posicionamento do usuário na cadeira odontológica, verificação do uso de medicação profilática, seleção de anestésico, sinais de cansaço ou desconforto do usuário, entre outros.
- A relação entre doenças sistêmicas e doenças bucais confirmam a necessidade de ações integradas médico/odontológicas que, ao se complementarem, proporcionam uma assistência integral, gerando um melhor e mais rápido resultado para o tratamento, quer seja na área odontológica, quer seja na área médica.
- A frequência de ingestão de medicamentos com sacarose e o uso de medicação sistêmica com efeitos colaterais que podem afetar a saúde bucal dos usuários, como xerostomia, perda de paladar, entre outros, são importantes de serem avaliados para discussão com o médico.

- Os sintomas percebidos pelo usuário devem ser cuidadosamente analisados, pois dificuldade em mastigar ou deglutir, dor de garganta, mudanças no paladar, audição e olfato, mudanças na voz, dormências, parestesias, secreções, odor, sensação de algo preso na garganta, entre outros, são sintomas que podem ser indicativos de câncer bucal. Outros sintomas, inclusive os que determinam a queixa principal, podem auxiliar no diagnóstico e plano de tratamento.
 - Deve ser levantado o histórico odontológico, incluindo tratamentos realizados, reação à anestésico local, sangramento e dificuldade de coagulação.
 - Devem ser avaliados os hábitos ligados à saúde bucal, tais como escovação, frequência de consumo de açúcar, e acesso às ações preventivas, como uso do flúor tópico e participação em programas coletivos.
 - Levantar informações acerca de história de incômodo na boca e relação com impacto na qualidade de vida (como esses incômodos afetam a vida afetiva, social, a alimentação, o trabalho e o estudo).
- **O Exame Clínico**
- Deve ser feita sempre a medida da pressão arterial e a tomada dos batimentos cardíacos do usuário durante a anamnese. No caso de ser um membro da equipe a tomar essas medidas, deverá ser anotado no prontuário quem fez.

Exame extrabucal

- Examinar a face de frente e de perfil, observando assimetrias e presença de nódulos ou feridas que não cicatrizam.
- Palpar a região submandibular e submentoniana. Os carcinomas da boca se disseminam através da drenagem linfática para os linfonodos do pescoço, daí a importância de se inspecionar e palpar as cadeias linfáticas da veia jugular, fossa supraclavicular e espinhal, à procura de linfonodos suspeitos.
- Examinar ATM: verificar ruídos, restrição de mobilidade e dor.

Exame intrabucal

a) Exame das mucosas

- O exame deverá ser realizado sempre, seguindo uma metodologia sistematizada, de forma que nenhuma área seja esquecida.
- É importante informar ao usuário que está sendo feito o exame estomatológico, que pode prevenir ou detectar precocemente o câncer bucal, e discutir os resultados do exame. Isso pode colaborar com o avanço na conscientização da necessidade do auto-exame periódico.
- Antes de se iniciar o exame, deve-se verificar o uso de próteses removíveis e retirá-las, a fim de possibilitar o acesso a toda a mucosa.

- Deverão ser avaliadas a integridade das regiões e a presença de alterações.

Inspeção dos lábios inferior e superior

- Os lábios devem ser examinados inicialmente com a boca fechada e depois aberta, a fim de visualizar-se a linha de contato, a delimitação com a pele adjacente, a sua coloração e forma.
- Examinar depois a mucosa da face interna dos lábios superior e inferior e a face vestibular do rebordo gengival.

Inspeção da mucosa da bochecha

- Em ambos os lados, afastando a mesma com o dedo, espátulas de madeira ou espelho clínico.
- Examinar das comissuras labiais até as áreas retro-molares, e do sulco gengivo-jugal inferior ao superior, bilateralmente.

Inspeção da língua

- Solicitar ao usuário que ponha a língua para fora, mova-a para cima e para baixo e que toque no palato com a ponta da mesma. Essas manobras permitirão examinar o dorso e o ventre linguais, além de permitir a observação de redução ou assimetria de movimentos.
- A seguir, examinar o dorso da língua tracionando com gaze ou solicitando o movimento de protusão. Apreender o ápice da língua e tracioná-la para os lados direito e esquerdo para exame de toda a borda da língua.
- Solicitar ao usuário que levante a língua, e examinar o seu ventre, frênulo lingual, as carúnculas glandulares e o assoalho da boca na sua porção anterior e até a altura do último molar, assim como a face lingual do rebordo gengival, em especial as fossas submandibulares de ambos os lados.

Inspeção do palato

- Com o usuário com a boca totalmente aberta e a cabeça mais inclinada, examinar palatos duro e mole.
- Deprimindo a língua com espátula ou espelho clínico, observar borda posterior do palato mole, úvula, pilares (fauces) amigdalianos, tonsilas palatinas e “V” lingual. Solicitar ao usuário que pronuncie a vogal “A” bem lentamente para melhor exposição dessas estruturas.

Palpação

- Após a inspeção dos lábios e da cavidade bucal, deve-se proceder à sua palpação, a fim de que se definam melhor as características de consistência, sensibilidade, limites, mobilidade e textura das superfícies.

- Palpar os lábios, bochechas, língua (especialmente a base), soalho bucal (numa manobra bidigital, com um dedo indicador dentro e outro fora da boca) e palato duro.

b) Exame da oclusão

- Identificação de distúrbios de erupção, e de má-oclusão.
- É importante a identificação de problemas graves de função e/ou estética que necessitam de encaminhamento.

c) Achados gerais

- Avaliação de presença de respiração bucal, xerostomia, bruxismo, halitose, entre outros. Usuários com respiração bucal devem ser avaliados pela equipe médica para se determinar a causa. A respiração bucal pode causar má-oclusão.

d) Exame dos dentes

- Detectar presença de manchas brancas ativas e inativas, lesões cavitadas, abrasão, fluorose, dor à percussão, próteses ou restaurações mal adaptadas, dentes fraturados, mobilidade, entre outros.
- Avaliação de atividade de cárie.
- Índice de Fluorose (Índice de Dean):
 - Normal
 - Questionável: o esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas.
 - Muito leve: áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1 a 2 mm na ponta das cúspides de molares (picos nevados);
 - Leve: opacidade mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície;
 - Moderada: todo esmalte afetado, com desgaste nas superfícies sujeitas à atrição. Há manchas castanhas ou amareladas freqüentemente desfigurantes;
 - Severa: a hipoplasia é generalizada e a forma do dente pode estar afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.
- Detecção de restaurações existentes e avaliação de seu estado.

e) Exame da gengiva

Índice de placa visível

- Deve ser utilizado anotando-se as superfícies onde foi encontrada placa visível à secagem.

- Esse índice demonstra o controle de placa por parte do usuário e permite a adequação das medidas de controle de placa que não estejam satisfatórias.
- Deve ser monitorado durante o tratamento, após as ações educativas.

Verificação do índice de sangramento gengival

- Utiliza-se uma sonda periodontal, a qual é inserida levemente (em torno de 0,5mm) na entrada do sulco gengival e percorrida por toda a sua extensão delicadamente.
- A presença de sangramento leva ao diagnóstico de gengivite.

