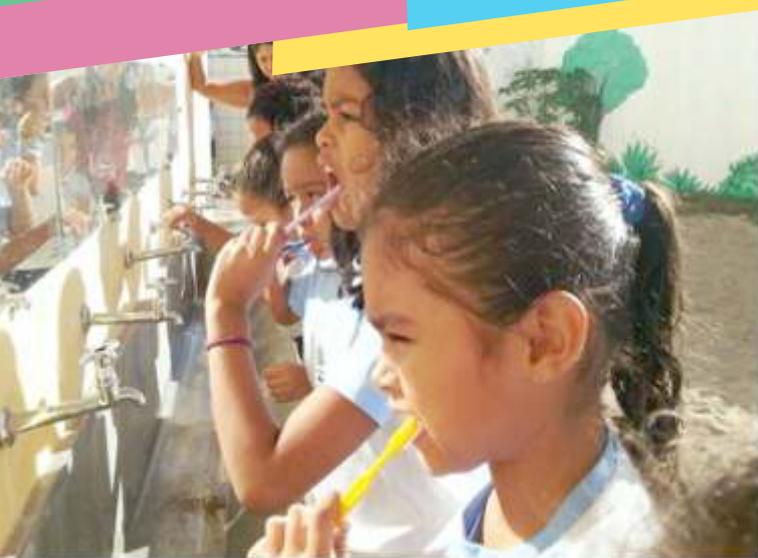


# LINHA GUIA DE **Saúde Bucal**





**Prefeitura de  
Fortaleza**  
Secretaria Municipal da Saúde

# SÉRIE: ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1 – NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS

LINHA GUIA DE SAÚDE BUCAL

FORTALEZA

2016

F841 Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal

Linha Guia de Saúde Bucal/ Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. – Fortaleza, 2016.

83p. : il.- (Série Organização das Redes de Atenção à Saúde. 1- Normas e Manuais Técnicos).

Inclui bibliografia.

1. Saúde Bucal. 2. Atenção à Saúde. 3. Assistência Odontológica. I. Título.

CDD 617.601

Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra

**Prefeito do Município de Fortaleza**

Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld

**Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza**

Lúcia Carvalho Cidrão

**Secretária Adjunta da Saúde**

Ricardo Cesar Xavier Nogueira Santiago

**Secretário Executivo da Saúde**

Maria Imaculada Ferreira da Fonseca

**Coordenadora de Políticas e Organização**

**das Redes da Atenção à Saúde**

André Luis Benevides Bonfim

**Gerente da Célula de Atenção Primária à Saúde**

Sandra Solange Leite Campos

**Gerente da Célula de Atenção às Condições Crônicas**

José Carlos de Souza Filho

**Coordenador de Saúde Bucal**

**ELABORADORES**

Janaína Rocha de Sousa Almeida  
 José Carlos de Sousa Filho  
 Ricardo Barros Leal Rocha  
 Zislane Mendonça Viana

**COLABORADORES**

Ana Cristina Pereira Lima  
 Ana Paula Martins de Almeida  
 Carlos Eduardo de Sousa Praxedes  
 Carolina Rodrigues Teófilo  
 Davi Oliveira Bizerril  
 Erika Mendonça Viana  
 José Luciano Pimenta Couto  
 João Paulo Perdigão  
 José Jeová Siebra Moreira Neto  
 Kátia de Gois Holanda Saldanha  
 Lícia de Aquino Vasconcelos  
 Luiza de Paula Sousa  
 Margarida Maria Saraiva  
 Maria Cláudia de Freitas Lima  
 Maria Eneide Leitão de Almeida  
 Mariana dos Reis Lima  
 Marise Cristiane Rocha Lima Thé  
 Régia Vlândia Xavier do Amaral de Oliveira  
 Ricardo Franklin Gondim  
 Rosângela Albuquerque Lopes Damasceno  
 Rubiane Alves Diógenes Ximenes  
 Sandra Helena de Carvalho Albuquerque  
 Stefanni de Moura Pereira

**CONSULTORES**

Eugênio Vilaça Mendes  
 Maria Emi Shimazaki  
 Marco Antônio Bragança de Matos  
 Rúbia Pereira Barra

**VALIDADORES INTERNOS**

Foram realizados encontros regionais de saúde bucal com representantes cirurgiões-dentistas de cada Unidade de Atenção Primária à Saúde, onde foi possível validar a aplicabilidade desta Linha Guia.

**VALIDADORES EXTERNOS**

Associação Brasileira de Odontologia - ABO-CE (Rochelle Correa De Alencar)

Conselho Regional de Odontologia - CRO-CE (Patrícia Maria Costa de Oliveira)

Sindicato de Odontologia do Ceará (Silvia Regina Pimentel Pereira)

Coordenação Estadual de Saúde Bucal do Ceará (Giselle Cavalcante de Oliveira)

Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS (Carlos Eduardo de Sousa Praxedes, Kátia de Gois Holanda Saldanha, Maria Cláudia de Freitas Lima)

Universidade de Fortaleza – UNIFOR (Paulo Leonardo Ponte Marques)

Universidade Federal do Ceará - UFC (Maria Eneide Leitão de Almeida)

## **APRESENTAÇÃO**

O presente Manual estabelece orientações sobre os serviços odontológicos realizados na Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza - SMS e indica a Linha Guia de condução dos processos de trabalho e serem seguidos pelos profissionais de saúde da área de odontologia das unidades assistenciais da SMS.

