

FABIANA LOPES DE MORAES MIRANDA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA A REORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE BUCAL DE FELIXLÂNDIA, MINAS
GERAIS**

FELIXLÂNDIA - MINAS GERAIS

2012

FABIANA LOPES DE MORAES MIRANDA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA A REORGANIZAÇÃO DO
SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE BUCAL DE FELIXLÂNDIA, MINAS
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como pré-requisito para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Heriberto Fiuza Sanchez

Banca Examinadora

Prof.: _____ UFMG

Prof.: _____ UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em -----/-----/ 2012

Aos meus filhos queridos, Pedro e Ana Clara, que são a
razão da minha vida.

AGRADECIMENTO

Agradeço aos meus amados três: Pai, Filho e Espírito Santo, aos quais louvo e nos quais deposito minha confiança; ao meu marido, por compreender as minhas ausências e aos meus familiares, por me incentivarem a ir adiante, mesmo nas dificuldades; aos meus queridos pais, que são para mim exemplo de vida; às tutoras Maria de Lourdes, Adriane e Silmeyre, que apostaram em mim e graças à dedicação das mesmas consegui chegar até aqui; ao professor Heriberto Fiuza Sanches, pela valiosa orientação e incentivo; aos meus amigos, pelo apoio; à Bernadete Valadares e a todos que, direta ou indiretamente, socializaram informações e/ou conhecimentos que agregaram qualidade a este trabalho.

Muito Obrigada!

“Mais importante que saber é nunca perder a capacidade de sempre mais aprender. Mais do que poder, necessitamos de sabedoria, pois só esta manterá o poder em seu caráter instrumental, fazendo-o meio de potenciação da vida” (BOFF, 2001).

“Tudo tem a sua ocasião própria, e há tempo para todo propósito debaixo do [céu](#). Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou; tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derribar, e tempo de edificar; tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar; tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de abster-se de abraçar; tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de deitar fora; tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar; tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra e tempo de paz.” (ECCLESIASTES 3,1-8).

RESUMO

O presente TCC apresenta como produto final um Protocolo Clínico de Saúde Bucal, fundamentado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como foco a padronização das condutas clínicas no Município de Felixlândia- MG, objetivando a integralidade da atenção. Foram pesquisados documentos e registros constantes do arquivo de saúde bucal do município de Felixlândia e foi feita pesquisa documental, com revisão de literatura pertinente ao tema, incluindo protocolos análogos de outros municípios brasileiros. Verificou-se a importância da atuação de forma integrada com os demais profissionais da saúde, com um entendimento do processo saúde-doença, bem como, das variações de abordagens de cada faixa etária, em prol de uma população mais saudável. As propostas para o protocolo em saúde bucal do município são expostas através do ciclo de vida. Espera-se que este seja um importante passo para a efetivação de um padrão único e satisfatório das atividades da Equipe de Saúde Bucal de Felixlândia. Trata-se de documento dinâmico sempre apto a ser modificado diante de necessidades de adequações pertinentes.

Palavras-chave: Protocolo Clínico. Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The present TCC shows as final product a Clinical Oral Health Protocol, based on the guidelines of the Unified Health System (SUS), which focuses on standardization of the clinical conducts in Felixlândia municipality, Minas Gerais state, objectifying the integrality of attention. Documents were searched in records on Felixlândia's oral health register and documental research was done with literature review, including similar protocols of other Brazilian municipalities. It was verified the importance of performance in an integrated manner with other health professionals, with an understanding of the health-disease process, as well as variations in approaches of each age group, for a healthier population. The proposals for the protocol in oral health of the town are exposed through the life cycle. It is expected that this is an important step for the effectuation of a unique and satisfactory standard of the activities of Felixlândia's Oral Health staff. It is a dynamic document always able to be modified with the necessities of pertinent adequacies.

Keywords: Clinical Protocol. Health. Family Health Strateg.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD - Auxiliar de Consultório Dentário

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADHB – Atividades Diárias de Higiene Bucal

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

APS - Atenção Primária à Saúde

ART – Tratamento Restaurador Atraumático

AVD – Atividades de Vida Diária

CD - Cirurgião Dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPOD – Índice da Média de Dentes Perdidos Obturados Cariados

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

GOHAI-Geriatric Oral Health Assessment Index

GRS – Gerência Regional da Saúde

GRS – Gerência Regional da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde

PDAPS - Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde

PESMS – Projeto de Educação e Saúde e Mobilização Social

PNE – Paciente com necessidades Especiais

PNI - Política Nacional do Idoso

SB2010 - Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Brasil ano de 2010

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação Ambulatorial Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnico de Higiene Bucal

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE FIGURAS

Fig. 01: Praça Principal de São José do Buriti-----	19
Fig. 02: Unidade Básica de Saúde (UBS) Altino Geraldo da Silva-----	19

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da população por faixa etária no distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)-----	20
Gráfico 2: Distribuição da população por sexo, no distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)-----	20
Gráfico 3: Distribuição da população por escolaridade - Distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)-----	21
Gráfico 4: Distribuição da população por tipo de domicílio do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea19)-----	21
Gráfico 5: Distribuição da população por tratamento de água - Distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)-----	21
Gráfico 6: Distribuição da população por abastecimento de água do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)-----	22
Gráfico 7: Distribuição da população por destino do lixo do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)-----	22
Gráfico 8: Distribuição da população por destino de fezes do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)-----	22
Gráfico 9: Distribuição da população por tipo de energia do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)-----	24
Gráfico 10: Distribuição da população por faixa etária do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)-----	23
Gráfico 11: Distribuição da população por sexo - Distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)-----	24
Gráfico 12: Distribuição da população por escolaridade no distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)-----	24
Gráfico 13: Distribuição da população por tipo de domicílio do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)-----	24

Gráfico 14: Distribuição da população por tratamento da água do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)-----	24
Gráfico 15: Distribuição da população por abastecimento de água do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)-----	25
Gráfico 16: Distribuição da população por destino do lixo do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)-----	25
Gráfico 17: Distribuição da população por destino das fezes e urina do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)-----	25
Gráfico 18: Distribuição da população por tipo de lixo do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)-----	26

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Cronologia da Erupção dos Dentes Decíduos-----	39
Quadro 02: Cronologia da Exfoliação dos Dentes Decíduos-----	43
Quadro 03: Cronologia da Erupção dos Dentes Permanentes-----	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Comparação de diferentes parâmetros estatísticos em saúde bucal entre o município de Felixlândia, o Estado de Minas Gerais e o território nacional-----	28
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 METODOLOGIA	16
4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	17
4.1 ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA EM SÃO JOSÉ DO BURITI	18
4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	28
4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	29
4.4 COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA À SAÚDE	30
4.4.1 Competências Específicas do Cirurgião Dentista	33
4.4.2 Competências Específicas do Técnico em Higiene Dental (THD)	33
4.4.3 Competências Específicas do Auxiliar do Consultório Dentário	34
4.4.4 Possibilidades de Atuação do Agente Comunitário de Saúde	34
5 CRITÉRIOS PARA A CODIFICAÇÃO DO LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL	35

6 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE CONDUTAS CLÍNICAS DA SAÚDE BUCAL POR CICLOS DE VIDA	36
6.1 ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL POR CICLOS DE VIDA	36
6.1.1 Bebês (0 a 24 meses)	37
6.1.2 Crianças (02 a 09 anos)	41
6.1.3 Adolescentes (de 10 a 19 anos)	44
6.1.4 Adulto (de 20 a 59 anos)	45
6.1.5 Idoso (a partir de 60 anos)	47
6.1.6 Atenção à gestante	50
6.1.7 Atenção à saúde de pessoas com necessidades especiais.....	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta como produto final um protocolo Clínico de Saúde Bucal, que nada mais é que um recurso de tecnologia em saúde, classificado como necessário, ao lado dos recursos humanos, físicos ou materiais, para uma otimização dos serviços prestados na área da saúde. Segundo Werneck, *et al.* (2009), os protocolos são orientados pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentados por estudos validados e têm como foco a padronização das condutas clínicas.

Após a promulgação da Constituição de 1988, a competência de cuidar da saúde passou a ser de responsabilidade da União, Estados e Municípios. O primeiro passo em prol da organização dos serviços públicos de saúde, em Felixlândia- MG, foi dado, em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica do Município, que regulamentou as determinações da Constituição de 1988. No seu artigo 225-II, a lei orgânica reafirmou o princípio da Integralidade, o que garante que a pessoa deve ser considerada como um todo no tocante ao cuidado com sua saúde. Evidenciou-se, assim, dentre outras, a importância da saúde bucal e a necessidade de ação de equipes multiprofissionais, o que constitui, desde então, um grande desafio para os profissionais da saúde bucal, uma vez que a atuação dos mesmos restringia-se a quatro paredes, centrada ao uso dos equipamentos e a uma prática individualista.

As diretrizes legais acima descritas vêm sendo reafirmadas através de normas operacionais:

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, além de definirem bases de prática para a atenção primária, propuseram a criação de protocolos para a assistência médica. De acordo com Paim (2004), foram medidas centradas em padrões estabelecidos pela comunidade científica e nos elementos do processo de trabalho no sentido de aperfeiçoar o serviço prestado e aumentar a satisfação do usuário. Em 2006, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) buscou sugerir a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo fosse amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalhos normatizados (WERNECK *et al.* 2009, p. 10).

Segundo Werneck, *et al.* (2009), a maioria dos municípios já têm os seus próprios protocolos, que têm como referência as diretrizes do SUS, e exercem grande influência no modelo de atenção à saúde bucal nos mesmos. O município de Felixlândia não possui ainda seus próprios protocolos. Utiliza-se a Linha-Guia de Saúde Bucal da Secretaria Estadual da Saúde (SES)-MG e o Caderno N^o17 de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS). Esse fato justificou a criação do presente Protocolo de Condutas Clínicas da Saúde Bucal por Ciclos de Vida e Condições de Saúde. Está na hora da Odontologia realmente se inserir como

parte integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Felixlândia e se reorganizar para seguir os princípios do SUS.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº17 (BRASIL, 2008), espera-se que o Cirurgião Dentista (CD) esteja apto a realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento local, com resolubilidade e também coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.

Mudar condutas clínicas arraigadas num determinado contexto cultural é um desafio que requer avaliação, diagnóstico, estudo e sensibilização. A elaboração deste Protocolo constitui um passo importante nesse processo de mudanças, tão necessário em Felixlândia.

Existe uma diversidade de categorias de protocolos, mas este estudo se restringe a um protocolo clínico voltado para a organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal do município de Felixlândia, Minas Gerais (MG), destacando o Distrito de São José do Buriti (*lôcus* de ação da autora). O mesmo é um guia coerente com a realidade local, sem desfocar das Diretrizes do SUS permitindo um melhor enfrentamento de demandas e problemas e ao mesmo tempo uma padronização do serviço odontológico prestado no município, fortalecendo assim o sistema de saúde.

Quando planejamos nossas ações alcançamos com êxito o nosso objetivo. Dessa maneira, elaborando um protocolo capaz de organizar a atenção à saúde bucal dos usuários da ESF de Felixlândia-MG, espera-se contribuir efetivamente para a organização e melhoria da mesma.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um protocolo para Conduta Clínica da Saúde Bucal por Ciclos de Vida do Município de Felixlândia, MG.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Propor diretrizes clínicas para o processo de trabalho em saúde bucal;
- Padronizar as atividades realizadas pelas ESB;
- Organizar o serviço prestado das ESB do município de Felixlândia;
- Contribuir para a melhoria dos índices epidemiológicos em saúde bucal do município, bem como para a qualidade de vida de sua população.

3 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa documental, realizada em duas etapas: a primeira a partir de uma pesquisa criteriosa em documentos e registros constantes dos arquivos do serviço de saúde bucal do município em foco, para diagnosticar e contextualizar o problema e, também, em uma coleta de dados junto a órgãos públicos como a Companhia de Águas e Saneamento (COPASA) e Prefeitura Municipal, bem como em entrevistas orais, para elaboração do Diagnóstico Situacional. Num segundo momento, através de revisão da literatura pertinente, em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e da Biblioteca Virtual do Nescon/UFMG. A leitura de protocolos já existentes, como os da SES-MG, Prefeitura de Caratinga-MG, Curitiba-PR, Pirapora- MG, Belo Horizonte- MG serviu de referencial teórico e técnico.

4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O município de Felixlândia, segundo dados coletados na Prefeitura Municipal e no escritório local da COPASA, está situado na região Centro Norte de Minas, às margens do Rio São Francisco, limita-se com os municípios de Três Marias, Corinto, Morro da Garça, Curvelo, Pompéu e Morada Nova de Minas.

O nome do município é em homenagem ao Padre Félix Ferreira da Rocha, que doou meia légua de terras de sua sesmaria da beira dos rios Bagre e Peixe para a construção de uma capela para Nossa Senhora da Piedade, padroeira da cidade.

