

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

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Débora Paschoini Reis

Formiga/Minas Gerais
2013

Débora Paschoini Reis

**PROPOSTA PROTOCOLO DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina
Borges de Oliveira

Formiga/Minas Gerais

2013

Débora Paschoini Reis

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE SAÚDE BUCAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina
Borges de Oliveira

Banca Examinadora

Profa. Ana Cristina Borges de Oliveira – Orientadora

Prof. Flávio de Freitas Mattos – Examinador

Aprovada em Belo Horizonte, 03/08/2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido Fernando e meus filhos Felipe e Lucas pela abstenção à minha presença, compreensão e paciência nos meus momentos de dificuldade e apoio ao meu crescimento pessoal e profissional. E também à minha mãe, pelo subsídio que presta incondicionalmente às necessidades de cuidados maternos dos meus filhos enquanto eu não posso satisfazê-las.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas amigas Maria José, Ana e Fátima pela parceria e pelo desprendimento quando solicitadas a dispor informações para este trabalho.

Agradeço também à minha orientadora Ana Cristina por me guiar na execução deste trabalho com dedicação e presteza.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SES	Secretaria Estadual de Saúde
MS	Ministério da Saúde
ABS	Atenção Básica a Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
IHO	Instrução de Higiene Oral
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIA	Sistema de informação ambulatorial
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
USF	Unidade de Saúde da Família
PMAQ	Programa para a Melhoria do Acesso e Qualidade
CD	Cirurgião Dentista
DE	Demanda Espontânea
DP	Demanda Programada
CR	Classificação de Risco
VD	Visita Domiciliar
ATF	Aplicação Tópica de Flúor

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi propor a elaboração de um Protocolo de Saúde Bucal, no âmbito de atenção primária, para ser utilizado como norteador para o acolhimento, atendimento, encaminhamento e monitoramento do usuário pelo serviço de saúde bucal baseado na realidade da população adstrita, e dos recursos disponíveis pela ESF. Os resultados mostraram que, independente da Equipe de Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) conhecerem a demanda da população, determinando os grupos de atendimento pela faixa etária e condição sistêmica, ambas sentem-se perdidas em organizar o serviço e cumprir seu papel adequadamente, por falta de um instrumento norteador para tal. Pode-se concluir que parte do caminho na solução do problema esbarra na necessidade da elaboração de um documento que dê o respaldo para a organização do serviço e que a educação continuada pela ESF.

Palavras-chave: Protocolo de Saúde Bucal. Processo de trabalho e Organização do serviço. Protocolos de Organização do Serviço.

ABSTRACT

The aim of this project is to propose a sample of care protocol in oral health to guide the professionals to give primary attention in health, as well as to organize the task in a way to be extend to the main spots to be worked with and also to standardize the team power and goals taking into account the peculiarities of each population enrolled .The project result shows that even ESB and ESF knowing the population demand , determining the age groups care and systemic condition , assigned of production target , feels lost when talking about organizing the task and playing the right role because of the lack of guidance to do so.In conclusion, to solve the problem partially we bump in a necessity to create a document that supports the service organization and the education continued by the Equipe de Saúde da família through the tools offered by the Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (Linhas Guias de Saúde Bucal), through MS (Cad.17 de Atenção Básica),literature sources and the care protocols of many right and combined cities and teams ,could be used as systematization to the care and fortification and optimization of the treatment followed by positive results and hitting goals with less effort and greater control grievances to the user.

Key words: Oral Health Protocol, Work Process and Organization Service, Organization Service Protocols.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DE LITERATURA	14
SEÇÃO 1- Organização das ações em saúde bucal na atenção básica	14
SEÇÃO 2- Proposta de protocolo de organização da atenção em saúde bucal	21
SEÇÃO 3- Referência e contra referência para CEO	30
6 DISCUSSÃO	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A Saúde da Família, como proposta do Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da Atenção Básica em Saúde (ABS) e reorientação do Modelo Assistencial, prioriza as ações de proteção e promoção à saúde da população. Destaca a mudança do processo de trabalho, devendo ser baseada em um diagnóstico preciso da situação real da população adscrita. Vem, cada vez mais, se consolidando como um ideal em busca de saúde e qualidade de vida.

A inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) no programa Estratégia Saúde da Família aconteceu a partir da Portaria 1444 (BRASIL, 2000), que orientava a implantação de uma ESB para cada duas Equipes de Saúde da Família (ESF). Através dos levantamentos epidemiológicos nacionais SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010, realizou-se um mapeamento das condições de saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2004a; 2011a). A partir do SB Brasil 2003 foi criada a Política Nacional de Saúde Bucal, efetivada pelo Programa Brasil Sorridente, cujas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção determinando um esforço conjunto para se promover maior integração da saúde bucal aos demais serviços de saúde (BRASIL, 2004b).

Em relação à saúde bucal a situação é bastante complicada ao considerar-se a prática ainda vigente da assistência baseada em uma prática curativista para a população. Conseqüentemente, a uma sobrecarga de atendimentos para a população.

A ESB pode ser focada e interessada, no entanto, esbarra na rotina de trabalho nos quesitos de acolhimento, planejamento, atendimento e acompanhamento do usuário pela falta de um respaldo organizacional. Desse modo, a maioria dos membros da equipe acaba por destinar a agenda de trabalho praticamente à demanda espontânea. Por esse motivo a gestão do processo de trabalho torna-se um ponto chave para a efetivação do modelo e qualidade do cuidado oferecido.

Antes da inclusão oficial da saúde bucal no Programa Saúde da Família (PSF), havia cerca de 76 cirurgiões-dentistas, no país, inseridos no programa. Após a divulgação da Portaria de incentivos pelo MS, num intervalo de dois anos, o número de municípios com ESB aumentou para 1.526 em todo o Brasil. Em 2009 esse número era de 18.982 (BRASIL, 2009).

Ainda com relação à assistência, a política incentiva o aumento de oferta dos procedimentos nos níveis secundário e terciário da atenção com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que são unidades de referência para as ESB.

Concomitante a esse crescimento da oferta de serviços odontológicos e ampliação da abordagem do cuidado, foi necessária a criação de instrumentos organizacionais e orientadores que delimitassem atribuições e metas. Esse passo aconteceu por meio da

criação de portarias, pactuações e programas, todos presentes nos níveis municipal, estadual e federal.