Medida de profundidade de sondagem

- Insere-se a sonda periodontal, em 6 pontos de cada elemento dental (mesio-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular, méso-palatino/lingual, disto-palatino/lingual, e médio palatino/lingual) delicadamente.
- A medida será o número de milímetros existentes entre a porção mais apical sondável e a margem gengival.
- Como a margem gengival é uma estrutura que pode migrar, atualmente não existe uma profundidade de sondagem considerada normal.
- Essa medida de profundidade define a perda de inserção e orienta o tratamento, e não está ligada à definição de atividade da doença.

Atividade de periodontite

- Imediatamente após a retirada da sonda, verifica-se se há ou não a presença de exsudato subgengival.
- A presença de exsudato em forma de sangramento do fundo da bolsa e/ou supuração é considerada sinal de atividade de periodontite.
- É considerada saudável qualquer região que não sangre ou não apresente secreção.

Importante

- O profissional deve estar atento a alguma situação que pode surgir durante o exame clínico e que pode significar evento sentinela relacionado com um risco à comunidade.
- Podemos citar como exemplos casos de abrasão, traumatismo e fluorose.
- Como descrito no capítulo de vigilância à saúde, esses eventos podem significar risco ocupacional, violência ou excesso de exposição ao flúor, necessitando de uma investigação da equipe em relação às suas causas.
- **Preenchimento do odontograma**
 - O Odontograma deve ser preenchido com os achados e com o registro de necessidades que corresponde ao plano de tratamento.

▪ Planejamento do tratamento

- O planejamento do tratamento deve ser sempre discutido com o usuário, levando em consideração suas expectativas, prioridades e condição sistêmica.
- Verificar a necessidade de ações educativas, preventivas, restauradoras, cirúrgicas ou reabilitadoras de acordo com a necessidade individual. As ações educativas podem acontecer de forma coletiva ou individual.
- Definir a necessidade de tratamento, assinalando no odontograma.
- Tentar ser o mais resolutivo possível, trabalhando preferencialmente por hemiarcadas quando possível ou quadrantes.
- Adotar uma postura conservadora e não mutiladora.
- Agendar visitas domiciliares em caso de ser detectada uma necessidade de trabalho com enfoque familiar.

▪ Exames complementares ou requisições

- Requisições de pareceres ao médico que acompanha o usuário com alterações sistêmicas, radiografias odontológicas, etc.

▪ Declaração do usuário

- A assinatura do usuário ou do responsável ratificando os dados do prontuário é essencial.

▪ Acompanhamento de atividade de doença

- Diz respeito ao acompanhamento da evolução do tratamento de cárie ou doença periodontal ativas, em que serão discutidos os achados e a evolução do quadro nas visitas subseqüentes (ver Abordagem Clínica das Principais Doenças Bucais).

▪ Tratamento realizado

- O tratamento realizado deve ser descrito de acordo com a Tabela de Procedimentos do SIA/SUS (procedimentos descritos no capítulo O Sistema de Informação e Indicadores de Saúde Bucal na Atenção Primária).
- Importante que o responsável pela realização do procedimento (CD ou THD) assine o prontuário.
- As equipes devem elaborar um mapa de produção que possa conter os lançamentos diários e mensais onde os procedimentos sejam descritos de acordo com a tabela de procedimentos do SIA/SUS, incluindo os códigos, de modo a facilitar o lançamento fiel dos mesmos no sistema de informação pelo digitador.

- **Encaminhamento**

- Deverá ser assinalada a necessidade de encaminhamento para as especialidades, assim como qual o tratamento necessário, a data de encaminhamento e de retorno e as ações de acompanhamento do usuário.

IMPORTANTE

O CD deve estar sempre atualizando no prontuário informações sobre as condições sistêmicas e bucais do usuário, visto que essas informações são dinâmicas e sujeitas a intercorrências durante o tratamento

5.1.3.6 O atendimento pelo THD

- Serão encaminhados pelo CD para agendamento com o THD os usuários que estão recebendo o atendimento programado e que necessitam de procedimentos individuais de sua competência.

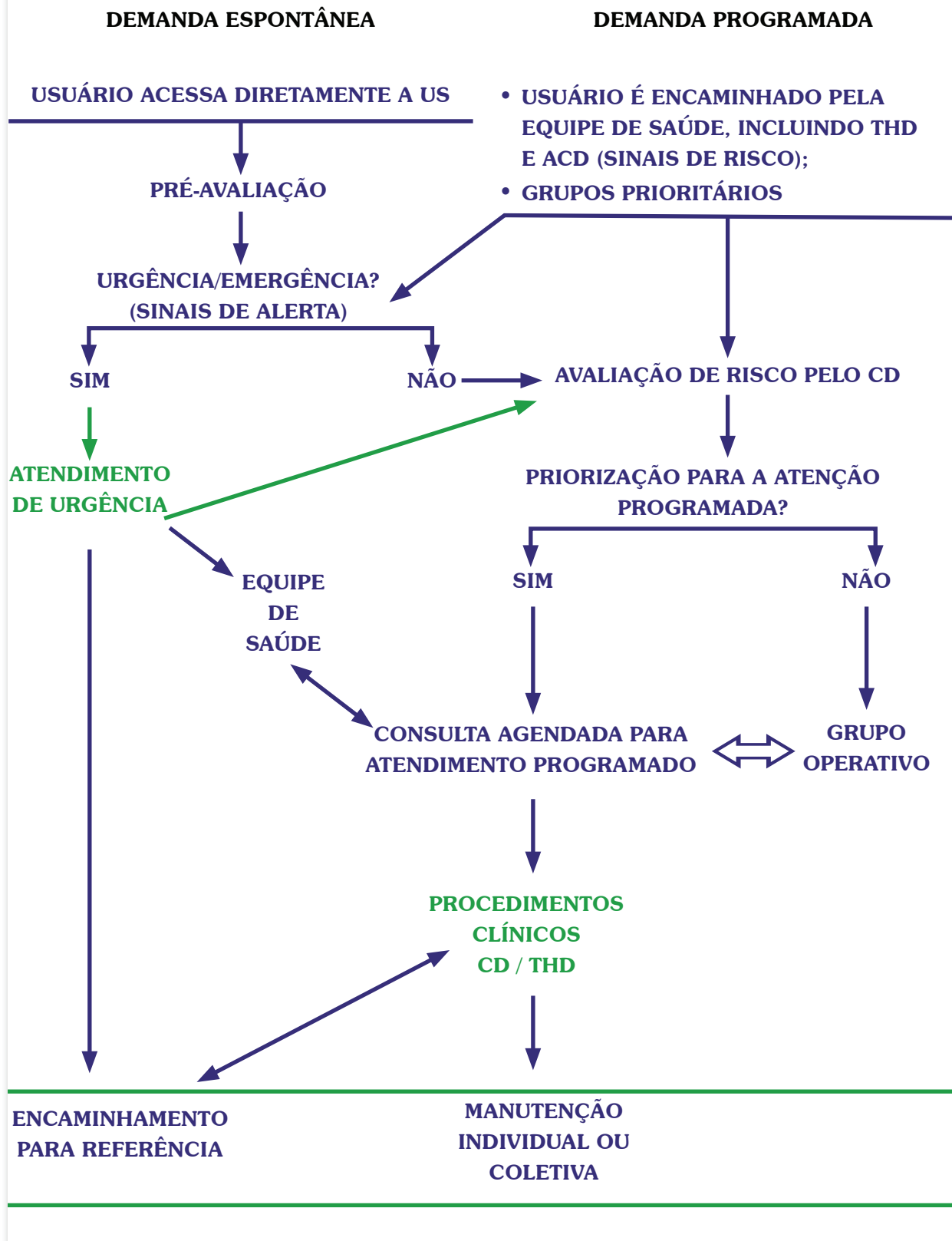
5.1.3.7 O grupo operativo de saúde bucal