É popularmente conhecida pela sua tradicional festa em homenagem a Nossa Senhora da Piedade, a qual acontece no mês de agosto, quando a cidade recebe vários turistas e romeiros. Possui uma economia baseada na extração de ardósia, na fabricação de produtos alimentícios, na agropecuária e indústria de extração e beneficiamento da madeira.

Localizado a 95 km de Belo Horizonte, possui uma população composta por 14.287 habitantes, na sua maioria jovem, onde a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de aproximadamente 95%, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE-2010). A Atenção Primária à Saúde (APS) é formada por cinco ESF com 32 microáreas, sendo 13 abrangendo as duas equipes da zona rural e as outras 19 atendendo às três equipes da zona urbana. Somente uma ESF Urbana e uma ESF Rural contam com a inclusão da Saúde Bucal, devido, principalmente, à falta de estrutura física.

Possui 02 distritos e 05 localidades rurais com características de ocupação urbana/rural, já que são conjuntos de pequenas aglomerações, com características de assentamento rural.

Sob o ponto de vista dos assentamentos, o território municipal apresenta duas áreas com características distintas, que coincidem com a divisão do território feita pela BR 040.

A parte do território localizada entre o lago de Três Marias e a BR 040 é caracterizada por abrigar grandes áreas com culturas de eucalipto e as aglomerações urbanas dos Distritos de São José do Buriti, de São Geraldo do Salto, a localidade de Lagoa do Meio e Ilha do Mangabal. Essa região, próxima ao Lago de Três Marias, apresenta crescente desenvolvimento do turismo, que vem sendo gradativamente impulsionado.

Entre a BR 040 e as divisas com os municípios de Morro da Garça e Corinto, estão comunidades cujas edificações são mais espaçadas, com casas isoladas e distantes. São considerados com características urbanas, apenas por possuírem prédios públicos como escola

e centro comunitário. Dentre essas localidades destacam-se: Piancó, Mucambinho e Marmelada.

Uma ESF Rural atua na Unidade Básica de Saúde (UBS) Altino Geraldo da Silva, localizada em São José do Buriti. Esta atende não só São José do Buriti, mas as localidades de Várzea do Buriti, Faveira, Tronco, Cabeceira do Buriti, Lages, Lagoa do Meio, e Ilha do Mangabal.

Porém, a outra ESF Rural está inserida no centro urbano dividindo a UBS Centro de Saúde Carlos Gualberto com outra ESF Urbana e a Epidemiologia. Devido ao difícil acesso a São José do Buriti e ao fato de uma localidade rural ser distante da outra em aproximadamente 100 km, viu-se a necessidade de serem duas equipes de zona rural. A divisão se deu devido à extensão territorial e não ao número de habitantes por ESF.

4.1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO JOSÉ DO BURITI

A Equipe do ESF Rural de São José do Buriti, segundo dados coletados nos registros constantes dos arquivos do serviço de saúde bucal, é composta por Agente Comunitário de Saúde (ACS), médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, cirurgião dentista (CD), auxiliar de consultório dentário (ACD), recepcionista e faxineira.

Além de atendimento individual na UBS Altino Geraldo da Silva, são realizados procedimentos coletivos como grupos operativos de Hipertensos e Diabéticos, gestantes, visitas domiciliares de toda a equipe, de acordo com a demanda. Grupos de caminhada também fazem parte das atividades realizadas no ESF-Rural.

O distrito de São José do Buriti localiza-se a 45 km da sede do município e possui acesso através de via não pavimentada. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, o distrito possui, aproximadamente, 658 edificações predominando o uso residencial unifamiliar e as altimetria de 01 pavimentação.

A maioria das vias não possui pavimentação e meio fio, ocasionando erosões nos períodos de chuva e dificultando o acesso às residências.

Há limpeza pública no distrito e o lixo é coletado todos os dias e levado para aterro. Animas soltos, como cavalos, cachorros e galinhas contribuem para que o lixo fique espalhado pelas ruas. Possui, como principais centros de lazer, 01 praça, 01 quadra poliesportiva, 01 igreja e 01 campo de futebol. Possui, também, 01 Escola Municipal com o pré-escolar e 01 escola Estadual de Educação Básica.



Fig. 01: Praça Principal de São José do Buriti

O transporte coletivo da cidade ao distrito é realizado, diariamente, pela Empresa de Transporte Rodoviário Sertaneja, em três horários distintos, com um custo de R\$6,50. Não há sinal de telefonia celular no distrito e apenas 05 telefones públicos servem à população.

Segundo moradores, além da pesca, os principais empregadores são a Prefeitura e as empresas ICAL e Mannesman. Nas proximidades da área urbana do distrito, há uma comunidade Hippie reconhecida pela fabricação artesanal de bijuterias, que oferece oportunidade de serviço principalmente aos jovens.

A festa de São José, padroeiro do distrito, é uma das principais manifestações culturais e no período do carnaval é quando há maior visitação de turistas.



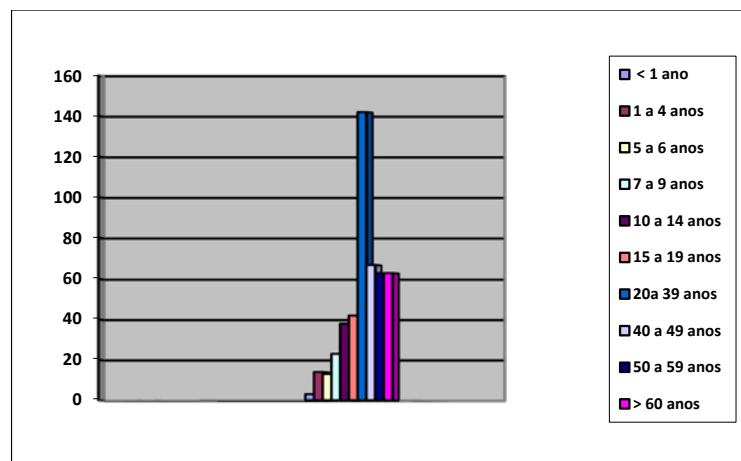
Fig. 02: Unidade Básica de Saúde (UBS) Altino Geraldo da Silva

O Distrito de São José do Buriti conta com 02 ACSs. A microárea 19 (centro norte e campina grande) possui 149 famílias, com 494 pessoas, sendo que a maioria é alfabetizada. A microárea 25 (centro sul e prainha) possui 160 famílias, com 480 pessoas, sendo que a maioria é alfabetizada. Em ambas as microáreas, o tratamento de água no domicílio é feito

por cloração, o abastecimento de água é por rede pública. Há coleta pública do lixo. As casas possuem fossas. Somente nos “ranchos” próximos à represa não existe energia elétrica.

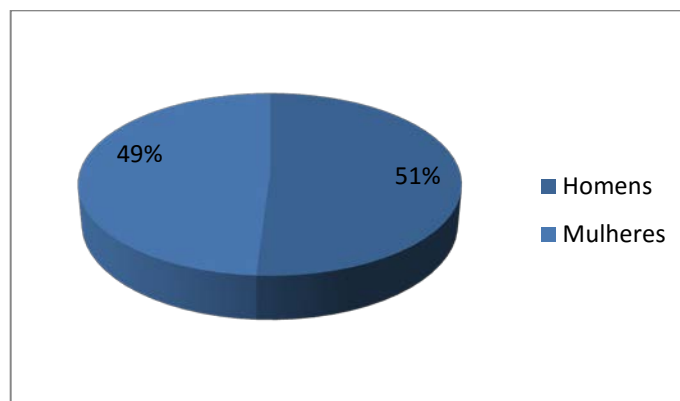
Como forma de possibilitar uma melhor visualização das condições urbanas e sociais do Distrito de São José do Buriti são apresentados gráficos sobre as realidades desse distrito de Felixlândia.

Gráfico 1 - Distribuição da população por faixa etária no distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)



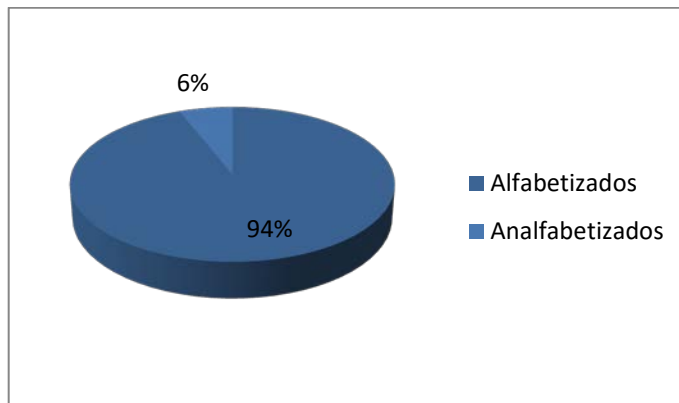
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 2 - Distribuição da população por sexo, no distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)



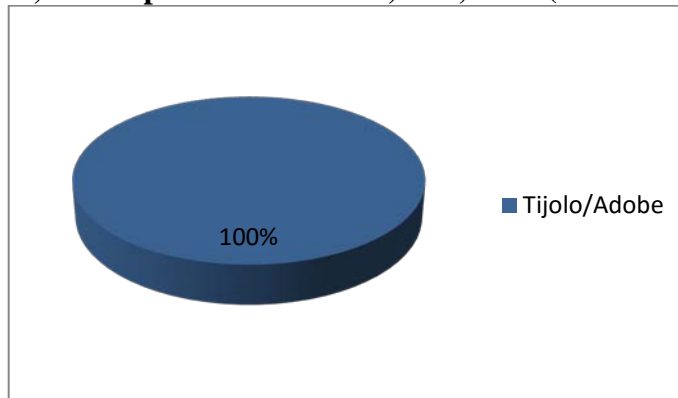
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 3 - Distribuição da população por escolaridade - Distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)



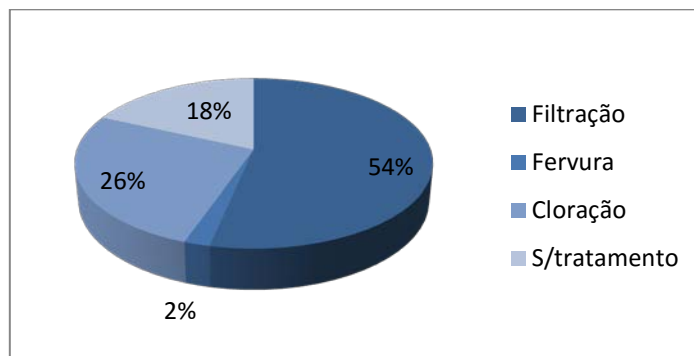
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A)

Gráfico 4 - Distribuição da população por tipo de domicílio do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea19)



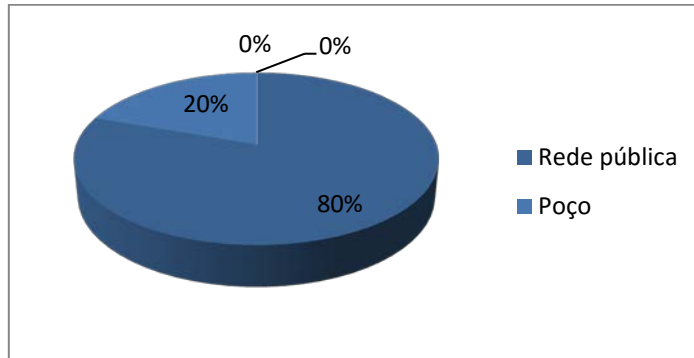
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A)

Gráfico 5 - Distribuição da população por tratamento de água - Distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)



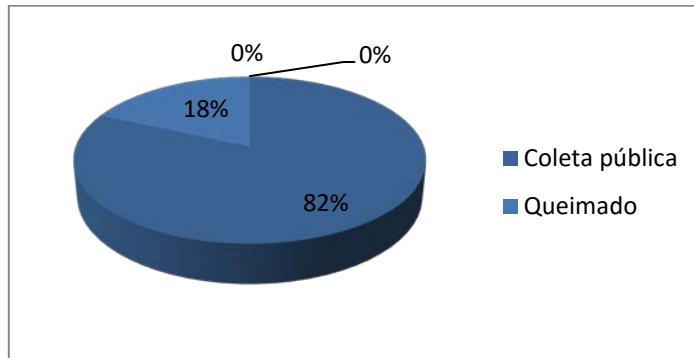
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 6 - Distribuição da população por abastecimento de água do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)