O modelo, ora apresentado, é resultante de ações propostas pela Coordenação Municipal de Saúde Bucal com a participação efetiva dos profissionais dos serviços de saúde desta Secretaria em conjunto com as instituições de ensino superior de Fortaleza, que disponibilizam cursos e serviços na área de odontologia.

Com esta publicação, a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza - SMS busca empreender uma organização mais fortalecida na Rede Assistencial de Saúde Bucal, proporcionando uma atuação odontológica sistemática nos níveis de assistência primária, secundária e terciária, bem como promover uma melhoria contínua dos serviços assistenciais da Atenção à Saúde Bucal, de forma eficaz, eficiente e humanizada.

*Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld*

*Secretária da Saúde*

## PREFÁCIO

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no seu plano de saúde para o período 2013/2015, optou por organizar as respostas sociais às prioridades de saúde na forma de redes de atenção à saúde.

A forma hegemônica de organizar os sistemas de atenção à saúde, os sistemas fragmentados, teve relativo sucesso no enfrentamento dos eventos agudos. Contudo, as rápidas e profundas transições demográfica e epidemiológica, no Brasil e alhures, levaram a uma situação de tripla carga de doenças, com predominância relativa forte das condições crônicas.

As condições crônicas, diferentemente dos eventos agudos, caracterizam-se por suscitar respostas contínuas, proativas e integradas para o seu enfrentamento eficaz.

A análise dos sistemas de saúde em todo mundo evidenciam que a organização fragmentada falhou no manejo das condições crônicas, levando a uma grave crise que se manifesta em ineficiência, baixa efetividade e desigualdade no acesso aos serviços. Nesse contexto é que surgiram as propostas de mudança, empreendidas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, expressas na organização das redes de atenção à saúde que se estruturam para dar conta dos eventos agudos e, especialmente, das condições crônicas, de forma efetiva e eficiente.

Na saúde bucal predominam as condições crônicas e, portanto, uma resposta conseqüente às condições bucais deve ser organizada em redes de atenção à saúde, coordenadas pelos cuidados primários.

O primeiro passo para a construção social de redes de atenção à saúde é a elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidências que são recomendações preparadas, de forma sistemática e baseadas em evidências científicas, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas. A mais importante forma de apresentação de uma diretriz clínica é a linha guia.

Uma rede de atenção à saúde só pode ser construída adequadamente a partir de uma linha guia que estabeleça os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo de toda rede e que explicita as ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras que devem ser desenvolvidas em cada ponto dessa rede. A linha guia deve construir e explicitar os parâmetros assistenciais que serão utilizados no planejamento, no monitoramento e na avaliação das redes de atenção à saúde. Além disso, é fundamental que uma linha guia defina um sistema de estratificação de riscos que é imprescindível para o manejo correto das condições crônicas.

As linhas guia cumprem, nas redes de atenção à saúde, quatro funções fundamentais: gerenciais, educacionais, comunicacionais e legais.

A leitura da linha guia elaborada pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza mostra um trabalho de excelente qualidade e cumprimento seus autores pelo esforço e talento em sua produção.

Tão importante quanto elaborar e publicar uma linha guia é implantá-la. Isso é um trabalho que exige compromisso e liderança, leva tempo e convoca a colaboração ativa de todos os servidores envolvidos na melhoria da saúde bucal do município de Fortaleza.

Parabéns e boa sorte a todos.

*Eugênio Vilaça Mendes*

*Cirurgião-Dentista*

*Doutor em Odontologia*

*Consultor em Saúde Pública*

## LISTA DE ACRÔNICOS E SIGLAS

AD – Atenção Domiciliar  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
APS – Atenção Primária à Saúde  
ART – Tratamento Restaurador Atraumático  
ATM – Articulação Temporomandibular  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
CA – Câncer  
CAD-SUS – Cadastro do Sistema Único de Saúde  
CD – Cirurgião-Dentista  
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas  
CEOP – Centro de Especialidades Odontológicas da Polícia Militar  
CIV – Cimento de Ionômero de Vidro  
CPO-D – Dentes Cariados Perdidos Obturados  
DM – Diabetes Mellitus  
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
E-SUS – Sistema Único de Saúde Eletrônico  
GM – Gabinete do Ministro  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HPV – Papilomas Vírus Humano  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IFJ – Instituto Dr. José Frota  
INCA – Instituto Nacional do Câncer  
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira  
MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PSE – Programa Saúde na Escola  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SIH – Sistema de Informação Hospitalar  
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TPS – Terapia Periodontal de Suporte  
UAPS – Unidades de Atenção Primária à Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> A Rede de Saúde Bucal do município de Fortaleza, 2016.....	13
<b>Figura 2</b> Classificação de Angle .....	47
<b>Figura 3</b> Deglutição Atípica com interposição lingual.....	49
<b>Figura 4</b> Hábito de postura.....	49
<b>Figura 5</b> Aspecto facial do respirador bucal.....	50
<b>Figura 6</b> Hábito de sucção do polegar.....	50
<b>Figura 7</b> Centros de Especialidades Odontológicas Municipais e Estaduais no município de Fortaleza-Ce, 2016.....	63

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> Mapa Estratégico da Rede de Atenção à Saúde Bucal.....	14
<b>Quadro 2</b> Classificação de Risco em Saúde Bucal, Fortaleza, 2016.....	19