- O grupo operativo poderá trabalhar principalmente as ações educativas, como discutido no capítulo de educação para a saúde, envolvendo revelação de placa e escovação supervisionada quando indicado.
- Esse trabalho poderá ser realizado por profissional auxiliar.
- O CD poderá encaminhar qualquer usuário para esse grupo operativo, independente da priorização de atendimento individual, pois gradualmente irá acontecer o acesso de toda a população da área adscrita às ações educativas.
- A partir de discussões realizadas nos grupos operativos poderão também ser encaminhadas medidas intersetoriais para transposição de barreiras encontradas no acesso à saúde bucal.
- As ações educativas individuais poderão ser realizadas na unidade pelo CD, principalmente em casos de usuários com atividade de doença que necessitam de uma atenção individualizada.

5.1.3.8 Gestão de caso

- Algumas doenças, como o câncer bucal, produzem um grande impacto tanto em nível pessoal como familiar. Nesses casos ou em outros definidos pela equipe, é muito importante que um membro da equipe de saúde, a ser definido localmente, tenha a função de acompanhar a evolução do tratamento do usuário, de forma a apoiá-lo, a tomar os encaminhamentos necessários a partir de necessidades percebidas e a promover ações educativas. Esse seria o GESTOR DE CASO.

FLUXOGRAMA – ATENDIMENTO EM SAÚDE BUCAL



Outras ações a serem consideradas no contexto da atenção em saúde bucal

O atendimento extraclínica

- Esse atendimento é realizado em domicílio (através das visitas domiciliares), ambientes institucionais ou outros locais, podendo ser utilizado equipamento móvel ou técnicas que não demandem equipamentos (ART).
- Atendimento prioritário para
 - pessoas acamadas e sem condição de locomoção até as unidades de saúde.
 - outras situações que justifiquem sua indicação, como idosos em instituições, atendimento hospitalar e demais situações detectadas pela unidade de saúde.

Pré-requisitos

- Avaliação prévia do usuário e de suas condições de saúde, através de uma anamnese, conversando com o médico, se necessário.
- Elaboração de plano de tratamento.
- Visita anterior ao tratamento para conhecer a família/usuário/cuidador e fazer a verificação prévia do local do atendimento (condições de acesso, espaço físico, energia elétrica e água, condições de biossegurança e ergonomia).
- É importante a assinatura do usuário autorizando o tratamento ou, em caso de incapacidade ou de menores, a assinatura do responsável legal.

A abordagem familiar

- A abordagem familiar é extremamente importante, pois os hábitos têm um contexto familiar muito significativo, e, em muitos casos, é mais fácil trabalhar hábitos saudáveis no nível da família do que de forma individual, principalmente se forem hábitos comuns.
- No processo de educação para a saúde, a figura materna em especial tem uma importância significativa para a formação de hábitos saudáveis nos filhos. O exemplo dos pais também é objeto de percepção pelas crianças, o que faz com que o processo de educação tenha de acontecer na família como um todo.
- As referências familiares também devem ser avaliadas, ou seja, quem na família influencia as decisões tomadas.
- A abordagem familiar deve ser feita sempre que detectada essa necessidade pela equipe de saúde bucal.
- A equipe deve ainda levar em consideração contextos familiares diferentes da visão familiar tradicional, trabalhando essas realidades de forma diferenciada e tentando entender como os vínculos e as relações acontecem.

- Na abordagem familiar é importante o entendimento da história familiar e o conhecimento dos problemas pelos quais a família está passando, não tratando a saúde bucal de uma forma isolada do contexto geral da família.

As visitas domiciliares

- As visitas domiciliares são realizadas pela equipe de saúde na estratégia da Saúde da Família.

Os objetivos principais

- Conhecer a realidade social da área de abrangência.
- Conhecer as condições de vida, as representações e concepções que as pessoas têm acerca de sua saúde, seus hábitos, o que fazem quando adoecem, como lidam com as enfermidades e com a sua prevenção.
- Entender as relações familiares e as relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde.
- Sensibilizar a comunidade em relação à importância da saúde bucal.
- Detectar barreiras ao autocuidado em saúde bucal.
- Realizar vigilância à saúde bucal, com detecção de fatores de risco.
- Fazer busca ativa de usuários em risco ou com necessidade de encaminhamento para atenção individual.
- Entender a rotina de famílias que apresentam risco à saúde bucal de forma a dar subsídios para o planejamento da atenção.
- Realizar educação em saúde bucal.
- Criar vínculo.
- Fornecer atenção às famílias sob risco social.
- Desenvolver assistência extraclínica a usuários sem condições de locomoção.

Competências

- As visitas domiciliares devem ser feitas principalmente pelo ACS na sua rotina de trabalho.
- É muito importante, porém que a equipe de saúde bucal reserve alguns momentos para essas visitas, definidos de forma conjunta pela equipe, principalmente para o conhecimento das condições de vida, criação de vínculo, educação em saúde bucal e desenvolvimento de assistência extraclínica quando necessária.
- Esse agendamento deve ser feito de forma a não comprometer a assistência clínica.

Metodologia

- As visitas devem ser agendadas previamente, de forma que não causem distúrbios na rotina dos usuários e nunca impostas, respeitando-se a vontade dos usuários.
- Deve sempre ser lembrado que a equipe está sendo recebida pelos usuários, e que sua postura deve ser de respeito.
- A observação é um ponto importante na visita domiciliar, pois muito não é dito nas conversas.
- O ouvir, o entender a realidade e as necessidades do outro devem permear todo o processo.
- Poderá ser muito útil a elaboração de um roteiro para levantamento de dados sobre saúde bucal para ser aplicado pelo agente durante as visitas, dentro do seguinte contexto mínimo:
 - A família usa água tratada e fluoretada?
 - Todas as pessoas da família possuem escova de dente individual e dentifrício fluoretado? Em caso negativo, por quê?
 - A escovação é realizada diariamente por toda a família?
 - Existe alguém na família apresentando os sinais de risco em saúde bucal?

