

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA
POLO CORINTO

**PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL DO
MUNICÍPIO DE PIRAPORA - MG**

Soraya Alves Cardoso

PIRAPORA/MINAS GERAIS
2011

SORAYA ALVES CARDOSO

**PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL DO
MUNICÍPIO DE PIRAPORA - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais
para Obtenção de Certificado de
Especialista.

Orientadora: Professora Lia Silva de
Castilho

PIRAPORA/MINAS GERAIS
2011

SORAYA ALVES CARDOSO

**PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL DO
MUNICÍPIO DE PIRAPORA - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais
para Obtenção de Certificado de
Especialista.

Orientadora: Professora Lia Silva de
Castilho

Banca Examinadora

Prof. _____ UF____
Prof. _____ UF____
Prof. _____ UF____

Aprovada em Corinto 02/07/2011

Agradeço a Deus, meu porto seguro; aos meus amores Vagner, Maria Luísa e Artur que são a razão do meu viver e incentivadores do meu crescimento pessoal e profissional; a Silmeiry Teixeira e Lia Silva de Castilho pelo incentivo e grande ajuda e a toda equipe de saúde bucal de Pirapora, principalmente Rei e Débora e todos aqueles que de alguma forma me ajudam na busca da melhoria da qualidade de vida da nossa população.

RESUMO

A construção do presente protocolo visa padronizar as rotinas de trabalho, procedimentos clínicos e os fluxos de trabalho em unidades básicas de saúde. O objetivo deste trabalho é melhorar as condições de saúde bucal da população, através da expansão do acesso e organização da demanda. O planejamento das ações está voltado para os ciclos de vida, buscando a obedecer e respeitar os princípios da atenção primária à saúde, capacitando profissionais para prestar atenção a todos os usuários ao longo das suas vidas, estar ciente das especificidades de cada fase ou condição sistêmica, não esquecendo as especificidades de cada indivíduo. Apoio ao autocuidado será o foco principal de todas as ações, sempre buscando aumentar o vínculo entre o pessoal de saúde, usuários e familiares, além de prestar atenção integral em saúde. Este protocolo é dinâmico e pode ser alterado sempre que necessário.

ABSTRACT

The construction of this Protocol seeks to standardize the work routines, clinical procedures and workflows in basic health units. The objective of this work is to achieve better conditions of dental health of the population, through of the access expansion and demand organization. The planning of actions is facing life cycles, seeking to obey and respect the principles of primary health care, empowering professionals to provide attention to all users throughout their lives, being aware of the specificities of each phase or systemic condition, not forgetting the particularities of each individual. Support to the Self care will be the main focus in all actions, always looking to increase the link between health staff, user, and family, in addition to watching full health. This Protocol is dynamic and can be changed whenever deemed necessary.

Palavras Chave: Protocolo, acesso, acolhimento

SUMÁRIO

1. Introdução-----	7
2. Objetivo Geral-----	8
3. Objetivos Específicos-----	8
4. Metodologia-----	9
5. Integração da Saúde Bucal de Pirapora ao Programa Saúde da Família-----	9
6. Processo de Trabalho da Saúde Bucal em Equipe-----	10
6.1. Atribuições Comuns Aos Profissionais de Saúde Bucal no PSF-----	11
6.2. Atribuições Específicas do Cirurgião-Dentista (CD)-----	11
6.3. Atribuições Específicas do Técnico em Saúde Bucal (TSB)-----	12
6.4. Atribuições Específicas do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)-----	13
6.5. Atribuições Específicas da Agente Comunitária de Saúde no Protocolo de Saúde Bucal-----	14
6.6. Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal no Processo de Trabalho da Atenção Individual nas Unidades de Saúde do PSF-----	14
6.6.1. Triagem-----	14
6.6.2. Sala de Espera-----	15
6.6.3. Preparo para Atendimento Clínico-----	15
6.6.4. Atendimento Clínico-----	15
6.7. Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal no Processo de Trabalho da Atenção Coletiva no PSF-----	17
6.8. Atribuições Gerais dos Profissionais de Saúde Bucal do PSF-----	18
6.8.1. Anamnese-----	20
6.8.2. Controle de Infecção-----	20
6.8.3. Manutenção de Equipamentos-----	21
7. Organização da Demanda-----	21
7.1. Atendimento da Demanda Espontânea-----	21
7.2. Atendimento da Urgência-----	22
7.3. Atendimento Individual Programado-----	23
7.3.1. Critérios para a Avaliação de Risco em Saúde Bucal-----	25
7.4. Atendimento Extra-Clínica-----	26

8. Ciclos de Vida -----	26
8.1. O Bebê-----	27
8.2. A Criança-----	30
8.3. O Adolescente-----	33
8.4. O Adulto-----	34
8.4.1. Doença Periodontal-----	36
8.4.2. Câncer Bucal-----	37
8.4.3. Endocardite Bacteriana-----	38
8.5. O Idoso-----	40
8.5.1. O Acolhimento ao Paciente Idoso-----	40
8.5.2. O Processo de Envelhecimento-----	41
8.5.3. Atendimento Clínico-----	43
8.5.4. Patologias Geriátricas Associadas ao Trat. Odontológico-----	43
9. Gestante-----	46
10. Pacientes Com Necessidades Especiais-----	50
11. Pacientes Com Diabetes-----	51
12. Considerações Finais-----	54
13. Referências Bibliográficas-----	55
14. Anexos-----	59

1. INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia para a organização da atenção básica que tem por objetivo a implementação da mudança de paradigma, por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde (BRASIL, 2007).

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Equipe de Saúde da Família (ESF) se deu através da Portaria número 1.444, de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde. Trouxe uma nova abordagem no campo de saúde coletiva, e, portanto, por caracterizar-se como um novo modelo, sua implementação ainda é um grande desafio tanto para gestores como para os trabalhadores da saúde (CARVALHO *et al*, 2004).

Em Pirapora, a inclusão da equipe de saúde bucal no programa de saúde da família se iniciou no ano 2005, com a inclusão de 02 ESB em 02 ESF como um projeto piloto. As outras ESF continuavam referenciando seus cadastrados para o serviço convencional de saúde bucal. O agendamento era realizado mensalmente na Policlínica municipal. Hoje o município conta com 13 ESF, onde 06 possuem ESF modalidade II que são constituídas por 01 cirurgião dentista (CD), 01 técnico em saúde bucal (TSB) e 01 auxiliar de saúde bucal (ASB) . As outras 07 unidades de atenção primária a saúde (UAPS) que não possuem a ESB inseridas continuam sendo atendidas pela equipe convencional de saúde bucal municipal.

Não havia em Pirapora nenhuma experiência por parte dos profissionais de saúde bucal municipal e da coordenação do setor em serviços de PSF. As ações foram acontecendo sem um planejamento adequado e cada ESB criou sua própria organização de trabalho. Percebe-se que muitas equipes estão realizando as ações cotidianas com a utilização de conhecimentos e tecnologias que aprendidas há algum tempo e que nem sempre são aplicadas de forma refletida ou crítica. Segundo Carvalho (2004), *“para uma equipe de saúde bucal constituir-se em uma abordagem diferenciada no campo da saúde coletiva, seu sucesso está condicionado, antes de tudo, a uma mudança no perfil dos profissionais que atuam na atenção básica”*.

Para a organização do serviço de saúde bucal é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da gestante, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). O usuário, através de um acesso que não lhe deve ser negado, deve conhecer toda a estrutura do serviço e participar ativamente como co-autor de todo o planejamento das ações.

Portanto, após a participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, ficou clara a necessidade de organizar o trabalho para maiores produtividade e efetividade com respaldo nas evidências científicas. Através da construção de protocolo de saúde bucal buscou-se a padronização das rotinas de trabalho, dos procedimentos clínicos e dos fluxos internos e externos nas unidades básicas de saúde e consultórios convencionais municipais.

2. OBJETIVO GERAL

Padronizar o processo de trabalho em saúde bucal, baseado em evidências científicas, envolvendo a incorporação de nova organização do serviço, visando alcançar melhores condições de saúde bucal para a população.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reorganizar o acesso do usuário ao serviço de saúde bucal;
- Trabalhar com os grupos operativos das UAPS;
- Classificar por grupos de risco à saúde em graus de complexidade decrescente;
- Definir tempo na agenda diária para cada ação, otimizando ao máximo os turnos de trabalho e competências de cada membro da ESB de acordo com o tipo de atividade;
- Caracterizar e organizar os diferentes tipos de demandas: espontânea, programada e de manutenção;
- Instituir em todas as UAPS o acolhimento como forma de organizar a demanda espontânea e de dar atenção às necessidades da população;

- Organizar a atenção clínica restauradora às famílias e aos grupos prioritários, através de demanda organizada por ordem de prioridade estabelecida pela ESF, ESB e pela busca ativa programada, garantindo o atendimento aos casos de urgência;
- Alimentar sistematicamente o banco de dados para controle e avaliação.

4. METODOLOGIA

Pesquisou-se na literatura disponível no Google, uma série de protocolos de Prefeituras municipais. Os protocolos disponíveis foram os das Prefeituras Municipais de Caratinga, Curitiba, Florianópolis e Belo Horizonte. Textos complementares foram pesquisados nas bases Scielo e Scopus para complementações de informações.

5. INTEGRAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE PIRAPORA AO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Até a poucos anos atrás, o município de Pirapora oferecia à sua população um serviço de saúde bucal excludente, baseado no curativismo, biologicismo e tecnicismo, voltado prioritariamente aos escolares de 1ª a 4ª série. Aos adultos restava apenas a oferta de exodontias diárias e tratamento curativo/restaurador no período das férias escolares.

As mudanças em um modelo assistencial dependem, dentre outros fatores, do contexto político, da organização dos serviços, de capacitação e do envolvimento da equipe (SOUZA & RONCALLI, 2007).

Portanto, tornou-se necessária a implantação de práticas padronizadas no serviço de saúde bucal, buscando como modelo o programa de saúde da família (PSF). Esta implantação de ações sistematizadas tem se mostrado o principal programa alavancador da reorganização dos serviços da atenção básica.

O reconhecimento do território, a vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação, a atenção voltada para a família, a apropriação das condições

socioculturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade local e a reformulação do processo de trabalho inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) são estratégias do PSF necessárias ao serviço de saúde bucal municipal. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2006).

O município de Pirapora possui 13 Equipes de Saúde da Família (ESF) onde 06 possuem a ESB modalidade II composta por 01 cirurgião dentista, 01 técnico em saúde bucal e 01 auxiliar em saúde bucal inseridos na UAPS, correspondendo a uma cobertura de 39,1% da população municipal. As outras UAPS são assistidas por profissionais da saúde bucal convencional. Cada uma destas 07 unidades de saúde possui 02 CD's e 02 ASB's de referência, além de 01 TSB que atua na própria unidade fazendo o elo do usuário com o serviço que é oferecido em 04 consultórios localizados em áreas distintas no município.

A atenção odontológica já possui a aprovação do Conselho Municipal de Saúde para 100% de ESB no PSF, mas apenas nas UAPS que são instaladas em prédios próprios foram inseridas as ESB devido à estrutura física necessária para o consultório odontológico. Portanto, em todas as UAPS que estão sendo construídas, a ESB também será inserida à equipe. A construção do protocolo de atenção básica em saúde bucal se faz necessário mais uma vez com a finalidade de padronizar as ações tanto nas ESB/ESF como nas ESB convencionais.

6. PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE BUCAL EM EQUIPE

O trabalho em equipe é fundamental no processo da organização da atenção primária em saúde bucal.

