



Disciplina 8021215
Atenção à Saúde Bucal
em Populações Indígenas
2021



Projeto Huka Katu

Cacique Raoni

Fonte: Greenpeace Brasil
<https://www.greenpeace.org>





Tópico 05: A saúde bucal na atenção básica como modelo à saúde indígena

- 5.1 PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES**
- 5.2 CONHECENDO A SITUAÇÃO LOCAL - DSEI XINGU**
- 5.3 SITUAÇÕES DE RISCO**
- 5.4 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES**
- 5.5 AÇÕES COLETIVAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO**
- 5.6 FLUORTERAPIA**

5.1 PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DE AÇÕES

A abordagem da população-alvo quanto às ações odontológicas será planejada segundo cada contexto local (capacidade instalada e perfil epidemiológico da população adscrita, espaços sociais e etc). Este enfoque deve considerar 3 objetivos populacionais a serem atingidos concomitantemente:

- Interromper a livre progressão da doença nos grupos populacionais, evitando o surgimento de casos novos (diminuir incidência ou incremento);
- Detectar lesões e sinais reversíveis mediante diagnóstico precoce e empregar tecnologias não cirúrgicas (diminuir prevalência);
- Reabilitar, através de procedimentos cirúrgico-restauradores, os doentes e/ou portadores de seqüelas, tanto em atenção primária como secundária e terciária, através de um sistema de referência e contra-referência eficiente, considerando a possibilidade de incluir a oferta de prótese dentária mediante serviços próprios ou contratados.

O objetivo é manter fora do risco a população aparentemente saudável e reverter para esse grupo uma população em risco de adoecer. As ações de maior complexidade, que pressupõem a utilização de equipamentos, insumos e recursos humanos especializados, inicialmente ocorrerão nas unidades que já possuem consultório/módulo odontológico, podendo ser incorporado o recurso dos módulos



transportáveis instalados em equipamentos sociais como estratégia para melhorar o acesso e aumentar a cobertura dos serviços oferecidos.

5.2 CONHECENDO A SITUAÇÃO LOCAL – DSEI Xingu

Cabe à gerência e a equipe analisarem o perfil de saúde bucal da população adscrita e elaborarem seu roteiro de ação de forma a atender todos os grupos populacionais. A cada realidade local corresponderá um grupo de prioridades que direcionarão tanto as ações de cunho individual quanto coletivo. Isto significa que, em qualquer espaço, independentemente da ação de saúde e população adscrita, todos devem receber educação em saúde bucal e ter garantido o acesso ao diagnóstico e a prevenção, e controle da doença e da dor, através de ações coletivas e individuais. É adotada como estratégia o Controle Epidemiológico da Cárie dentária (CEC), a adequação do meio bucal ou a técnica de restauração atraumática, com eliminação de focos, para dar cobertura a toda a população da área. E, num momento posterior, quando toda a população já estiver em situação de controle, se passa à assistência individual cirúrgico-restauradora.



Figuras 37 e 38 – Fonte: Acervo FORP-USP



A equipe de Saúde Bucal tem o instrumento básico de reconhecimento da realidade do território, o prontuário individual e o cadastro de famílias de cada aldeia, sendo recomendável que todos os profissionais se apropriem dessas informações antes de iniciar o planejamento de seu trabalho. Nele estão contidas informações fundamentais. Esses dados subsidiam o planejamento ao indicarem marcadores de risco aos mais diversos agravos, sejam agudos ou crônicos. As informações contidas no cadastro são essenciais para que as ações planejadas para intervir na realidade da saúde sejam direcionadas ao que de fato se revele como problema. A estratégia da equipe de saúde bucal é realizar triagem para identificar as necessidades individuais e classificar, por risco, a população de cada microárea e as famílias de maior risco. Portanto, as informações do prontuário serão as indicações para organizar a triagem e esta subsidiará a organização da assistência individual e das ações coletivas, preventivas e educativas.

5.3 SITUAÇÕES DE RISCO

Para que se trabalhe dentro do princípio de equidade, garantindo atenção privilegiada onde e para quem seja necessária, devem ser somadas informações epidemiológicas da população adscrita na área de abrangência da aldeia aos dados do cadastro/prontuário. Nesse sentido, é primordial que se conheça a epidemiologia dos processos de saúde/doença bucal em cada território coberto. As famílias de alto risco deverão ser as primeiras a receber as ações educativas e a participar da triagem, para serem logo inseridas nos grupos de controle e assistência.