A partir de 2012, com a criação do Programa para a Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), pode-se perceber uma mudança considerável na atuação dos profissionais inseridos no ESF (BRASIL, 2012). Provavelmente isso aconteceu em decorrência do programa ter uma abrangência financeira considerável e definir indicadores para o alcance do recurso, mas com uma flexibilidade nas peculiaridades das equipes e parâmetros definidos pela realidade das mesmas e da população adstrita. Mesmo aquelas equipes não contratualizadas com o programa passaram a usá-lo como orientador para a organização do serviço. Esse fato refletiu na mudança de conduta da ESB de modo mais efetivo, já que as mesmas encontravam-se muito aquém das ESF no contexto organizacional. Isso contribuiu ainda para fortalecer e até, em muitos casos, promover a integração da ESB com a ESF.

Verifica-se que todo o processo de organização do serviço do ESF, especificamente da saúde bucal, passa pela necessidade de se criar instrumentos orientadores. Dessa forma, a criação de um protocolo de atendimento elaborado pela equipe, contemplando as atribuições e metas, mas considerando as especificidades locais e da população adstrita, além dos recursos disponíveis em tecnologias dura, leve-dura e leve identifica-se como um recurso bom para a organização do serviço. Além disso, apresenta-se como um respaldo ao profissional quanto à conduta a ser executada.

Dentro deste contexto, avaliando-se todos os dados e informações colhidas através do diagnóstico situacional, observou-se a importância do Protocolo de Atendimento em Saúde Bucal como um instrumento norteador e organizador das ações da equipe. O instrumento deve buscar contemplar as peculiaridades da população adstrita, bem como predispor o atendimento priorizado através do levantamento epidemiológico e segundo os ciclos de vida e condição sistêmica, buscando assim cumprir adequadamente as atribuições de pactuação de metas e qualidade de acesso.

2 JUSTIFICATIVA

A elaboração de um protocolo de saúde bucal voltado para a realidade que enfrentamos deve trazer um leque de experiências exitosas a serem experimentadas, bem como um entendimento importante da realidade a ser trabalhada. Deve buscar organizar, conduzir os tratamentos, encaminhamentos e monitoramentos. Necessita encontrar soluções para aumentar a abrangência dos procedimentos preventivos e a eficiência dos curativos, facilitando análise e acompanhamento dos resultados.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaboração de um Protocolo de Saúde Bucal, no âmbito de atenção primária, para ser utilizado como norteador para o acolhimento, atendimento, encaminhamento e monitoramento do usuário pelo serviço de saúde bucal baseado na realidade da população adstrita, e dos recursos disponíveis pela ESF.

3.2 Objetivos específicos

Realizar a revisão bibliográfica de protocolos de saúde bucal de vários municípios nacionais, buscando conhecer os benefícios e dificuldades que estes podem promover para a realidade da equipe local.

4 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido a partir de artigos encontrados nas bases de dados Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde Pública, Periódicos CAPES e *Scielo*, publicados entre os anos 2003 e 2013. Para isso foram utilizados os descritores: Atenção Primária à Saúde, Protocolos de Saúde Bucal, PMAQ, Processo de Trabalho e Organização do Serviço.

Além dos artigos encontrados nas bases de dados, foram incluídos capítulos de livros, jornais e manuais de orientação e protocolos municipais aprovados, que abordavam questões relacionadas ao tema do estudo.

5 REVISÃO DE LITERATURA

SEÇÃO 1

Organização das ações em saúde bucal na atenção básica

A organização do acolhimento passa por alguma técnica de rastreamento para identificação de agravos em saúde bucal, combinando critérios relevantes quanto ao ciclo de vida e condição sistêmica. Estes critérios foram implementados de diversas formas com base nos levantamentos epidemiológicos e avaliação de risco, sejam por meio de campanhas ou realizados na rotina de trabalho dentro da USF.

Para STARFIELD (2002) “O reconhecimento de um problema (ou de necessidade) é o passo que precede o processo de planejamento diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado. Os usuários podem não queixar de problemas por não estar cientes deles, ou podem se queixar de uma coisa que mascara outra. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou de uma população”.

A mudança do processo de trabalho parece ser um dos grandes desafios para a equipe de saúde. São necessárias reuniões para avaliação e planejamento das ações da ESF. O desenvolvimento de ações articuladas entre a ESB e a ESF é imprescindível na elaboração de um protocolo de atendimento. Deve-se garantir o atendimento interdisciplinar, havendo reciprocidade de conhecimento e experiência, com uma tendência à horizontalização das relações.

5.2 Planejamento em saúde bucal

O planejamento possibilita a compreensão dos principais problemas e necessidades da população. Permite a avaliação dos mesmos e a elaboração de propostas para solucioná-los (BRASIL, 2008; FARIA et al., 2009). Através de ações estratégicas, onde se atribuem metas elabora-se um programa de monitoramento e avaliação das operações em questão, com vistas ao sucesso do planejamento.

É importante compreender o “por que” planejar, e ainda saber “como” planejar. O planejamento em equipe é fundamentado na abrangência das necessidades reais da população. Deve ser produzido com uma linguagem acessível e compartilhada por todos.

“Para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica é necessário destacar a importância da utilização da Epidemiologia. Com ela pode-se conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos. Para subsidiar o planejamento com dados da realidade populacional recomenda-se a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco. Esse processo, no

entanto, precisa ser acompanhado utilizando um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações. A rotina de trabalho das Equipes Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação. Compõem estes processos:

- A realização e atualização de mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e vulnerabilidade.
- O cadastro das famílias e a atualização constante das informações.
- A identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade.
- A análise situacional da área de abrangência.
- Acompanhamento mensal das famílias, a partir de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e equipe (quando necessário), bem como análise de informações e indicadores de saúde da área de abrangência.
- Interlocução com conselho local ou municipal de saúde.
- Desenvolvimento de mecanismos de escuta da comunidade.

(BRASIL, 2008)

Também devem ser consideradas as pactuações pelos gestores, baseadas em portarias do governo Federal e Estadual, e também o monitoramento e avaliação, viabilizados a partir do lançamento correto dos dados nos Sistemas de Informação. Isso deve ser feito através de um programa específico do município contendo as mesmas informações de um Sistema de Informação de âmbito e acesso aos demais níveis de governança (Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB; Sistema de Informação Ambulatorial-SIA/SUS; Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde-SCNES).

5.2.1 Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal

Levantamento epidemiológico em saúde bucal (1986)

Os resultados mostraram altos índices de cárie dentária entre as crianças brasileiras, um dos maiores CPO-D (índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) do mundo. O CPO-D médio evoluiu de 1,25 aos 6 anos para 3,61 aos 9 anos, atingindo 6,65 aos 12 anos (BRASIL, 1986).