Essa mudança de postura está ligada a um redirecionamento do trabalho centrado em ações individuais, como tem sido a lógica da organização atual, para um trabalho conjunto, tanto no nível da própria equipe de saúde bucal como no nível da equipe de saúde.

De acordo com a Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2007), as competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos

em higiene dental e auxiliares de consultório dentário) que atuam na atenção primária por meio da Estratégia de Saúde da Família são:

6.1 ATRIBUIÇÕES COMUNS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF

- Participar do processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas no território de abrangência das unidades básicas de saúde da família;
- Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal;
- Estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal, garantindo a integralidade da atenção;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- Organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e do plano de saúde municipal;
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Sensibilizar as famílias para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde;
- Programar e realizar visitas domiciliares de acordo com as necessidades identificadas;
- Desenvolver ações intersetoriais para a promoção da saúde bucal;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

6.2 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA (CD)

- Realizar exame clínico com a finalidade de conhecer a realidade epidemiológica de saúde bucal da comunidade;

- Realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96 – e na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001);
- Assegurar a integralidade do tratamento no âmbito da atenção básica para a população adscrita;
- Encaminhar e orientar os usuários, que apresentarem problemas mais complexos, a outros níveis de especialização, assegurando o seu retorno e acompanhamento, inclusive para fins de complementação do tratamento;
- Realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências;
- Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
- Emitir laudos, pareceres e atestados sobre assuntos de sua competência;
- Executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupos específicos, de acordo com plano de prioridades locais;
- Coordenar ações coletivas voltadas para à promoção e prevenção em saúde bucal;
- Programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas;
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo THD e o ACD;
- Capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos realizados.

6.3 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO TÉCNICO EM HIGIENE DENTAL (THD)

- Realizar, sob a supervisão do cirurgião dentista, procedimentos preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento e polimento;

- Realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras, sob supervisão do cirurgião dentista;
- Auxiliar o cirurgião dentista (trabalho a quatro mãos);
- Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;
- Registrar na Ficha D – Saúde Bucal, do Sistema de Informação da Atenção Básica – Siab – todos os procedimentos de sua competência realizados.

6.4 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ATENDENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO (ACD)

- Proceder à desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- Realizar procedimentos educativos e preventivos nos usuários para o atendimento clínico, como evidenciação de placa bacteriana, orientações à escovação com o uso de fio dental sob acompanhamento do THD;
- Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho);
- Instrumentalizar o cirurgião dentista ou THD durante a realização de procedimentos clínicos;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- Agendar e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção do tratamento;
- Acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal;
- Realizar procedimentos coletivos como escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados na Unidade Básica de Saúde da Família e espaços sociais identificados;
- Registrar no Siab os procedimentos de sua competência realizados.

6.5 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DA AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE NO PROTOCOLO DE SAÚDE BUCAL (FUMSSAR, s.d.)

- Esclarecer a comunidade sobre fatores de risco para as doenças bucais, orientando-a sobre as medidas de prevenção;
- Identificar pessoas e famílias com fatores de risco para as doenças bucais e encaminhar para a unidade de atenção primária a saúde para receber a devida atenção;
- Estimular e encaminhar as pessoas para participarem das atividades educativas, preventivas e dos grupos de saúde bucal;
- Buscar pacientes faltosos;
- Planejar, participar, promover e divulgar atividades em grupos;
- Participar de cursos de capacitação continuada;
- Acompanhar as famílias em um trabalho constante de vigilância à saúde.

6.6 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO INDIVIDUAL NAS UNIDADES DE SAÚDE DO PSF (BRASIL, 2001)

Conjunto de ações que visam a recuperação e o controle das doenças bucais, através da abordagem individual dos usuários.

6.6.1 TRIAGEM

Organizar o fluxo para atendimento odontológico uma vez ao dia, todos os dias.

ASB e TSB:

- Realizar registros necessários;
- Preparar os materiais utilizados na triagem.

CD:

- Ouvir o usuário e conciliar a queixa do mesmo ao conhecimento científico;
- Priorizar os casos a serem atendidos no turno utilizando toda a capacidade instalada oferecida pela equipe.

6.6.2 SALA DE ESPERA

Utilizar o tempo de espera do usuário, para repassar informações sobre cuidados com a saúde bucal.

ASB E TSB:

- Informar aos usuários sobre as ações preventivas e educativas para incorporação de hábitos saudáveis e do auto-cuidado da saúde bucal e geral. Ex.: dieta, prevenção de doenças em geral, hábitos nocivos, dentição permanente/decídua e outros.

6.6.3 PREPARO PARA ATENDIMENTO CLÍNICO

Ações que devem ser realizadas previamente ao atendimento individual.

ASB e TSB:

- Lavar as mãos antes e após cada procedimento;
- Utilizar equipamento de proteção individual (EPI);
- Preparar o material necessário para realização de atendimento/procedimento;
- Utilizar as técnicas de assepsia para prevenir as infecções cruzadas;
- Verificar se os materiais e os equipamentos encontram-se em condições para a realização do atendimento/procedimento;
- Ao término do atendimento/procedimento cuidar com a limpeza e ordem dos materiais, equipamentos, deixando o ambiente devidamente organizado;
- Envolvimento dos mesmos no trabalho dentro da clínica enquanto houver paciente, a não ser quando liberado para atividades externas.

6.6.4 ATENDIMENTO CLÍNICO

Conjunto de procedimentos executados no atendimento individual.

CD:

- Realizar os procedimentos clínicos;
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo TSB e ASB;
- Realizar exames estomatológicos para identificação de problemas no processo saúde/doença, dentro dos princípios da odontologia integral, visando a

promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do indivíduo no seu contexto social;

- Realizar o registro dos procedimentos: anotar o estado inicial e a evolução da situação;
- Emitir laudos e pareceres, atestados e licenças sobre assuntos de sua competência;
- Prescrever, em via carbonada, medicamentos e outras orientações conforme diagnósticos efetuados;
- Encaminhar e orientar os pacientes que apresentarem problemas mais complexos e sem resolutividade na unidade de saúde do PSF a outros níveis de especialização;
- Estabelecer agenda de retorno para cada paciente com a finalidade de completar o tratamento;
- Registrar diariamente na ficha "D" – Saúde Bucal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) todos os procedimentos realizados e mantê-los integrados aos prontuários das famílias.

TSB:

- Realizar procedimentos preventivos nos pacientes agendados para o atendimento clínico como: escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamento, polimento e procedimentos restauradores sob supervisão do Cirurgião-Dentista;
- Supervisionar os trabalhos do ASB;
- Auxiliar o Cirurgião-Dentista (trabalho a 4 mãos);
- Registrar diariamente na ficha "D" – Saúde Bucal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) todos os procedimentos realizados de sua competência e mantê-los integrados aos prontuários das famílias.

ASB:

- Realizar procedimentos educativos e preventivos tais como: evidenciação de placa bacteriana, orientar a escovação com o uso de fio dental sob supervisão do TSB;
- Acolher o paciente na cadeira devidamente preparado (touca e guardanapo);

- Preparar o instrumental e materiais para uso (sugador, espelho, sonda e demais materiais necessários para o trabalho);
- Instrumentar o Cirurgião Dentista ou TSB durante a realização do procedimento;
- Marcar data e orientar o paciente quanto ao retorno para manutenção;
- Proceder a desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos contaminados;
- Realizar a limpeza e organização do material, equipamento e dependências da clínica odontológica.

6.7 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO COLETIVA NO PSF (BRASIL, 2001)

Conjunto de ações que visam promoção de saúde e o controle das doenças bucais através do estímulo ao auto-cuidado e atividades voltadas ao indivíduo de grupos priorizados.

ACS:

- Desenvolver ações de promoção e prevenção das doenças bucais mais prevalentes, conforme a realidade local e considerando a sua ação regular nos domicílios sob supervisão dos profissionais de saúde bucal;
- Promover e supervisionar a higiene bucal dos membros das famílias;
- Realizar levantamento dos espaços coletivos para desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Registrar no SIAB o procedimento coletivo realizado.

ASB:

- Realizar procedimentos coletivos tais como: escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados sob supervisão do TSB e/ou CD;
- Realizar e acompanhar ações e medidas promocionais, educativas e preventivas em saúde bucal, junto com os demais integrantes da equipe;
- Supervisionar o ACS;
- Registrar no SIAB o procedimento coletivo realizado.

TSB:

- Realizar procedimentos coletivos tais como: escovação supervisionada, evidenciação de placa bacteriana e bochechos fluorados sob supervisão do CD;
- Realizar e acompanhar ações e medidas promocionais, educativas e preventivas em saúde bucal, em consonância com as atividades preconizadas pelo PSF;
- Supervisionar as atividades do ASB e ACS;
- Registrar no SIAB o procedimento coletivo realizado.

CD:

- Identificar as necessidades e expectativas da população em relação à saúde bucal;
- Acompanhar as ações coletivas voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal e supervisionar o fornecimento de insumos para tal;
- Executar ações básicas de vigilância epidemiológica e sanitária em sua área de abrangência;
- Realizar levantamento epidemiológico com a finalidade de conhecer a realidade de saúde bucal da comunidade;
- Desenvolver atividades de educação a saúde (palestras);
- Supervisionar as atividades do TSB, ASB e ACS;
- Executar o monitoramento e a avaliação das ações;
- Controlar o registro do procedimento coletivo no SIAB.

6.8 ATRIBUIÇÕES GERAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NO PSF (BRASIL,2001)

Conjunto de ações integradas com os demais membros das ESF.

CD:

- Participar de reuniões administrativas, de planejamento, acompanhamento e avaliação da ESF, ou outras que contribuam para superação dos problemas identificados;
- Participar do treinamento da ESF no que concerne as ações educativas e preventivas voltadas para o atendimento a agravos que tenham relação com a saúde bucal;
- Organizar a demanda de acordo com as diretrizes do PSF;

- Participar de oficinas e atividades voltadas para informações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Incentivar a participação do usuário e orientar sobre a importância da continuidade do acompanhamento pelo serviço de saúde;
- Realizar visitas domiciliares quando solicitado, em caso de impossibilidade física do paciente em comparecer à Unidade.

TSB:

- Participar das reuniões das equipes, tanto de caráter administrativo quanto de planejamento, acompanhamento e avaliação;
- Participar da capacitação do ACS, no que se refere as ações educativas e preventivas de saúde bucal;
- Participar de oficinas e atividades voltadas para informações educativas e preventivas em saúde bucal;
- Realizar visitas domiciliares com a finalidade de orientar as famílias sobre os autocuidados em saúde bucal, desde que autorizado pelo CD;
- Realizar controle de material permanente e de consumo das clínicas odontológicas, racionalizando o seu uso, solicitando a reposição para a continuidade dos serviços.

ASB:

- Participar das reuniões das equipes, tanto de caráter administrativo quanto de planejamento, acompanhamento e avaliação;
- Participar da capacitação do ACS, no que se refere as ações educativas e preventivas de saúde bucal;
- Solicitar e substituir instrumentais/materiais danificados (como espelhos, sondas, óculos e outros);
- Realizar controle de material permanente e de consumo das clínicas odontológicas, racionalizando o seu uso, solicitando a reposição para a continuidade dos serviços;
- Verificar e solicitar a higienização da sala (clínica) caso necessário à auxiliar de serviços gerais;
- Realizar visitas domiciliares com a finalidade de orientar as famílias sobre os autocuidados em saúde bucal, desde que autorizado pelo CD.