A ABORDAGEM CLÍNICA DAS PRINCIPAIS DOENÇAS BUCAIS

A CÁRIE DENTÁRIA

A abordagem individual dos usuários que possuem manifestação clínica de atividade dessa doença deve envolver de forma integral as ações educativas, preventivas e clínicas, permeando as seguintes etapas:

Diagnóstico

- No estágio atual de conhecimento sobre a cárie dentária o diagnóstico depende de habilidade e conhecimento do CD, de modo que o mesmo possa fazer o diagnóstico correto da doença e o melhor encaminhamento. Diagnósticos errôneos podem resultar em restaurações desnecessárias ou em progressão evitável da doença.
- Grande parte das decisões clínicas referentes ao diagnóstico e tratamento da cárie são realizadas na presença de incertezas, o que enfatiza a necessidade dos profissionais possuírem informações atualizadas sobre os efeitos das diferentes alternativas diagnósticas e terapêuticas.

- O diagnóstico mais preconizado para a identificação da lesão de cárie (mancha branca ou cavidade) é o visual, feito através de exame clínico e radiográfico se necessário.
- Os dentes devem ser limpos (preferencialmente por profissional) e secos (às vezes é necessária uma secagem prolongada).

Avaliar:

A atividade da lesão:

- Importante para a definição do plano de tratamento, pois a atividade de doença significa que a lesão está progredindo. A questão relevante no tratamento é ter a lesão inativa e controlada.
- Lesões ativas: manchas brancas rugosas e opacas no esmalte, ou tecido dentinário amolecido e de cor marrom clara.
- Lesões inativas: manchas brancas brilhantes, e cavidades com tecido dentinário escurecido, liso, brilhante e duro. Esse tecido é muito resistente e demonstra controle da lesão. O usuário portador de lesões inativas e sem sinal de atividade de doença deve ter as cavidades restauradas principalmente em casos de comprometimento estético, funcional, traumatismo em tecidos moles ou acúmulo de placa.

A localização da lesão:

- Com o declínio da cárie, a maior prevalência de lesões é encontrada nas superfícies oclusais.
- Usuários com lesões em superfícies proximais ou em dentes anteriores inferiores devem ser analisados cuidadosamente em relação ao risco de cárie.
- As lesões podem estar localizadas em:
 - SUPERFÍCIES LISAS LIVRES: exame visual como método diagnóstico;
 - SUPERFÍCIES PROXIMAIS: exame radiográfico é um auxiliar importante em caso de suspeita. O afastamento dos dentes pode ser feito também com elástico ortodôntico. Esse método é importante, pois o exame radiográfico não diferencia uma lesão ativa de uma lesão inativa, e nem define a presença ou não de cavidade em áreas radiolúcidas até a metade interna da dentina. A presença de placa e gengivite pode ser um indicador de atividade de doença numa superfície, a qual deve ser investigada;
 - SUPERFÍCIES OCLUSAIS: é a superfície mais susceptível à cárie. Atualmente a sondagem não é considerada um método de diagnóstico confiável, além de ser passível de causar danos à integridade do esmalte. O uso cauteloso da sonda pode ser feito para a remoção da placa. A radiografia pode ser utilizada como

método auxiliar para diagnosticar lesões “ocultas”, onde o esmalte se apresenta intacto e a dentina bastante comprometida.

O tipo de lesão:

- Lesão inicial: manifesta-se clinicamente com uma coloração esbranquiçada e sem cavitação. A lesão inicial radicular apresenta-se como uma área de coloração amarelada, levemente amolecida e bem delimitada.
 - Diagnóstico diferencial de fluorose: a lesão de cárie localiza-se geralmente em zonas onde há acúmulo de placa, enquanto a fluorose é observada em toda a superfície dentária, e distribuída de forma simétrica na dentição.
 - Na radiografia aparece como uma área radiolúcida no esmalte ou envolvendo até 1/3 externo da dentina em superfícies interproximais.
 - O uso de sonda exploradora no diagnóstico das lesões iniciais tem sido questionado, pela possibilidade da mesma provocar cavitação.
- Lesão com cavidade: lesões em que a cavidade é detectada no exame visual.

A influência dos fatores determinantes e de proteção no processo da doença:

- A cárie deve ser considerada como uma doença resultante de um desequilíbrio entre os fatores determinantes e de proteção.
- Como esse processo varia de forma individual, deve ser avaliado individualmente o peso de cada fator determinante ou de proteção na instalação da doença. Esse diagnóstico é fundamental para o encaminhamento do plano de tratamento.
- A presença dos seguintes fatores determinantes ou de proteção deve ser avaliada:
 - CONTROLE DE PLACA E USO DE DENTIFRÍCIO FLUORETADO: o CD deve verificar as condições de controle de placa, através do índice de placa visível, e do uso do dentifrício fluoretado, incluindo a frequência de escovação e os horários em que é realizada;
 - HÁBITOS ALIMENTARES: as informações sobre os hábitos alimentares são essenciais para a avaliação individual, e servem de base para o plano de tratamento e orientação sobre a dieta. Pode-se utilizar vários instrumentos, entre eles:
 - ♦ Recordatório das últimas 24 horas: anota-se tudo que foi consumido (líquido e sólido) no dia anterior. Todos os itens devem ser anotados, assim como quando foi ingerido e em que quantidade (medidas caseiras como colher, xícara, etc., devem ser utilizadas). Geralmente devem ser escolhidos os dias da semana para a entrevista e ela pode ser feita várias vezes. Com esse instrumento é possível se investigar todos os fatores da dieta que podem estar

influenciando na atividade de cárie do usuário, tais como cariogenicidade dos alimentos (tipo de carboidrato e forma física), horário de consumo (entre as refeições, após as refeições, antes de dormir, durante o sono) e a frequência de ingestão;

- **PRESENÇA DE XEROSTOMIA:** usuários que apresentam xerostomia geralmente têm alta atividade cariogênica. Em caso de suspeita, pode ser feita a avaliação do fluxo salivar:

Medição do fluxo salivar: pede-se ao usuário que mastigue uma goma de mascar sem açúcar, um pedaço de dique de borracha, ou um pedaço de parafina por 1 minuto. Essa saliva é desprezada e coleta-se a saliva obtida por mais 5 minutos de mastigação. Considera-se baixo um valor menor que 0,7 ml/minuto.

Tratamento

- O tratamento restaurador das lesões feito de forma isolada não garante a paralização do processo ativo, o que pode resultar em reincidência.
- O tratamento da doença cárie ativa tem como objetivo restabelecer o equilíbrio entre os processos de desmineralização e remineralização das estruturas dentárias, paralisar a progressão das lesões, e promover a restauração do dente quando necessário.

O tratamento deve ser individualizado e compreende:

- I. Controle da atividade de doença:** controle do desequilíbrio diagnosticado, a partir de uma ação inibidora sobre os fatores determinantes ou estimuladoras do uso de fatores de proteção. A utilização de medidas eficazes de controle faz com que se re-estabeleça o equilíbrio entre o processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, o que impede a progressão da doença ativa. Como a cárie é uma doença multifatorial, as estratégias de controle refletirão esse processo.