O contínuo crescimento do índice CPO-D (12,7 dos 15 aos 19 anos; 22,5 dos 35 aos 44 anos e 27,2 dos 50 aos 59 anos) deu-se fundamentalmente em consequência do aumento da contribuição no índice do componente que corresponde aos dentes extraídos. Somente 40,0% das pessoas de 18 anos apresentavam todos os dentes. Mais de 72,0% da população urbana analisada, na faixa de 50 a 59 anos, já havia extraído todos os dentes em pelo menos um maxilar. No grupo de 35 a 44 anos, quatro em cada 10 pessoas requeriam apoio protético, reduzindo-se a 1,7% na faixa de 15 a 19 anos (BRASIL, 1986).

Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dentária (1996)

Dez anos após o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional, foi realizado o segundo levantamento em saúde bucal, com o objetivo de verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira (BRASIL, 1996).

A pesquisa foi realizada somente com relação à cárie dentária em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de escolas públicas e privadas das 27 capitais e do Distrito Federal.

Os resultados mostraram uma evolução do CPO-D médio de 0,28 aos 6 anos para 1,53 aos 9 anos de idade, atingindo 3,06 aos 12 anos (BRASIL, 1996).

SB Brasil 2003 / 2010- Condições de saúde bucal da população brasileira

Dentre os principais resultados, verificou-se que a cárie dentária ainda é o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. Felizmente, a situação melhorou entre os anos de 2003 e 2010 (BRASIL, 2004a; 2011a).

Na idade de 12 anos, a doença atingia 69,0% da população em 2003. Essa porcentagem diminuiu para 56,0% em 2010. O número médio de dentes atacados por cárie também diminuiu nas crianças: era 2,8 em 2003 e caiu para 2,1 em 2010, uma redução de 25,0% (BRASIL, 2004a; 2011a).

Em termos absolutos, e considerando a população brasileira estimada para 2010, essas reduções indicam que, no período considerado, cerca de um milhão e 600 mil dentes permanentes deixaram de ser afetados pela cárie em crianças de 12 anos em todo o país (BRASIL, 2004a; 2011a).

Em adolescentes, a redução do número de dentes que foram poupados do ataque de cárie, em relação a 2003, chegou a aproximadamente 18 milhões. As necessidades de próteses dentais por adolescentes reduziram-se em 52,0%. Entre os adultos o destaque cabe a uma importantíssima inversão de tendência: as extrações de dentes vêm cedendo espaço aos tratamentos restauradores. Em adultos, as necessidades de próteses reduziram-se em 70,0% (BRASIL, 2004a; 2011a).

5.2.2 Classificação de risco

A classificação de risco é outra ferramenta essencial para a construção de um protocolo de atendimento em saúde bucal. Fundamenta-se na elaboração das prioridades de agendamento, formas de abordagem (educação em saúde, prevenção / promoção e tratamento, e também no monitoramento e acompanhamento do usuário.

São muitas as classificações de risco que podem ser utilizadas. Variam desde a avaliação para risco de cárie e doença periodontal, até algumas mais abrangentes que

classificam o usuário pelos riscos relacionados à condição sistêmica, câncer de boca e risco familiar, que é bastante relevante para a priorização do atendimento e responsabilização ao auto-cuidado para toda a família pelo serviço de saúde bucal.

A classificação de risco não é de responsabilidade específica do cirurgião-dentista (CD). É essencial que o trabalho em equipe e a educação continuada possibilitem que toda equipe conheça os fatores de risco para saúde bucal, auxiliando a ESB na busca ativa pelo usuário que apresente maior vulnerabilidade às doenças bucais.

Segundo a linha Guia de saúde bucal da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), a avaliação de risco possibilita definir a prioridade para a atenção individual programada e para determinar as necessidades dos usuários (MINAS GERAIS, 2006).

5.3 Principais indicadores

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

Conforme a necessidade dos municípios, os indicadores necessitam discutir e pactuar, junto à população e aos profissionais de saúde bucal, outros indicadores que busquem a melhoria do desempenho dos serviços da atenção básica e a situação de saúde da população. A partir de então, percebeu-se, a partir de 2012 com a criação do PMAQ, uma mudança significativa na atuação dos profissionais da ESF. Mesmo aquelas equipes que não contratualizaram com o PMAQ passaram a utilizá-lo como orientador para a organização do serviço (BRASIL, 2012).

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

5.3.1 Indicadores de saúde bucal do Pacto da Atenção Básica 2006

(Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006) (BRASIL, 2006)

Cobertura de primeira consulta odontológica programática

Percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), para atender as necessidades detectadas. Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto.

Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada

Percentual de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada. A ação é direcionada a um grupo de indivíduos, e não a ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa. Representa o percentual de cobertura correspondente à média de pessoas que tiveram acesso à escovação dos dentes com orientação/supervisão de um profissional treinado. Considera-se o mês ou meses em que se realizou a atividade, em determinado local e ano. Visa a prevenção de doenças bucais, mais especificamente a cárie dentária e a doença periodontal.

Média de procedimentos odontológicos básicos individuais

Número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Proporciona a análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS respondem as necessidades de assistência odontológica básica de certa população.

Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais

Identifica-se pela proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais odontológicas conduzidas no âmbito do SUS. Possibilita uma análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que

medida de serviços odontológicos do SUS está respondendo às necessidades da população aos serviços odontológicos especializados, o grau de atenção e a integralidade do cuidado.

5.3.2 Indicadores de saúde bucal do PMAQ-2011

(Portaria nº 1654/GM, de 19 de julho de 2011) (BRASIL, 2011b)

- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
- Cobertura de primeira consulta odontológica programática
- Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante
- Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
- Média de instalações de próteses dentárias.
- Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante
- Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.

A partir do estudo dos pactos do município investigado e do manual do PMAQ (BRASIL, 2012), deve-se realizar a organização do serviço de modo a contemplar o atendimento dos usuários a que se refere o cumprimento do maior número possível de indicadores. Afinal, eles representarão recursos ao município e delimitarão um perfil de atendimento das principais demandas em Saúde Bucal.

5.4 Parâmetros de produção

São utilizados para o planejamento, avaliação da capacidade de atendimento e monitoramento. Não devem ser dada ênfase na avaliação baseada em procedimentos curativos, pois esse tipo de avaliação pode levar a intervenções desnecessárias.

Os parâmetros abaixo devem ser analisados pelas equipes de saúde e pactuados dentro da realidade de cada local - % de horas clínicas - recomenda-se que 75% a 85% das horas trabalhadas devem ser dedicadas à assistência e 15% a 25% do tempo deve ser direcionado para outras atividades (planejamento, avaliação, atividades coletivas). Deverá ser sempre lembrada a importância da maximização da hora clínica do CD para otimizar e aumentar a resolubilidade da assistência.

- Capacidade de produção do CD: cerca de 03 procedimentos/hora (Portaria 1101/GM) (BRASIL, 2002).