6.8.1 ANAMNESE

CD:

- Estar motivado para ouvir o paciente;
- Evitar interrupções e distrações;
- Estabelecer afinidades e empatia com o paciente;
- Saber interrogar o paciente;
- Abordar a anamnese de um modo lógico, direcionado para os indícios conclusivos;
- Observar o comportamento do paciente, captando suas mensagens não verbais;
- Observar a queixa principal;
- Organizar os registros de um modo que seja compreensível.

6.8.2 CONTROLE DE INFECÇÃO

TSB E ASB:

- Fazer a desinfecção com álcool do campo operatório e de trabalho, dos motores de alta e baixa rotação, das seringas tríplexes, refletores e outros, antes e após o atendimento a cada paciente;
- Lavar e acondicionar o material para esterilização;
- Esterilizar todo o material da clínica;
- Diluir as soluções desinfetantes;
- Deixar imerso todo o material (cruento/sangue) em sabão enzimático;
- Em caso de procedimentos (sangue e pus) sugar com substância antisséptica;
- Deixar os materiais usados (como placa de vidro, espátula de IRM e brocas) limpos e em ordem;
- No final do período, sugar com uma solução antisséptica para desinfecção do sugador;
- Preparar gases, algodão e outros para esterilização.

6.8.3 MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

TSB E ASB

- Lubrificar os motores de alta e baixa rotação antes do início de cada turno;

- Abastecer o reservatório de água das altas rotações a cada início de turno;
- Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos (compressor, autoclave e outros).

7. ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

Conforme consta na Constituição Brasileira “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), é direito humano ter acesso às necessidades básicas, como a saúde, para uma vida saudável e a saúde bucal é parte indissociável da saúde geral.

A maioria das doenças bucais não ameaça a vida diretamente, porém são problemas importantes de saúde pública. As razões de sua grande importância estão ligadas diretamente sobre a qualidade de vida dos indivíduos, pois causam desconforto, dor, limitações, além de interferirem na auto-estima e na vida social de muitas pessoas que apresentam tais doenças (SOUZA & RONCALLI, 2007). Portanto, em Pirapora, mudanças na organização dos serviços odontológicos devem ser feitas onde a rede de atenção básica deve ser responsável pela maioria das ações em saúde bucal, possibilitando ao usuário a utilização do serviço sempre que necessário, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza.

7.1 ATENDIMENTO DA DEMANDA ESPONTÂNEA

Será considerado demanda espontânea ou livre demanda pessoas que buscarem o atendimento por sua auto-percepção ou por alguma necessidade clínica. Todos estes usuários deverão ser ouvidos e encaminhados para o tratamento de acordo com a necessidade clínica e disponibilidade de atendimento.

Observando a história de priorização no atendimento à demanda espontânea prestado pelo serviço de saúde bucal em Pirapora percebe-se que durante muito tempo a priorização se baseou na ordem de chegada. As pessoas iam de madrugada para a porta da policlínica e unidades de saúde para serem atendidas, recebiam o numero de senhas disponíveis, e os que chegavam depois não eram atendidos. Este critério de agendamento não resolvia o problema da maioria das pessoas que necessitavam do atendimento e que muitas vezes

apresentavam o quadro mais grave. A responsabilidade pela procura do atendimento era exclusiva do usuário.

Faz-se necessário, portanto, a adoção de novas práticas para viabilizar o acesso, com equidade e solidariedade, através do acolhimento dos cidadãos (OLIVEIRA, 2008).

O acolhimento tem como objetivo receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos usuários (MINAS GERAIS, 2009). Através do acolhimento a equipe de saúde deverá atender o indivíduo em suas necessidades, buscando sempre dar uma resposta a esta necessidade percebida.

Portanto, durante o horário de atendimento da UAPS todos os usuários que procurarem o serviço de saúde bucal deverão ter a queixa avaliada preferencialmente pelo TSB de referência ou outro profissional da equipe de saúde disponível. Após o acolhimento o usuário poderá ser encaminhado para o atendimento imediato, caso se encontre em situação de urgência, agendado para uma consulta, ou encaminhado para outro ponto de atenção, dependendo da sua necessidade e também da disponibilidade do serviço.

7.2 ATENDIMENTO DA URGÊNCIA

Quando identificado no acolhimento um usuário em situação de emergência ou de urgência, este deverá ser atendido de imediato pela equipe de saúde bucal. O procedimento visa eliminar e/ou controlar a dor de qualquer pessoa, cadastrada ou não, que demande atendimento. O atendimento deverá ser o mais resolutivo possível, evitando retornos desnecessários.

Após a finalização do atendimento de urgência, conforme o procedimento realizado, o paciente cadastrado, deverá ser orientado a dar continuidade ao tratamento quando necessário, mostrando ao paciente o que é possível oferecê-lo no serviço de Saúde Bucal de Pirapora.

Serão considerados procedimentos de urgência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CURITIBA, 2004 & SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CARATINGA, sd):

- Eventos hemorrágicos;
- Eventos que exijam supressão da dor ou controle de episódio infeccioso, tais como: pulpectomias, extrações simples, pericoronarites, pericementites, alveolites, drenagem de abscesso, estomatite;
- Eventos traumáticos como reimplantes dentários;
- Fratura total de restaurações em dentes anteriores que comprometa o convívio social.

Os eventos citados abaixo deverão ser considerados como urgência mediata podendo ser agendado o mais rápido possível se não houver vaga no mesmo dia:

- Exodontia de dente decíduo (dente permanente em erupção e sem esfoliação do decíduo);
- Exodontia de dente com mobilidade avançada sem sintomatologia de dor;
- Dor provocada (por estímulo térmico e/ou químico, sensibilidade cervical);
- Recimentação de coroas protéticas.

7.3 ATENDIMENTO INDIVIDUAL PROGRAMADO

O atendimento individual programado será destinado a um grupo prioritário de usuários cadastrados na área de abrangência da UAPS e também a demanda espontânea após uma avaliação prévia realizada pelo CD de referência.

A demanda reprimida em saúde bucal é muito grande não só em Pirapora, mas em todo o Brasil. Assim, com vista em organizar a “fila de espera” para o atendimento individual programado, e sem perder o foco no princípio da equidade será seguida a proposta da Diretoria Estadual de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais – DSB/SES-MG (MINAS GERAIS, 2011) que estabelece que se devam priorizar alguns grupos mais vulneráveis para a avaliação de risco individual.

Os seguintes grupos populacionais devem ser considerados prioritários num primeiro momento para a avaliação de risco individual em saúde bucal, segundo critérios de

vulnerabilidade determinados pela DSB/SES-MG (MINAS GERAIS, 2010) no Projeto de Reorganização de Saúde Bucal (PRA Saúde Bucal):

- As famílias classificadas como de alto risco social;
- Gestantes;
- Crianças;
- Diabéticos;
- Pessoas com necessidades especiais, principalmente com paralisia cerebral, deficiência mental, síndrome de Down e/ou com alterações de comportamento. Pessoas imunodeprimidas, assim como os idosos e acamados crônicos também deverão ser considerados.

Será realizada preferencialmente pelas ACS's da equipe de saúde uma busca ativa das pessoas usuárias pertencente a esses grupos populacionais para a avaliação de risco pelo CD.

A avaliação de risco é um procedimento de diagnóstico, feita a partir de exame clínico, e que, portanto deve ser realizada pelo CD. Os usuários devem ser esclarecidos sobre os critérios e orientados sobre a dinâmica do atendimento (MINAS GERAIS, 2011).

Os critérios para a avaliação de risco que vem sendo propostos pela DSB/SES-MG (MINAS GERAIS, 2011) no estado de Minas Gerais levam em consideração os riscos biológicos em saúde bucal e as necessidades percebidas pelas pessoas usuárias, onde as condições com risco de agravamento do quadro foram consideradas prioritárias.

Com base nos sinais e sintomas apresentados pelas pessoas usuárias, o CD irá avaliar a situação de risco de cada uma delas, categorizando-as como R1, R2 ou R3 e fará o preenchimento da ficha de Classificação de risco (ANEXO A). A priorização para o atendimento programado deverá se dar a partir das pessoas usuárias classificadas como R1.

7.3.1 CRITÉRIOS PARA A AVALIAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL segundo a Diretoria de Saúde Bucal de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2011)

R1: Presença de doenças/problemas bucais descritos abaixo, dando prioridade as pessoas usuárias com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles.

- Cárie ativa (mancha branca ativa, dentes apresentando cavidade com tecido amolecido)
- Doença periodontal ativa (sangramento, secreção);
- Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal (dificuldade de deglutição, dificuldade de movimentos, rouquidão, dentre outros);
- Limitações psicossociais em decorrência do comprometimento estético, halitose, entre outros;
- Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causados 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.

- Presença de cálculo;
- Necessidade de prótese removível;
- Necessidade de tratamento da atenção primária;
- Necessidade de tratamento da atenção especializada;
- 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.

7.4 ATENDIMENTO EXTRA-CLÍNICA

O atendimento extra-clínica acontecerá em domicílio e/ou ambientes institucionais, em casa de família de risco social e/ou equipamento social (creches, escolas, asilos etc.), após uma avaliação prévia do(s) paciente(s) realizada pelo TSB ou CD.

Será priorizado para usuários acamados ou impossibilitados de se deslocarem ao consultório odontológico de referência e também em mutirões de tratamento clínico em escolas e creches.

Para o atendimento extra-clínica, deverão ser planejadas as ações, levando-se em conta a necessidade do paciente, os materiais adequados e o tempo de utilização. O tratamento restaurador atraumático (Atraumatic Restorative Treatment-ART, em inglês) é a técnica de escolha a ser realizada no atendimento extra-clínico. Essa técnica segue o princípio de intervenção mínima, não requerendo equipamento elétrico. Baseia-se simplesmente na remoção de tecido cariado por meio da utilização de instrumentos manuais e a restauração da cavidade com ionômero de vidro quimicamente ativado (NUNES,2003).

8. CICLOS DE VIDA

A organização do serviço de saúde bucal de Pirapora se dará através do planejamento voltado para os ciclos de vida. Busca-se obedecer e respeitar os princípios da Atenção Primária em Saúde, onde a longitudinalidade está ligada à necessidade de os profissionais da equipe de saúde ser capazes de fornecer a atenção a todos os usuários de sua área de abrangência ao longo de suas vida, estando atento as especificidades de cada fase não se esquecendo das particularidades de cada indivíduo. O auto cuidado apoiado será o foco principal em todas as ações, sempre buscando aumentar o vínculo entre a equipe de saúde, usuário e a família, além de prestar uma atenção integral em saúde. O Ciclo de Vida Familiar é compreendido como os *“movimentos e alterações que ocorrem ao longo da história familiar, apresentando padrões de relativa previsibilidade, constituindo-se em estágios de desenvolvimento e exigindo adaptação e ajustamento de seus membros”* (MOYSES, 2008). Dentre as características e particularidades de cada um dos ciclos da

vida e sua relação com a saúde bucal é importante o conhecimento da interação entre os Ciclos de Vida Familiar e o ciclo vital dos seres humanos, de sorte a favorecer o manejo adequado dos problemas de saúde bucal pelos profissionais da ESF (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006).

Todo usuário que for submetido ao tratamento odontológico terá o seu retorno programado para manutenção da sua saúde bucal. O retorno será anual, semestral ou até mesmo trimestral sendo o tempo determinado pelo grau de risco de saúde bucal apresentado pelo indivíduo em sua última primeira consulta odontológica programada. O TSB de referencia será o responsável pelo retorno do usuário e o encaminhamento para o tratamento clínico restaurador realizado pelo CD acontecerá sempre que necessário.