Figura 39 – Fonte: <https://la.dental-tribune.com>

Diferentes populações estão mais expostas a determinadas doenças e, ao estabelecer riscos, deve-se levar em conta estas diferenças. Os critérios de risco dividem-se, classicamente, em três:

- **baixo risco:** sem sinais de atividade de doença e sem história progressiva de doença. Neste caso tem-se o **Grupo A** representado por ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite, e/ou sem mancha branca ativa.
- **risco moderado:** sem sinais de atividade de doença, mas com história progressiva de doença. Neste caso tem-se o **Grupo B** representado por história de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa; e **Grupo C** representado por uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou de mancha branca ativa.
- **alto risco:** com presença de atividade de doença, com ou sem história progressiva de doença. Neste caso tem-se o **Grupo D** representado por ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa; **Grupo É**, representado por uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda, e **Grupo F**, representada por presença de dor e/ou abscesso.



Figura 40 – Fonte: Arquivo Projeto Huka Katu

Diferenciar as lesões ativas das inativas é importante para identificar o indivíduo doente, o qual será submetido a um tratamento específico que visa o controle da doença, sendo que indivíduos com sequelas serão identificados por lesões que ocorreram em outro momento.

O indivíduo será sempre classificado pela pior condição que apresentar, por exemplo, se tiver um dente com dor ou abscesso, já será classificado como de alto risco de cárie, ou se tiver um sextante com bolsa maior que 6 mm, será de alto risco para doença periodontal. Deve-se lembrar que quando um elemento dental apresenta sinais da doença, significa que o indivíduo está doente, e deve assim ser tratado. Sabidamente, a população adulta está exposta a um maior risco de desenvolver doença periodontal e lesões de tecidos moles, enquanto as crianças apresentam maior risco para a cárie dentária. Assim, para se estabelecer o risco individual para fins de planejamento das ações, pode ser considerado o agravo mais significativo para o grupo populacional a ser examinado e classificado.



Figura 41 – Fonte: Lesões de Cárie Acervo FORP-USP

5.4 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

As ações básicas são planejadas de acordo com a realidade encontrada nas triagens de risco. Uma vez triados, a prioridade de tratamento é dada para os indivíduos e grupos de alto risco, sem deixar de lado os demais, que deverão ser incluídos em ações coletivas (ações de educação e prevenção) até que possam também receber o tratamento individual necessário.

•Classificação	•Grupo	•Situação individual
•Baixo risco	•A	•Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
•Risco moderado	•B	•História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	•C	•Uma ou mais <u>cavidades</u> em situação de <u>lesão de cárie crônica</u> , mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
•Alto risco	•D	•Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de <u>mancha branca ativa</u>
	•E	•Uma ou mais <u>cavidades</u> em situação de <u>lesão de cárie aguda</u>
	•F	•Presença de <u>dor</u> e/ou <u>abscesso</u>

*Se o fator biofilme for positivo em qualquer grupo, considera-se Alto Risco.

Fonte: Elaborado pelos autores com base nas Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal/SES-SP, v.1 - Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica: Classificação de Risco e Organização da Demanda, 2015.



Considerando as lesões iniciais, não cavitadas, sabe-se que podem ser inativadas através da remoção mecânica da placa e da exposição da superfície dental aos fluoretos e, neste processo de inativação, podem desaparecer ou persistir como cicatriz, mudando de um aspecto rugoso e opaco para liso e brilhante, eventualmente escurecido. A presença de cavidade de cárie também não é indicativa de que o indivíduo esteja com alta atividade de cárie no momento. As características do tecido remanescente, claro e amolecido, a presença de manchas brancas ativas, presença abundante de placa e gengivite são sinais que o indivíduo está doente. Nesta organização das ações, o Controle Epidemiológico da Cárie (CEC) através de restaurações atraumáticas é a estratégia sugerida, capaz de controlar o processo de cárie, reduzir os nichos de acúmulo de placa e, com isso, permitir uma maior cobertura da população para, num segundo momento, retomar o tratamento restaurador definitivo.

5.5 AÇÕES COLETIVAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

As estratégias coletivas são ações para a promoção, prevenção e controle das principais doenças bucais, sendo referência para a construção de indicadores de gestão dos municípios. São exemplos de ações coletivas: Educação em Saúde, Higiene Bucal Supervisionada, Aplicação de bochecho fluorado e flúor-gel e Exame bucal com finalidade epidemiológica.

Nas ações de **educação em saúde**, deve-se enfatizar os cuidados com a saúde bucal (dieta, desenvolvimento buco-facial, aleitamento materno, higiene bucal, câncer bucal, etc), utilizando metodologia e conteúdos adequados a cada grupo. Estas ações devem ser realizadas pela equipe de saúde bucal (ESB) a todos os grupos de risco, e, uma vez identificados os riscos sociais, familiares e individuais, dar-se-á maior ênfase aos fatores de risco preponderantes, por



exemplo: ausência de hábitos de higiene, amamentação noturna, grande frequência de ingestão de carboidratos, uso de fumo, álcool e etc. A equipe de saúde bucal deverá também participar dos grupos organizados (idosos, gestantes, bebês, pré-escolares, hipertensos etc.) conforme a necessidade de cada aldeia e os fatores de risco.