- Parâmetro médio para Escovação Supervisionada em escolas: 280 alunos/8h.

- Parâmetro de cobertura populacional da ESB: 2.400 a 4.000 habitantes.

- Número de dias úteis no mês: 22

- Número de dias úteis no ano (não são consideradas as férias): 264

Parâmetros de % de cada faixa etária em relação à população total:

0 a 14 anos: 28% da população total

15 a 19 anos: 28,22% da população total

30 a 59 anos: 33,30% da população total

60 anos ou mais: 8,56% da população total

SEÇÃO 2

Proposta de protocolo de organização da atenção em saúde bucal

Foi construída a partir dos parâmetros de produção supracitados e dos indicadores de saúde bucal em procedimentos coletivos preconizados pelo PMAQ e pelo Pacto pela Saúde (SES/MG) (Brasil, 2012).

5.5.1 Demanda Programada

Conjunto de ações clínicas e da promoção de saúde ofertadas de forma planejada a grupos priorizados.

Promoção e prevenção na atenção básica

Os procedimentos de prevenção e educação em saúde bucal, de baixa complexidade, que dispensam equipamentos odontológicos, devem ser conduzidos conforme os critérios de risco social e atividade da doença. São avaliados pela ESBI em conjunto com a ESF, que deverá definir método e frequência para o acompanhamento de grupos populacionais, previamente identificados. Os procedimentos devem seguir durante todo o ano, com ênfase na promoção da saúde (Tabelas 1 e 2).

-Exame bucal com finalidade epidemiológica (levantamento de necessidades), conforme a determinação da coordenação local e/ou necessidade da equipe.

-Encaminhamentos para tratamento segundo as prioridades por classificação de risco.

Procedimentos coletivos fora do ambiente da USF

Tabela 1- Proposta para promoção e prevenção em saúde bucal em instituições.

ESCOLAS / CMEIS / ONGS	PERIODICIDADE		PÚBLICO ALVO		ATIVIDADES/ASSUNTO	
	CD	ASB	CD	ASB	CD	ASB
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	anual	trimestral	0 a 14	0 a 14	IHO doenças (cárie, doença periodontal, câncer, fluorose), traumatismo	IHO filmes brincadeiras teatro,
ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA	-	trimestral	-	0 a 9	-	-
		anual		10 a 14		
VERNIZ FLUORETADO	semestral	-	0 a 5	-	-	-
FLÚOR GEL	-	trimestral	-	5 a 9	-	-
		anual		10 a 14		
ESCOVAÇÃO DE MANUTENÇÃO	anual	mensal	-	0 a 5	-	-
		semanal		6 a 14		

Procedimentos coletivos e/ou individuais no ambiente da USF ou VD

Tabela 2- Proposta para promoção e prevenção em saúde bucal na USF ou em VD.

USF	PÚBLICO ALVO	PERIODICIDADE	ATIVIDADE/ASSUNTO
EDUCAÇÃO EM SAÚDE ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA E ATF	1-crianças e adolescentes D.E e C.R.*	2 a 9 (semestral para ATF)	IHO, funcionamento do serviço doenças(cárie, doença periodontal, câncer, fluorose) traumatismo
		10 a 19 (anual)	
	2- 20 a 59 anos-D.E. e C.R.*	Anual	IHO, funcionamento do serviço doenças(cárie, doença periodontal, câncer, fluorose) traumatismo
	3-gestante e bebê-grupo	Semestral	IHO, cuidados, amamentação, dieta, fluorose, cárie de mamadeira, hábitos nocivos
	4-diabético e hipertenso- D.E e grupo	Semestral	IHO, cuidados, controle de saúde bucal para estabilização do processo sistêmico , manutenção ho, controle químico da placa
	5- idoso-D.E. e V.D.	Anual	IHO, ajuste da prótese, auto-exame da boca
	6-paciente de risco para câncer bucal – D.E. e V.D.	Anual	IHO, fatores de risco, letalidade e mutilação, auto-exame, visita periódica, sinais e sintomas
	7-paciente de risco para cárie e doença periodontal*, e/ou risco familiar vermelho	Semestral	IHO, periodicidade e manutenção do tratamento, controle químico da placa, fluorose

* indivíduos classificados com risco médio ou alto durante os levantamentos epidemiológicos ou durante o exame clínico de rotina.

Tratamento Odontológico

Gestantes

Precisam ter o agendamento das consultas garantido, bem como o atendimento, com programação de espaço na agenda do dentista para suprir a demanda sem riscos (Tabela 3). A programação é possível e confortável quando a equipe está integrada e a captação da gestante se dá precocemente.

Tabela 3- proposta de atendimento para a gestante

GESTANTE		1º CONSULTA	TRATAMENTO	ENCAMINHAMENTO	RETORNO
D E M A N D A P R O G R A M A D A	AGENDAMENTO	Captação na primeira consulta do Pré-natal	Início do 2º trimestre de gestação -Semanal, ou conforme a necessidade/ disponibilidade de agenda	Ao final do tratamento básico	
	ATIVIDADE	Acolhimento Anamnese Orientações Básicas: -funcionamento do serviço/ encaminhamentos Exame clínico: orientações específicas (controle de placa, saúde periodontal, riscos e cuidados de saúde bucal para gestante e bebê, -necessidade de encaminhamento para o CEO, etc.	Conforme a necessidade pela ordem de prioridades	Conforme a necessidade pela ordem de prioridades	Se houver necessidade de retorno do paciente para controle de alguma patologia, ou no caso de contra referência do CEO
	METAS	Definidas pela pactuação / indicadores.	.		

Conforme o protocolo de atenção à saúde bucal de Florianópolis, outros temas precisam ser abordados na orientação à gestante, seja em grupo ou durante a consulta individual (FLORIANÓPOLIS, 2006):

- Aleitamento materno
- Uso de bicos e chupetas
- Transmissibilidade da doença cárie
- Início da calcificação dos dentes decíduos
- Desenvolvimento do paladar do bebê na vida intra-uterina
- Orientações sobre a prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor.
- Doenças da gengiva; alterações hormonais.
- Mitos relacionados ao uso de antibióticos na infância ou descalcificação dos dentes da mãe pela gestação.
- Fluorose.

Bebês

Todos os temas abordados na orientação à gestante que dizem respeito ao bebê também devem ser trabalhados detalhadamente na orientação à puérpera, tendo sido ela orientada enquanto gestante ou não. O reforço da informação é positivo.