8.1 O BEBÊ (0 a 24 meses)

As orientações destinadas a esta faixa etária serão abordadas para gestantes, tanto individualmente como em grupos operativos, reunião de pais e/ou cuidadores. As ações deverão sempre ter um enfoque multidisciplinar, com participação de toda a equipe de saúde, buscando a promoção e prevenção da saúde bucal do bebê mesmo antes da erupção dos primeiros dentes.

Estimular a adoção de novos hábitos alimentares da mãe proporcionará uma melhor condição de saúde bucal para o seu filho, pois a prevenção da cárie dentária pode ser desenvolvida desde a vida intra-uterina através do controle da dieta, especificamente, a partir do quarto mês de gestação, período em que se inicia o desenvolvimento do paladar do bebê. Portanto, a incorporação de hábitos saudáveis como higiene bucal e alimentação equilibrada é fundamental para a boa saúde do bebê (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2004).

Para garantir o acompanhamento precoce e promover a saúde bucal do bebê, o TSB de referencia da UAPS deverá realizar a visita domiciliar até 15 dias após o nascimento com a finalidade de:

- Sensibilizar pais e cuidadores sobre a importância dos dentes decíduos e controle dos fatores de risco em saúde bucal;
- Enfatizar sobre os benefícios do aleitamento materno (MINAS GERAIS, 2006):
 - Previne problemas ortodônticos;
 - Estimula a respiração nasal que promove o crescimento harmônico da face e, conseqüentemente, o desenvolvimento adequado da oclusão, da fala e da deglutição;
 - Torna desnecessários os hábitos de sucção adicionais como chupetas, pois, por não oferecer excesso de leite, a amamentação possibilita que a satisfação alimentar seja atingida juntamente com a saciação do prazer oferecido pela sucção;
 - Deve ser realizado com exclusividade até os 6 meses de idade, e a partir dessa idade incentivado o uso de alimentos em colheres e copos;
 - Em caso de impossibilidade de amamentação e o uso da mamadeira for indispensável, o bico da mamadeira deve ter um furo pequeno, para estimular a sucção fazendo com que o mínimo fluxo do leite seja suficiente para que ele aprenda a deglutir. Não deve acrescentar açúcar, mel, achocolatados e nem carboidratos ao leite, a não ser com recomendações médicas;
 - Orientar sobre a necessidade da diminuição gradual das mamadas durante a madrugada, principalmente após a erupção do primeiro dentinho devido ao risco de “cárie de mamadeira” que também pode ser causada pelo leite materno.
 - Orientar sobre a realização da higiene bucal do bebê sempre após as mamadas, utilizando-se fralda limpa ou gaze embebida em água filtrada com a finalidade de limpar a cavidade bucal informando a importância em criar o hábito de higienização;
- Chupar dedo, chupeta ou mamadeira pode interferir na formação facial da criança, podendo levar a alterações faciais, como por exemplo: mordida aberta, mordida cruzada, inclinação dos dentes, diastemas e alterações no padrão de deglutição. Portanto, os pais e/ou cuidadores deverão ser orientados a evitar sempre que

possível estes hábitos deletérios requerendo impedir que se transformem em vício. Se for necessária a utilização da chupeta ou mamadeira, deve-se fazer uso do bico ortodôntico, removendo-o o quanto antes, de forma gradativa, explicando o porquê da remoção, com reforços positivos, motivado pelo amor e compreensão, usando muita criatividade para distrair a criança (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CURITIBA, 2004);

- Durante o exame físico da criança e/ou a partir do relato da mãe, se for detectado a presença de dentes natais ou neonatais, o bebê deverá ser encaminhado para avaliação clínica realizada pelo CD, pois estes elementos dentais podem soltar-se e serem aspirados ou deglutidos, podem causar lesões secundárias no bico do seio da mãe, ou na base da língua na criança;
- Quando não houver qualquer necessidade que justifique uma avaliação do CD, a primeira consulta odontológica programática do bebê será agendada para o 6º mês de vida;

Após a consulta dos 06 meses de idade, toda criança deverá ter garantido o retorno anual, podendo ser semestral ou trimestral, de acordo com o risco de cárie da criança.

Ao nascer o primeiro dente decíduo, os pais e/ou cuidadores deverão realizar a higienização da cavidade oral do bebê com o auxílio da escova dental específica para a faixa etária da criança, sempre após as refeições. Usar apenas creme dental sem flúor até a idade de aproximadamente 5 anos, fase em que a criança já possui o controle de deglutição. Este cuidado se dá devido à possibilidade de instalação da fluorose na dentição permanente. Por não se encontrarem sob a proteção do efeito do flúor tão eficaz no controle do processo da doença cárie, os dentes decíduos desta faixa etária deverão ser higienizados criteriosamente após a ingestão de alimentos sob pena de instalação do processo de desmineralização, iniciador da lesão cariosa.

Apesar destas considerações, em crianças que se apresentam com alta atividade de cárie na dentição decídua, os dentifrícios fluoretados devem ser empregados para a diminuição do ataque cariogênico. O cirurgião-dentista deve orientar os pais e cuidadores a dispensarem

pequenas quantidades do dentífrico na escova de dentes da criança e, após a escovação, remover o excesso com gaze (CURY *et al.*, 2010). Além disso, alertar enfaticamente os pais e cuidadores sobre os problemas relacionados à ingestão de mamadeiras noturnas, após as quais a higienização é impossibilitada pelo fato do bebê adormecer (RESENDE *et al.*, 2007).

A CRONOLOGIA DA ERUPÇÃO DECÍDUA

ERUPÇÃO DOS DENTES DECÍDUOS		
	DENTES INFERIORES	DENTES SUPERIORES
Incisivos Centrais	8 meses	6 meses
Incisivos Laterais	10 meses	9 meses
Caninos	20 meses	18 meses
Primeiros molares	16 meses	16 meses
Segundos Molares	29 meses	27 meses

Fonte: Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CURITIBA, 2004);

8.2 A CRIANÇA (2 A 9 anos)

Nesta fase da vida a prevenção e promoção da saúde bucal são imprescindíveis, pois estas ações apresentam um grande impacto nas crianças. Mas é importante que todo o conteúdo seja trabalhado a nível familiar. A observação do comportamento dos pais nesta faixa etária é muito grande e os bons exemplos devem ser cultivados (MINAS GERAIS, 2006).

Deve-se deixar claro que os pais e cuidadores são responsáveis pelos cuidados da criança, principalmente em relação à saúde bucal. A higienização bucal deverá sempre ser acompanhada por um adulto sendo observada a quantidade de creme dental a ser utilizada. Crianças abaixo de 05 anos deverão seguir os cuidados citados no texto destinado a crianças de 0 a 02 anos (CURY *et al.*, 2010), fazendo-se o uso de dentífrico sem flúor e, quando necessário, utilizar o creme dental com o flúor de forma racional.

Este grupo etário deverá ser avaliado em todas as creches e escolas municipais onde também serão realizadas as ações coletivas de promoção e prevenção da saúde bucal. O público alvo serão as crianças e cuidadores (pais/responsáveis e profissionais das escolas e creches) com enfoque maior para os temas: dieta saudável, hábitos deletérios (sucção da chupeta, sucção digital, sucção do lábio inferior, deglutição atípica, respiração bucal, posturas incorretas e onicofagia), traumatismo dental, erupção dentária e higiene bucal.

A partir dos 06 anos de idade o auto-cuidado apoiado deve prevalecer para que a manutenção e adoção de hábitos saudáveis sejam adquiridos pelas crianças.

O atendimento clínico restaurador será realizado pelo CD de referência da UAPS onde a criança é cadastrada sempre com a presença do responsável. Quando for verificada, em uma creche ou escola municipal, a necessidade de tratamento restaurador em um grande número de crianças, será programado o ART (tratamento restaurador atraumático). Todos os pais/responsáveis serão comunicados e esclarecidos sobre a realização deste procedimento. Somente as crianças que possuem a permissão da realização do ART assinada pelos pais/responsáveis poderão ser submetidas ao atendimento que será realizado em mutirão na própria escola ou creche.

As crianças de alto risco de cárie serão acompanhadas pelo TSB de referência para os cuidados de prevenção necessários a este público e serão encaminhadas para o tratamento clínico restaurador quando for preciso.

A manutenção dos dentes decíduos é muito importante para a prevenção de má oclusão, o que faz com que as exodontias devam ser evitadas ao máximo. Quando não for possível evitá-los, deve-se tentar disponibilizar o mantenedor de espaço.

CRONOLOGIA DENTAL

QUEDA DOS DENTES DECÍDUOS		
	DENTES INFERIORES	DENTES SUPERIORES
Incisivos Centrais	7 – 8 anos	6 – 7 anos
Incisivos Laterais	8 -9 anos	7 – 8 anos
Caninos	11 anos	10 anos
Primeiros molares	10 anos	11 anos
Segundos Molares	12 anos	12 anos

Fonte: Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CURITIBA, 2004);

ERUPÇÃO DOS DENTES PERMANENTES		
	DENTES INFERIORES	DENTES SUPERIORES
Incisivos Centrais	8 anos	7 anos
Incisivos Laterais	8 -9 anos	7 – 8 anos
Caninos	11 anos	9 - 10 anos
Primeiros pré-molares	11 anos	10 anos
Segundos pré-molares	11 anos	11 anos
Primeiros molares	6 anos	6 anos
Segundos molares	12 anos	12 anos
Terceiros molares	17 – 30 anos	17 – 30 anos

Fonte: Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CURITIBA, 2004);

8.3 O ADOLESCENTE (10 a 19 anos)

Adolescência é a fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Com isso, essa fase caracteriza-se por alterações em diversos níveis - físico, mental e social - e representa para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento e privilégios típicos da infância e de aquisição de características e competências que o capacitem a assumir os deveres e papéis sociais do adulto (OERTER, 2002).

Deve-se buscar o trabalho de promoção e prevenção da saúde bucal nesta faixa etária, pois é o momento em que o indivíduo consolidará se bem orientado, uma mentalidade de autocuidado que irá garantir uma saúde bucal duradoura. Surge uma oportunidade para as equipes de saúde, que tanto investiram na saúde bucal das crianças, de eliminar a solução de continuidade existente entre a infância e a vida adulta.

Muitos adolescentes apresentam relutância ao ser submetido a um tratamento clínico restaurador, pois o manejo da boca realizado pelo CD pode ser considerado uma invasão. Portanto, deve-se estabelecer uma relação amistosa e pessoal, conversando de forma madura e honesta e não o tratando como uma criança. É fundamental o respeito para que se consiga a adesão e parceria deste indivíduo (MINAS GERAIS, 2006). É importante saber ouvir, sem questionamentos desnecessários e, principalmente, sem censuras, dando orientações numa linguagem que seja assimilada com facilidade.

Neste período da vida algumas alterações deixam o indivíduo exposto a maior risco de apresentar doenças bucais, tais como: erupção da maioria dos elementos dentais permanentes de maior risco à cárie devido à anatomia dental (1º e 2º pré-molares, 2º e 3º molares); apesar da redução gradual do risco biológico à cárie observada com a aproximação da vida adulta, cresce o risco às doenças periodontais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2004). Há uma alta incidência de gengivites e o surgimento da Periodontite Juvenil Localizada ou Generalizada que se caracteriza pela destruição do periodonto de sustentação; também pode ocorrer gengivite gravídica nas adolescentes gestantes; pode-se suspeitar ou diagnosticar as DST's pelas lesões orais,

devido à prática usual do sexo oral sem proteção; pode-se suspeitar de anorexia/bulimia nervosa pelas erosões dentárias decorrentes de vômitos repetidos e as más-oclusões são acentuadas pelo crescimento sagital do crânio, que ocorre na puberdade (BUENO, 2010).