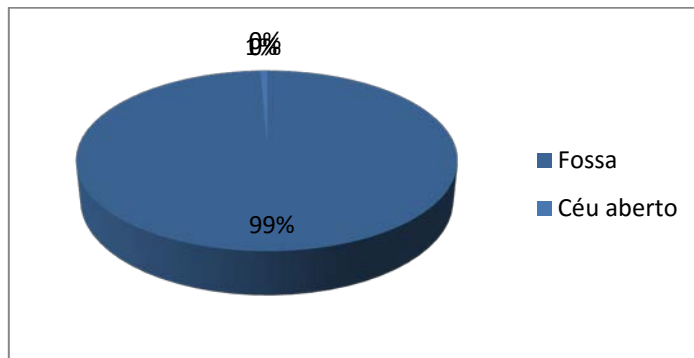
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 7 - Distribuição da população por destino do lixo do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)



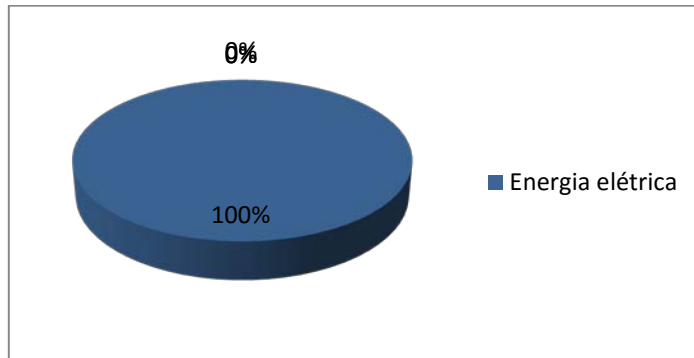
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A)

Gráfico 8 - Distribuição da população por destino de fezes do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)



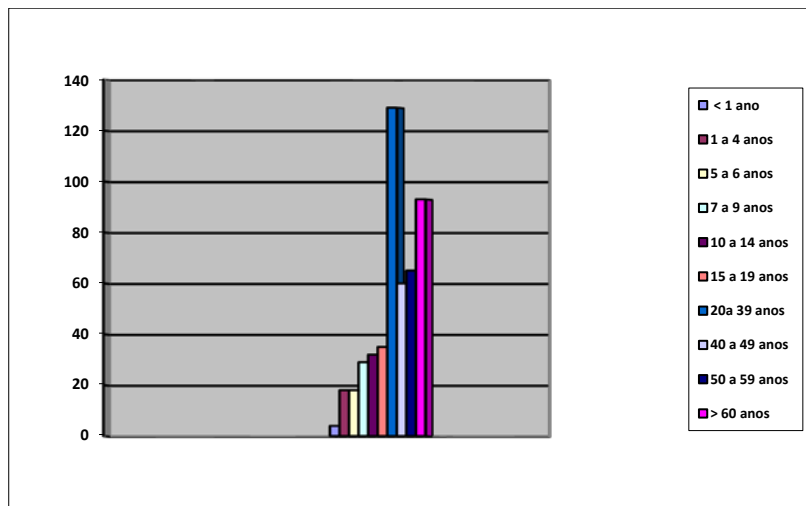
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 9 - Distribuição da população por tipo de energia do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 19)



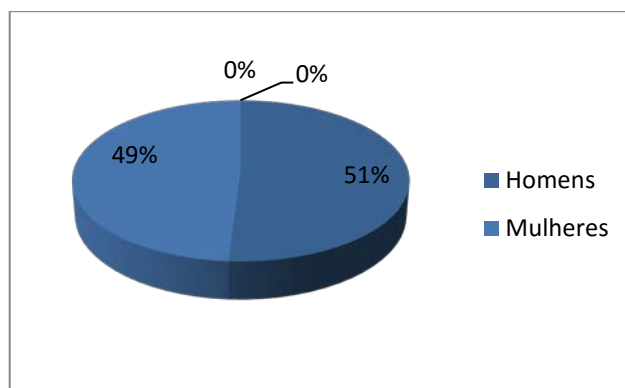
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 10 - Distribuição da população por faixa etária do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)



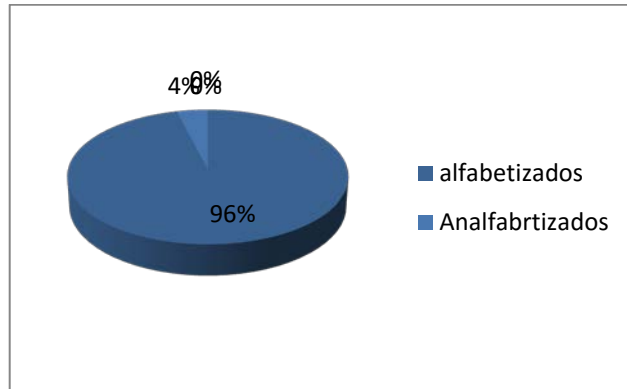
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 11 - Distribuição da população por sexo - Distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25).



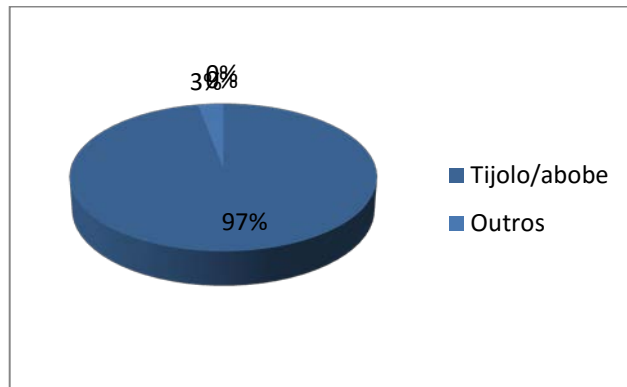
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A)

Gráfico 12 - Distribuição da população por escolaridade no distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25).



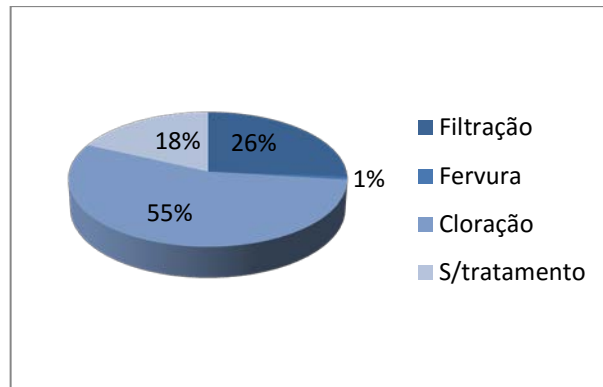
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 13 - Distribuição da população por tipo de domicílio do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)



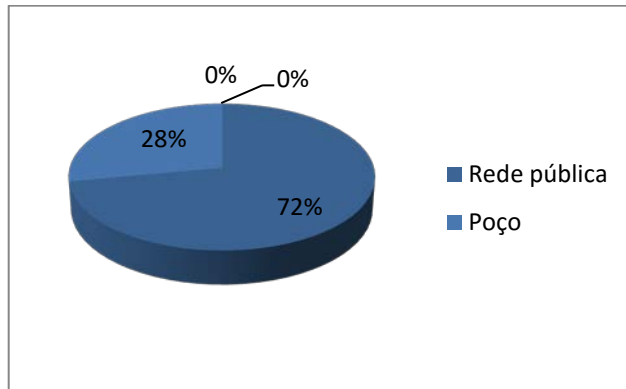
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A)

Gráfico 14 - Distribuição da população por tratamento da água do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)



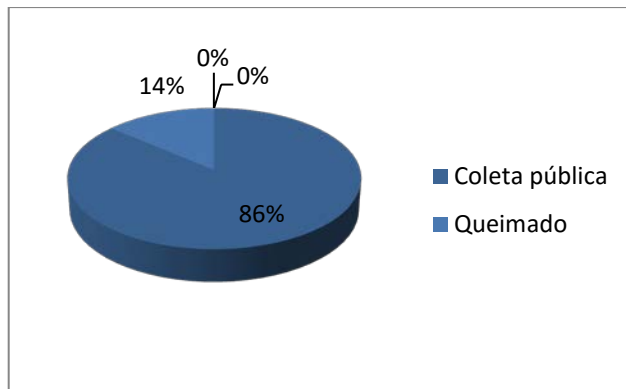
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 15 - Distribuição da população por abastecimento de água do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)



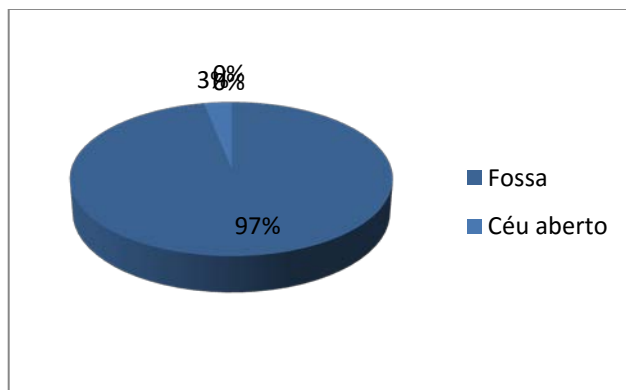
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 16 - Distribuição da população por destino do lixo do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)



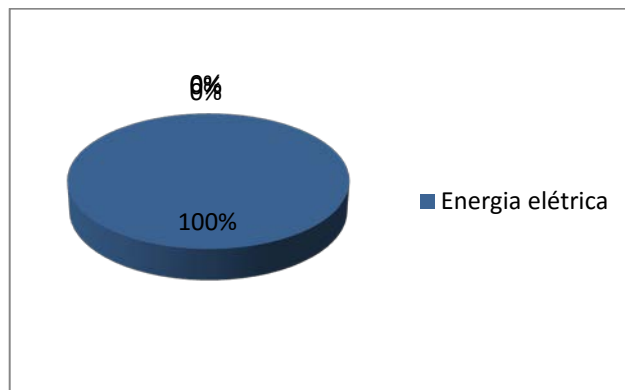
Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 17 - Distribuição da população por destino das fezes e urina do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)



Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Gráfico 18 - Distribuição da população por tipo de lixo do distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia, MG, 2012 (microárea 25)



Fonte: Formulário de Cadastro Familiar da ESF (Ficha A).

Conforme já citado, a UBS “Altino Geraldo da Silva”, localizada em São José do Buriti, atende não só o distrito de São José do Buriti, mas as localidades de Várzea do Buriti, Faveira, Tronco, Cabeceira do Buriti, Lages, Lagoa do Meio, e Ilha do Mangabal. Para melhor contextualização de sua área de abrangência, será apresentada uma descrição sucinta das localidades atendidas pela mesma.

Praticamente anexada ao distrito de São José do Buriti, Várzea do Buriti é um povoado extenso, que se caracteriza pela ausência de infra-estrutura básica como pavimentação, meio fio e drenagem pluvial. Predomina o modelo habitacional unifamiliar, altimetria de 01 pavimento e baixo padrão construtivo. Não há escola. Os alunos são transportados para São José do Buriti. A Prefeitura realiza coleta de lixo três vezes por semana. Num total de 92 famílias, com 220 pessoas a maioria é alfabetizada. O tratamento de água é feito por cloração, através da COPASA no local. O abastecimento de água é feito pela rede pública, as casas possuem fossas. 100% das casas possuem energia elétrica.

A 18 km de São José do Buriti, a Ilha do Mangabal é um povoado onde o acesso de não moradores depende de permissão prévia. Existe uma portaria funcionando 24 horas, checando a entrada e saída das pessoas. Há uma Associação de Moradores que trabalha para melhorar a infra-estrutura da área. Existem 02 pousadas particulares, abertas ao público. Num total de 48 famílias, com 120 pessoas, todas são alfabetizadas. O tratamento de água é feito por cloração, há atuação da COPASA no local. O lixo é coletado pela prefeitura, e as casas possuem fossas. 100% das casas possuem energia elétrica.

A localidade da Faveira é localizada próxima a São José do Buriti, e Buritizinho e Riachão localizam-se próximos à BR 040. São localidades com casas afastadas. Possui uso predominante residencial unifamiliar, altimetria de um pavimento e baixo padrão produtivo.

Não possuem nenhuma atividade de lazer. Num total de 99 famílias, com 399 pessoas, a maioria é alfabetizada. O tratamento de água é feito por filtração e fervura. O abastecimento de água é poço ou nascente. O lixo é queimado, e as casas possuem fossas, 98% das casas possuem energia elétrica.

As Localidades do Tronco, Cabeceira do Buriti, Cabeceira do Palmito, Jacaré e Lajes possuem casas afastadas, alguns lugares com difícil acesso. Possuem uso predominante residencial unifamiliar, altimetria de um pavimento e baixo padrão produtivo. Não possuem nenhuma atividade de lazer. Num total de 72 famílias, com 259 pessoas a maioria são alfabetizados. O tratamento de água é feito por filtração e fervura. O abastecimento de água é poço ou nascente. O lixo é queimado, e as casas possuem fossas, 99% das casas possuem energia elétrica.