## SUMÁRIO

<b>1-Introdução</b>	11
<b>2- A Rede de Atenção à Saúde Bucal</b>	13
<b>3- Atenção Primária à Saúde Bucal</b>	15
<b>3.1- Acolhimento e acesso á saúde bucal na Atenção Primária</b>	15
<b>3.2-Estratificação de risco em saúde bucal</b>	16
<b>3.3- Atendimento de urgência</b>	19
<b>3.4- Organização e fluxos de atendimento</b>	19
<b>3.5- Atendimento à grupos prioritários</b>	22
3.5.1- Atendimento à gestante	22
3.5.2- Atendimento à criança de 0-3 anos	23
3.5.3- Atendimento ao diabético	24
3.5.4- Atendimento ao paciente com necessidades especiais	26
<b>3.6-Tratamento Restaurador Atraumático</b>	27
<b>3.7- Atividades de promoção e prevenção em saúde bucal</b>	29
3.7.1- Visita domiciliar	31
3.7.2- O programa saúde na escola - PSE	33
3.7.3- Puericultura	35
3.7.4- Grupos de educação em saúde	36
3.7.5- Promoção da Saúde como Estratégia de Cuidado Integral em Saúde Bucal Coletiva	38
<b>3.8- Patologias em saúde bucal</b>	40
3.8.1- Cárie	40
3.8.2- Doença periodontal	41
3.8.3- Câncer de boca	43
3.8.4- Má-oclusão	47
3.8.5- Edentulismo	52
3.8.6- Traumatismo dentário	53
<b>3.9- Atenção odontológica por ciclos de vida</b>	54
3.9.1- Atendimento à gestante	54
3.9.2- Atendimento à criança	56
3.9.3- Atendimento ao adolescente	57
3.9.4- Atendimento ao adulto	59
3.9.5 - Atendimento ao idoso	60
<b>4 - Atenção Secundária à Saúde Bucal</b>	62
4.1- Regulação	64
4.2 - Pacientes com necessidades especiais	66
4.3- Periodontia	67
4.4- Estomatologia	68
4.5- Endodontia	72
4.6- Cirurgia oral	75
<b>5- Atenção Terciária à Saúde Bucal</b>	76
<b>6- Referências</b>	78

## 1 INTRODUÇÃO

A construção desta Linha Guia surgiu da necessidade de orientar o processo de trabalho da saúde bucal no município de Fortaleza-CE. Com uma população de 2.591.188 habitantes fica notória a magnitude que os serviços de saúde devem apresentar para conseguir proporcionar qualidade de vida para sua população (IBGE, 2015). Com isso, o serviço de saúde bucal do município tem passado por um processo de transformação desde a sua implantação, buscando-se alcançar um resultado de excelência.

Atualmente, o município utiliza a organização do serviço de saúde através das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2010).

Sendo assim, a rede de saúde bucal de Fortaleza está orientada na centralização dos serviços na Atenção Primária à Saúde, onde 85% dos problemas podem ser solucionados, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) a forma de organização dos processos de trabalho. As ações na Atenção Secundária à Saúde são realizadas nos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e as ações na Atenção Terciária à Saúde são realizadas através do atendimento hospitalar.

Utilizando como orientação a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, que dentre suas ações preconiza a organização dos serviços utilizando a ferramenta dos dados epidemiológicos, foi realizado o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Fortaleza-Ce, em 2006-2007. Destacam-se alguns resultados positivos como o índice CPO-D aos 12 anos de 1,54, visto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizava um CPO-D aos 12 anos menor que 3, como meta para o ano 2000.

Ainda de acordo com o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Fortaleza-Ce, em 2006-2007, na faixa etária adulta de 35-44 anos, fica evidente a necessidade de acompanhamento de saúde bucal, tendo em vista que apenas 56% dos examinados apresentava 20 ou mais dentes presentes na boca, enquanto que a Organização Mundial de Saúde preconizava que pelo menos 75% dos adultos tivesse 20 ou mais dentes presentes na boca até o ano de 2000. Este estudo deixou evidente a necessidade de um acompanhamento da saúde bucal da população, desde a infância até a fase adulta e idosos, objetivando o controle de suas principais doenças, bem como proporcionando a reabilitação do sistema mastigatório (FORTALEZA, 2010).

Destaca-se como um dos principais marcos na mudança do processo de trabalho da saúde bucal em Fortaleza, o concurso público para profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), realizado em 2006, através do qual 250 cirurgiões dentistas foram inseridos nas equipes de saúde bucal da ESF. Assim como o concurso público para equipe auxiliar, realizado em 2015, que contratou 210 Auxiliares de Saúde Bucal e 30 Técnicos de Saúde Bucal para compor as equipes de saúde bucal na ESF.

O município possui 380 equipes de saúde da família e 290 equipes de saúde bucal, o que corresponde a uma cobertura de 54% e 40% respectivamente. Portanto, torna-se evidente a necessidade de ampliação do quantitativo de equipes, com o objetivo de proporcionar um serviço de saúde bucal de excelência para a população de Fortaleza.

A ampliação dos serviços na Atenção Primária à Saúde resultou em uma evidenciação da importância de acompanhamento dos pacientes de forma integral, sendo imperativo a necessidade de aumento da oferta de serviços de saúde bucal nas Atenções Secundária e Terciária, processo este que está em construção.

Diante da complexidade da RAS da saúde bucal, justifica-se a elaboração desta Linha Guia, permitindo uma unificação dos conceitos, tornando-se uma orientação para a organização dos serviços prestados dentro do município de Fortaleza - CE.

## 2 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A Rede de Saúde Bucal desenvolve um conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação do paciente. De acordo com Mendes, 2011, as RAS não são apenas um arranjo poliárquico, entre diferentes atores dotados de certa autonomia, trata-se de um sistema que busca aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. Destaca-se que essa rede possui os seguintes elementos constitutivos em sua estrutura operacional:

**Atenção Primária:** Realizada principalmente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), está é a ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes nos territórios de abrangência.