A equipe de saúde bucal deve buscar os atendimentos de grupo de adolescentes e através de linguagem apropriada para esta faixa etária divulgar os conceitos de promoção de saúde bucal tão amplamente utilizados para as crianças, dando seqüência ao trabalho que vinha sendo desenvolvido e consolidar a idéia do autocuidado e da importância da saúde da boca para cada indivíduo.

O tratamento clínico/restaurador será realizado pelo CD de referência da UAPS onde a família do adolescente é cadastrada e a busca ativa deve ser realizada por toda a equipe de saúde da unidade que deverá ser orientada pela equipe de saúde bucal sobre os sinais e sintomas necessários para este encaminhamento. A ACS, mais uma vez, será de grande importância neste processo de busca ativa.

8.4 O ADULTO (20 a 59 anos)

A fase adulta é uma faixa etária que durante muito tempo ficou sem atenção em saúde bucal não somente em Pirapora, mas em todo o Brasil. Portanto, apresenta uma grande demanda acumulada e o planejamento de ações destinadas a esta pública se faz altamente necessário.

Segundo os resultados da pesquisa SB Brasil 2010 (BRASIL, 2010), no que diz respeito aos adultos e idosos, em geral a redução no ataque de cárie é menos significativa, tendo em conta o caráter cumulativo das sequelas da doença. Analisando os resultados para o grupo de 35 a 44 anos, observa-se que o CPO (número de dentes cariados, perdidos e obturados) caiu de 20,1 para 16,3 – um declínio de 19%. Mais importante: observa-se que os componentes “cariados” e “perdidos” caíram mais acentuadamente enquanto que o componente “obturado” cresceu em termos relativos. Sinteticamente, o componente cariado sai de 2,7 em 2003 para 1,9 em 2010, o componente “perdido” cai de 13,2 para 7,3 enquanto que o componente “obturado” cresce de 4,2 para 7,1 (um aumento de 69%). Em linhas gerais, isso significa que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos 7

anos, está tendo um menor ataque de cárie e está, também, tendo um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias. Esta é uma importantíssima inversão de tendência registrada no país: os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, cedendo espaço aos tratamentos restauradores.

Em Pirapora nota-se que o acesso da população adulta e idosa ao serviço de saúde bucal também teve uma melhora significativa nos últimos 10 anos, principalmente após a inclusão da ESB na ESF. O maior problema encontrado é que as ações de promoção e prevenção da saúde bucal não têm obtido o resultado esperado com essa população devido à dificuldade de alcançar uma adesão efetiva destes usuários.

A sensibilização do usuário através da sua participação na discussão da etiologia das doenças, o tornado ativo e co-responsável pelo tratamento faz parte do autocuidado. O tratamento clínico restaurador não é suficiente para impedir a progressão das doenças devendo ser incrementado com ações de promoção e prevenção. A teoria da Promoção de Saúde conseguiu identificar que muito mais fatores determinantes, além dos biológicos, interferem na saúde ou na doença do indivíduo. Organizaram-se estes fatores em quatro campos: o biológico, o estilo de vida, o ambiente e o acesso aos serviços. Se um adulto não escova os dentes adequadamente, não basta treinar habilidade manual. Toda a questão ambiental (econômico, social, cultural), o estilo de vida (hábitos, sociedade a que pertence), acesso aos serviços (de qualidade) devem ser agregados aos fatores biológicos na nossa análise (PALMIER, s.d.).

Outro fator muito importante na organização do serviço ao adulto é o horário de atendimento destinado à população trabalhadora. Cada ESB de Pirapora deverá fazer o levantamento das necessidades e disponibilidade desta parcela da população para que sejam planejadas ações e horários específicos a este público.

O acesso ao serviço se dará através do acolhimento da demanda espontânea e busca ativa através das visitas domiciliares e grupos operativos, além dos critérios específicos de priorização da demanda programada.

Nessa faixa etária os problemas bucais mais prevalentes são: lesões de tecidos moles, câncer bucal, doença periodontal, cárie de raiz, xerostomia, edentulismo e necessidade de tratamento restaurador/reabilitador (MINAS GERAIS, 2006). Portanto, uma boa anamnese deverá ser realizada para que a identificação e o diagnóstico precoce das patologias bucais.

8.4.1 DOENÇA PERIODONTAL

Um dos principais problemas bucais que acomete a população adulta é a doença periodontal. É de grande importância para a avaliação e diagnóstico da periodontite e o seu controle a identificação dos fatores de risco para as doenças. Existem evidências de que infecções bucais severas, principalmente periodontites, são fatores de risco para doenças cardiovasculares, nascimento de bebês prematuros com baixo peso, colonização de artefatos ortopédicos, abscessos em diversos órgãos, pneumonias e interferência no controle do diabetes mellitus (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2004).

Principais fatores de risco para a doença periodontal (MINAS GERAIS, 2011):

- Fatores culturais e socioeconômicos;
- Ausência do controle da placa;
- Fumo;
- Diabetes mellitus;
- Imunodepressão e estresse.

A principal medida de controle da doença periodontal é o controle da placa bacteriana por parte do usuário, sendo o auto-cuidado apoiado muito importante neste processo. O tratamento requer o controle da atividade da doença pela ESB com a realização da remoção ou tratamento de fatores retentivos de placa, raspagem e polimento supragengival profissional, ações educativas para o controle mecânico individual da placa, utilização de controle químico de placa/biofilme e avaliação sobre a intervenção sobre os fatores sistêmicos ou medicamentosos.

8.4.2 CÂNCER BUCAL

O câncer bucal é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde que se dê ênfase à promoção à saúde, ao aumento de acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce. A falta de diagnóstico precoce do câncer da boca é consequência de acesso da população adulta à assistência odontológica, a desarticulação entre as ações de prevenção e diagnóstico e o despreparo dos profissionais da saúde em detectar o câncer bucal em seus estágios iniciais.

Principais fatores de risco do câncer bucal (MINAS GERAIS, 2011):

- Fatores culturais e socioeconômicos;
- Tabagismo;
- Etilismo;
- Exposição a radiações, como exposição frequente ao sol sem uso de filtro solar;
- Hábito de mascar fumo;
- Agentes de irritação crônica (traumatismos crônicos causados por próteses removíveis, dentes fraturados ou restaurações com arestas cortantes, hábito de morder a mucosa, má higiene oral, entre outros);
- Fatores imunológicos;
- Dietas pobres em antioxidantes, proteínas, calorias, vitamina A, riboflavina e cálcio;
- Fatores ocupacionais (indivíduos expostos à radiação solar, ventos e geadas por períodos prolongados sem proteção);
- Infecções por alguns tipos de vírus do Papiloma Humano;
- Síndromes: Portador de HIV, Xeroderma Pigmentoso, Plummer-Vinson.

A vigilância sobre os fatores e sinais de risco e desenvolvimento de ações de promoção de saúde e de prevenção destinadas ao controle dos fatores de risco destinados à população são medidas de controle da doença.

Será agendada ainda em 2011 uma capacitação sobre câncer bucal para todos os profissionais da saúde bucal de Pirapora, para que cada vez mais se possa realizar o diagnóstico precoce desta doença. Toda a equipe de saúde será capacitada posteriormente pelo CD de referência da UAPS para examinar, reconhecer e orientar o usuário com precisão e rapidez, aproveitando sempre o momento em que o indivíduo acessar o serviço de saúde ou uma campanha educativa.

Quando diagnosticado a doença, o indivíduo deverá ser encaminhado para a coordenação de saúde bucal municipal para posterior encaminhamento ao setor de tratamento Fora Domicílio (TFD) para que o tratamento necessário a nível secundário e terciário seja realizado sempre com o acompanhamento da ESB da atenção primária.

8.4.3 ENDOCARDITE BACTERIANA (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2004)

A Endocardite Bacteriana é um processo infeccioso da superfície do endocárdio, envolvendo geralmente as válvulas cardíacas, doença essa que era fatal antes do advento dos antibióticos. Os estreptococos (em especial os *Streptococcus viridans*), microorganismos encontrados em grande quantidade na cavidade bucal, apresentam maior incidência na etiologia da endocardite bacteriana. Desta forma, os CD's deverão buscar uma maior integração com os médicos cardiologistas visando sempre a prevenção deste agravo. A profilaxia antibiótica é recomendada para os seguintes pacientes de risco para doenças cardiovasculares (COMITTEE, 2007):

- Válvulas cardíacas protéticas
- Endocardite bacteriana prévia
- Doença cardíaca cianótica congênita completamente reparada com material protético ou dispositivo colocado sob cirurgia ou cateterismo, até 6 meses após o procedimento.
- Doença cardíaca congênita com defeitos residuais no local ou próximo ao local de trajetória protética ou desvio protético (os quais inibem a formação de endotélio).

- Indivíduos que aguardam transplantes cardíacos com doença valvular.

Além destes pacientes, recomenda-se também a profilaxia antibiótica para as seguintes condições:

- Diabetes Mellitus;
- Esplenectomizados;
- Imunocomprometidos;
- Problemas Renais;
- Transplantados;
- Portadores de Shunt cerebral;
- Profilaxia antibiótica cirúrgica.

A profilaxia antibiótica é recomendada em todos os procedimentos odontológicos associados com sangramento:

- Extrações dentais;
- Procedimentos periodontais: cirurgias, raspagens, sondagem, inserção subgingival de fibras e tiras contendo antimicrobianos e tratamento de manutenção;
- Cirurgias de colocação de implantes dentais;
- Reimplantação de dentes avulsionados;
- Instrumentação endodôntica ou cirurgia perirradicular;
- Limpeza profilática de dentes ou de implantes quando há expectativa de sangramento.

O esquema de profilaxia recomendado pela American Heart Association consiste em:

Profilaxia padrão: Amoxicilina- Adulto: 2 g, 1 hora antes do procedimento; Criança: 50mg/kg 1 hora antes do procedimento.

Paciente alérgico à penicilina :Clindamicina: adulto 600mg, criança 20mg/kg 1 hora antes do procedimento **ou** Azitromicina ou Claritromicina: adulto 500 mg, criança 15 mg/kg, 1 hora antes do procedimento (COMITTEE, 2007).

7.4 O IDOSO (acima de 60 anos)

O Brasil deixou de ser um país de jovens para se tornar um país em processo de envelhecimento. Pirapora possui uma população total de 52.610 segundo o Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE, 2010), sendo aproximadamente 5.000 (9,5%) da população correspondente a indivíduos maior de 60 anos de idade.

Resultados do SB Brasil 2010 mostram que, entre os idosos de 65 a 74 anos, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído” (BRASIL, 2010).

No idoso, a intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso à atenção em saúde bucal, com um forte componente social. De acordo com MACEDO (2009), a perda total de dentes ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade e não, como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas, principalmente, à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas.

Segundo a Linha Guia de Saúde Bucal de Minas Gerais, vários fatores podem afetar o acesso do idoso à atenção em saúde bucal: a dependência de familiares, as barreiras físicas, a dificuldade de locomoção por problemas de saúde, a falta de priorização dessa faixa etária pelos serviços odontológicos, os fatores socioeconômicos e culturais, o medo ou tabus, o descrédito na resolubilidade do serviço de saúde, a crença de que usuários portadores de prótese total não necessitam de acompanhamento pela equipe de saúde bucal, e a percepção de saúde bucal (que pode estar ligada de forma fatalista às extrações e à mutilação).