As principais medidas são:

- **ELIMINAÇÃO DE SÍTIOS DE RETENÇÃO DE MICROORGANISMOS:** remoção de todos os fatores que possam estar facilitando a retenção da placa, o que significa, principalmente:
 - A atuação sobre cavidades onde o tratamento restaurador é necessário e onde não haja comprometimento pulpar, com escavação da lesão (remoção do tecido cariado amolecido e desorganizado. Em casos de dentes onde a quantidade de dentina desorganizada é muito grande e existe risco de exposição pulpar durante a retirada da mesma, a escavação pode ser interrompida antes, de modo a se tentar uma formação de dentina terciária reacional no local. Pode ser usado o instrumento rotatório para remoção de esmalte sem sustentação ou de esmalte necessário de ser removido de forma a se possibilitar o acesso à cavidade) e

restauração provisória (com cimento de ionômero de vidro ou cimento de óxido de zinco e eugenol modificado).

O ideal é que essa eliminação seja feita no menor número possível de sessões. Estudos têm sugerido que a remoção da biomassa microbiana cariogênica juntamente com a dentina amolecida presentes na porção mais superficial da lesão, somada a um selamento eficiente da cavidade, são suficientes para promoverem a paralisação do processo de desmineralização e propiciar a remineralização da dentina. As vantagens da escavação são principalmente:

- ♦ Abordagem favoravelmente biológica, mantendo ao máximo a preservação de tecido dentinário sadio e preservando a integridade dentária;
- ♦ Viabiliza a formação de dentina terciária reacional, o que é importante em dentes com cavidades muito profundas e risco de exposição;
- ♦ Contribui para a diminuição da demanda por terapias pulpares e extrações;
- ♦ Em caso de populações com grande demanda acumulada, essa eliminação de sítios de retenção realizada juntamente com medidas preventivas e educativas pode significar maior alcance no controle da doença na população com cárie ativa.

A uso da escavação deve ser acompanhado do estabelecimento de um protocolo, visto que um diagnóstico correto e a aplicação da técnica apropriada nos processos de remoção parcial de tecido cariado e selamento são essenciais para o êxito da intervenção.

- A realização de extrações indicadas.
- A atuação sobre restaurações deficientes, com retirada de retenções, degraus e rugosidades, ou outras medidas.

■ CONTROLE DE PLACA:

- Remoção profissional de placa: deve ser feita uma limpeza profissional, realizada com taça de borracha, escova de Robson, fio dental e dentifrício fluoretado, de modo a se garantir um estágio inicial de controle de placa.
- Incentivo à higiene bucal: deve ser a medida mais enfatizada para qualquer usuário como forma de se estabelecer o autocuidado no controle de placa. Os usuários com atividade de doença devem ainda utilizar o fio dental, como forma de controlar também as lesões proximais e podem ser encaminhados ao grupo operativo de saúde bucal para revelação de placa e escovação supervisionada, por quantas sessões forem necessárias para o estabelecimento desse controle. Usuários com atividade de cárie devem investir no uso do dentifrício fluoretado.

- APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR: A intensidade do tratamento com flúor dependerá da atividade cariogênica.

Podem ser preconizadas:

- Aplicação tópica profissional com frequência a ser definida pelo CD após avaliação do caso.
 - Auto-aplicação tópica em casos de alta atividade de cárie. Bochechos diários com solução a 0,05% podem ser indicados a partir de 6-7 anos de idade. O frasco de flúor deve ser sempre armazenado fora do alcance de crianças e o bochecho deve ser feito sob supervisão de adulto orientado em relação aos cuidados a serem tomados para se evitar ingestão de flúor. Antes de fazer a indicação o CD deve sempre levar em conta o risco de ingestão acidental e até mesmo utilizar o grupo operativo da unidade de saúde para realizar esse bochecho em caso de considerar alto o risco da realização do bochecho em casa.
- ACONSELHAMENTO DIETÉTICO:
- A partir da análise conjunta do recordatório 24 horas por CD e usuário, sempre se considerando o “açúcar oculto”, e se detectado o potencial cariogênico da dieta, um consenso deve ser buscado no sentido de estabelecer-se uma dieta mais saudável e possível de ser realizada. De forma geral, a grande frequência de ingestão de carboidratos, principalmente de açúcar, e o consumo em horários de menor fluxo salivar, como antes de dormir ou durante o sono podem ser fatores de risco para a cárie. Esse risco se potencializa quando não é realizada a escovação com dentifrício fluoretado.
 - Sempre deve ser levado em consideração o contexto afetivo em que se apresentam situações de ingestão de doces ou adição de açúcar em alimentos. O açúcar é fundamentalmente relacionado à demonstração de afeto, à sensação de prazer e como compensação pelo fato de não se ter tempo para os filhos. Esse fator emocional não deve ser negligenciado na discussão de mudança de dieta, assim como estado emocional, condições sócio-econômicas, educação, costumes familiares, cultura, entre outros, de forma a se buscar os melhores encaminhamentos dentro da realidade de cada usuário.
- ESTÍMULO AO FLUXO SALIVAR:
- Em caso de ser detectada a diminuição do fluxo salivar deve-se avaliar se a mesma pode estar sendo causada por uso de medicamento e o médico contatado para averiguação de possibilidade de substituição.
 - Tratamento com radioterapia também é um fator de diminuição do fluxo salivar.
 - O uso de estimuladores de secreção salivar é indicado em casos de xerostomia, o que pode ser feito através do uso de goma de mascar sem açúcar de 03 a 05 vezes ao dia, dependendo do usuário. A mastigação de alimentos fibrosos também age como estimulante salivar, assim como uma ingestão satisfatória de líquido.

A abordagem de controle de atividade de doença faz com que possamos ter uma abordagem conservadora onde não há necessidade de intervenção nas cavidades, utilizando um tratamento não invasivo (medidas educativas para controle de placa, aconselhamento dietético e uso de flúor), e até mesmo em cavidades com necessidade de intervenção, através da remoção conservadora de tecido dentário.

II. Uso de selamento oclusal

- Não deve ser utilizado como medida de rotina.
- O seu emprego deve ser através de indicação individual, como por exemplo:
 - Lesões definidas ou questionáveis de cárie e confinadas ao esmalte nas fóssulas ou fissuras de superfícies oclusais em usuários que não respondam a um tratamento baseado no controle da atividade de doença, onde não haja inativação das lesões ou aconteça a evolução das mesmas.
- Os dentes selados necessitam ser avaliados periodicamente.

III. Restauração

- A restauração é vista principalmente como uma estratégia de tratamento local para facilitar o controle de placa e restaurar a estética e a função.
- A decisão de restaurar ou não uma cavidade não é simples, e vários fatores devem ser levados em consideração.
- O bom senso profissional será essencial nesse momento, baseado nas evidências científicas disponíveis que conferem uma visão mais conservadora e menos intervencionista sobre as decisões de restauração.
- EM LESÕES INICIAIS ATIVAS SEM CAVIDADE: essa lesão representa uma manifestação clínica da doença cárie.
 - Deve ser feito o controle da doença e o acompanhamento clínico e/ou radiográfico para monitorar a paralisação ou o desenvolvimento da lesão.
 - Em caso de desenvolvimento da lesão, deve ser analisado o fator de risco relacionado ao usuário para se decidir sobre a restauração.
- EM LESÕES COM CAVIDADE:
 - Em lesões iniciais de cárie, a possibilidade de inativação dessas lesões, tanto em esmalte como em dentina, faz com que a presença de cavidade não seja considerada de forma isolada como um critério para o tratamento restaurador. O tratamento é sempre realizado através do controle da atividade da doença, e a decisão sobre a restauração dependerá do risco, da possibilidade de controle de placa, da localização da lesão, da estética, da oclusão, da função, da sensibilidade dentária, da necessidade de restaurar o contato, entre outros.