Lagoa do Meio dista 45 km da sede do município, e 17 km do distrito de São José do Buriti com acesso através de via não pavimentada. Possui uso predominante residencial unifamiliar, altimetria de um pavimento e baixo padrão produtivo. As vias não possuem meio fio e pavimentação, ocasionando erosão e poeira excessiva para os moradores das margens da estrada. O lixo é coletado pela prefeitura uma vez por semana. O campo de futebol é a principal área de lazer. A localidade possui uma escola municipal que atende alunos do maternal ao 9^o ano do ensino fundamental. O ensino médio é realizado no distrito de São José do Buriti. O transporte para a cidade sede é realizado pela empresa Sertaneja, três vezes ao dia, com um custo de R\$ 6,70. Uma das principais queixas da comunidade é a ausência de policiamento, Posto de Saúde e áreas de lazer. Num total de 77 famílias, com 340 pessoas, a maioria é alfabetizada. O tratamento de água é feito por filtração e fervura. O abastecimento de água é poço ou nascente. O lixo é coletado pela prefeitura e as casas possuem fossas, mas existem residências sem banheiro que estão sendo contempladas com o Projeto de Educação e Saúde e Mobilização Social (PESMS), que disponibiliza recursos para instalação sanitária e pia. 100% das casas possuem energia elétrica. É a localidade mais carente de todo o município.

Em geral, as vias de acesso a essas comunidades encontram-se em bom estado de conservação, por estar na região do município com predomínio de grandes culturas de eucalipto, em que a manutenção fica a cargo das empresas como ICAL, Plantar S.A. O Lago de Três Marias e belas veredas compõem a paisagem dessa região, que constitui o potencial turístico do município.

4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Não há registros anteriores a 2010 de Levantamento Epidemiológico da Saúde Bucal no município de Felixlândia, salvo os dados do produto final das oficinas III e VII do Plano Diretor de Atenção Primária da Saúde (PDAPS) proporcionado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-MG) com apoio da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), através da Gerência Regional da Saúde (GRS) de Sete Lagoas, na Microrregional de Curvelo no ano de 2010.

O quadro epidemiológico de Felixlândia no ano de 2011 não apresenta grande variação quando comparado com os dados de Minas Gerais e do Brasil obtidos pelo Levantamento Epidemiológico do Brasil (BRASIL, 2010) que teve seus dados finalizados neste ano de 2012.

Devido à história dos modelos assistenciais na saúde bucal brasileira, o resultado é uma população adulta mutilada, idosos edêntulos, jovens sem nenhuma instrução de como cuidar de sua saúde, um Índice da Média de Dentes Perdidos Obturados Cariados (CPOD) aceitável pela Organização Mundial da Saúde, (ceo-d) baixo.

Para um melhor entendimento da situação da saúde bucal do município de Felixlândia em relação à realidade ao Estado de Minas Gerais e ao território nacional é apresentada uma tabela que possibilita uma visualização dos dados epidemiológicos encontrados, sem qualquer intenção de inferência estatística entre os valores dos três entes da federação, município, estado e nação.

Tabela 01- Comparação de diferentes parâmetros estatísticos em saúde bucal entre o município de Felixlândia, o Estado de Minas Gerais e o território nacional, 2010

Parâmetro	Brasil	Minas Gerais	Felixlândia
Proporção de crianças livres de cárie aos 05 anos	43,5%	48,4%	45%
CPOD aos 12anos	2,1	1,7	2,9
Proporção de adolescentes com todos os dentes			

presentes	86,3%	88,1%	84,7%
Proporção de adultos com 20 ou mais dentes funcionais	31,2%	33,2%	30,8%
Proporção de idosos com 20 ou mais dentes funcionais	7,3%	7,3%	6,9%

Fonte: SB2010 e Levantamento epidemiológico do município de Felixlândia- MG no ano de 2010, como produto final da oficina III e VII do PDAPS.

A Estratégia de Saúde da Família como uma política nacional de APS, atendendo ao princípio da integralidade no atendimento, voltada para a prevenção de agravos, promoção de saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde, nos parece ser o caminho para reverter o quadro epidemiológico vigente. A integralidade é, pois, uma luz no fim do túnel, visto que parece longe de ser sanado o acesso dos adultos ao serviço odontológico; o atendimento nesta faixa etária ainda é um grande desafio a ser vencido.

4.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) define:

Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território- processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio- cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. (CONASEMS, s.d, p. 07)

Considerando que as práticas de saúde bucal do município de Felixlândia são estritamente curativas, sem vínculo ao usuário, não se preocupando com prevenção nem resultados, viu-se uma necessidade de maior abrangência e qualificação da saúde bucal para a

população. A implantação da Saúde Bucal nas ESF foi uma evolução da atenção primária para promoção de saúde bucal.

“A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p.01).

A opção do município em implantar as ESB em todas as ESF tem como objetivo melhorar a qualidade e aumentar a cobertura dos serviços odontológicos à população carente, sem hábitos de higiene, e sem conhecimentos ampliados dos determinantes de saúde-doença, com fácil acesso a todos. Assim, pretende-se alcançar um maior número de pessoas de risco social elevado que, conseqüentemente, possuem os piores índices epidemiológicos.

A inserção da ESB na ESF é uma das prioridades na APS. Tal proposta vai ao encontro da precária disponibilidade de profissionais de saúde preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos a uma população, que precisa de uma porta de entrada ao sistema de saúde.

4.4 COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um CD com características humanísticas, com sensibilidade social, generalista, tecnicamente competente é necessário para atender com qualidade a população, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Odontologia:

Cirurgião dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2001, p. 09)

O capítulo da Constituição Brasileira que define o SUS também é responsável pela competência do mesmo: “*Compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área da Saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico*” (BRASIL, 1988 - Constituição Federal, Art. 200, incisos III e IV, p. 134). Segundo Morita & Kriger (2003), quanto à formação dos profissionais em odontologia, existe um atraso histórico em relação ao perfil exigido pelas

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o que torna um desafio integrar a Saúde Bucal ao novo contexto interdisciplinar e multiprofissional exigido pelo SUS.

O novo perfil de profissionais exigido pelo Sistema Único de Saúde está claramente explicitado no objetivo das DCN: “*Construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, bem como, para atuarem, com qualidade e resolutividade no Sistema Único de Saúde*” (MORITA; KRIGER, 2003, p.18).

Nas DCN de Odontologia de fevereiro de 2002, também se destaca:

A formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe (Resolução CES/CNE nº 03 - DCN/Odontologia. *Apud* MORITA; KRIGER, 2003, p.18).

O artigo 4º das Diretrizes Curriculares Nacionais/ Odontologia diz que o CD deve ser capaz de:

- pensar criticamente;
- tomar decisões;
- ser líder;
- atuar em equipes multiprofissionais;
- planejar estrategicamente para contínuas mudanças;
- administrar e gerenciar serviços de saúde;
- aprender permanentemente.

No artigo 5º das diretrizes acima citadas, consta que o CD deve ser capaz de: “*atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde, baseado na convicção científica, de cidadania e de ética*” (BRASIL, 2001, p. 10).

Diante de uma equipe multidisciplinar com atividades distintas e condutas diversificadas viu-se a necessidade de ordenar as atuações específicas e as ações comuns a todos os integrantes da ESF.

Seguem-se as competências dos profissionais das ESB, com bases nas definições legais para cada categoria profissional e nas atribuições definidas pela Portaria 648/MS de 28/03/2006. São atribuições comuns a todos os profissionais (BRASIL, 2006):

1) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relacionados ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- 2) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário;
- 3) realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- 4) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- 5) realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- 6) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- 7) responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- 8) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- 9) promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando o controle social;
- 10) identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- 11) garantir a qualidade do registro das atividades nos Sistemas de Informação na Atenção Básica (SIAB) e Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA);
- 12) participar das atividades de educação permanente;
- 13) realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

A prioridade deve ser um atendimento humanizado:

(...) o tempo de uma consulta não deve ser medido nos minutos de sua duração, mas no tempo durante o qual vamos acumulando conhecimentos a partir da atenção continuada. Talvez hoje sejam cinco minutos, outro dia trinta minutos, e será tão importante a frequência das consultas quanto as atividades em grupo, as visitas domiciliares e as atividades de promoção à saúde, como as Academias da Cidade e as práticas do Lian Gong. Esse conhecimento cumulativo só se torna possível através da abordagem centrada na pessoa e de uma agenda longitudinal, que permita o vínculo cada vez mais forte do usuário com o seu serviço e seus profissionais de saúde. Assim, nossos usuários passam a ter nome, endereço, identidade, e não são mais traduzidos como asmáticos, diabéticos ou poliquêixosos (MINAS GERAIS, 2010, p.14).

4.4.1 Competências Específicas do Cirurgião Dentista

- 1) realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- 2) realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- 3) realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;
- 4) encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- 5) coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- 6) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- 7) contribuir e participar das atividades de educação permanente do Técnico de Higiene Dental (THD), ACD e ESF;
- 8) realizar supervisão técnica do THD e ACD;
- 9) participar do gerenciamento dos insumos necessários para adequado funcionamento da UBS.

4.4.2 Competências Específicas do Técnico em Higiene Dental (THD)

- 1) realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- 2) coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- 3) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- 4) apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

5) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

4.4.3 Competências Específicas do Auxiliar de Consultório Dentário

- 1) realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- 2) proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- 3) preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- 4) instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- 5) cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- 6) organizar a agenda clínica;
- 7) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros de equipe da saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- 8) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do PSF.

4.4.4 Possibilidades de atuação do Agente Comunitário de Saúde

- 1) desenvolver ações de promoção de saúde;
- 2) identificar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal;
- 3) identificar necessidades, barreiras e risco em relação à saúde bucal junto às famílias;
- 4) identificar usuários com necessidade de encaminhamento à equipe de saúde bucal a partir do conhecimento da priorização do atendimento e dos sinais de risco; 5) identificar usuários com necessidade de visita domiciliar por parte da ESB.

5 CRITÉRIOS PARA A CODIFICAÇÃO DO LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES EM SAÚDE BUCAL

Para um agendamento de atendimento com mais equidade respeitando uma das diretrizes do SUS, a melhor conduta é codificar os usuários de acordo com suas necessidades. Para padronizar foi escolhida a codificação da Prefeitura de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2006, p. 02):

CÓDIGO 0 - não apresenta dente permanente e/ ou temporário com cavidade. Não necessita de restauração ou extração;

CÓDIGO 1 - apresenta até 03 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes necessitando de restauração e/ou extração;

CÓDIGO 2 - apresenta de 04 a 08 dentes permanentes ou temporários com cavidades evidentes, necessitando, assim, de restauração e/ou extração;

CÓDIGO 3 - apresenta mais de 8 dentes permanentes ou temporários com cavidades necessitando de restauração e/ou extração;

CÓDIGO 4 - apresenta indicação de exodontia do restante dos elementos dentais. Aplica-se em usuários adultos com grande número de restos radiculares onde a prótese total aparece como solução mais indicada;

CÓDIGO 5 - apresenta a cárie dentária sob controle. A doença periodontal apresenta-se como o maior problema.

- Deve-se marcar com um asterisco quando houver queixa de dor aguda.

6 ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO DE CONDUTAS CLÍNICAS DA SAÚDE BUCAL POR CÍCLOS DE VIDA

Na organização das ações e serviços de saúde, o planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, conhecer os principais problemas e necessidades da população. Permite, ainda, uma análise desses problemas, bem como, busca elaborar propostas capazes de solucioná-los. Como há vários tipos de Protocolos de Condutas Clínicas de Saúde Bucal, optou-se aqui por um plano de ação viabilizado pela percepção das variações presentes em cada faixa etária e desenvolvimento de ações multiprofissionais.

6.1 ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL POR CICLOS DE VIDA

Com a elaboração de um Protocolo de Condutas Clínicas para a Saúde Bucal por Ciclos de Vida, objetiva-se a organização e a padronização dos serviços ofertados à população em geral, visando-se a cumprir o princípio da longitudinalidade, principalmente:

Longitudinalidade: aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Consiste, ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e família. Poderia ser traduzida como o vínculo, a “relação mútua” entre o usuário e o profissional de saúde, e a continuidade enquanto oferta regular dos serviços (BRASIL, 2008, p. 11)

Como ciclo de vida é compreendido “*movimentos e alterações que ocorrem ao longo da história familiar, apresentando padrões de relativa previsibilidade constituindo-se em diversos estágios de desenvolvimento e exigindo adaptação e ajustamento dos membros*” (MOYSES, 2008, p.01).

A equipe de saúde bucal pode ser a porta de entrada no sistema de saúde, por isso, é interessante que ela esteja atenta a sinais e sintomas nas diferentes faixas etárias que demandam encaminhamento para a equipe de saúde, para diagnóstico.

As ações podem ser mais eficazes e efetivas, se organizadas por meio do ciclo de vida do indivíduo:

- BEBÊS
- CRIANÇAS
- ADOLESCENTES
- ADULTOS
- IDOSOS

- ATENÇÃO À GESTANTE

- ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.