7.5.1 O ACOLHIMENTO AO PACIENTE IDOSO

Em Pirapora, o atendimento ao idoso será organizado buscando propor um plano de tratamento que tenha uma compreensão multidisciplinar da situação em que se encontra o

paciente, pois só assim é possível direcionar o tratamento odontológico no sentido de melhorar, ou, pelo menos, manter a condição de saúde bucal do paciente, sem causar danos à saúde sistêmica. O acolhimento será a porta de entrada do usuário idoso ao serviço de saúde bucal e alguns aspectos serão padronizados (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2004):

- Todos os profissionais da equipe de saúde deverão personalizar o atendimento, chamando o idoso sempre pelo nome, não se utilizando de expressões como titio ou vovô;
- Quando o profissional for preencher os dados cadastrais, preferencialmente, dirigir-se ao idoso e não ao acompanhante. Somente quando verificar que o idoso apresenta alguma dificuldade que não o permita prestar as informações adequadamente é que o acompanhante deverá ser solicitado;
- Demonstrar respeito e paciência sempre;
- O CD deverá explicar detalhadamente as etapas do processo de atendimento como consulta, exames ou encaminhamento para serviços especializados para evitar que o idoso sinta-se inseguro em relação às informações recebidas;
- O profissional, sempre que possível, deve evitar o uso da máscara clínica fazendo uma abordagem face a face para facilitar a leitura labial;
- O enfoque familiar é essencial para se conhecer como se dá a relação com a família e sua inserção social.

7.5.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento do corpo (MINAS GERAIS, 2006) se reflete na cavidade bucal, trazendo várias modificações que deverão ser identificadas pelo CD ao realizar o exame clínico do idoso:

- O epitélio se torna mais delgado, friável, e mais sensível aos estímulos externos (como os induzidos pelas próteses inadequadas);
- O processo de cicatrização se torna mais demorado, por diminuição do fluxo sanguíneo;

- Observa-se um quadro de atrição, com perda de estrutura dentária oclusal provocada, principalmente, pela mastigação ou pela perda de estimulação nervosa, a qual provoca diminuição da capacidade de coordenação dos movimentos mandibulares;
- A abrasão também pode estar presente, devido a processos mecânicos anormais, tais como escovação traumática, uso de dentifrícios abrasivos, uso indevido de palito dental, hábito de morder ponta de cachimbo, pregos ou alfinetes, entre outros;
- Migração da inserção epitelial da gengiva, aumento da incidência de doença periodontal, atrofia das papilas, mobilidade dentária e migração mesial;
- Mineralização dos canalículos dentinários e redução da câmara pulpar, com aumento do limiar da dor;
- Atrofia das papilas filiformes, conferindo um aspecto liso e acetinado à superfície da língua, levando a uma diminuição do paladar;
- Diminuição da secreção das glândulas salivares;
- Perda de capacidade motora, trazendo dificuldade de controle de placa dentária;
- Formação de dentina secundária;
- Aumento da deposição de cemento e reabsorção das raízes dentárias;
- Osteoporose mandibular ou maxilar, que pode levar à reabsorção dos processos alveolares ou do próprio corpo da mandíbula, podendo, nesse último caso, deixar desprotegidos os nervos mandibulares e mentoniano, com conseqüente quadro de dor intensa;
- A ATM pode apresentar subluxação, com conseqüente perda de movimento.

A perda de dentes não é um processo normal de envelhecimento, mas problemas de ordem sistêmica como a Doença de Alzheimer, artrites, câncer, diabetes e hipertensão em decorrência do uso de medicamentos que causam xerostomia, poderão levar à perda de dentes naturais do idoso.

7.5.3 ATENDIMENTO CLÍNICO

Uma anamnese bem feita e cuidadosa é imprescindível para que seja levantada toda a história médica do paciente, contendo relatórios detalhados de exames e medicamentos que possam interferir ou mesmo impedir os procedimentos próprios da odontologia.

Todo CD deverá fazer o preenchimento da Ficha Clínica do Idoso da Prefeitura Municipal de Pirapora (anexo). Os idosos que deverão ser avaliados pelo GOHAI (Índice de determinação de saúde bucal geral), Karts e AVD (Avaliação da Vida Diária) (ANEXO B).

A orientação sobre higiene bucal independente da presença de elementos dentários naturais e reabilitações protéticas. Idosos desdentados que não fazem uso de próteses devem ter a cavidade bucal higienizada regularmente, por meio de bochechos com água, antissépticos bucais e dispositivos de higiene adaptados. Para os idosos dentados deve-se optar por escovas de dente macias com cerdas arredondadas e cabo reto com adaptador ou não (VARGAS, 2009).

7.5.4 PATOLOGIAS GERIÁTRICAS DE INTERESSE, ASSOCIADAS AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE CURITIBA, 2006)

Câncer Bucal:

- Em todos os exames clínicos o CD deverá verificar os tecidos moles para observar lesões existentes, pois pequenas lesões de aparência, inocente ou irrelevante, podem ser sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento depende da precocidade do seu diagnóstico.

Osteoporose:

- A osteoporose é uma doença que afeta o tecido ósseo e se caracteriza por diminuição do volume ósseo total e alteração da qualidade óssea e maior risco de fraturas.

Hipertensão Arterial (HA):

- A HA é um problema de saúde comum na população geriátrica, afetando cerca de 65% das pessoas entre 65 e 74 anos (considerando-se como HA valores acima de 140/90 mm Hg);
- Além da obesidade, tabagismo e diabetes mellitus, a HA tem sido considerada o maior fator de risco para a doença cardiovascular e mortalidade para o idoso;
- Para todos os idosos, hipertensos ou não, devem ser recomendadas às medidas de higiene bucal e dietéticas. Elas incluem redução do peso, caso haja obesidade, restrição de álcool, e cafeína, além de sódio na dieta, suplementação de cálcio e potássio (evitar em diabéticos, em pacientes com uso de diuréticos poupadores de potássio e naqueles com insuficiência renal), interrupção de tabagismo, incentivar exercícios físicos e técnicas de relaxamento quando o estresse estiver associado;
- A avaliação da hipertensão pelo CD para determinação da gravidade da doença é baseada nas informações obtidas na história médica: época da descoberta da doença, tratamento e controle, esquema terapêutico (tipo de medicamento e doses), alteração recente na medicação e registro da pressão arterial a cada consulta;
- Sempre deverá haver a integração entre a equipe odontológica e a equipe médica, quando for constatado que o paciente é hipertenso através da anamnese;
- É recomendado para cada consulta odontológica: tempo da intervenção clínica o mais breve, posição na cadeira odontológica com encosto menos reclinado, orientação ao usuário sobre como proceder para se levantar (mudanças bruscas de posição podem levar à hipotensão postural), uso de medicação tranquilizante para o usuário que se apresentar temeroso ou apreensivo (a ansiedade frente ao tratamento odontológico pode ser responsável pela elevação temporária da pressão arterial) e interrupção do atendimento o mais rápido possível sempre que o usuário apresentar algum desconforto (MINAS,2006).

Doença de Alzheimer:

- Entre as muitas causas conhecidas de demência a Doença de Alzheimer é sem dúvida a mais freqüente

Diabetes Mellitus (DM):

- O DM é uma doença que se manifesta mais significativamente acima de 45 anos e se caracteriza por uma insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada pelas alterações metabólicas dos carboidratos, lipídios e das proteínas;
- A doença periodontal é prevalente em 75% dos pacientes diabéticos devendo o controle da higienização bucal ser criteriosa já que a periodontite é um fator de risco para a diabetes;
- Os pacientes diabéticos freqüentemente apresentam xerostomia (secura na boca) que também pode ser conseqüência de medicação, além de sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação;
- Tendência a candidíase oral e queilite angular;
- O atendimento aos pacientes diabéticos deverá ser bem planejado, evitando sempre que o paciente sinta dor e esteja tranqüilo, pois o medo, a dor e a ansiedade são fatores de estresse, que podem causar alterações na glicemia;
- A integração entre a ESB e o médico é imprescindível para um tratamento adequado aos pacientes diabéticos, pois somente pacientes controlados poderão ser submetidos a intervenções cirúrgicas sendo fundamental a monitorização da glicemia;

Doença de Parkinson:

- É uma doença neurológica que afeta os movimentos da pessoa. É incurável e progressiva e sua etiologia é desconhecida. Ela causa tremores, lentidão de movimentos, desequilíbrio e pode provocar alterações na fala e na escrita. Estas alterações podem afetar as atividades da vida diária do indivíduo, estando a higienização bucal comprometida devido à dificuldade dos movimentos.

9. GESTANTE

A gravidez é uma fase de mudanças fisiológicas complexas na saúde da mulher, inclusive na sua saúde bucal. Nessa fase a futura mãe deverá tomar cuidado redobrado com a higiene dos dentes e também deverá estar atenta a um fato muito importante: os dentinhos do seu bebê já estão se formando. Portanto, a ESB deverá estar atenta a este público para que desde a primeira consulta do pré-natal na UAPS de referencia a gestante seja orientada, avaliada e acompanhada pelos profissionais da saúde bucal.

A gravidez é uma fase ideal para o restabelecimento de bons hábitos, pois a gestante mostra-se psicologicamente receptiva em adquirir novos conhecimentos e a mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê.

Em janeiro de 2010 o atendimento odontológico à gestante em Pirapora durante o pré-natal tornou-se prioridade, visando o restabelecimento de uma boa condição bucal, dando ênfase à saúde periodontal, com o intuito de controlar ou eliminar a doença cárie, a gengivite e minimizar a severidade da doença periodontal, além de prevenir a saúde bucal do bebê. A enfermeira da UAPS onde a gestante é cadastrada faz o encaminhamento desta para a ESB na primeira consulta de pré-natal. Logo ela é inserida no programa de atendimento à gestante (ANEXO C). A TSB fica responsável pelas orientações do grupo de gestantes da UAPS e são abordados os seguintes temas:

PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

- Doença periodontal na gravidez estimula parto prematuro;
- Relação entre saúde bucal e saúde geral e importância dos dentes;
- Processo saúde-doença da cárie dentária, gengivites e doença periodontal;
- Alterações bucais que ocorrem na gravidez, desmistificando que a gravidez não “rouba cálcio dos dentes”;
- Alimentação: importância de dieta equilibrada e de evitar alimentos cariogênicos, inclusive os que contêm açúcar “embutido” – comprometimento do paladar do bebê;

- Escovação dentária, uso de fio dental (técnicas e frequência), cuidados quando houver enjôos e vômitos.

SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

- Aleitamento materno;
- A importância da respiração nasal;
- Introdução de alimentos, a partir dos 6 meses;
- Importância dos dentes decíduos (formação e erupção);
- Alimentação nos primeiros anos de vida. A importância de uma mastigação eficiente, inclusive para a prevenção de más oclusões dentárias.

TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

- Cuidados para com o bebê;
- Os benefícios para a saúde geral e bucal do bebê;
- Higienização da boca do bebê;
- Prevenção de cáries rampantes (cárie de mamadeira);
- Os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida e a importância de não oferecer chupetas ou mamadeiras;
- Orientar as gestantes a procurarem a unidade para a consulta de puerpério.