- Em lesões cariosas profundas, deverão sempre ser tentados procedimentos mais conservadores (escavação para remoção parcial de tecido cariado, capeamentos indireto ou direto, pulpotomia em caso de comprometimento pulpar sem necrose ou indicação para endodontia em caso de necro) evitando-se ao máximo as extrações.
- Os preparos cavitários devem ser os mais conservadores possíveis, preferencialmente determinados pela localização e extensão do processo carioso, tentando preservar o máximo de estrutura dentária.
- Em caso de cavidades onde foi feita a escavação da lesão como parte do processo de controle da atividade de cárie, as possíveis possibilidades são:
 - ♦ Abertura da cavidade após algum tempo para escavação adicional se necessário e restauração com material definitivo;
 - ♦ Técnica do Tratamento Restaurador Atraumático (ART)

Tratamento Restaurador Atraumático (ART)

Implica exatamente na escavação da lesão cavitada de dentina como descrito anteriormente e selamento com cimentos ionoméricos, seguida das outras etapas do controle da doença. Essa técnica é considerada definitiva, ou seja, não é feita a abertura da cavidade novamente.

Indicações

- A OMS preconiza esta técnica desde 1994 para utilização em populações que não têm como acessar a assistência odontológica tradicional (inexistência do consultório odontológico, impossibilidade de locomoção, hospitalização, internação em instituições). Essa é considerada a técnica original do ART, e tem a grande vantagem de poder ser aplicada em atendimentos extraclínica, uma vez que não utiliza equipamentos.
- No ambiente da clínica, é uma técnica importante também no atendimento aos PNE, incluindo os usuários que apresentam medo ou ansiedade em relação ao tratamento convencional e não conseguem superá-lo de outra forma, e em dentes decíduos vitais com cavidades abertas sem dor espontânea e sem exposição pulpar. Sempre deve ser feito o monitoramento desses usuários.
- Atualmente têm sido apresentados estudos promissores em relação ao seu uso em dentes permanentes vitais com cavidades abertas sem dor espontânea e sem exposição pulpar, mas nesses casos é muito importante que haja uma capacitação do município para utilizá-lo, de forma a estabelecer um protocolo para diagnóstico, uso da técnica, indicações, contra-indicações e rotinas de monitoramento. Nesses casos os estudos apontam para o uso do ART modificado, a ser realizado com os recursos clínicos disponíveis no ambiente da clínica, com uso de instrumento rotatório para remoção de esmalte, e até mesmo restauração modificada com materiais mais resistentes ou com resultado estético mais favorável.

Alta

- O usuário deve obter a alta do tratamento quando não for mais detectada atividade de doença.

Manutenção

- A frequência de retorno para nova avaliação de risco ou ações educativas/preventivas deve ser definida pela presença dos fatores de risco.

Reabilitação

- Confecção de próteses para resgate da função mastigatória e da estética perdidas como consequência das extrações dentárias.

A DOENÇA PERIODONTAL

- A doença periodontal deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente. Quando esse processo está em estágio de equilíbrio, temos um periodonto clinicamente saudável.
- No tratamento da doença periodontal, é importante uma abordagem integral, envolvendo as ações de promoção à saúde e prevenção e de tratamento clínico/cirúrgico.
- Isso significa abordar as causas da doença, e não apenas as suas consequências, de forma a promover um impacto no processo saúde/doença.
- Duas formas clássicas são descritas como manifestações do processo saúde/doença periodontal:
 - Gengivite
 - Periodontite
- Essas duas patologias podem apresentar características distintas em função de fatores de agressão representados pelos microorganismos, e/ou fatores de defesa, representados pela resposta do hospedeiro.

Gengivite

- É uma manifestação inflamatória da gengiva marginal desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supragengival e rompimento do equilíbrio agressão/defesa.
- É a doença bucal de maior prevalência, sendo encontrada em todas as idades, desde que haja acúmulo de placa sobre os dentes por um certo período de tempo.

- A gengivite se constitui em um processo inflamatório que deve ser prevenido e tratado, e seus sinais geralmente contribuem para uma perda estética e halitose, constituindo um fator social negativo.
- Apesar de nem todo caso de gengivite evoluir para periodontite, a gengivite é o estágio inicial nessa evolução.

Diagnóstico

- Está ligado a diagnosticar a presença da doença e dos fatores causais e modificadores.
- Avaliação do Índice de Placa Visível (IPV) que dará informações sobre o controle de placa realizado pelo usuário, de forma a se planejar as ações educativas.
- Determinação da atividade da doença pelo Índice de Sangramento Gengival (ISG). O sangramento espontâneo ou à sondagem e/ou a secreção do fluido gengival representam sinais clínicos de gengivite.
- Determinação das áreas com necessidade de tratamento.
- Avaliação das condições sistêmicas ou tabagismo, através da anamnese, de forma a detectar condições que possam estar influenciando no estado periodontal.

Tratamento

Irá consistir basicamente de ações ligadas ao CONTROLE DA DOENÇA:

- REMOÇÃO OU TRATAMENTO DE FATORES RETENTIVOS DE PLACA: como obturações ou próteses mal-adaptadas, lesões cavitadas, restos radiculares, hiperplasias gengivais, extensas, etc., de modo a facilitar o controle de placa pelo usuário. No caso das hiperplasias gengivais deve-se sempre tentar tratar inicialmente com controle de placa, antes da indicação de cirurgia.
- RASPAGEM E POLIMENTO SUPRAGENGIVAL PROFISSIONAL PARA REMOÇÃO DE PLACA SUPRAGENGIVAL E CÁLCULO
- AÇÕES EDUCATIVAS PARA CONTROLE DE PLACA: como a gengivite está associada aos padrões de higiene, são essenciais as ações educativas periódicas para se avançar no estabelecimento de medidas rotineiras adequadas de controle de placa por parte do usuário. Isso poderá ser feito no nível de grupo operativo de saúde bucal ou, se necessário, com ações individuais. Deverá ser feita a revelação de placa e a escovação supervisionada sempre que possível e indicado.
- UTILIZAÇÃO DE CONTROLE QUÍMICO DA PLACA: quando o controle mecânico não obtém o controle da doença, poderão ser usados AGENTES QUÍMICOS que

têm a capacidade de substituir meios mecânicos no controle da placa, como em casos de usuários idosos ou pacientes especiais sem capacidade motora. Por utilizar anti-sépticos muito fortes, que causam efeitos colaterais reversíveis, a indicação do uso do controle químico da placa deve ser o mais minimizada possível. O ideal é o uso de anti-sépticos sem álcool.

- EM CASO DE A GENGIVITE ESTAR RELACIONADA COM FATORES SISTÊMICOS OU MEDICAMENTOSOS, deve ser avaliada a possibilidade de intervenção sobre esses fatores.