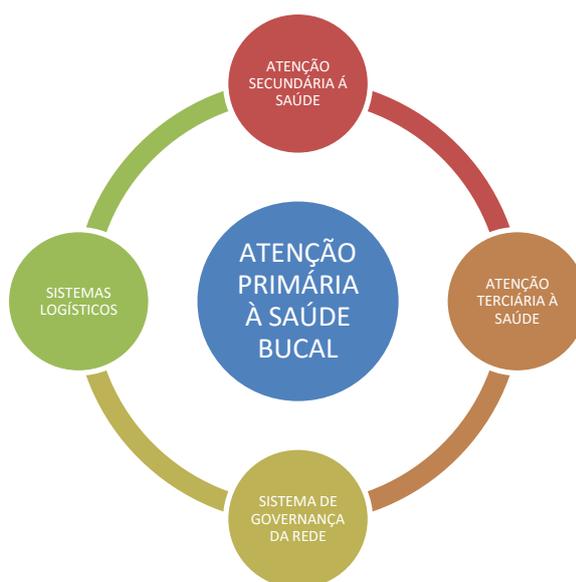
**Atenção Secundária:** Realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas. Recebem os pacientes que apresentam alguma necessidade do serviço especializado que foram encaminhados pelas UAPS.

**Atenção Terciária:** Realizada nos Hospitais de referência, pacientes são encaminhados da Atenção Primária e Secundária.

**Sistemas Logísticos:** Realizado através da utilização do prontuário eletrônico na Atenção Primária e da regulação de consultas na Atenção Secundária.

**Sistema de Governança da Rede:** Composto do sistema gerencial (planejamento estratégico, contratualização, painel de bordo), ente de governança e gestão da qualidade.

**Figura 1:** A Rede de Saúde Bucal do município de Fortaleza, 2016



**Fonte:** Coordenação Municipal de Saúde Bucal do Município de Fortaleza, 2016

O público alvo da RAS de Saúde Bucal será toda a população do município com 2.591.188 habitantes. Ressalta-se que a Rede de Atenção à Saúde Bucal possui seu mapa estratégico, de onde são destacados os princípios da atenção à saúde bucal.

**Quadro 1** Mapa Estratégico da Rede de Atenção à Saúde Bucal

Missão	Formular e desenvolver a Política Municipal de Saúde Bucal, organizando a Rede de Atenção à Saúde Bucal, beneficiando a população de Fortaleza.
Visão	Desenvolver, até 2020, um modelo de saúde bucal de excelência, proporcionando atividades assistenciais, de promoção e prevenção de saúde, mantendo uma articulação intersetorial e com a sociedade civil.
Valores	Compromisso, Ética, Humanismo e Profissionalismo.
Resultados para a sociedade	Proporcionar um serviço de saúde bucal de qualidade e resolutivo.
Processo	Melhorar o acesso ao serviço odontológico em todos os pontos da Rede; Ampliar as ações de promoção e prevenção em saúde; Ofertar exames complementares essenciais para a realização de diagnóstico e execução de tratamento odontológicos.
Gestão	Implementar as atividades de Educação Permanente em Saúde; Articular as ações intersetoriais; Definir as competências de cada ponto de Atenção, incluindo sistema de apoio e logístico; Monitorar e avaliar as atividades desenvolvidas na Rede de Saúde Bucal.
Financeira	Articular recurso financeiro Municipal para os serviços da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

**Fonte:** Coordenação Municipal de Saúde Bucal do Município de Fortaleza, 2016

### **3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a ordenadora do cuidado dos demais níveis de atenção e a porta de entrada na rede de saúde. Na Atenção Primária à Saúde bucal as atividades serão desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e no seu território.

Na APS serão realizados procedimentos de promoção, prevenção e tratamento dos pacientes. Casos de maior complexidade serão encaminhados para a Atenção Secundária e Terciária de Saúde Bucal.

O acesso à Atenção Primária em Saúde Bucal deve acontecer preferencialmente através do acolhimento em saúde bucal, conforme será descrito a seguir.

#### **3.1 Acolhimento e acesso à saúde bucal na Atenção Primária**

O acesso com equidade é uma preocupação constante para a organização da demanda dos usuários no município de Fortaleza. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas (BRASIL, 2011).

Para operacionalizar esse princípio na prática, faz-se necessário a adoção de dispositivos técnico-assistenciais que pressupõem a mudança da relação profissional-usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde, características obtidas através do acolhimento com estratificação de risco (BRASIL, 2004). Acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, bem como na responsabilização da equipe que o atende pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento e saberes. Portanto, acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O acolhimento acompanha o usuário desde o momento que ele se aproxima do serviço de saúde por meio da identificação dos riscos e engloba quem o recebe, como o recebe, quem o orienta, quem o atende, para onde ele vai depois do atendimento, enfim, todas as etapas que o usuário percorre e como é atendido em cada uma dessas etapas (BRASIL, 2004).

Para que haja organização da demanda em consonância com a proposta de acolhimento, é necessário que a Equipe de Saúde da Família crie mecanismos que possibilitem (BRASIL, 2006):

- Atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, resolvendo seus problemas de saúde;
- Prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

As equipes de saúde bucal devem realizar acolhimento com estratificação de risco para a organização da agenda da demanda programada. O acolhimento pode ser realizado prioritariamente no território ou na própria Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS).