O tratamento clínico/restaurador da gestante deverá acontecer preferencialmente durante o segundo trimestre da gravidez. Caso a gestante apresente uma gravidez de risco ou algum problema que impossibilite a conclusão do tratamento odontológico durante a gravidez, fica garantido o seu retorno após o parto, quando esta usuária estiver apta a dar continuidade ao tratamento.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2004), durante o período de gestação, pode ocorrer uma série de alterações no organismo da gestante que podem levar ao surgimento de problemas bucais, como:

- **Aumento da acidez bucal:** existem relatos de alterações no pH da saliva (tornando-a mais ácida) como sendo um dos fatores que predis põem e podem levar ao surgimento de cárie dentária nas gestantes. A escovação após as refeições, períodos estes em que existe um maior desequilíbrio no pH salivar, pode minimizar esta acidez. Deve-se ficar bem claro que a causa da cárie é a presença da placa bacteriana e não a gravidez;
- **Alterações hormonais e aumento da vascularização gengival:** a gengiva também passa por alterações durante a gestação, onde pode existir uma resposta exagerada dos tecidos moles gengivais aos fatores locais, que se deve ao aumento da vascularização da gengiva durante a gravidez. Além disso, pode ocorrer aumento da mobilidade dentária que pode estar associada a alterações dos hormônios, estrógeno e a progesterona;
- **Náuseas, vômitos, aumento na produção de saliva ou sialorréia:** existem hipóteses de hipersecreção das glândulas salivares no início da gravidez, que cessa por volta do terceiro mês e coincide com o desaparecimento da emese gravídica, ou seja, dos enjôos, regurgitações e ânsias de vômito, freqüentes na gestação;
- **Mudança nos hábitos alimentares:** principalmente no terceiro trimestre, a gestante apresenta uma diminuição na capacidade fisiológica do estômago e pode ingerir menos quantidade de alimentos, porém com maior freqüência, aumentando o risco de cárie dentária devido à tendência que há de se fazer pequenas e numerosas refeições e pouca higienização;
- **Diminuição dos cuidados com a higiene bucal:** pesquisas demonstram que ocorrem alterações nos hábitos de higiene bucal durante a gestação, existindo ainda o enjôo ao creme dental que compromete a escovação.

Existem alguns mitos relacionados à saúde bucal e gravidez. A ESB deverá estar preparada para responder as dúvidas mais freqüentes desta clientela e realizar precocemente o tratamento clínico/restaurador necessário.

IMPORTANTE SABER:

- A promoção e prevenção da saúde bucal da gestante são essenciais para evitar os problemas bucais da mãe e do bebê;
- A gravidez em si não causa inflamações na gengiva. Ocorre uma maior vascularização do periodonto (tecido que envolve o dente) durante a gravidez, porém, só afeta áreas já inflamadas e, não, a gengiva sadia;
- A higienização bucal deverá ser a mesma de uma mulher não grávida. Uma boa escovação após as refeições, uso freqüente do fio dental e higiene da língua são essenciais para a manutenção da saúde bucal;
- A gravidez não é responsável pelo aparecimento de cárie e nem pela perda de minerais (como o cálcio) dos dentes da mãe para formar as estruturas calcificadas (ossos) dos bebês;
- As radiografias deverão ser evitadas durante a gravidez, mas quando a sua necessidade for essencial, deverá ser realizada no segundo trimestre da gestação e com todos os protetores de chumbo necessário;
- As alterações da dieta e presença de placa bacteriana devido à higiene inadequada dos dentes é que são causadores da cárie;
- A anestesia local pode ser utilizada sempre quando necessário, mas com cautela. Em gestantes com hipertensão arterial, o CD deverá solicitar o acompanhamento do médico responsável e indicação do tipo de anestésico a ser utilizado. A anestesia local pode ser utilizada sempre quando necessário, mas com cautela. A prilocaína deverá ser evitada sob o risco de se produzir uma metemoglobinemia no recém nascido (MAMELUQUE, 2005)

O futuro das novas gerações depende de uma população saudável e livre de doenças. Antes mesmo do nascimento dos filhos, as condições de saúde e as práticas de alimentação materna afetam o desenvolvimento dos dentes e gengivas do feto como também de todo o seu desenvolvimento. Logo, o estímulo a uma alimentação e hábitos saudáveis e possibilidade de maior qualidade de vida são imprescindíveis para que possamos promover e prevenir doenças.

10. PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Para fins de assistência odontológica, é considerado usuário com necessidades especiais (UNE) todo aquele que apresente um limite tão acentuado no que se refere aos padrões de “normalidade” para o ser humano, que o impossibilite ou o demande uma abordagem diferenciada para se beneficiar da assistência odontológica (MINAS GERAIS, 2006).

Em 2008 foi implantado em Pirapora o Projeto Sorriso Especial, destinado ao atendimento de UNE residentes no município e que apresente condições de saúde relacionadas a paralisia cerebral, deficiência mental e síndrome de Down. Devido as limitações que as pessoas com necessidades especiais podem apresentar, a capacidade de autocuidado fica comprometida, sendo necessária a presença de outro indivíduo (cuidador) para realizá-la. A dieta, a capacidade de mastigação, a má oclusão, dentre outros fatores muitas vezes presentes, potencializam o risco às doenças bucais (PIRAPORA, 2009).

Através da busca ativa e um levantamento realizado em março de 2011 pelas ACS das unidades de saúde foram atualizados e identificados 100% dos UNE portadores das patologias citadas no parágrafo acima.

Posteriormente, será realizada pelo CD de referencia da UAPS onde o UNE é cadastrado uma entrevista com os pais/cuidadores destes usuários com a finalidade de conhecer a história pessoal e médica pregressa e atual, utilizando um instrumento próprio (ANEXO D). Após a entrevista o CD deverá realizar a avaliação de risco em saúde bucal em 100% dos UNE. Somente após o conhecimento das necessidades individuais de cada UNE, será realizado o tratamento clínico.

O UNE não colaborador, ou seja, que não permite o atendimento clínico ambulatorial convencional, apresenta movimentos involuntários, coloca em risco a sua integridade física, ou então, aquele cuja história médica e condições físicas complexas exigem uma atenção especializada e conhecimento específico para atuar com segurança nestes casos, paciente que necessite de contenção física e/ou química, paciente com deficiência mental moderada e/ou profunda ou paciente que necessite de anestesia geral, será encaminhado para o atendimento realizado pelo CD especializado referencia do Projeto Sorriso Especial.

11. PACIENTES COM DIABETES

O diabetes é uma doença provocada pela deficiência de produção e/ou de ação da insulina, que leva a sintomas agudos e a complicações crônicas características.

Atualmente, quase 200 milhões de pessoas sofrem de diabetes mellitus em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde. Somente no Brasil, estima-se que 7,6% da população, na faixa etária de 30 a 69 anos, tenham a doença. Outras enfermidades estão associadas ao quadro, reduzindo a qualidade de vida dos pacientes, entre elas problemas de saúde bucal, como a periodontite e gengivite (PONTES, 2002).

Apresenta diversas formas clínicas, sendo classificadas em (SILVA, 2009):

- Diabetes Mellitus tipo I: Ocasionado pela destruição da célula beta do pâncreas, em geral por decorrência de doença auto-imune, levando a deficiência absoluta de insulina.
- Diabetes Mellitus tipo II: Provocado predominantemente por um estado de resistência à ação da insulina associado a uma relativa deficiência de sua secreção.
- Outras formas de Diabetes Mellitus: quadro associado a desordens genéticas, infecções, doenças pancreáticas, uso de medicamentos, drogas ou outras doenças endócrinas.
- Diabetes Gestacional: Circunstância na qual a doença é diagnosticada durante a gestação, em paciente sem aumento prévio da glicose.

Os sinais e sintomas que sugerem possível diagnóstico do diabetes tais como polidipsia (sede intensa), poliúria (micções frequentes), polifagia (fome exagerada), emagrecimento, fadiga, fraqueza, xerostomia, dor nas pernas, alteração na visão, e lesões cutâneas de difícil cicatrização, podem ser relatados ao CD por usuários que desconhecem serem diabéticos. As manifestações bucais do usuário com diabetes não controlado incluem: queilose, tendência para secura e fissuras na mucosa oral, sensação de ardência, diminuição do fluxo salivar, alteração da flora, erupção padrão dos dentes alterada, maior incidência de cáries, maior prevalência e severidade da doença periodontal, incluindo aumento de sangramento e de mobilidade dentária (MINAS, 2006). Mais uma vez é visível a grande importância de uma anamnese bem feita,

coma finalidade de identificar alterações sistêmicas ou patologias que em alguns casos o próprio paciente não tem ainda o conhecimento de que é portador.

Segundo Silva (2009), o cirurgião-dentista deverá estar atento aos seguintes sinais de hipoglicemia durante o tratamento odontológico do portador de diabetes:

- Hipoglicemia: Valor crítico abaixo de 45 mg/dL

Estágio Inicial	Estágio Intermediário	Estágio Avançado
Fome	Confusão mental	Inconsciência
Fraqueza	Falta de cooperação	Movimentos Involuntários
Taquicardia	Agressividade	Hipotensão
Palidez	Desorientação	Hipotermia
Sudorese		Queda rápida de pulsação

Com a finalidade do desenvolvimento de um perfeito atendimento ao diabético, Silva (2009) sugere um protocolo que será seguido em Pirapora:

Pacientes que já fazem parte dos grupos de diabéticos da UAPS ou que tenham o diagnóstico realizado na unidade de saúde deverá ser encaminhado pelo médico ou enfermeiro ao atendimento odontológico, para o diagnóstico e, quando possível, o tratamento das condições bucais, de acordo com a categoria de risco citada por Sonis *et al.*, (1996). A avaliação do prontuário médico disponível na unidade dará ao Cirurgião-Dentista os indícios para esta classificação, e o tipo de procedimento a que o paciente pode ser submetido:

PACIENTES DE BAIXO RISCO

Pequeno risco: Bom controle metabólico com esquema médico estável, ausência de complicações neurológicas, vasculares ou infecciosas e glicemia em jejum inferior a 200 mg/dL. (SILVA, 2009).

Para o tratamento do paciente de baixo risco deve-se considerar os seguintes procedimentos (SILVA, 2009):

- Controle da dieta;
- Redução da tensão;
- Tratamentos restauradores: podem ser realizados normalmente;
- Tratamentos cirúrgicos: deve-se considerar a demora na cicatrização e o risco de infecção. Portanto, a profilaxia antibiótica deve ser realizada;
- Tratamento não-cirúrgico, com atenção para orientações gerais aplicadas para todos os pacientes diabéticos: exame/radiografias, instruções sobre higiene bucal, restaurações, profilaxia supragengival, raspagem e polimento radicular (subgengival) e endodontia.

PACIENTES DE RISCO MODERADO

Risco Moderado: Equilíbrio metabólico razoável, sintomas ocasionais, ausência de história recente de hipoglicemia ou cetoacidose, poucas complicações do diabetes. Glicemia em jejum entre 200 a 250 mg/dl (SILVA, 2009)

Para o tratamento do paciente de risco moderado deve-se considerar os seguintes procedimentos (SILVA, 2009):

- Maior rigor no controle da dieta e ansiedade;
- Restaurações a serem realizadas devem ser realizadas normalmente;
- Cirurgias e procedimentos pulpares só poderão ser realizados com autorização e orientação médica;
- Profilaxia antibiótica.

PACIENTES DE ALTO RISCO:

Risco elevado: Presença de inúmeras complicações do diabetes e controle metabólico deficiente. História de hipoglicemia e cetoacidose recente, glicosúria significativa e glicemia em jejum frequentemente acima de 250mg/dl (SILVA, 2009).

Para o tratamento do paciente de alto risco deve-se considerar os seguintes procedimentos (SILVA, 2009):

- Exame bucal rigoroso;
- Esperar estabilização de condições médicas;
- È possível que a condição bucal precária possa estar interferindo no controle glicêmico. Neste caso, adequação do meio bucal por procedimentos simples;
- Possibilidade de sedação para tratamento restaurador;
- Cirurgias só em ambiente hospitalar;
- Profilaxia antibiótica.