É muito importante o conhecimento da família e de seus hábitos para que possamos traçar as condutas necessárias para cada usuário em específico. Segundo Starfield (2002):

O conhecimento da família oferece não apenas o contexto para avaliação dos problemas dos pacientes e ajuda a isolar a probabilidade de diversos diagnósticos possíveis, mas também é importante na decisão a respeito de uma intervenção apropriada, porque as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar diferentes tratamentos e manejar estratégias (STARFIELD, 2002, *apud* FEPEG, 2011, p. 01).

Atualmente tem se adotado um conceito muito amplo de família. As famílias são reconhecidas como um grupo de pessoas que convivem sob o mesmo teto, e que tenham valor significativo, sejam parentes ou não parentes:

A família é o conjunto de pessoas, ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados (IBGE, 2010, p. 272).

6.1.1 Bebês (0 a 24 meses)

Atenção à saúde bucal da criança tem seu início durante o período de gestação, com orientações à gestante, tanto em atendimentos individuais como em grupos operativos, as quais favorecem o início dos cuidados precocemente, antes mesmo da erupção dos dentes. As cuidadoras e futuras babás também devem participar dos grupos de educação em saúde bucal.

As ações devem ser multiprofissionais, de uma forma a não se criar um grupo específico para não demandar tempo excessivo da equipe e prejudicar outros usuários.

Estimulando a futura mãe com novos hábitos alimentares saudáveis, certamente irá se desenvolver uma melhor condição de saúde bucal para o seu filho, pois a prevenção da cárie dentária, através do controle da dieta pode ser desenvolvida desde a vida intra-uterina, especificamente, a partir do quarto mês de gestação, período em que se inicia o desenvolvimento do paladar do bebê.

Já nos primeiros meses de vida do bebê, podem surgir na família, os primeiros hábitos inadequados como, por exemplo, amamentação noturna, com ausência de higiene bucal e estimulação para o uso de chupetas.

De acordo com a Linha Guia da SES-MG, (MINAS GERAIS, 2006) é necessário priorizar alguns requisitos a serem trabalhados com a família para sua sensibilização e consequente incorporação de novos hábitos saudáveis para os bebês:

- Importância dos dentes decíduos e controle dos fatores de risco em saúde bucal.
- A importância de a gestante cuidar de sua própria saúde bucal.
- O aleitamento materno tem um papel importante no desenvolvimento do bebê e na prevenção de problemas ortodônticos.
- Ao amamentar, a criança exercita os músculos faciais, promovendo a instalação da respiração nasal, o crescimento harmônico da face e, conseqüentemente, o desenvolvimento adequado da oclusão, da fala e da deglutição.
- Aleitamento é uma medida importante na prevenção da respiração bucal, da deglutição atípica, da má oclusão.
- O leite materno deve ser exclusivo até os 06 meses de idade, e a partir dessa idade incentivado o uso de alimentos em colheres e copos e a diminuição gradual das mamadas durante a madrugada.
- Em caso de impossibilidade de amamentação, o bico da mamadeira deve ter um furo pequeno, para estimular a sucção. Por uma questão de higiene os objetos do bebê - como colher, copo, chupeta, escova de dente e bico de mamadeira - não devem ser colocados na boca de outras pessoas, devendo-se também evitar beijar o bebê na boca.
- Como o sistema imunológico do bebê ainda não está maduro, esses cuidados evitam a transmissão de muitas doenças.

A partir do irrompimento do primeiro dente decíduo, deve-se realizar a higienização, sempre após as refeições com uma escova adequada para a faixa etária da criança. Deve-se também, usar creme dental sem flúor até os 5 anos de idade, fase em que a criança já tem um controle de deglutição e não ingere o flúor. O creme dental com flúor pode ser empregado em casos de crianças com alto índice cariogênico, bem como, em casas que não possuem água fluoretada.

Segundo Cury, *et al.* (2001), “o cirurgião dentista deverá orientar aos pais e cuidadores a dispensarem pequena quantidade do creme dental na escova da criança e após a escovação remover o excesso com gase” (apud CARDOSO, 2011, p. 31). Além disso, segundo Resende, *et al.* (2005), o CD deve “alertar enfaticamente os pais e cuidadores sobre os problemas relacionados à ingestão de mamadeiras noturnas, pois a criança adormece e impossibilita a higienização bucal” (apud CARDOSO, 2011, p. 31).

O quadro abaixo apresenta a idade correspondente à erupção dos dentes decíduos, quando os cuidados com a higiene bucal e a alimentação adequada devem ser intensificados.

Quadro 01: Cronologia da Erupção dos Dentes Decíduos

ERUPÇÃO DOS DENTES DECÍDUOS

	DENTES SUPERIORES	DENTES INFERIORES
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 e Atenção a Saúde Bucal. (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2004).

No período da erupção dos dentes decíduos, a dieta deve ser considerada:

De acordo com a cultura e os hábitos alimentares em cada local, incentivar a introdução de alimentos saudáveis, que favoreçam a mastigação e a limpeza dos dentes. Alertar para o fato de que o consumo exagerado e frequente do açúcar pode constituir fator de risco para a cárie dentária e outras doenças. Incentivar o consumo de alimentos que contenham açúcar natural (frutas e leite), por serem menos significativos na etiologia da cárie (BRASIL, 2008, p. 54).

Ainda no período de erupção dos dentes decíduos, deve-se considerar as orientações contidas na Linha Guia de Saúde Bucal (MINAS GERAIS, 2006):

- Nessa idade começa o trabalho com a família em direção a uma alimentação saudável, que não condiz com o consumo excessivo e frequente de açúcar.
- A lactose é considerada o açúcar menos cariogênico e deve haver um incentivo às mães para que não adocem artificialmente as mamadeiras de seus filhos.
- E sempre importante levar em consideração o significado do açúcar, como esse significado é construído no contexto social e familiar, e quais os determinantes para a formação desses conceitos.
- Para muitas mães, adoçar a mamadeira pode significar um ato de amor para com o filho, para que ele mame mais e com mais prazer, e esses conceitos têm de ser trabalhados junto à mãe pela equipe.
- A "cárie de mamadeira" ou cárie precoce da infância caracteriza-se por uma evolução muito rápida, associada à dieta cariogênica e à má higienização, principalmente após a amamentação noturna com sacarose e sem posterior limpeza dos dentes.
- As mães devem ser orientadas também a não passar açúcar, mel, ou algum outro produto que contenha açúcar na chupeta do bebê, e a fazer uso do açúcar natural encontrado nas frutas.

- A partir dos 12 meses, com a presença dos dentes decíduos, torna-se importante o incentivo a uma dieta mais consistente, sólida e menos líquida, de modo a se incentivar também o correto desenvolvimento da face, da musculatura, da fala, e da mastigação.

A sucção não nutritiva (dedo, chupeta, entre outros) proporciona à criança um prazer especial, aquecimento e proteção, podendo se tornar um hábito de sucção persistente, adotado pela criança em resposta a frustrações e para satisfazer sua ânsia e necessidade de contato (MINAS GERAIS, 2006, 156).

Até os 03 anos, o hábito não causa alterações irreversíveis. Caso seja necessário o uso de mamadeiras e chupetas, que os pais sejam orientados a usarem os bicos ortodônticos e a remoção deve ser feita o mais cedo possível, de forma gradativa, distraindo a criança com muito amor e compreensão (MINAS GERAIS, 2006).

Toda criança deve ser mantida sob constante supervisão nesse período de erupção dos dentes decíduos, quando é comum acontecer traumatismos:

Devido à incidência de lesões traumáticas nos dentes decíduos neste período em que a criança começa a andar e correr sem possuir ainda coordenação motora suficiente, é importante um trabalho de orientação para pais, bem como em creches e outros ambientes a serem identificados, de forma a esclarecer sobre aspectos preventivos e cuidados imediatos após o traumatismo (MINAS GERAIS, 2006, 156).

Dessa forma, é muito importante que se conheça as famílias e seus hábitos, pois o conhecimento do contexto familiar é um referencial seguro e ponto de partida para uma orientação eficaz no que tange à saúde bucal dos bebês.

Conforme orienta Duarte, *et al.* (2001, p. 08):

- Se ocorrer avulsão completa do elemento dental, guardar em um recipiente com leite, ou soro fisiológico, se possível, dentro da própria cavidade bucal da criança,
- Se houver fratura parcial guardar os fragmentos para possível reconstituição do elemento dental;
- Levar a criança a UBS mais próxima do local do acidente;
- Se o bebê bater a boca acompanhar com o CD para preservar o nascimento do Dente da área afetada.
- *“A criança nessa idade deve estar sempre sob supervisão, em ambientes que não ofereçam perigos óbvios como escadas, desníveis, locais fáceis de serem escalados, entre outros”* (MINAS GERAIS, 2006, p. 156).
- Ainda de acordo com a Linha Guia de Saúde Bucal (MINAS GERAIS, 2006), além dos cuidados com o uso do dentifrício fluoretado, é importante um trabalho com a equipe de saúde sobre a importância de não se prescrever complementos vitamínicos contendo flúor em áreas com água fluoretada. Caso algum bebê necessite de atendimento individual, este deverá ser codificado e encaminhado à UBS de sua área de abrangência e será acompanhado pela equipe, de acordo com seu ciclo de vida.

6.1.2 Crianças (02 a 09 anos)

Esta é faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participar em programas educativos e preventivos de saúde bucal. Volta-se a dar enfoque na família uma vez que o aprendizado é muito grande por meio da observação dos pais:

Esta é a faixa etária ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal. A equipe pode identificar as crianças em cada área adscrita, por ocasião do trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares entre outros. O enfoque familiar é importante uma vez que o aprendizado se dá também por meio da observação do comportamento dos pais (BRASIL, 2008, p. 54).

A escovação continua sendo de responsabilidade dos pais ou cuidadores, mas, à medida que a criança cresce, deve-se estimulá-la a fazer a escovação sozinha. Para as crianças abaixo de 5 anos segue-se as mesmas instruções quanto a quantidade e uso do creme dental com ou sem flúor utilizado na higienização bucal descrito no capítulo anterior.

Segundo o Protocolo de Atenção à Saúde Bucal (FLORIANÓPOLIS, 2006), nas escolas e creches o atendimento deverá ser coletivo e direcionado para crianças, pais e professores, com foco na prevenção, mas deve-se encaminhar a criança para a UBS quando necessário. Deve-se realizar o exame clínico no início do semestre letivo, verificando as crianças de risco, codificando a necessidade de tratamento e encaminhamentos. A segurança nas escolas e creches deve ser trabalhada objetivando-se, também, a prevenção de acidentes e quedas, que nesta faixa etária é a grande vilã no traumatismo dentário. Também devem ser realizadas ações educativas (palestras, e atividades interativas com as crianças); técnica de escovação e higiene bucal supervisionada com entrega de 1 escova dental e 1 fio dental para cada criança e um creme dental por sala; revelação de placa bacteriana; escovação com fluorgel nas crianças com risco de desenvolver cárie e para as residentes na zona rural, que não possuem água tratada, é aconselhada a distribuição de kits educativos, dentre outros.

Uma vez que a ESF atua como uma equipe multiprofissional, o exame da cavidade oral das crianças deve ser uma rotina e, assim sendo, médicos, enfermeiros e outros profissionais deverão ser também responsáveis por fazer o encaminhamento formal para a ESB. Segundo Duarte, *et al.* (2001) para se obter êxito no tratamento de crianças é necessário, dentre outras coisas, amá-las como seres humanos integrais.

Já que a criança é um ser integral, o amor e o carinho para com as mesmas não devem ser esquecidos. Assim, a promoção da alimentação saudável deve levar em consideração a cultura e os hábitos em cada local, incentivando a introdução de alimentos saudáveis, que

favoreçam a mastigação e a limpeza dos dentes. A ESF torna-se responsável por desenvolver um trabalho em conjunto para a mudança de hábitos e introdução de uma dieta equilibrada, de acordo com a realidade de cada família. Deve-se orientar aos pais e cuidadores que na fase de aprendizado sobre os alimentos é necessário ofertar à criança tipos variados e adequada qualidade de alimentos nutritivos e, por fim, deve-se conscientizar toda a família que alimentar bem faz parte de uma vida saudável.

O atendimento individual será sempre a UBS em que a criança estiver cadastrada, sempre na companhia de um adulto responsável. As extrações precoces deverão ser evitadas, pois é importante a manutenção da dentição decídua para prevenção de maloclusão. O CD deverá realizar pulpotomias e Tratamento Restaurador Atraumático (ART). Quando não for possível evitar procedimentos mutiladores como a extração, tentar disponibilizar o mantenedor de espaço. Deve-se orientar a família sobre a importância do cuidado com os dentes permanentes, recém-erupcionados. O CD deverá monitorar a erupção dentária de modo a detectar algum transtorno nesse processo e na oclusão (MINAS GERAIS, 2006).