O acolhimento consiste nas seguintes etapas:

1. Pactuação com a equipe de saúde da família sobre a data da realização, deve acontecer com periodicidade constante;
2. Os agentes comunitários de saúde avisam à população sobre a realização do acolhimento;
3. No dia do acolhimento a equipe de saúde bucal pactua junto à comunidade como acontecerá a atividade;
4. Equipe de saúde bucal realiza atividade de educação em saúde;
5. Cirurgião dentista faz levantamento de necessidades para realizar a estratificação de risco;
6. Agendamento de acordo com a estratificação de risco.

### **3.2 Estratificação de risco em saúde bucal**

A estratificação dos indivíduos em subpopulações por riscos é uma das variáveis contidas no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), desenvolvido primeiramente nos Estados Unidos e adaptado para o SUS por Mendes (2010), a qual permite identificar indivíduos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos com recursos e tecnologias específicos. Quando uma população não é estratificada pode-se incorrer no erro de sub-ofertar cuidados para portadores de maiores estratos de risco e/ou ofertar em demasia para aqueles de menores estratos, tendo por consequência uma atenção à saúde ineficiente.

A estratificação de risco está associada à melhor qualidade da atenção à saúde e maior eficiência no uso dos recursos de saúde. Dessa forma, a estratificação de risco caracteriza-se como uma ferramenta fundamental no processo de trabalho das equipes de saúde da família tendo em vista seu potencial orientador de condutas e estratégias de intervenção, permitindo a oferta de uma atenção que não seja única para todos os usuários do sistema, mas que seja específica para cada grupo populacional. Por meio desse instrumento é possível oferecer uma atenção à saúde mais eficiente no que diz respeito à pessoa, ao lugar e ao custo (MENDES, 2010).

Na avaliação de risco e de vulnerabilidade, é necessário considerar as percepções do usuário e de sua rede social acerca do seu processo de adoecimento (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011). Tão importante quanto conhecer os protocolos clínicos e identificar alterações fisiológicas que representam risco à saúde do adulto, é compreender como cada usuário dos serviços se relaciona com sua situação de saúde e como ele vive (situação familiar, condições de renda e moradia).

A vulnerabilidade em que essas populações vivem é fator primordial na organização dos atendimentos odontológicos. As famílias e indivíduos mais vulneráveis aos agravos de saúde devem ser priorizados, além de ser importante que as equipes da estratégia saúde da família se articulem na busca desses indivíduos que apresentam grande vulnerabilidade e não procuram o serviço.

Nos momentos de desenvolvimento da estratégia de acolhimento com estratificação de risco em saúde bucal, a equipe deve preencher planilha com os dados dos usuários examinados, sendo possível monitorar e avaliar as atividades realizadas. Os dentistas das equipes de saúde bucal devem utilizar os critérios odontológicos como apresentados abaixo:

**R1: Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles:**

- Cárie ativa: mancha branca ativa e tecido amolecido;
- Doença periodontal ativa;
- Lesão de tecido moles;
- Limitações funcionais com comprometimento da mastigação, deglutição, fala;
- Comprometimento estético de urgência.

**O Risco 1 será subdividido de acordo com a gravidade encontrada em:**

- Gravidade 1: + de 8 elementos com cárie ou exodontias à realizar;
- Gravidade 2: até 7 elementos com cárie ou exodontias à realizar;
- Gravidade 3: até 4 elementos com cárie ou exodontias à realizar.

**R2: Ausência de atividade de doença cárie e lesão de mucosa:**

- Presença de cálculo.

**R3: Ausência de atividade de doença cárie e periodontal, ausência de lesão de mucosa. Sem necessidade de tratamento odontológico, sendo necessário atividade de promoção e prevenção de saúde.**

Tendo em vista a importância dos determinantes sociais no desenvolvimento das doenças bucais, os fatores socioeconômicos e culturais devem ser avaliados na primeira consulta odontológica que acontece na UAPS. Esta avaliação será importante na estratificação de risco do paciente, bem como orientará a construção do plano de cuidado do paciente. Considerando-se os riscos biológicos e odontológicos detectados, deve seguir os critérios apontados no quadro abaixo para pontuação por escores, adaptada da linha guia de Curitiba.

<b>Critérios</b>	<b>Escore</b>
<b>Critério Social</b>	
Renda familiar: Situação de extrema pobreza, ou seja, inclusão no Programa Bolsa Família.	2
Alfabetização do chefe da família: Chefe não é alfabetizado, ou seja, não sabe ler e não sabe escrever nem mesmo um bilhete simples.	2
<b>Critério Biológico</b>	
Condições crônicas: diabetes, hanseníase, HIV	2
Usuário com necessidade especial	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3

<b>Critério de Autocuidado</b>	
O usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3
O usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3
O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3
O usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3
<b>Critério Odontológico</b>	
Risco 1 (R1)	15
Risco 2 (R2)	5
Risco 3 (R3)	1

Ao final da avaliação os escores totalizados indicam a estratificação de risco daquele usuário:

<b>Escore</b>	<b>Riscos</b>
0-5 escores	Baixo Risco
6-12 escores	Risco Intermediário
16 ou + escores	Alto Risco

De acordo com a estratificação de cada usuário deve ser planejado seu tratamento como sugerido a seguir:

<b>Escore</b>	<b>Risco</b>	<b>Sugestão de Plano de Cuidado</b>
0-5 escores	Baixo Risco	Tratamento concluído em única consulta, sendo indicado uma consulta anual para a execução do seu plano de cuidado, incluindo: - Atividade de Educação em Saúde; - Controle do biofilme dental; - Fluoterapia.
6-12 escores	Risco Intermediário	Plano de cuidado concluído com 2 consultas em média e sendo indicado retorno semestral para acompanhamento.
16 ou + escores	Alto Risco	Plano de cuidado elaborado de acordo com a gravidade da doença: - Gravidade 1: + de 8 elementos com cárie, necessidade de 5 consultas em média e retorno semestral é indicado; - Gravidade 2: até 7 elementos com cárie, necessidade de 4 consultas em média e retorno semestral é indicado; - Gravidade 3: até 4 elementos com cárie, necessidade de 3 consultas em média e retorno semestral é indicado.