A gestante e a puérpera devem receber da ESB uma atenção especial, de modo bastante dedicado (Tabela 4). Esta medida aumenta a chance das mães se comprometerem com saúde bucal de seus filhos, o que provocará uma diminuição acentuada dos agravos. Este é um caminho eficiente e real de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Tabela 4- Proposta de atendimento para o bebê.

	BEBÊ 0 a 2 anos	1º CONSULTA	TRATAMENTO	ENCAMINHAMENTO	RETORNO
D E M A N D A P R O G R A M A D A	AGENDAMENTO	-Captação na 1ª consulta do puerpério	Quando necessário	-Apenas no caso de más formações congênitas - Nos casos de trauma ou descontrole do cuidado (lesão de cárie, dificuldade de manejo comportamental pelo dentista da USF).	-Semestral até os 2 anos -Anual após os 2 anos
	ATIVIDADE	-Acolhimento -Anamnese -Orientações básicas -Exame clínico, -Orientações específicas (controle de placa, riscos e cuidados de saúde bucal, necessidade de encaminhamento para o CEO, ou outra área de atuação)	Necessidade pela ordem de prioridades	Necessidade pela ordem de prioridades	Caso seja necessário retorno do paciente para controle de alguma patologia, ou no caso de contra referência do CEO

Demais Grupos de atendimento prioritário

Conforme a classificação de risco podem-se definir vários grupos de atendimento em odontologia. Eles devem receber espaço prioritário programado na agenda do dentista. Esta organização é bastante tranquila quando a equipe está integrada e as informações sobre as famílias de risco vermelho, diabéticos, hipertensos, idosos e outros são acessíveis a todos da equipe, bem como a percepção do risco por qualquer membro da ESF gera a informação à ESB.

Para minimizar os agravos os usuários devem receber atenção especial da ESB de forma a realizar, caso necessário, uma busca ativa ou visita domiciliar para os pacientes faltosos ao acolhimento comum (Tabela 5).

Tabela 5- Proposta para promoção e prevenção em saúde bucal na USF ou em VD.

USF	PÚBLICO ALVO	PERIODICIDADE	ATIVIDADE/ASSUNTO
ATENDIMENTO PROGRAMADO EM SAÚDE BUCAL	Crianças e adolescentes C.R.*	2 a 9 anos -semestral para ATF/ verniz fluoretado. - definida pelo risco pode ser bastante freqüente para fins de controle e acompanhamento	- IHO, funcionamento do serviço - doenças (cárie, doença periodontal, câncer, fluorose) - traumatismo - manutenção da saúde bucal, monitoramento.
		10 a 19 anos - definida pelo risco pode ser bastante freqüente para fins de controle e acompanhamento	
	Diabéticos e hipertensos - grupo	Semestral	IHO, cuidados, controle de saúde bucal (processo sistêmico), higiene bucal, controle químico da placa, responsabilização e autocuidado, tratamento, manutenção da saúde bucal, monitoramento
	Idosos- grupo e V.D.	Anual	IHO, ajuste da prótese, auto-exame da boca, manutenção higiene oral e de prótese, controle químico da placa, responsabilização e autocuidado ou do cuidador tratamento, (ART-quando acamado) restabelecimento e manutenção da saúde bucal, monitoramento
	Paciente de risco para câncer bucal - C.R.* e V.D.	Anual	IHO, fatores de risco, letalidade e mutilação, auto-exame, visita periódica, exame de boca, cuidados com a prótese, tratamento e restabelecimento da saúde bucal e encaminhamento quando houver lesão suspeita.
Paciente de risco para cárie e doença periodontal*, e/ou risco familiar vermelho	Semestral	IHO, periodicidade e manutenção do tratamento, controle químico da placa, tratamento e restabelecimento da saúde bucal e encaminhamentos necessários	

* indivíduos que foram classificados com risco médio ou alto em levantamentos epidemiológicos ou no exame clínico de rotina

Especificação de conduta para o atendimento do Paciente Diabético (Tabela 6)

Tabela 6- Avaliação dos riscos no atendimento do paciente diabético e conduta do CD.

RISCOS	CONDUTA DO CIRURGIÃO DENTISTA
<p>PACIENTES DE BAIXO RISCO</p> <ul style="list-style-type: none"> Bom controle metabólico em um regime médico estável. Ausência de história de cetoacidose ou hipoglicemia. Ausência de complicações do Diabete. Nível de glicose sanguínea, em jejum, menor que 200mg/dl. Taxa de hemoglobina A1c de 7%. 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamentos de curta duração - liberados Procedimentos cirúrgicos e de longa duração- informações com o médico. Anestésicos: soluções com epinefrina desde que não tenha hipertensão associada. Profilaxia antibiótica somente em procedimentos cirúrgicos: Amoxicilina 2g ou clindamicina 600mg- dose única 1 hora antes. Paciente com periapicopatias intervenção local deve ser priorizada(drenagem de abscesso e descontaminação de canais), completada por terapia antibiótica. Hidratação e acompanhamento diário até a alta. infecções de maior gravidade: tratamento em ambiente hospitalar. Tratamentos idênticos ao anterior acrescido de consideração sobre internação para procedimentos cirúrgicos extensos e demorados.
<p>PACIENTES DE RISCO MODERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> Controle metabólico razoável em regime médico estável. Ausência de história recente de cetoacidose ou hipoglicemia. Poucas complicações do Diabete. Taxa de glicose no sangue, em jejum, abaixo de 250mg/dl. Nível de hemoglobina A1c entre 7 e 9%. 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamentos eletivos contra indicados até a estabilização, controle das infecções bucais por medicação. Hiperglicemia de difícil controle médico que pode estar relacionada a focos de infecção oral, devem receber intervenção odontológica acompanhada de antibioticoterapia para controle da glicemia. Importante a interação entre o médico e o dentista.
<p>PACIENTES DE ALTO RISCO</p> <ul style="list-style-type: none"> Controle metabólico deficiente. Sintomas freqüentes. Problemas freqüentes envolvendo cetoacidose e hipoglicemia. Múltiplas complicações do Diabete. Taxa de glicose no sangue, em jejum, acima de 250mg/dl. Nível de hemoglobina A1c acima de 9%. 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamentos eletivos contra indicados até a estabilização, controle das infecções bucais por medicação. - Hiperglicemia de difícil controle médico que pode estar relacionada a focos de infecção oral, devem receber intervenção odontológica acompanhada de antibioticoterapia para controle da glicemia. -Importante a interação entre o médico e o dentista.

Especificação de conduta para o atendimento do paciente hipertenso (Tabela 7)

Tabela 7- Avaliação dos riscos no atendimento do paciente hipertenso e conduta do CD.