Os quadros a seguir mostram as cronologias da exfoliação dos dentes decíduos e da erupção dos dentes permanentes, respectivamente:

Quadro 02: Cronologia da Exfoliação dos Dentes Decíduos

<i>EXFOLIAÇÃO DOS DENTES DECÍDUOS</i>		
	DENTES SUPERIORES	DENTES INFERIORES
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 e Atenção a Saúde Bucal. (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2004).

Quadro 03: Cronologia da Erupção dos Dentes Permanentes

ERUPÇÃO DOS DENTES PERMANENTES

	DENTES SUPERIORES	DENTES INFERIORES
Incisivos Centrais	8 anos	7 anos
Incisivos Laterais	8- 9 anos	7- 8 anos
Caninos	11 anos	9- 10 anos
Primeiros Pré- Molar	11 anos	10 anos
Segundos Pré- Molar	11 anos	11 anos
Primeiros Molares	6 anos	6 anos
Segundos Molares	12 anos	12anos
Terceiros Molares	17-30 anos	17- 30 anos

Fonte: Protocolo Integrado e Atenção a Saúde Bucal. (SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2004).

6.1.3 Adolescente de 10 a 19 anos

É uma faixa etária onde ocorrem as mudanças da infância para a fase adulta.

É nesta fase, quando os adolescentes se tornam mais conscientes de sua aparência, é que eles se tornam mais descuidados com a higiene bucal. Utilizam balas de hortelã, chicletes, enxaguantes bucais e negligenciam a higiene bucal (MINAS GERAIS, 2006, p. 162).

Essa faixa etária deve ser alvo das ações preventivas e educativas, pois estas ações promovem um grande impacto sobre a prevalência de cárie e gengivite.

A ESB deve procurar estabelecer com o adolescente uma relação amistosa, conduzir a conversa sempre para temas de seus interesses, incentivando-o a cuidar de seu sorriso e de seu hálito, e usar uma linguagem adequada, falando com ele de forma honesta e madura, sem ser paternalista ou autoritário, evitando expressões infantis (MINAS GERAIS, 2006).

Os adolescentes não se preocupam muito com o futuro, não fazendo diferença alguma em falar a respeito dos problemas bucais que poderão enfrentar na fase adulta.

O risco aumentado à doença periodontal fica evidente quando se observa a alta incidência de gengivites e o surgimento de uma patologia, não exclusiva, mas própria desta faixa etária, a Periodontite Juvenil Localizada ou Generalizada. A Periodontite Juvenil Localizada faz parte de um grupo de doenças periodontais severas, que aparecem no início da puberdade e caracteriza-se pela destruição do periodonto de sustentação.

A melhor prevenção para a Periodontite Juvenil é a visita periódica aos serviços da UBS, pois, dessa forma, os problemas, poderão ser diagnosticados precocemente, e o tratamento será mais brando, com sequelas menores (CURITIBA, 2004).

Os atendimentos individuais clínicos/ restauradores deverão se realizar na UBS de referência em que a família se encontra cadastrada, após a codificação do adolescente, e o encaminhamento poderá ser feito por toda a ESF.

A dieta do adolescente é ruim, onde grande quantidade de carboidratos é consumida num esforço de produzir energia para as práticas esportivas. Além disso, *“eles tendem a comer várias vezes ao dia (nove em média), geralmente lanches”* (MINAS GERAIS, 2006, p. 163).

É importante que toda a ESF esteja sempre alerta aos principais problemas que afetam os adolescentes tais como: drogas, violência, bulimia, problemas familiares, depressão, álcool, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e outros para atuar de forma multiprofissional e fazer os encaminhamentos necessários. *“A ESB deve estar preparada para orientar o usuário sobre os riscos do uso do piercing na boca, mas, sempre respeitando a liberdade de cada um em fazê-lo”* (BRASIL, 2008, p. 57).

6.1.4 Adultos (de 20 a 59 anos)

Nos últimos 50 anos, os serviços de saúde bucal preocuparam-se, principalmente, com a faixa etária escolar (06 a 14 anos). Porém, com a criação do SUS, esse perfil está mudando, embora lentamente:

A criação do SUS, por meio dos princípios de universalização do acesso, integralidade e equidade, possibilitou o início de uma reorganização das ações de saúde bucal, favorecendo a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias (BRASIL, 2008, p. 57).

Devido a esta exclusão dos programas há uma grande demanda reprimida que ainda é um desafio a ser vencido pelo SUS. Os horários do atendimento das UBS no município de Felixlândia não facilitam o acesso destes usuários, visto que é o mesmo horário de trabalho da maioria dos adultos.

O atendimento ao paciente adulto será oferecido através do agendamento de acordo com o grau de necessidade, através da codificação, com atendimento na UBS da área de abrangência do usuário. Este compreende restaurações, extrações dentárias, profilaxias, tartarectomias, procedimentos preventivos e encaminhamentos para especialidades quando necessário, realização de grupos educativos para a manutenção de saúde bucal na UBS.

Na vida adulta, os cuidados devem ser tomados para realização de uma boa anamnese para a identificação e diagnóstico precoce de determinadas patologias. A ESB deve ficar atenta aos riscos advindos das condições de trabalho, pois a boca é a principal porta de entrada para agentes ocupacionais nocivos. *“Efeitos sistêmicos podem ser transmitidos para a boca através da corrente sanguínea e da saliva, manifestando-se por sinais e sintomas característicos”* (MINAS GERAIS, 2006, p. 165).

Sabe-se que a doença periodontal é a mais acometida nesta faixa etária e existem fatores de risco com fumo, diabetes, AIDS, e outros que favorecem o seu surgimento. O Fumo é considerado o maior fator de risco para o desenvolvimento da Periodontite. Fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença e maior risco de perda dental. Os mecanismos danosos do fumo sobre os tecidos periodontais são bem variados.

O Diabetes Mellitus é considerado há muito tempo um fator sistêmico que predispõe e agrava a doença periodontal. Os pacientes diabéticos, frequentemente, apresentam xerostomia (secura na boca) diminuição na saliva, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. O tratamento adequado de pacientes diabéticos exige uma perfeita integração entre o trabalho do médico e do dentista, pois intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em pacientes que estão bem controlados, e para isso é fundamental a monitoração da glicemia. Deve ser o mais indolor possível para evitar o stress e conseqüentemente o aumento da glicemia (CURITIBA, 2004).

Em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: doenças sistêmicas que comprometem a defesa do hospedeiro contra infecções frequentemente estão associadas às doenças periodontais mais severas. Formas severas de doença periodontal destrutiva são relatadas nesses pacientes, resultando em lesões necrosantes. Outros fatores são hoje denominados indicadores de risco, como a osteoporose, fatores nutricionais, (baixo consumo de cálcio e vitamina C), estresse, genética (CURITIBA, 2004).

A hipertensão arterial é uma doença assintomática e frequente na maioria dos adultos, portanto é comum ser diagnosticada durante uma anamnese bem feita pelo CD. É prudente informar ao médico a natureza dos procedimentos a serem realizados e solicitar uma avaliação clínica médica. O atendimento deve ser rápido e indolor para evitar o estresse e conseqüentemente uma descarga de epinefrina e aumento súbito da pressão. Pacientes que não controlam a pressão arterial não devem ser submetidos a nenhum procedimento (MINAS GERAIS, 2006).

O câncer bucal é outro fator relevante a ser detectado nesta faixa etária. Quando detectado precocemente são maiores as chances de cura, chegando a ser de 80%. Deve-se

incentivar o auto- exame e ordenar os fatores de risco. O conhecimento sobre os fatores de risco de câncer de boca orienta que este pode acometer qualquer indivíduo, principalmente aqueles que apresentem exposição a um ou mais fatores relacionados a seguir:

- Idade superior a 40 anos;
- Sexo masculino;
- Tabagistas crônicos;
- Etilistas crônicos;
- Má higiene bucal;
- Desnutridos e imunodeprimidos;
- Portadores de próteses mal ajustadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa bucal (CURITIBA, 2004)

6.1.5 Idoso (a partir de 60 anos)

Segundo Vargas, *et al.* (2011) o aumento crescente da população idosa no Brasil enfatiza a necessidade de se repensar o modelo de atenção à saúde do idoso, inserindo ações de saúde bucal na APS, integrando-as ao trabalho da equipe multiprofissional da ESF. A Política Nacional do Idoso (PNI) é assegurada pela Lei nº8842 (BRASIL, 1994). Seu objetivo é assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (VARGAS, *et al.* 2011).

O Brasil é um país que está envelhecendo. Com a transição demográfica que está acontecendo na atualidade, o idoso vai assumindo um percentual significativo da população, segundo os primeiros resultados definitivos do Censo 2010, publicados no site do IBGE em 29 de abril de 2011: “*O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010*” (IBGE, 2011, p. 01).

Em 1º e outubro de 2003 foi sancionada a lei 10.741- Estatuto do Idoso- que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso (CNI) (BRASIL, 2003). Assim, Vargas, *et al.* (2011) afirmam que, segundo esse Estatuto, a prevenção e manutenção da saúde do idoso deverão ser efetivadas por meio de cadastramento da população na família, em base territorial, e com atendimento geriátrico e gerontológico ambulatorial e em unidades geriátricas de referência.

No município de Felixlândia, segundo os dados do último censo (IBGE, 2010) a população idosa representa 7,6% da população.

Os dados do SB 2010 (BRASIL, 2010) e os dados do Levantamento Epidemiológico do Município de Felixlândia do mesmo ano apontam para a necessidade de uma mudança no atendimento, redirecionando-o para uma prática preventiva, com palestras educativas, onde serão ministradas orientações sobre autocuidado, higienização bucal, cuidados com as prótese, visando também a formação dos cuidadores de idosos. Percebe-se a necessidade de profissionais especializados nos CEO para uma melhor resolutividade, bem como, a ampliação dos serviços especializados como oferecer prótese para quem precisa de reabilitação, com a atuação de equipe realmente multidisciplinar. Segundo Strauss & Hunt (1993): “*O profissional da odontologia deve estar capacitado para entender os valores e as percepções de saúde bucal do idoso a fim de melhorar as estratégias de ações de educadores e profissionais de saúde*”.

O perfil da saúde bucal dos idosos em Minas Gerais não é animador:

A grande maioria dos idosos apresenta quadro de edentulismo, mutilação e necessidade de prótese, e só tem acesso ao serviço em caso de urgência para mais um procedimento mutilador. Com o avanço da idade a perda dos dentes não deve ser considerada natural ou uma fatalidade. (MINAS GERAIS, 2006, p. 169).

Diante desse perfil, o enfoque familiar é sempre essencial, a partir do entendimento de como o idoso se situa nessa relação, já que a maioria deles tem dificuldades de autocuidado. (MINAS GERAIS, 2006). Deve-se sempre lembrar a dependência que os idosos têm dos familiares, bem como as barreiras físicas, dificuldade de locomoção e, conseqüentemente, do autocuidado, ocasionadas por problemas de saúde e/ou avanço de idade. Deve-se realizar visitas periódicas para orientações de higienizações diárias, capacitação tanto de ACS quanto dos cuidadores. É necessário investir no trabalho de equipe e em uma valorização da prevenção. É importante que a ESB interaja com o agente de saúde para detectar idosos acamados e com necessidade de atenção odontológica. Aos casos detectados deve-se dar atenção especial através de visita domiciliar do agente de saúde e do dentista, para, de acordo com necessidade, realizar encaminhamento e codificação para o atendimento individual na UBS. Deve-se criar grupos da terceira idade nas UBS que não o possuem, incluindo palestras de saúde bucal com técnica de escovação supervisionada de dentes e próteses, já que muitos idosos não sabem, por exemplo, que se deve escovar a língua, como também desconhecem o tempo de duração de uma prótese, chegando a usar a mesma por mais de 30 anos, como constatou o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Município, realizado em 2010. Segundo Vargas, *et al.* (2011), a halitose é muito comum nos idosos e, dentre as causas da mesma, está a falta de higienização da língua. Também é necessário que

se ensine o auto-exame da boca para a detecção de problemas precocemente. Com base no resultado do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do Brasil (BRASIL, 2010) percebe-se que esta parcela da população também precisa de tratamento clínico como: raspagens, exodontias, restaurações.

As condições de vida, as limitações físicas e a exclusão dos programas de saúde bucal desta faixa etária têm afastado os idosos cada vez mais dos serviços odontológicos prestados nas APS. Pequenos detalhes devem ser observados no atendimento ao idoso, por exemplo, sempre que for preencher a ficha clínica é sugerido que se use o nome próprio da pessoa, evitando-se expressões como “vovô” ou “tito”. É sugerido também que se fale pausadamente, não alto, de preferência sem a máscara e voltado para o idoso, tendo-se muita paciência e clareza. Pelo fato de o idoso ser muito inseguro, deve-se explicar cada fase do andamento do tratamento executado (CURITIBA, 2004). Também *“é muito importante que o CD tenha conhecimento sobre o processo de envelhecimento, sobre doenças crônicas mais comuns nesta idade, sobre os medicamentos utilizados e seus efeitos colaterais”* (MINAS GERAIS, 2006, p. 170).