Quando o paciente não foi identificado como portador da doença - neste caso, o CD deve estar atento aos sinais e sintomas típicos para detectar previamente a Diabete, devendo encaminhar o paciente ao médico da unidade, para uma avaliação mais acurada, antes de ser iniciado o tratamento dentário.

Não se recomendam soluções à base de adrenalina, pois esta interfere no metabolismo da glicose, causando hiperglicemia. Além disso os diabéticos estão susceptíveis a episódios de isquemia devido à microangiopatia e a adrenalina pode piorar o quadro. Recomenda-se a felipressina como agente vasoconstritor (SILVA, 2009).

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do planejamento é possível se aproximar de situações e de pessoas (ou grupos de pessoas), compreender a realidade em que vivem, seus principais problemas e necessidades (PALMIER, s.d.). Realizar uma análise desses problemas, bem como elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação é a proposta deste protocolo.

A construção deste protocolo vem trazer uma nova proposta de prestação de serviço de saúde bucal em Pirapora, buscando modificar a situação atual onde os princípios da integralidade, equidade e universalidade não estão sendo alcançados. O acesso da população ao serviço se dará baseado na priorização daqueles que apresentam maior vulnerabilidade e que estiverem mais expostos aos fatores de risco em relação às doenças bucais, organizando a demanda. O fortalecimento da autonomia do indivíduo como controlador do processo saúde-doença será o nosso principal objetivo, pois indivíduos bem informados tendem a mudar de comportamento, adotando hábitos mais saudáveis, possibilitando a promoção e prevenção da saúde, sempre com o enfoque familiar.

Para que seja possível a avaliação do impacto destas novas ações recomenda-se o estabelecimento de alguns indicadores relativos aos problemas e a pactuação de metas possíveis à resolução dos problemas.

Este protocolo é dinâmico, podendo ser alterado sempre que for julgado necessário e o maior desejo é o alcance de melhores condições de saúde bucal para a população de Piraporense.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério Da Saúde, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, Brasília - D.F., v.4, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em <www.sbbrasil2010.org> (acesso em 05jun2011).

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **A Reorganização da Saúde Bucal na Atenção**

Básica Plano de Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica. Brasília/DF, janeiro de 2.001. <Disponível em www.ccs.ufpb.br/polo/bbvirtual/planosaudebucal.doc> (acesso em 11abril2011)

BUENO, R.E . **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal por Ciclos de Vida.** Revista Gestão & Saúde, Curitiba, v. 1 , n. 2, p. 18-26, 2010.

CARVALHO, D.Q. *et al.* **A Dinâmica da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família.** Revista da Escola de Saúde Pública do RS, v. 18, n. 1 - jan./jun. 2004. Páginas 175 a 184.

COMITTEE on rheumatic fever, endocarditis and Kawasaki disease. Prevention of infective endocarditis: guidelines from American Hearth Association. **Circulation**, 2007. Disponível em< www.americanhearth.org/presenter.jhtml?identifier3004539>

CURY, J.A *et al.* **Low-fluoride toothpaste and deciduous enamel demineralization under biofilm accumulation and sucrose exposure.** European Journal of Oral Sciences, v.118, p.370–375, 2010.

FUMSSAR – Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa. Departamento de Atenção Básica de Saúde. Prefeitura Municipal de Santa Rosa. **Ações dos Agentes de Saúde nos Protocolos de Atendimento – FUMSSAR.** Santa Rosa – RS. Disponível em <www.santarosa.rs.gov.br/downloads/fumssar/agente_comunitario_acoes.doc> (acesso em 15maio2011)

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010.** Disponível em <www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=31> (acesso em 06jun2011)

MACEDO, D.N. **Proposta de um Protocolo para o Atendimento Odontológico do Paciente Idoso na Atenção Básica.** Revista do Conselho Regional de odontologia de Pernambuco, Recife, v.8, n.3, jul/set, 2009.

MAMELUQUE, S. et al., Abordagem integral no atendimento odontológico à gestante. **UNIMONTES Científica**, v.7, n.1, p.67-75, 2005.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Projeto de Reorganização da Atenção em Saúde Bucal: Oficina 3 – Diagnóstico Local e Organização da Demanda Espontânea**. Guia de estudo. Belo Horizonte, 2010.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Redes de Atenção à Saúde. Diretoria de Saúde Bucal. **Projeto de Reorganização da Atenção em Saúde Bucal: Oficina 4 – A Atenção Programada em Saúde Bucal**. Guia de estudo. Belo Horizonte, 2011.

MINAS GERAIS, Secretaria do Estado da Saúde. Gerência de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Atenção em Saúde Bucal**. Linha Guia. Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde pública do Estado de Minas Gerais. **Guia Facilitador. Curso Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde: Oficina V**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MOYSÉS, S.T. *et al.* **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2008.

NUNES, O.B.C *et al.* **Avaliação Clínica do Tratamento Restaurador Atraumático (Art) em Crianças Assentadas do Movimento Sem-Terra**. Revista Faculdade de Odontologia de Lins – UNIMEP, Piracicaba, nº15, p.23-31, 2003.

OERTER, R.; MONTADA, L. **Adolescência**. Disponível em <www.wikipedia.org/wiki/Adolesc%C3%Aancia> (acesso em 20maio2011)

OLIVEIRA, R.S. **Acesso ao Serviço de Saúde Bucal e Avaliação da Satisfação do Usuário em Olinda-PE**, Recife – PE – 2008 <WWW.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/premio2008/raquel_oliveira.> (acesso em 10maio2011)

PALMIER, A.C. *et al.* **Saúde Bucal: Aspectos Básicos e Atenção ao Adulto**. Faculdade de Odontologia, UFMG, s.d.

PIRAPORA, Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Projeto Sorriso Especial de Pirapora**. Pirapora – MG, 2009.

PONTES, F.S.C *et al.* **Diabetes Mellitus e Doença Periodontal**. Revista Int Periodont Clin 2004; 1: 37-39.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Cuidado Integral nos Ciclos de Vida**. Outubro, 2006. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cuidadointegralnosciclosdevida>> (acesso em 02maio2011).

RESENDE, V.L.S. *et al.* **Fatores de Risco para a Cárie em Dentes Decíduos de Portadores com Necessidades Especiais**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria Clínica Integrada, v.7, n.2, p.111-117, João Pessoa, maio/agosto 2007.

SECRETARIA DE SAÚDE DE CARATINGA, Departamento Odontológico. **Protocolo de Saúde Bucal**. Caratinga -MG, 56 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, Centro de Informações em Saúde. **Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal**. Curitiba, 2004, 100 p. il.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal**. Florianópolis, 2006, 46p.

SILVA, L.C.P. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: protocolos para o atendimento clínico. São Paulo: Editora Santos, 2009. 190p.

SONIS, S., FAZIO, R., FANG, L. **Princípios e Prática de Medicina Oral.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A.G. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial.** Cad. Saúde Pública; 23 (11):2727-2739, 2007.

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde Bucal –Atenção Ao Idoso.** Faculdade De Medicina, Escola De Enfermagem, Faculdade De Odontologia, UFMG, março, 2009.

14. ANEXOS

ANEXO A

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE SAUDE BUCAL

UAPS: _____

CNES: _____

Nome	Classificação de Risco Social	Nº. Cadastro Família	Idade	Categorização de Risco			ACS	ÁREA
				R1	R2	R3		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								

R1		R2	R3
CA: Cárie Ativa PA: Doença Periodontal Ativa L: Lesão de Mucosa	PS: Limitação Psicossocial F: Limitação Funcional	Ausência de Atividade de Doença, Lesão de Mucosa ou Impacto Psicossocial/Funcional mas com necessidade de Tratamento Clínico/Cirúrgico/Restaurador/Reabilitador	Ausência de Atividade de Doença, Lesão de Mucosa ou Impacto Psicossocial/Funcional e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal

CD: _____

TSB: _____

ASB: _____

___/___/20

ANEXO B FICHA CLINICA PARA IDOSOS

Paciente: _____ **Idade:** _____ **Profissão:** _____

Endereço: _____ **Telefone:** _____

Problemas sistêmicos: _____

Medicamentos em uso: _____

Condição Funcional: _____

Dependência para higiene bucal:

Score/Pontuação: _____

GOHAI _____

KATZ _____

AVD _____

Cuidadores orientados quanto à higiene bucal em: _____

Nova orientação em: _____

Referências Equipe de Saúde: _____

Elementos dentários presentes: _____

Tratamento a ser executado: _____

Índice de Placa Visível inicial

Data	Dente	Procedimento																	

Data de retorno: _____

Tratamento a ser executado: _____

Índice de Placa Visível Final

Data	Dente	Procedimento																		



ANEXO C

Controle de gestantes das Unidades de Atenção Primária a Saúde Saúde Bucal					
	UAPS:	Mês/ano:	Idade	Idade gestacional	ACS
	Nome da gestante				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

Responsável: _____

Recebido por: _____

Data: _____

ANEXO D

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA/CUIDADOR UNE

NOME DO USUÁRIO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

NOME DO CUIDADOR: _____

VÍNCULO COM O UNE: ()famílias ()profissional ()outros
Especificar: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

UAPS/Nº CADASTRO DA FAMÍLIA: _____ Nº CARTÃO SUS: _____

HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA

- Doença de base/Patologia mais significativa, época do diagnóstico
- Gestação, parto
- Ocorrências importantes na infância (época que começou a engatimhar, andar, falar, hábitos de sucção; socialização, dentre outros)
- Doenças, tratamentos médicos, hospitalizações

HISTÓRIA MÉDICA ATUAL

- Tratamentos médicos, medicamentos em uso, posologia, alterações recentes na medicação, hospitalizações, alergias, condições de saúde atuais

HISTORIA PESSOAL

- Alimentação: dependência, tipo de alimento, frequência, ingestão de açúcar, dentre outros
- Nível de compreensão cognitiva: ()nenhuma ()pouca ()total
- Interação familiar: ()nenhuma ()pouca ()total
- Interação social: ()nenhuma ()pouca ()total
- Temores/medos:

- Tipo de comunicação: ()ausente ()verbal ()gestos ()libras ()leitura labial ()outros_____
- Comportamento: ()tranquilo ()medroso ()agressivo ()participativo ()outros_____
- Acompanhamento periódico com outros profissionais de saúde
()Cardiologista ()Endocrinologista ()Fisioterapeuta ()Fonoaudiólogo
()Gastrenterologista ()Hematologista ()Nefrologista ()Neurologista
()Nutricionista ()Oftalmologista

()Oncologista ()Otorrinolaringologista ()Ortopedista
()Pneumologista

()Psicólogo ()Psiquiatra ()terapeuta ocupacional

Observações:

HISTÓRIA FAMILIAR (outros casos na família, predisposição a doenças, doenças transmissíveis na família, dentre outros)

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

- Descrição das experiências odontológicas anteriores, reação/colaboração ao tratamento
- Higiene bucal: dependência, quem realiza, como realiza, frequência, dificuldades encontradas, dentre outros
- Hábitos: ()sucção não nutritiva. Qual?_____ ()trincar/ranger os dentes ()outros.Qual?_____
- Tipo de respiração: ()nasal ()bucal
- Mastigação e deglutição:
- Percepção do responsável/cuidador quanto às condições bucais atuais:

Assinatura do(a) responsável pelas informações:_____

CD:_____

Data:___/___/___