	HIPERTENSÃO CONTROLADA abaixo de 140/90mmHg	HIPERTENSÃO NÃO CONTROLADA
CONDUTA	Aferimento da pressão antes do atendimento. -Sessões curtas	Aferimento da pressão antes do atendimento. -Sessões curtas.
PROCEDIMENTOS	Não cirúrgicos e cirúrgicos simples	> Acima de 180/110mmHg: nenhum procedimento deve ser realizado, apenas tratamento conservador (prescrição de analgésico e/ou antibiótico e/ou antiinflamatório), exceto em caso de procedimento para alívio da dor, aplicar o anestésico e encaminhar para o atendimento médico. PA entre: 140/90 e 180/110 mmHG: procedimentos simples podem ser realizados caso o paciente não apresente sinais de ansiedade.
ANESTÉSICOS	Normal	Com adrenalina 1:100000 (até 2 tubetes)
MEDICAMENTOS	Considerar o uso de ansiolíticos para procedimentos cirúrgicos mais extensos ou pacientes com hipertensão grave mesmo controlada	Considerar o uso de ansiolíticos para procedimentos cirúrgicos mais extensos ou para procedimentos simples (conforme grau de ansiedade).

Demanda Espontânea

Segundo a linha Guia da SES-MG, a demanda espontânea é formada por usuários que procuram o serviço com uma necessidade percebida, a qual deve ser encaminhada (MINAS GERAIS, 2006). O usuário deve ser ouvido de forma a se fazer o melhor encaminhamento (Tabela 8).

Tabela 8- Proposta para atendimento de Saúde Bucal em demanda espontânea.

		1º CONSULTA	TRATAMENTO	ENCAMINHAMENTO	RETORNO
D E M A N D A E S P O N T Â N E A	AGENDAMENTO	Anual	Semanal, ou conforme a necessidade.	Ao final do tratamento básico	Anual
	ATIVIDADE	-Acolhimento -Anamnese -Orientações básicas: (Funcionamento do serviço/ encaminhamento) -Exame clínico, -orientações específicas (controle de placa, saúde periodontal, necessidade de encaminhamento para o CEO, etc).	Conforme a necessidade pela ordem de prioridades	Deve ser sempre protocolado com os termos de responsabilidade, manutenção.	Se houver necessidade de retorno do paciente para controle de alguma patologia, ou no caso de contra referência do CEO.
	METAS	Definidas pela pactuação / indicadores.	Definidas pela pactuação / indicadores.		

Pacientes com Necessidades Especiais (PNE)

São aqueles em que se realizam, quando necessário, uma abordagem diferenciada à assistência odontológica convencional devido a limitações acentuadas no que se refere aos padrões de normalidade para o ser humano.

Funções do CD (Tabela 9)

-Anamnese / avaliação da saúde geral:

Considerar:

- diagnóstico médico: condições de saúde e agravos associados (principalmente cardíacos).
- uso de medicações (manifestações bucais e interações com o tratamento a ser realizado).
- capacidade de locomoção (na impossibilidade de deslocamento, deve-se considerar o atendimento domiciliar com uso de ART ou equipamentos odontológicos portáteis).
- tipo de comunicação / grau de compreensão / grau de cooperação.

Trabalhar o conteúdo educativo:

Quanto à orientação dos cuidados, devem ser ditos de forma diferenciada de acordo com o grau de riscos à saúde bucal, cada contexto agravante para o cuidado preventivo.

-Necessidade de auxílio para higienização (conforme o grau de dificuldade do paciente).

-Necessidade de aumento no cuidado da higienização, levando em conta a dieta e os medicamentos com açúcar ou que promovem diminuição do fluxo salivar.

-Trabalhar o conteúdo educativo/preventivo desde antes do irrompimento dos primeiros dentes.

-Orientar quanto à possibilidade do uso de abridores de boca para execução da higienização diária dos dentes.

-Ensinar a reconhecer os sinais de risco e encaminhar o paciente com necessidades especiais (PNE) à equipe de saúde bucal quando da identificação dos mesmos.

Tabela 9- Proposta para atendimento de saúde bucal para PNE.

		1° CONSULTA	TRATAMENTO	ENCAMINHAMENTO	RETORNO
P N E	AGENDAMENTO	Anual	Semanal, ou conforme a necessidade/disponibilidade de agenda	Ao final do tratamento básico	Anual
	ATIVIDADE	Itens 1 e 2 supracitados	-Avaliação da saúde bucal -Plano de tratamento -Execução -Fluoroterapia.	Tratamento básico: - fazer referência com dados justificativos e após algumas tentativas de atendimento na atenção primária.	Se houver necessidade de retorno do paciente para controle de alguma patologia ou contra referência.

SEÇÃO 3

Referência e contra referência para CEO

A partir do Caderno de Atenção Básica 17 do Ministério da Saúde e da avaliação de protocolos de vários municípios, bem como no relato de experiências de profissionais que atuam no atendimento de CEO, verifica-se que, embora o protocolo de referência e contra referência respeite os padrões pré-estabelecidos pelos níveis de governança, é essencial que ele esteja adequado à realidade do município conforme as peculiaridades da população adstrita (BRASIL, 2008). Desse modo, evita-se o desperdício de procedimentos, de horas trabalhadas e, conseqüentemente, obtém-se a otimização do processo e melhor utilização do recurso.

Os tópicos a seguir representam as principais especialidades odontológicas incluídas no CEO. Alguns municípios trabalham com um leque ampliado de especialidades que incluem, por exemplo, a ortodontia, a implantodontia e alguns trabalhos de prótese além da prótese total. Atualmente a prótese total não está sendo classificada como especialidade, e sim incentivada a ser realizada na atenção primária. Procurou-se, no entanto, usar neste trabalho a proposta do que se pratica na maioria de CEO, inclusive no município analisado no presente estudo.

Esta proposta oferece, para orientação dos trabalhadores e gestores, os principais procedimentos a serem ofertados e as orientações para o funcionamento do serviço. Foram incluídos os requisitos básicos para referência, os critérios de inclusão e exclusão e uma sugestão de fluxograma para cada especialidade.

5.6.1 Critérios Gerais para referência do CEO

- A referência para os CEO acontecerá a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Na USF, quando ha necessidade de encaminhamento, o paciente deverá receber, previamente, ações para controle da infecção bucal.
- Preenchimento adequado e completo da referência, referenciando principalmente a hipótese diagnóstica.
- Ao receber a contra referência e tomar conhecimento das recomendações e das condições de alta contidas na mesma, o cirurgião dentista da USF deve segui-las com fidelidade, atendendo o que está proposto em termos de manutenção, monitoramento, acompanhamento e retornos programados do usuário.
- Na anamnese investigativa do paciente, se detectadas doenças sistêmicas que comprometam o tratamento periodontal e ele esteja descompensado (diabetes, hipertensão, cardiopatias, doenças imunodepressivas, herpes, aids, câncer, reumatismo

etc) deve-se tomar providências junto à equipe da USF. O paciente deverá ser encaminhado para o CEO com avaliação médica e orientações, por escrito, das condições gerais de saúde do mesmo.