Para o bom atendimento às pessoas idosas é necessário que se considere alguns fatores e as características próprias dessa faixa etária, que podem também variar de idoso para idoso como: consumo de medicação contínua, estado físico e emocional, insegurança, estilo de vida e maior risco a algumas patologias bucais como o câncer bucal. Cuidados relacionados a esses fatores devem fazer parte da rotina do atendimento (CURITIBA, 2004).

A linha guia da saúde do idoso da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, quando discute a questão do envelhecimento, comenta que:

Definir o envelhecimento é algo muito complexo; biologicamente é considerado um processo que ocorre durante toda a vida. Existem vários conceitos de envelhecimento variando de acordo com a visão social, econômica e principalmente com a independência e qualidade de vida do idoso (MINAS GERAIS, 2006, p. 14).

Nessa perspectiva, a realização da avaliação funcional do idoso é muito importante. Para isso, segundo Vargas, *et al.*(2011), normalmente são utilizadas escalas como as de Atividades de Vida Diária (AVD), completada pela avaliação das atividades diárias de higiene bucal (ADHB) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). A partir dos dados obtidos nas escalas supracitadas, os idosos deverão ser classificados em: independentes, fragilizados, semi-dependentes e dependentes. Essa classificação possibilitará um tratamento mais direcionado e bem sucedido.

Segundo Vargas, *et al.* (2011), “*idosos independentes são aqueles capazes de realizar todas as AVDs sozinho; semidependentes os que precisam de algum suporte; e dependentes são idosos geralmente acamados, que necessitam de suporte total*”.

Anualmente, aproveitando a campanha de vacinação de gripe, é recomendado que se realize um mutirão de exames preventivos de Câncer de Boca, bem como palestras educativas, sempre aproveitando para ensinar a limpeza da cavidade oral, língua, bochecha e próteses. Deve-se orientar também sobre a importância do descanso diário da mucosa oral, para que se deixe a prótese imersa em solução de 1 colher de água sanitária para cada copo de água filtrada ou fervida durante 1 hora, semanalmente.

6.1.6 Gestantes

As gestantes deverão ter acompanhamento em todo o pré-natal. Deve-se garantir o agendamento para tratamento odontológico da gestante que estiver realizando o pré-natal na UBS, com orientações sobre prevenção de doenças bucais, exame clínico, tratamento curativo básicos, profilaxia e adequação do meio bucal. As gestantes deverão ser agendadas para a consulta odontológica após a primeira consulta do pré-natal e o atendimento, segundo a codificação, deverá ser o mais precoce possível, pois, na necessidade de retornos para intervenções subsequentes, sob anestesia, estes devem ser feitos preferencialmente no segundo trimestre de gestação (FLORIANÓPOLIS, 2006).

O Caderno de Atenção Básica de Saúde Bucal (BRASIL, 2008), mostra que a gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõem aos profissionais da saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê.

A Odontologia para Gestante ou Odontologia Intra-Uterina é uma nova abordagem da Odontopediatria, segundo o Protocolo de Atenção à Saúde Bucal de Curitiba, onde equipes de saúde bucal devem trabalhar na conscientização da gestante sobre os cuidados com a sua saúde bucal e também com a saúde bucal de seu bebê. O Protocolo destaca que a gravidez é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente influenciarão no desenvolvimento da saúde do bebê (CURITIBA, 2004).

Nas palestras dos grupos operativos devem-se abordar os seguintes temas (FLORIANÓPOLIS, 2006):

- Aleitamento materno
- Uso de bicos e chupetas
- Transmissibilidade de bactérias causadoras da doença cárie
- Início da calcificação dos dentes decíduos por volta do quarto mês de vida intra-uterina e da dentição permanente a partir do primeiro mês de vida do bebê; desta forma condições desfavoráveis durante a gestação, tais como: uso de medicamentos, carências nutricionais, infecções entre outros, podem trazer problemas na formação e mineralização dos dentes.

- Desenvolvimento do paladar do bebê na vida intra-uterina (uma dieta rica em açúcares a partir do 4o mês de gestação pode desenvolver avidez pelo açúcar no bebê).

- Orientações sobre a prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental, o que é e como acontece; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor (a suplementação com flúor não é recomendada para gestantes).

- Doenças da gengiva; alterações hormonais.

Durante o período de gestação podem ocorrer uma série de alterações no organismo da gestante que podem levar ao surgimento de problemas bucais, como:

- Aumento da acidez bucal;
- Alterações hormonais e aumento da vascularização gengival;
- Náuseas, vômitos, aumento na produção de saliva ou sialorréia;
- Mudanças de hábitos alimentares;
- Diminuição de cuidados com a higienização existindo ainda o enjôo ao creme dental que compromete a escovação.

É preciso que o CD esteja atento às limitações no modelo de atendimento odontológico às gestantes:

É verdade que a mulher pode apresentar problemas na sua saúde bucal durante a gestação - como em qualquer momento de sua vida, e existem algumas limitações no modelo deste atendimento devido ao risco da troca metabólica de substâncias químicas odontológicas entre a mãe e o filho, pela placenta. Basicamente, são três as limitações que envolvem a prática do tratamento odontológico em gestantes: impossibilidade de tratamentos prolongados especialmente com gestantes em posição de decúbito dorsal; a atenção ao tratamento e prescrição de medicamentos, antissépticos, anestésicos e em especial os fluoretos; e por último os cuidados na exposição aos Raios - X (RX) durante o primeiro trimestre da gestação (Pinkham, 1996; Scavuzzi & Rocha, 1999; Silva, 2002. *Apud RITZEL et al. s.d, p. 05*).

Apesar disso, o profissional deve ficar atento e sempre procurar informar às futuras mães que:

O tratamento odontológico pode e deve ser realizado durante a gestação. A avaliação da condição bucal da gestante, sua classificação quanto ao risco às doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal e lesões dos tecidos moles), a adequação do meio bucal com a eliminação de focos dentários e realização de tratamento restaurador atraumático, raspagem e alisamento corono-radicular deverão ser realizados imediatamente, podendo-se postergar as restaurações convencionais e procedimentos eletivos. Na anamnese é indispensável obter um relato de sua história sistêmica e de seus antecedentes familiares com informações sobre sua saúde geral. Contato com o obstetra pode ser eventualmente necessário (SÃO PAULO, 2007, p. 08).

As gestantes precisam ser orientadas, para que se eliminem as dúvidas mais frequentes quanto à saúde bucal na gestação (CURITIBA, 2004):

- A gestante pode receber atendimento odontológico, ela deve procurar pela equipe de saúde bucal da sua UBS, para participar das atividades de educação em saúde e atendimento clínico programado;
- Não existem riscos quanto à utilização da anestesia local, porém, a avaliação do médico responsável pela gestante, poderá indicar, ao dentista, o tipo de anestésico mais indicado, principalmente quando houver elevações da pressão arterial;
- As gestantes não apresentam maiores riscos de perdas dos dentes, 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. O aumento da atividade cariogênica está relacionado com alterações da dieta e presença de placa bacteriana devido à higiene inadequada dos dentes. Também se observa a diminuição do pH bucal, tornando-se mais ácido, o que requer uma melhor e maior frequência na higienização bucal para neutralizar esse pH;
- Os cuidados são os mesmos de uma mulher não grávida: limpeza dos dentes sempre após as refeições, com uso adequado da escova dental, que deverá apresentar cerdas macias, não se esquecer de usar o fio dental e fazer a higiene da língua. A qualidade dessas escovações é muito importante. A frequência ajuda a regularizar a acidez, evitando a ação das bactérias causadoras das doenças bucais;
- 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. O que causa problemas é a presença de placa bacteriana pela higienização deficiente. Se houver sangramento da gengiva, deverá

haver maior higienização desse local e, persistindo o problema, deve-se procurar orientações com a equipe de saúde bucal da UBS;

- Os fortificantes para uma boa dentição estão numa alimentação balanceada, constituída por diferentes grupos de alimentos (carnes, peixes, frutas, legumes e verduras, cereais, leite e derivados). As carências de vitaminas podem comprometer o desenvolvimento normal dos dentes. Se houver a necessidade de complementação vitamínica, deverá ser avaliada pelo serviço médico da UBS;
- Se a gestante ingerir flúor durante a gestação, não significa que o bebê terá menos cárie. O flúor poderá ser mais importante para o bebê, após a erupção dos dentes, por volta dos 6 meses de idade, através da aplicação tópica, quando houver indicações apontadas pelo CD;
- Os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intra-uterina e os dentes permanentes, a partir do quinto mês de vida intra-uterina. Por isso que condições desfavoráveis durante a gestação, como o uso de medicamentos, infecções, deficiências nutricionais, entre outras, podem acarretar problemas;
- O primeiro cuidado que a gestante deverá ter em relação à saúde bucal do bebê é cuidar da sua própria saúde. O nível de saúde bucal da mãe tem relação direta com a saúde bucal do bebê. Hábitos familiares saudáveis serão assimilados pelas crianças e as consequências serão mais favoráveis a uma saúde bucal desejável. Alimentação saudável, higiene adequada, amamentação natural, evitando o uso de chupetas, e em casos onde isso não seja possível, usar mamadeiras e chupetas com bicos ortodônticos que poderão amenizar os problemas de má oclusão dentária;
- Já nos primeiros meses de vida, mesmo antes da erupção dos primeiros dentes, os pais poderão procurar a equipe de saúde bucal das UBS para agendar uma consulta. Nesse primeiro contato, o CD e sua equipe reforçarão as informações e orientações importantes a respeito das causas e da transmissão da cárie, da alimentação, higiene da boca do bebê e do uso adequado do flúor.

6.1.7 PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

A terminologia “*paciente com necessidades especiais*” (PNE) vem substituindo os já tão conhecidos e utilizados termos “*portador de deficiência*” e “*excepcional*”. O objetivo é a superação do mito de que estas pessoas apresentam deficiência como sinônimo de

incapacidade de participação e integração na comunidade como um todo. Serve também de alerta para que a sociedade respeite suas limitações e entendam que elas apresentam necessidades especiais diferenciadas, mas são capazes de oferecer sua parcela de contribuição à sociedade (FRANCO, 2001, p. 01). Deve-se, portanto, adotar a nova terminologia acima citada e também uma nova postura, ao lidar com os PNE nas UBS do Município de Felixlândia/ MG.

Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde N° 17:

Na odontologia é considerado paciente com necessidades especiais todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc (BRASIL, 2008, p. 67).

Atender aos pacientes com necessidades especiais requer cuidados e conhecimentos específicos:

Os cirurgiões-dentistas que se propuserem a tratar pacientes especiais podem encontrar, na abordagem desses pacientes, algumas dificuldades inerentes a suas deficiências, sensibilidades ou traumas adquiridos em experiências anteriores. (...) Portanto, a criação de um protocolo para esse atendimento é de suma importância, para orientar os profissionais a respeito da realidade que envolve o paciente especial e para aprimorar o seu tratamento (CRO – DF, 2010, p. 01).

Dessa forma, o protocolo para atendimento a esses pacientes deve contemplar não só uma abordagem odontológica, mas também uma abordagem psicológica e de cunho social, que considere e analise o comportamento e a colaboração desses pacientes em relação ao tratamento a que serão submetidos.

A UBS deve ser a porta de entrada para o atendimento dos pacientes com necessidades especiais. Deve-se atender nas UBSs os pacientes com limitações motoras, com deficiência visual, com deficiência auditiva ou de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações, que não apresentem distúrbios de comportamento. As UBS devem estar preparadas para receber estes usuários, oferecendo rampas de acesso, banheiros acessíveis e outras modificações no ambiente conforme NBR 9050/1994 (CRO/DF, 2010b). Deve-se capacitar os profissionais de saúde para o acolhimento, esclarecendo-os quanto à forma de comunicação dos pacientes com deficiência auditiva, ou mobilidade dos

pacientes com deficiência visual e física e devem-se utilizar técnicas de estabilização para segurança e conforto do paciente com distúrbio neuromotor (BRASIL, 2008).

A maioria dos pacientes com necessidades especiais tem dificuldades para cuidar de sua higiene bucal. Assim, “*estas pessoas têm uma necessidade aumentada para o cuidado preventivo odontológico; para prevenção de cárie e doenças periodontais*”(FRANCO, 2001, p. 01).

O enfoque familiar torna-se muito relevante, pois a maioria dos PNEs, além de terem dificuldades de higienização bucal, não sabem explicar sobre sua dieta, uso de medicamentos e/ou outras complicações orgânicas. Estas informações são relatadas na maioria das vezes pelos familiares e cuidadores (FRANCO, 2001).