### 3.3 Atendimento de urgência

O serviço odontológico na Atenção Primária à Saúde também realizará atendimentos de urgência no horário de 7-19h. Os usuários serão atendidos na urgência odontológica, de acordo com sua classificação em vermelho, laranja, amarelo, verde e azul (PARANÁ, 2016).

O procedimento de urgência é realizado e em seguida o paciente é orientado sobre sua necessidade de acompanhamento com a equipe odontológica, sendo orientado a comparecer no momento do Acolhimento com estratificação de risco em saúde bucal ou caso seja um paciente de grupo prioritário seu retorno deve ser agendado.

**Quadro 2** Classificação de Risco em Saúde Bucal, Fortaleza, 2016

Classificação	Riscos de Urgência	Recomendações
Vermelho	Hemorragia intensa, abscesso dento alveolar e trauma facial	Encaminhamento ao hospital de referência
Laranja	Hemorragia possível de controlar com medidas locais, traumatismo dento alveolar, paciente institucionalizado, escoltado, internado	Atendimento prioritário
Amarelo	Dor dentária	Atendimento em até 1 hora
Verde	Usuário com condição sistêmica que mereça atenção diferenciada (doença crônica descompensada)	Agendamento para atendimento programado
Azul	Dor dentária leve, fratura de restauração, exodontia de dentes decíduos	Agendamento para atendimento programado

Fonte: Coordenação Municipal de Saúde Bucal, 2016.

### 3.4 Organização e fluxos de atendimento

A organização dos fluxos dentro das UAPS, para gerenciamento do acesso aos serviços de atendimento clínico odontológico, deve acontecer segundo o fluxograma apresentado abaixo.

Os usuários pertencentes aos grupos eleitos como prioritários: gestantes, crianças menores de dois anos, diabéticos e portadores de necessidades especiais, terão seu agendamento priorizado, sem necessidade de participarem do acolhimento, devendo ser encaminhados pela equipe de saúde da família diretamente para o consultório odontológico.

As crianças menores de 3 anos, devem ser acompanhadas, preferencialmente, em atividade multidisciplinar de puericultura e captadas para o atendimento clínico odontológico, somente em caso de necessidade específica.

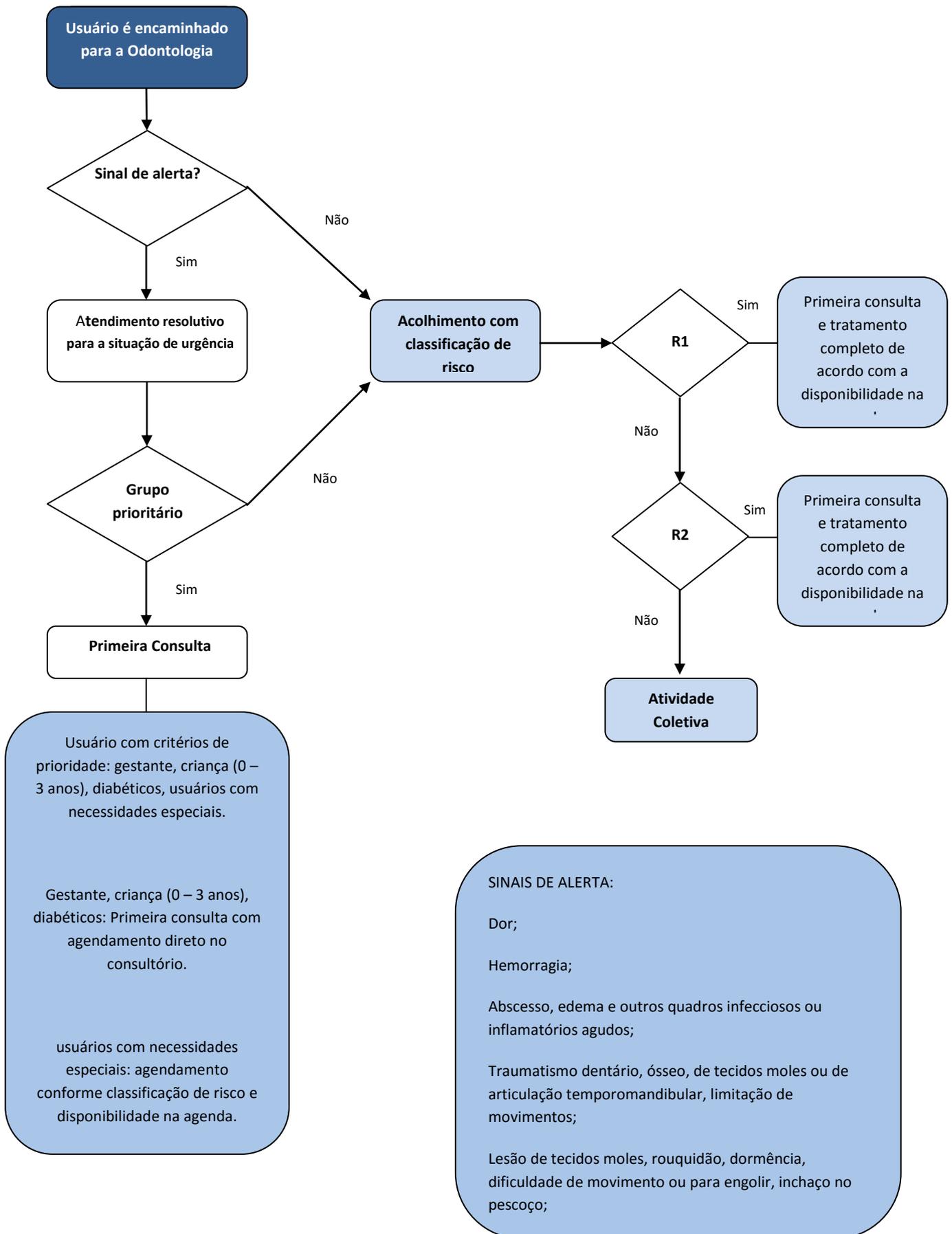
Orienta-se que os usuários diabéticos sejam acompanhados em grupos operativos multidisciplinares e captados para atendimento clínico os que, após estratificação de risco, forem considerados os mais vulneráveis. Os diabéticos estratificados como alto risco identificados como Risco 1, terão seu agendamento garantido. Em um segundo momento, após o agendamento da primeira consulta odontológica de todos os diabéticos de alto risco, risco R1, será programada a primeira consulta para os demais diabéticos R1 e subsequentemente para os identificados como R2 e R3, nesta ordem.