O tratamento pode se estender por várias sessões, individuais ou no grupo operativo, de preferência semanais, cujo número irá depender do controle da doença.

O progresso do tratamento deve ser avaliado através dos Índices IPV e ISG.

Referência

- Devem ser referenciados para cirurgia os casos de hiperplasia gengival extensa, em que o controle de placa não é suficiente para o controle da gengivite.

Alta

- Usuário com ausência de sangramento gengival aliada com uma quantidade mínima de placa, compatível com o seu estado de saúde periodontal.

Manutenção

- Frequência de retorno para avaliação varia de acordo com o risco individual

Periodontites

- As condições inflamatórias presentes na gengivite favorecem o surgimento da placa bacteriana subgengival, mais virulenta que a supragengival, e que causa a inflamação dos tecidos de suporte.
- A periodontite é, portanto, a inflamação dos tecidos de sustentação e proteção dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo, conseqüente da agressão promovida pela placa bacteriana subgengival.

Tipos de Periodontites

- PERIODONTITE DE EVOLUÇÃO LENTA (geralmente diagnosticada após os 30 anos): a perda de inserção é lenta e está associada aos padrões de higiene bucal. É a mais prevalente
- PERIODONTITE DE DESTRUIÇÃO RÁPIDA: apesar de terem sido descritos casos em adultos, esse tipo de periodontite é denominada Periodontite Juvenil e diagnosticada principalmente na dentição decídua ou na permanente jovem: perda de inserção localizada em grupos dentários como molares e incisivos

ou generalizada com evolução extremamente rápida. Em geral, a destruição presente não é compatível com os níveis de higiene bucal ou de inflamação da margem gengival. Na maioria dos casos, está relacionada com fatores sistêmicos, principalmente deficiência imunológica. Estudos brasileiros que avaliaram a saúde bucal de crianças e adolescentes demonstraram que a prevalência de periodontite juvenil é baixa, variando entre 0,3% e 2,6%.

Periodontite de Evolução Lenta

Diagnóstico

Está ligado ao diagnóstico da presença da doença ativa e dos fatores causais e modificadores:

a) **Determinação da atividade da doença:** definida pela perda de inserção aliada a sinais inflamatórios.

Verificar:

- MEDIDA DE PROFUNDIDADE DE SONDAGEM: para verificação da perda de inserção e nível de complexidade do tratamento.
- VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE SANGRAMENTO OU EXSUDATO no fundo da bolsa, que indicariam a presença de atividade de doença.
- MEDIDA DO NÍVEL DE INSERÇÃO CLÍNICA: deve ser realizada nos usuários com perda de inserção nos mesmos pontos que a profundidade de sondagem. É a distância entre a porção mais apical sondável e um ponto fixo (geralmente a junção amelocementária). Esse parâmetro será muito importante para o monitoramento longitudinal de evolução ou involução da doença.

b) **Avaliação do controle de placa**

- O Índice de Placa Visível fornece informações sobre o controle de placa realizado pelo usuário, de forma a se planejar as ações educativas.

c) **Avaliação das condições sistêmicas, tabagismo ou uso de medicamentos**

- Feita através da anamnese de forma a detectar condições que possam estar influenciando o estado periodontal como fatores modificadores.

Tratamento

- A manutenção da saúde periodontal e o sucesso do tratamento dependem fundamentalmente da capacidade de controle de placa pelo binômio indivíduo/profissional.
- O tratamento irá consistir basicamente de ações ligadas ao controle da doença.
- De maneira geral, o tratamento poderia ser conduzido da seguinte forma:

Fase I:

- Tratamento da gengivite, comum a todos os usuários com a doença, como descrito anteriormente.

Fase II:

- Tratamento da periodontite, através do controle da placa subgengival.
- Enquanto o controle da placa supragengival pode ser feito pelo usuário, o controle da placa subgengival é responsabilidade do CD, uma vez que o usuário não consegue atingi-la com a escovação.
- Esse controle é feito através da raspagem e alisamento subgengival, que é sempre a primeira opção de terapia.
- É importante se atingir o fundo da bolsa com a raspagem para que ocorra o sucesso da mesma, e o uso de anestesia é necessário.
- Em caso de a periodontite estar relacionada a fatores sistêmicos ou hábitos nocivos, deve ser avaliada a possibilidade de intervenção sobre esses fatores.
- Em caso de fumantes, deve sempre ser feita a abordagem da importância da redução do fumo para a manutenção da saúde periodontal.

Monitoramento da terapia periodontal

- O tratamento pode se estender por várias sessões, individuais ou no grupo operativo, de preferência semanais, cujo número irá depender do controle da doença.
- O progresso do tratamento deve ser avaliado através de:
 - IPV: avalia o controle de placa por parte do usuário;
 - ISG: avalia a atividade de doença;
 - MEDIDA DE PROFUNDIDADE DE SONDAGEM E MEDIDA DO NÍVEL DE INSERÇÃO CLÍNICA: em função do tecido conjuntivo estar envolvido no processo de regeneração, sendo a cicatrização um processo lento e gradual que ocorre até 6 meses após a intervenção, a avaliação inicial deve esperar pelo menos 60 dias. O monitoramento do controle de placa pode ser feito antes.

Os seguintes resultados são possíveis:

- Redução da profundidade de sondagem e ausência de sinais inflamatórios subgengivais: resultado ideal, principalmente se houver o ganho clínico de inserção. Usuário pode receber alta.
- Redução da profundidade de sondagem e presença de sangramento ou exsudato subgengival: resultado positivo, que demonstra melhora. Aguarda-se e faz-se o monitoramento do nível de inserção.

- Permanência da mesma profundidade de sondagem e ausência de sinais inflamatórios: demonstra que o processo estabilizou, porém deve se monitorar com frequência a perda de inserção.
- Permanência da mesma profundidade de sondagem e presença de sinais inflamatórios: não houve melhora, e, na maioria das vezes, justifica-se nova intervenção. O monitoramento do nível de inserção é essencial nesses casos.
- Aumento da profundidade de sondagem: novo tratamento, cirúrgico ou não, pode ser realizado, e o uso de medidas químicas considerado.
- Em todos os casos, observar sempre se o aumento ou a diminuição da profundidade de sondagem aconteceu por hiperplasia ou por retração gengival, através do acompanhamento do nível de inserção.

Referência

- Em caso de periodontite de evolução lenta, devem ser referenciados para cirurgia os casos de bolsas periodontais em que houve insucesso na raspagem subgengival, o que pode acontecer em bolsas com mais de 4 mm.

Alta

- Deve ser dada ao usuário com ausência de sinais de atividade de doença e com controle de placa adequado.