Assim, torna-se imprescindível também a parceria com as famílias, quando se trata de atendimento de PNE:

A primeira abordagem odontológica deve ser composta de uma aproximação com o paciente e familiares assim como o conhecimento das condições médicas preexistentes. [...] O melhor atendimento exige uma integração das áreas odontológica, médica, psicológica, social, etc. O dentista especialista realiza o exame bucodentário, avalia o comportamento do paciente, dos familiares, e o relacionamento entre ambos. Para pessoas com deficiência ou doença mental, da mesma forma que para crianças normais, faz-se o condicionamento psicológico do paciente especial, para que se obtenha sua cooperação, antes de quaisquer outros recursos (FRANCO, 2001, p. 01).

Sugere-se que a parceria com as famílias se dê por meios de palestras, dentre outros, para que sejam incorporados cuidados diários diferenciados. A higiene bucal pode ser um desafio para os familiares devido aos movimentos involuntários dos PNE, como também cerramento da boca e aumento do reflexo de engasgar. Evidencia-se, dessa forma, a importância da capacitação de familiares e cuidadores, para melhor qualidade de vida dos PNE, sem contar que os cuidados diários minimizam ou eliminam a necessidade de tratamento odontológico ao longo da vida. Usuários capazes de aprender a fazer escovação dentária podem ter nas adaptações feitas nos cabos das escovas, no uso de escovas elétricas e nos adaptadores de fio dental elementos facilitadores desse processo. É sugerido que se dê atenção especial às consultas preventivas (MINAS GERAIS, 2006).

Existem fatores que poderão ser monitorados pelo cirurgião dentista durante as sessões das consultas preventivas (CRO/DF, 2010b):

- avaliação da eficiência da higienização dos dentes, da saúde gengival e demais tecidos da cavidade oral;

- avaliação, a cada consulta, das condições da escova, do uso do fio dental e do creme dental mais indicado para a faixa etária do paciente;
- orientação aos responsáveis, sobre as técnicas e posições corretas para a escovação do PNE;
- demonstração das posições que facilitem o controle do paciente durante a higienização, dando mais visibilidade, e melhorando o posicionamento do adulto e paciente, com a finalidade de se obter um razoável conforto para ambos;
- observação do índice de consumo de sacarose, dando aos familiares as orientações necessárias;
- observação da presença de lesões ativas e de superfícies vulneráveis;
- observação do estágio de irrompimento dos dentes decíduos e permanentes;
- avaliação do desenvolvimento de mal oclusão que possa ser tratada;
- avaliação da necessidade do uso de fluoretos suplementares.

As dificuldades encontradas pelos pais para a realização dos cuidados caseiros deverão ser observadas, procurando soluções simples e adequadas a sua realidade social. Importante que se enfatize sempre estas medidas, procurando passar atitudes positivas que estimulem as famílias a continuar com esta prática.

Recomenda-se também uma busca ativa desses pacientes e, quando possível, a realização dos procedimentos básicos nos domicílios.

Quando necessário, os pacientes com necessidades especiais devem ser encaminhados aos CEO, acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional responsável.

Os critérios utilizados para referenciar o paciente para o CEO devem ser os seguintes (FLORIANÓPOLIS, 2006):

- Pacientes que passaram pela UBS, e foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- Portadores de sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento;

- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- Deficientes sensoriais e físicos, quando associados a distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Deficiente neurológico “grave” (ex. paralisia cerebral);
- Doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando impossibilitados de atendimento no centro de saúde;
- Paciente autista;
- Crianças de 0 a 2 anos com cárie aguda ou crônica generalizada, que não cooperam com o atendimento clínico tentado na UBS;
- Outros desvios comportamentais que tragam alguma dificuldade de condicionamento;
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

O CD deve estar atento às determinações das portarias que regulamentam o atendimento de PNE em CEO como:

O Conselho Federal de Medicina determinou por meio da portaria nº. 852 de 04/10/1978, sobre pacientes a serem submetidos à anestesia geral para tratamento odontológico por cirurgiões-dentistas: a anestesia geral somente poderá ser realizada por médico anestesista, em ambiente hospitalar, sendo que o hospital deve dispor de condições indispensáveis de segurança, comuns a ambientes cirúrgicos. A portaria determina, ainda, ser atentatória à ética a solicitação e/ou a realização de anestesia geral em consultório ou ambulatório, devendo, portanto, ser administrada por médico anestesista em ambiente hospitalar, por este possuir recursos no caso de ocorrer qualquer eventualidade. O responsável pelo paciente é o médico anestesista, em qualquer circunstância, inclusive perante o Instituto Médico Legal (Sabbagh-Hadadd, A. 2007. *Apud* CRO/DF- 2010b, p. 04).

Assim como a primeira consulta é de suma importância para o diagnóstico, planejamento do tratamento e tem a finalidade de conhecer o paciente, sua família, estabelecer um relacionamento positivo, dar as orientações iniciais e identificar o grau de cooperação do paciente, as manutenções preventivas são de grande importância e devem ser marcadas regularmente, levando em conta a necessidade e a disponibilidade de assistência.

A manutenção preventiva envolve visitas periódicas marcadas após a realização do tratamento odontológico no PNE. Todo o trabalho desenvolvido, desde a primeira consulta, conquista do manejo clínico até a recuperação da saúde bucal, serão revistos, reforçados, apreendidos e mantidos. Mesmo nos casos de pacientes que foram encaminhados ao Centro Cirúrgico, a manutenção preventiva será a oportunidade de se adequar o PNE ao atendimento ambulatorial (CRO/DF- 2010b).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados apresentados, confirma-se a necessidade de reorientação das práticas odontológicas no Distrito de São José do Buriti, município de Felixlândia/ MG, de modo a garantir um padrão de prestação de serviço unificado que atenda às diferentes faixas etárias.

Para isso, é preciso buscar a superação da prática individualista, realizada em consultórios, voltada principalmente para atender às emergências.

Faz-se necessário, também, investir na formação de uma equipe multiprofissional, para garantir a integralidade garantida na Constituição Federal e regulamentada pela Lei Orgânica do Município.

O sinergismo com os agentes das ESF é extremamente importante, através do qual se buscará a participação da comunidade, para a consolidação dos objetivos deste protocolo, principalmente no que tange ao diagnóstico precoce de doenças e prevenção das mesmas.

A conscientização, através de palestras e visitas domiciliares, é importante, principalmente nas questões que envolvem a promoção da saúde bucal infantil e também no acompanhamento da higiene bucal dos idosos e gestantes, bem como de pacientes com necessidades especiais, fatos estes que evidenciam o inestimável valor social da família na promoção da saúde.

A educação em saúde deve ser de forma continuada. Nesse sentido, parceria com as escolas pode ser um diferencial para atingir crianças e adolescentes, que serão multiplicadores dos hábitos adquiridos.

É preciso investir na formação do perfil ideal dos profissionais das ESF e do CD, através de grupos de discussão e estudo no local de trabalho, com a indicação de bibliografia pertinente, etc.

A adoção do Protocolo de Saúde Bucal deve ser assumida de forma conjunta, estabelecendo-se metas, distribuindo responsabilidades e tarefas e avaliando e reorientando as estratégias, quando necessário.

Espera-se que o presente protocolo, além de reorganizar os trabalhos na área da saúde, seja um instrumento capaz de amenizar o quadro de cáries e gengivites, principalmente. Que ele possa contribuir, também, para dar melhores condições de mastigação aos idosos, melhor orientação e assistência às gestantes e aos pacientes com necessidades especiais, garantindo,

assim, melhor qualidade de vida à população e aumentando a autoestima da mesma e dos profissionais envolvidos nesse trabalho.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 199p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Bucal**: Cadernos de Atenção Básica, n. 17/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf

BRASIL, **Portaria GM/MS Nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: 2001b. Apud MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Guia do Facilitador. Curso do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde: Oficina I e II**. Belo Horizonte. ESPMG, 2009 a.

BRASIL, **Estatuto do Idoso**, 2003b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.Br/ccivil_03/L10.741.htm> acesso em 12 de abril de 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB**: manual do sistema de informação de Atenção Básica/; Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer nº CNE/CES 1300/01 de 06 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Farmácia e Odontologia. Diário Oficial, Brasília, 07 dez 2001, seção 1, p. 25. Apud: MORITA, M.C; KRIGER, L. Mudanças nos Cursos de Odontologia e a Interação com o SUS. Revista da ABENO. s.d. Disponível em<<<http://www.universidadesaudavel.com.br/wpcontent/uploads/SC5/estudo1/MudOdontologiaSUS.pdf>>>Acesso em: 12/04/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

CÂMARA MUNICIPAL DE FELIXLÂNDIA/ MG. **Lei Orgânica do Município**. Belo Horizonte: Lemi S.A, 1990, 88p.

CARDOSO, S A. Protocolo de Organização do Serviço de Saúde Bucal do Município de Pirapora-MG, 2011, 65 p. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família da UFMG, para obtenção de Certificado de Especialista). Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3040.pdf> Acesso em: 20/04/2012.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Atenção Primária: Promoção da Saúde**, 2007.

CORREA, E J et al. **Iniciação à metodologia científica** : participação em eventos e elaboração de textos científicos, NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 64p.

DUARTE, D. A.; GUEDES-PINTO A. C.; MOTTA L. F. **Caderno de Odontologia: Lesões traumáticas em dentes decíduos**: tratamento e controle. 1 ed. São Paulo: Santos,2001. 45 p.

FARIA, H P et al. **Processo em Trabalho em Saúde**.NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.2.ed.Belo Horizonte : Coopmed, 2009.68p.

IBGE, **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010**: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas. 29/11/2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1

LELIS, A.R. Ações de Saúde Bucal na Gestação: possibilidades e dificuldades (TCC apresentado ao Curso de Atenção Básica em Saúde da Família – UFMG), 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2688.pdf> Acesso em 10/04/2012

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal.** Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1965.pdf>

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Guia do Facilitador. Curso do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde: Oficina I,** Belo Horizonte.ESPMG, 2009a. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2010/01/PDAPS_oficina1_PBH_facilitador.pdf

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

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Guia do Facilitador. Curso do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde: Oficina VI.** Belo Horizonte. ESPMG, 2010. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/Oficina-6_Tutor_PBH_BAIXA.pdf

MORITA, M.C; KRIGER,L. Mudanças nos Cursos de Odontologia e a Interação com o SUS. **Revista da ABENO.** s/d. Disponível em:<<http://www.universidadesaudavel.com.br/wpcontent/uploads/SC5/estudo1/MudOdontologiaSUS.pdf> > Acesso em 14/04/2012.

MOYSÉS, S. T; KRIGER, L; MOYSÉS, S. J; organizadores. **Saúde Bucal Das Famílias: Trabalhando com Evidências.** São Paulo: Editora Artes Médicas; 2008. 308 pp. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001100032&script=sci_arttext Acesso em: 14/04/2012.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL.Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.14-40. Apud WERNECK, M A F; CAMPOS, K. F.C; FARIA, Horácio Pereira de. **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço.** NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.84p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf> Acesso em: 20/04/2012.

PALMIER, A C et al. **Saúde Bucal:** aspectos básicos e atenção ao adulto, NESCON/ UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 72p.

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 03 de março de 2012).

RITZEL, I F. **Primeiro Atendimento Odontológico na Gestação**, s.d. Disponível em: <http://revista.ulbratorres.com.br/artigos/artigo22.pdf> Acesso em 04/05/2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SECRETARIA DE SAÚDE DE CARATINGA, Departamento odontológico. **Protocolo de Saúde Bucal.** Caratinga - MG, 56p. Disponível em: <http://www.amep.org.br/vcomespdata/Dia%2009/Mesa%206/VComesp%20Protocolo%20Saude%20Bucal.pdf>

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal.** Florianópolis, 2006, 46p. Disponível em: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.42.19.eba50c922dc05a3827b80f134b84f477.pdf Acesso em 19/03/2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal: Projeto Cárie Zero,** 2007. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/nascendo_cresc_viv.pdf Acesso em: 04/05/2012.

SCHNEID, S. et.al. Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência de o Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p.104-114, abr/jun. 2003. Apud WERNECK, M A F; CAMPOS, K. F.C; FARIA, H P de. **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço.** NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.84p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>

STRAUSS, R. P.; HUNT, R.J. **Understanding the value of teeth to other adults:** Influences on the quality of life. JADA. n. 124; p. 100-5.

VARGAS, A M D; VASCONCELOS M; RIBEIRO, M T F. **Saúde Bucal- Atenção ao Idoso.** NESCON/ UFMG. Curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte. 2011.65p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2685.pdf> Acesso em: 20/04/2012.

WERNECK, M A F; CAMPOS, K. F.C; FARIA, H P. **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço.** NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.84p. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf> Acesso em: 20/04/2012.