Figuras 42 e 43 – Fonte: Arquivo Projeto Huka Katu

A **Escovação dental supervisionada** ou Higiene Bucal Supervisionada é uma atividade prevista no SIA/SUS à ser desenvolvida em grupos de 6 a 12 pessoas, Este tipo de ação pode e deve ser realizada por indivíduos com tratamento já concluído, usuários da lista de espera, usuários participantes dos grupos de educação em saúde e outros realizados pela equipe de saúde multiprofissional. A periodicidade indicada pelo Ministério da Saúde é semestral, quadrimestral ou trimestral, prevendo distribuição de escova e creme dental, sempre que possível. Sua execução pode ser responsabilidade do CD, do TSB, do ASB, do ACS ou ainda de equipe local com treinamento efetuado. Os profissionais devem ter atenção especial às crianças de 2 a 4 anos que deglutem, em média, 50% do dentífrico utilizado na escovação, enquanto as crianças de 5 a 7 anos, ingerem menos que 25% (SÃO PAULO, 2010, 2018). Isto é um comprovado fator de risco para fluorose dentária.



A técnica transversal: consiste em, com o tubo de dentifrício em posição perpendicular ao longo eixo da escova, dispensar no centro da ponta ativa do instrumento, uma quantidade de dentifrício correspondente a, no máximo, metade da sua largura da ponta ativa. Essa quantidade equivale, de modo geral, a um grão de ervilha pequeno e é suficiente para a finalidade. Esta técnica também é recomendada para adolescentes e adultos”. Para reduzir ainda mais a quantidade de dentifrício a ser utilizado nas crianças menores de 4 anos (já que estas ingerem maior quantidade), sugere-se a técnica da tampa que consiste em, com a bisnaga fechada, pressionar levemente o tubo de modo a que fique retida, na parte interna da tampa (seja ela rosqueável ou não), uma pequena quantidade de pasta. Então, abre-se o tubo e pressiona-se a ponta ativa da escova contra a parte interna da tampa de modo a transferir para a escova a pequena quantidade de pasta ali retida. Esta quantidade é suficiente para veicular o flúor necessário e para produzir os efeitos do dentifrício. Esta técnica é indicada para os primeiros anos de vida e até aproximadamente os 4 anos de idade



Figuras 44, 45 e 46 – Fonte: Acervo FORP-USP

Fluorterapia - Ao considerar a fluorterapia, deve-se levar em conta a população exposta à água fluoretada e aos dentifrícios fluoretados. Mas, se em alguma comunidade, esta não for a realidade como nas populações indígenas, as



orientações sobre o uso de flúor devem ser redefinidas. Conforme as recomendações sobre o uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária o grupo de baixo risco de cárie, classificado como grupo **A**, não necessita receber aplicação tópica de gel fluorado. Para o grupo de risco moderado (classificações **B** e **C**), deve-se fazer uso do gel fluorado anualmente, como forma de acompanhamento e controle. Para os grupos **D**, **E** e **F** pode-se planejar 4 sessões de gel fluorado em 4 semanas seguidas, como terapia de choque, sendo reduzidas gradativamente para 2 aplicações no mês seguinte e, finalmente, para 1 no terceiro mês. Flexibilizações nessa frequência são possíveis em função da reclassificação do risco do indivíduo. A aplicação do gel fluorado pode ser feita por meio da técnica da escova dentária.



Figura 47 – Fonte: Acervo FORP-USP

A técnica de aplicação de gel fluorado com escova dentária consiste em colocar no centro da ponta ativa de uma escova dentária, utilizando-se a técnica transversal. Durante cerca de 30 segundos, fricciona-se a ponta da escova contendo o gel sobre as superfícies dentárias de um hemi-arco, exercendo leve pressão nas proximais e oclusais. Iniciar pelo hemiarco superior direito e, em sentido horário, repetir o procedimento de modo a atingir os quatro hemi-arcos,



perfazendo um total de 2 minutos de exposição ao gel. Orientar a criança para não engolir em nenhuma hipótese. O objetivo da atividade é, naquele momento, apenas aplicar flúor. Assim, quem aplica o flúor não é a criança mas o agente da ação. É da maior importância que esse número não seja excedido, uma vez que o teor de flúor presente em géis é muito elevado, sendo necessário absoluto controle sobre o uso do produto em crianças. Cabe ressaltar que não se trata de escovação dentária com gel fluorado. Recomenda-se enfaticamente que não se deve permitir que a criança, ou mesmo um adulto não qualificado, manipule gel fluorado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/livro_guia_fluoretos.pdf

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de regiões de saúde atenção básica. Saúde bucal. “Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal/SES-SP”. A reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica: Classificação de Risco e Organização da Demanda. Centro Técnico de Saúde Bucal-SES-SP, 2015.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de regiões de saúde atenção básica. Saúde bucal. Manual de Orientações em Saúde Bucal para o SUS no âmbito do Estado de São Paulo. Centro Técnico de Saúde Bucal-SES-SP, São Paulo, 2010.