As gestantes serão encaminhadas para atendimento clínico odontológico, pelas equipe de saúde da família, tão logo iniciem seu pré natal.

Os demais usuários terão seu acesso à assistência odontológica através das atividades de acolhimento, realizadas periodicamente pelas equipes de saúde bucal, preferencialmente no território de sua área adscrita ou na própria UAPS. Esta atividade deve ser registrada em mapa específico, onde deve ser registrada a estratificação de risco dos referidos pacientes.

Os usuários que procurarem a Unidade de Saúde com necessidade de atendimento clínico de urgência, terão seu acesso garantido, sem qualquer tipo de restrição.

## ACOLHIMENTO DA ODONTOLOGIA



### 3.5 Atendimento à grupos prioritários

No município de Fortaleza optou-se por trabalhar com uma priorização de alguns grupos de risco, buscando um atendimento odontológico de excelência. Os grupos prioritários para as ações de saúde bucal são:

GRUPOS COM ATENDIMENTO PRIORITÁRIO	ESTRATÉGIAS PARA CAPTAÇÃO
Gestantes	Comunicação com a equipe de saúde da família
Crianças de 0-3 anos	Participação em consultas de puericultura
Diabéticos	Comunicação com a equipe de saúde da família
Pacientes com necessidades especiais	Realizar busca ativa

#### 3.5.1 Atendimento à Gestante

A gravidez é um evento especial na vida da mulher; tratando-se de uma experiência carregada de emoções. O estabelecimento de uma boa relação paciente/ cirurgião-dentista que estimule a franqueza, honestidade e confiança é parte integral do tratamento de sucesso. Esse tipo de relação reduz bastante o estresse e a ansiedade tanto do paciente quanto do cirurgião-dentista (LITTLE, 2008).

No período gestacional é fundamental o comprometimento da mãe para com sua saúde bucal. Durante a gravidez, muitos sinais e sintomas novos aparecem, como intensa salivação e doenças gengivais.

O cuidado com a saúde bucal deve ser um trabalho integrado de toda a equipe, pois muitas condições que comprometem a boca têm repercussões na saúde geral do paciente e em sua qualidade de vida.

Diversos estudos demonstram a relação entre parto prematuro e baixo peso ao nascer com as doenças bucais das gestantes, em especial as doenças da gengiva (KHADER; TA'ANI, 2005; OFFENBACHER; BOGGES; MURTHA, 2006). Não foi demonstrada uma relação entre cáries dentárias e os processos fisiológicos da gravidez. A atividade de cárie é atribuída à presença de bactérias cariogênicas na boca, uma dieta contendo carboidratos fermentáveis e uma higiene oral ruim. Logo, torna-se de extrema importância que, durante as consultas de pré-natal, as gestantes recebam informações sobre saúde bucal, destacando a importância de práticas corretas de higiene bucal, da dieta cariogênica e do controle de suas doenças bucais.

As alterações hormonais não levam à inflamação, mas agravam problemas preexistentes, destacando-se:

- Maior consumo de doces, tendo como consequência maior risco de cárie e doença periodontal;
- Aumento na acidez da boca;
- Ingestão mais freqüente de alimentos;
- Diminuição nos cuidados com a saúde bucal.

## **Achados Clínicos Recorrentes**

### **Gengivite Gravídica**

Quando há falta de higiene adequada, ocorre a gengivite gravídica, que atinge parte das gestantes e tem como sinal o sangramento espontâneo durante a mastigação e higiene oral. Resulta de uma resposta inflamatória exagerada a fatores irritantes locais e higiene oral deficiente, durante o período de maior secreção de estrogênio e progesterona e fibrinólise alterada (LÖE, 1965; MUNOZ, 2012). Em cerca de 1% das mulheres grávidas, a resposta hiperplásica pode se exacerbar uma área localizada, resultado em um granuloma piogênico ou “tumor gravídico”, normalmente envolvendo a face vestibular da papila interdental.