Endodontia

Requisitos básicos para a referência

- Verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e ou pulpotomia. Antes de se referenciar o paciente para o tratamento endodôntico deve-se aguardar o período necessário para acompanhar e avaliar a vitalidade pulpar do dente.
- Os dentes com polpa vital, principalmente nos pacientes jovens, e aqueles com rizogênese incompleta deverão ser submetidos à pulpotomia quando devidamente indicados.
- Somente os dentes em condições de serem restaurados na UBS de origem, com materiais e técnicas disponíveis na rede pública, devem ser encaminhados ao serviço de endodontia. Este critério baseia-se na larga observação de usuários que necessitarão se submeter a um procedimento não coberto pela rede pública após a endodontia (confecção de coroa, por exemplo). Em sua quase totalidade, os pacientes acabam por não procurar a solução definitiva necessária e voltam à rede para realizarem a exodontia do dente tratado endodonticamente.
- Dentes com indicação para tratamento endodôntico que apresentem lesões periapicais extensas e necessitem de cirurgia paraendodôntica serão tratados em conjunto com a cirurgia oral menor.

Critérios de inclusão para tratamento endodôntico

- Dentes permanentes.
- O encaminhamento dos terceiros molares para endodontia será realizado somente naquele usuário que apresente diversos elementos faltantes e que haja necessidade da manutenção do dente e prognóstico favorável.
- Preparo prévio do dente antes de ser encaminhado para tratamento: remoção de tecido cariado, desinfecção, curativo de demora com os medicamentos disponíveis na rede pública e restauração provisória.
- Apenas aqueles dentes em condições de serem restaurados na USF de origem, com materiais e técnicas disponíveis na rede pública, devem ser encaminhados ao serviço de endodontia.

Crêterios de inclusão para o retratamento endodôntico

- Devem ser encaminhados aqueles pacientes que apresentem sintomatologia dolorosa. Os dentes assintomáticos que apresentam imagens radiográficas que indicam tratamento inadequado, com ou sem lesão periapical, devem ter acompanhamento radiográfico no CEO. Caso surja lesão periapical, ou esta aumente de tamanho, deve ser feito o encaminhamento para o retratamento do canal.
- Devem ser priorizados os dentes anteriores e pilares de prótese parcial removível com prognóstico favorável.

Crêterios de exclusão para o tratamento endodôntico

- Dentes com envolvimento de furca grau 3 ou com doena periodontal severa e grande mobilidade horizontal e vertical.
- Dentes com perda de insero que impossibilite sua manuteno na arcada devem ser submetidos à avaliao prévia no setor de periodontia, quando necessário.
- Não devem ser encaminhados usuários com necessidade de pulpotomias, que devem ser realizadas nas UBS, inclusive aqueles casos de rizogênese incompleta com vitalidade pulpar.
- Terceiros molares sem antagonista e com acesso restrito.

Periodontia

Requisitos para a Referência

O paciente deve receber instruoes de higiene bucal. Deve receber tratamento restaurador na USF e orientá-lo no sentido de adquirir o hábito de higienizar a boca e controlar a placa antes de ser referenciado para periodontia. Isso é fundamental para o sucesso da atuao da especialidade, tanto durante o tratamento quanto durante a fase de manuteno dos resultados alcanados.

Crêterios para inclusão

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

Critério de Exclusão

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

Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Requisitos Básicos

Cabe ao cirurgião-dentista (clínico geral) a seleção dos casos a serem encaminhados ao CEO. Normalmente os clínicos são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das lesões de diagnóstico exclusivamente clínico: herpes recorrente, gengivoestomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular.

- Para ser encaminhado aos serviços especializados o paciente em tratamento na UBS deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, dos restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e controle de placa supragengival).

- O paciente que passar por um atendimento de urgência também deve seguir os mesmos passos supracitados.

- No caso de apicetomia, o tratamento ou retratamento endodôntico deverá ser realizado previamente.

- Em algumas situações de urgência (luxação de articulação, traumas dentoalveolares), em que não haja estrutura para atendimento na UBS ou PA, o paciente poderá ser encaminhado ao serviço especializado em cirurgia sem receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal.

Prótese Dentária

O paciente que será encaminhado para o CEO, para a colocação de prótese total, deverá passar por um exame clínico minucioso realizado pelo dentista da USF. Deverão ser avaliados os seguintes aspectos:

Avaliação de fatores psicológicos

- Analisar a receptividade do paciente ao tratamento.
- Verificar se a ausência de dentes é um fator que realmente incomoda o paciente (principalmente aqueles indivíduos que já estão a um longo tempo sem prótese total).
- Analisar a possibilidade do paciente já ter feito outras próteses, com diferentes dentistas, e não ter se adaptado com nenhuma delas.

Diagnóstico Bucal

Refere-se a síntese que se obtém por meio do exame de um indivíduo em relação a seu estado de saúde bucal. Deve ser feito pelo dentista da USF.

Avaliação do estado geral da boca

Deve ser feito um exame detalhado (inspeção visual e palpação).

Análise de todos os tecidos moles:

- Lesões (hiperplasias fibrosas inflamatórias, estomatites, úlceras traumáticas, leucoplasia, eritroplasia, líquen plano oral, hiperplasias inflamatórias, etc.). Caso haja a presença de qualquer alteração, o paciente deverá ser encaminhado para a cirurgia a fim de se realizarem os exames necessários e o diagnóstico final.
- Candidíase: ao verificar-se a presença de candidíase no paciente que já usa prótese total, deve-se fazer a orientação do mesmo quanto a forma correta de se higienizar a prótese. Caso a doença já esteja instalada, deve-se fazer o tratamento (uso de Micostatin: drágeas 500 mg de 6/6 horas).

Análise dos tecidos duros

- Naqueles pacientes que apresentam remanescentes dentários deve-se verificar a possibilidade de restaurações e a manutenção dos dentes na boca. O encaminhando do paciente para a Prótese deve ser feito somente após a conclusão do tratamento dos remanescentes dentários.

Diagnóstico protético

O diagnóstico protético corresponde à síntese que obtida por meio da análise das características do caso.

Deve ser realizado pelo protesista do CEO:

- Resiliência da mucosa de sustentação.
- Tamanho e forma dos rebordos residuais.
- Inserções de freios e bridas.
- Tórus palatino e mandibular.
- Saliva.
- Domínio muscular.