Manutenção periódica preventiva

- É muito importante a manutenção preventiva dos usuários com periodontite. A frequência da consulta de manutenção deve ser determinada individualmente, de acordo com as diferentes variáveis relacionadas ao processo saúde/doença.
- Deve-se levar em consideração a severidade da doença, a motivação, o grau de controle de placa, fatores de risco modificadores, entre outros.
- Em geral, existem boas evidências para se recomendar retorno com intervalos iniciais de 3-4 meses em usuários que tiveram periodontite, tendo-se sempre o cuidado de não realizar procedimentos invasivos desnecessariamente.
- Na rotina de manutenção, é importante que sejam avaliados os aspectos relacionados às placas supragengival (IPV, ISG) e subgengival (presença de sangramento e exsudato e verificação do nível de inserção), que estarão indicando a ocorrência ou não de progressão da doença desde a última consulta odontológica.
- A partir dos dados obtidos na avaliação, serão definidos os encaminhamentos.
- Importante: sangramentos e exsudatos gengivais que de imediato não se enquadram nas condições clínicas descritas para diagnóstico de gengivite e doença periodontal devem ser investigados através de hemogramas ou encaminhamento para Estomatologia.

O CÂNCER BUCAL

Diagnóstico

- O diagnóstico do câncer bucal, bem como de todas as doenças da boca, é competência do CD e este deve fazê-lo, ou, quando não for possível, deve referenciar o usuário com lesão suspeita para exame complementar e diagnóstico.
- Na definição das lesões suspeitas devem ser considerados alguns tipos de lesões que podem ser câncer bucal ou lesões precursoras do câncer bucal.

Tipos de lesões fundamentais suspeitas

- **MÁCULA:** lesão plana localizada, apresentando apenas alteração da coloração normal da mucosa. Manchas isoladas, acastanhadas, azul-acinzentadas ou negras podem tratar-se de melanoma. Diagnóstico diferencial: manchas melânicas em indivíduos negros, mácula melanocítica, tatuagem por amálgama e nevo.
- **PLACA:** elevação da superfície da mucosa com alteração da coloração e que não se desprende à raspagem.
- **NÓDULO:** elevação circunscrita de 3mm a 1cm de diâmetro e apresentando conteúdo sólido.
- **EROSÃO:** descamação superficial do tecido epitelial da mucosa bucal sem exposição do tecido conjuntivo.
- **ÚLCERA:** rompimento do tecido epitelial da mucosa bucal com exposição do tecido conjuntivo. Além do câncer, importantes manifestações bucais se caracterizam como úlceras crônicas, que tendem a ser assintomáticas (Sífilis, Tuberculose, Paracoccidioidomicose, entre outras).
- **VEGETANTE:** lesão elevada, sólida, exofítica, de superfície rugosa, úmida ou seca. Pode apresentar consistência mole ou firme.
- **TUMOR:** aumento de volume sólido (massa) maior que 1 cm de diâmetro, considerando sua profundidade.

Qualquer lesão dos tecidos moles da boca que não apresente regressão espontânea ou com cuidados paliativos (remoção de possíveis fatores causais, como dentes fraturados, bordas cortantes em próteses, etc.) em no máximo 3 semanas, devem ser referenciadas para diagnóstico.

Denominações específicas das lesões suspeitas

- Algumas dessas lesões fundamentais recebem ainda denominações específicas, de acordo com a sua condição de lesão ou condição cancerizável, ou seja, como áreas com tecido morfollogicamente alterado, nas quais o câncer pode ocorrer mais facilmente do que em áreas aparentemente normais. São elas:
- **LEUCOPLASIAS:** lesão predominantemente branca (podendo ser homogênea e não homogênea) que não regride espontaneamente e que não pode ser caracterizada como nenhuma outra lesão definida. Geralmente não são removidas pela raspagem e são caracterizadas como “placas”, sendo mais freqüentes em fumantes. Diagnóstico diferencial: hiperqueratose friccional ou traumática, causada por irritantes crônicos da mucosa, como traumatismos.
- **LEUCO-ERITROPLASIAS (Leucoplasia mosqueada):** lesão vermelha e branca cujo potencial de transformação maligna é maior do que o das leucoplasias homogêneas. Geralmente são caracterizadas como erosões, máculas ou placas.
- **ERITROPLASIAS:** manchas de cor vermelho intenso que não podem ser caracterizadas clínica ou patologicamente como nenhuma outra lesão definida. São persistentes, geralmente indolores e sem sangramento. São mais raras que as leucoplasias, porém apresentam alto potencial de cancerização. Em 90% dos casos, é diagnosticada como displasia severa ou carcinoma. Geralmente são caracterizadas como erosões ou máculas.
- **QUEILOSE ACTÍNICA:** áreas brancas e vermelhas no lábio inferior, cuja junção muco-cutânea torna-se indistinta. O epitélio é atrófico e encontra-se de displasia leve a carcinoma invasivo. Elastose solar, causada por raios ultravioleta, é achado característico. Geralmente são caracterizadas como erosões, úlceras, máculas ou placas, e, em estágios de inflamação intensa, podem ser encontradas crostas.
- **LÍQUEN PLANO:** placas, com ou sem erosões, e podendo formar estrias. Eventualmente sintomático. Existe evidência de aumento de cancerização em áreas previamente afetadas por esta lesão.

Tratamento

- O impacto do câncer bucal para o indivíduo, sua família, seu trabalho e sua comunidade em geral é muito grande.

- A condução dos casos não se dá sem penosos custos sociais e pessoais, como dor, sofrimento, perda de funções fundamentais, desfiguramento da face, cabeça e pescoço, além de toda a dificuldade de uma reabilitação física e psicológica satisfatória.
- Os danos na economia pública e privada decorrentes do tratamento, reabilitação, absenteísmo e perda de tempo de vida útil leva a um grande prejuízo para a sociedade.
- A cirurgia radical de câncer de boca evoluiu bastante, com a incorporação de técnicas de reconstrução imediata, permitindo uma melhor recuperação do usuário. As deformidades, porém, ainda são grandes, e o prognóstico nos casos intermediário, quando não sombrio.
- Tratamento para câncer bucal causa dor e sofrimento, podendo afetar a fala, a deglutição, a audição, e o fluxo salivar, entre outros problemas. O tratamento pode ser desfigurante, dificultando a interação social e a aceitação por parte do usuário, tornando a recuperação lenta.
- O tratamento não se reduz à cirurgia ou radioterapia, mas depende de um complexo trabalho inter e multidisciplinar, contando com diversas áreas da odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, assistência social e enfermagem, tanto para o enfermo, quanto para sua família;
- O usuário deve ser tratado com custo pessoal e social minimizados, buscando-se sempre a atenção precoce de modo a diminuir as seqüelas ou mutilações e possibilitar a reintegração social do indivíduo.
- Deve-se fazer o acompanhamento do usuário com biópsia positiva antes, durante e após o tratamento, já que a eliminação de fatores retentivos de placa é primordial a qualquer intervenção cirúrgica e, principalmente, radioterápica.
- A reabilitação protética contribui fortemente para a melhoria geral do quadro de saúde do usuário, incluindo os aspectos psicológicos e sua re-inserção social.
- O controle de recidivas bem como o controle dos fatores de risco para o câncer e outras doenças fazem parte da gama de cuidados a serem oferecidos pelo serviço de saúde bucal numa fase de acompanhamento.

Gestão de caso

- Pelo grande impacto do diagnóstico do câncer bucal e de seu tratamento a nível pessoal e familiar, é muito importante a existência de um GESTOR DE CASO para acompanhamento.