A partir de todas as informações obtidas pode-se estabelecer o prognóstico, relatando ao paciente as suposições do que é possível acontecer.

Diagnóstico e critérios de inclusão

As necessidades serão identificadas por meio do exame clínico realizado pelo cirurgião-dentista vinculado à rede SUS.

Serão observados os seguintes critérios para inclusão da necessidade do tratamento reabilitador:

- ausência total de dentes em uma ou ambas as arcadas.
- rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de uma prótese.
- ausência de lesões ósseas, de tecidos moles (mucosa e gengiva) ou da região oral.

Critérios de exclusão

- Pacientes com síndrome motora, psiquiátrica ou nervosa severa, que inviabilize o registro de impressão e a confecção e uso da prótese.

- Presença de dentes em condições de serem restaurados ou tratados de forma convencional e que garantam uma condição estética e/ou funcional ao paciente.

6 DISCUSSÃO

O estudo de literatura científica levanta os principais tópicos a serem discutidos em um protocolo de atendimento em saúde bucal, levando em consideração a necessidade de levantamento epidemiológico para priorizar ações. Além disso, viabiliza a divisão de agendamento para atendimento de grupos conforme as demandas, considerando os ciclos de vida e a condição sistêmica.

A elaboração de um protocolo de atendimento em saúde bucal identifica-se como o resultado da necessidade de organização do serviço, processo que se tornou imprescindível com a mudança do perfil do atendimento em saúde bucal no decorrer dos últimos anos. Por muitos anos os cuidados direcionados à saúde bucal dos brasileiros ficaram direcionados quase que exclusivamente aos escolares. A população adulta recebia somente atendimentos de urgência, sendo por isso mutiladores na maior parte dos casos.

Os programas do Governo Federal, como o Brasil Sorridente e outros, trouxeram um diferencial no modelo de assistência em saúde bucal. Essas mudanças foram aplicadas de modo gradativo e crescente, com a inclusão da ESB junto à Equipe de Saúde da Família. No entanto, para se efetivar o cumprimento das novas atribuições da ESB dentro de um contexto que contempla a prevenção e a promoção da saúde aliada ao cuidado, foram necessárias diversas orientações do modo de se proceder nesse modelo. Estas orientações estão presentes em diversos instrumentos disponibilizados pelas secretarias de saúde e pelo Ministério da Saúde, bem como nos programas de Educação Permanente e nas grades curriculares das faculdades de odontologia. A partir desses instrumentos os municípios e as ESF têm parâmetros para se organizarem e criarem seus protocolos de atendimento em saúde bucal com base nas suas particularidades local, na sua equipe e na população adstrita.

Os indicadores de saúde, pactuados pelos municípios junto ao Estado e ao Ministério da Saúde e utilizados como critério para geração de recursos devem ser considerados como parte integrante e fundamental de um protocolo de atendimento. A partir desses indicadores podem-se organizar as metas de produção aos profissionais das ESB e também aos demais profissionais da ESF. Muitas das metas a serem cumpridas dependem do encaminhamento do paciente, da busca ativa, dos dados do diagnóstico situacional, do levantamento epidemiológico e das experiências e percepções de cada membro da equipe. Visando a definição desses indicadores, foram investigadas as portarias das SES e do MS que definem os parâmetros de produção, além dos indicadores do PMAQ, sendo esses identificados pela equipe e pelos gestores.

Desta maneira, foi possível elaborar-se uma proposta básica de protocolo de atendimento em saúde bucal. Para isso também foram utilizadas informações relevantes da

literatura, organizando-se a demanda com noções de priorização do atendimento de grupos específicos dentro das necessidades por ciclo de vida e por condição sistêmica. Um protocolo de atendimento em saúde bucal deve apresentar orientações sobre o acolhimento. A agenda deve ser organizada para contemplar as demandas de educação em saúde, prevenção para procedimentos coletivos e individuais, atendimentos de demanda programada para grupos prioritários e atendimentos oriundos de demanda espontânea. Deve apresentar a linha de conduta para a necessidade de encaminhamentos para a atenção secundária.

Um protocolo de atendimento em saúde bucal será bem fundamentado quando for elaborado pela equipe e for articulado dentro das limitações presentes na tecnologia dura, leve dura e leve a que dispõem a mesma e a população para o qual este estará sendo atribuído.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho possibilitou ampliar a visão da proposta para o atual modelo assistencial a qual a rede pública de saúde se rende no Brasil.

O aprofundamento no teor histórico da saúde bucal provocou a necessidade de se buscar uma nova linha de conduta, permitindo o entendimento dos programas propostos pelos vários níveis de governanças. Possibilitou também o conhecimento sobre as portarias estabelecidas, delegando orientações de organização para se concretizarem as mudanças de conduta necessárias.

Considerando-se a integralidade do cuidado a ser oferecida pela equipe multiprofissional, os protocolos são instrumentos norteadores e embasados que discriminam as atribuições e metas, orientam a linha de conduta dos profissionais dentro da realidade de trabalho em que estão inseridos e descrevem a limitação de recursos e peculiaridades da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mais perto de você - acesso e qualidade - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso: 06 abril 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/download.htm>>. Acesso: 12 jul. 2012.

BRASIL. Portaria nº 1654/GM, de 19 de julho de 2011. 2011b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>> Acesso: 12 jul. 2012

Brasil. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. 2009. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABS>>. Acesso: 12 jul. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2008. 92p. Série Normas e Manuais Técnicos (Caderno de Atenção Básica 17). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso: 13 jun. 2013.

BRASIL. Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-493.htm>>. Acesso: 12 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_brasil_sorridente.pdf>. Acesso: 12 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso: 12 jul. 2012.

BRASIL. Portaria n.º 1101/GM, 12 de junho de 2002. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso: 12 jul. 2012.

BRASIL. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>>. Acesso: 12 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Vigilância Epidemiológica. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - Cárie dental. 1996. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/CNSB/vigilancia.php>>. Acesso: 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Vigilância Epidemiológica. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. 1986. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/CNSB/vigilancia.php>>. Acesso: 13 jun. 2013.

FARIA H et al. Planejamento em saúde - Módulo 3 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, modalidade a distância/UFMG. Belo Horizonte: UFMG. 2009. 64 p.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atenção à saúde bucal. 2006. 46p. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.42.19.eba50c922dc05a3827b80f134b84f477.pdf>. Acesso: 13 jun. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Linha Guia de Saúde Bucal. Belo Horizonte, 2006. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>.

Acesso: 06 abril 2013.

STARFIELD B. Responsabilidade na atenção primária. In: Ministério da Saúde (Org.). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde. 2002, p.207-45.