Diante de tal quadro clínico, a paciente deverá receber reforço nas instruções de higiene bucal, sendo orientada sobre o uso de escova dental extra macia, dentifrícios com flúor, fio dental, bochechos com anti-sépticos e serem orientadas a realizar visitas periódicas ao dentista.

### **Sensibilidade Dentária**

Os vômitos frequentemente comuns no primeiro trimestre da gestação tornam sua cavidade bucal exposta aos ácidos provenientes do estômago, o que além de favorecer a atividade bacteriana através de um pH mais ácido, podem causar desgastes no esmalte dental causando sensibilidade. Tais pacientes devem ser orientados a lavar a cavidade bucal após vomitar com uma colher de chá de bicarbonato de sódio e um copo de água para neutralizar o ácido (LITTLE; FALACE; MILLER; RHODUS, 2008). Deve ser evitado escovar os dentes logo após vomitar e reforçar a importância do uso de escovas dentais com cerdas extra macias, além de ficar mais atentas à sua saúde bucal, buscando intervenções odontológicas preventivas.

### **Sensação de Boca Seca**

Com as mudanças no organismo, a respiração nasal fica mais difícil. Há uma tendência de ocorrer a respiração bucal, especialmente à noite, o que pode causar a sensação de boca seca. Tal sensação pode ser amenizada por uma maior ingestão de água e uso de saliva artificial ou uso de goma de mascar sem açúcar. Outra recomendação importante é evitar o uso de colutórios que contenham álcool, pois ele pode aumentar a sensação de boca seca.

Com isso, destaca-se a importância do acompanhamento odontológico das gestantes, contribuindo desta forma com um pré-natal mais saudável.

## **3.5.2 Atendimento à Criança de 0-3 anos**

Durante a gravidez, é muito importante que hábitos saudáveis sejam desenvolvidos para que estes sejam transmitidos à criança. A saúde bucal do bebê depende de condutas de higiene e dieta adotadas pela mãe (CORRÊA, 2011). Com isso, os cuidados com o bebê devem ter início, através do cuidado com a gestante.

O objetivo do tratamento odontológico à crianças de 0-3 anos é conscientizar quanto aos cuidados com a saúde bucal trabalhando principalmente a promoção e prevenção na saúde bucal e, quando necessário, possibilitar a atuação clínica do profissional.

O atendimento ao bebê deve começar nos primeiros meses de vida, favorecendo a prevenção da cárie precoce. A cárie continua sendo uma doença de grande prevalência e a realização de atividades de promoção de forma precoce contribuirão para o controle deste problema (CÔRREA, 2011). Esta prevalência alta justifica a necessidade de programas voltados para a promoção de saúde bucal na primeira infância (OLIVEIRA, 2010).

Para Walter (2003) a visita ao consultório odontológico no primeiro ano de vida é justificada pela manutenção da saúde bucal do bebê, bem como pelo fato da criança ir se ambientando ao consultório odontológico.

A informação dos pais sobre os cuidados odontológicos com seu bebê é de grande importância, de acordo com Guimarães *et al* (2004) bactérias bucais podem ser transferidas ao bebê no momento de atos como beijar, acalantar ou brincar, por isso o hábito de higiene bucal dos pais é muito importante para a saúde do seu bebê. Portanto, a limpeza da cavidade bucal do bebê é uma maneira eficaz de prevenção à cárie, devendo ser realizada antes mesmo da erupção dos dentes decíduos (OLIVEIRA, 2010). Bem como, destaca-se a necessidade de conscientização dos pais sobre a importância da higiene bucal dos seus bebês.

Com isso, destaca-se a importância do acompanhamento dos bebês de 0-3 anos de preferência no momento da consulta de puericultura, onde os profissionais da ESF podem orientar os responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal.

### **3.5.3 Atendimento ao Diabético**

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica de alta prevalência caracterizada por deficiência no metabolismo da glicose, acarretando o acúmulo desta na circulação e urina. Isso ocorre pelo fato de que algumas células necessitam de insulina para permitir que a glicose adentre nas células e seja utilizada como fonte de energia e, nos diabéticos, a insulina não é produzida de maneira adequada ou há falha na ação desta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O DM pode ser classificada em 2 tipos: DM tipo 1, onde há destruição das ilhotas beta do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina, e DM tipo 2, em que há produção deficiente de insulina ou resistência periférica, que consiste na incapacidade dos receptores em reconhecer a insulina de maneira adequada. A DM tipo 1 tem início mais comum na infância, enquanto a DM tipo 2 surge mais tardiamente, na vida adulta. Cerca de 90% dos casos de diabetes correspondem à DM tipo 2 (LALLA, 2012).

Os níveis séricos normais de glicose após jejum de 8 horas, situam-se na faixa de 70 a 100mg/dl. O DM é diagnosticado quando os níveis de glicose se situam acima de 200mg/dl e o paciente apresenta sinais clínicos como poliúria, polidipsia e perda de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

A hemoglobina glicada (HbA1c) é outro exame comumente utilizado para avaliar a história progressiva de variação de glicemia, pois uma vez que a glicose se liga à molécula de hemoglobina, não mais se separa. Tendo em vista que a vida da hemácia é de 90-120 dias, consegue-se através desse exame prever os níveis de glicemia nos últimos 3-4 meses. Em pacientes diabéticos, os níveis de HbA1c devem estar abaixo de 7% (LITTLE; FALACE; RHOUDS, 2009).

### **Tratamento odontológico**

Para o atendimento odontológico do paciente diabético, é importante que se conheça a história clínica do paciente, que deve ser obtida através da anamnese, obtendo-se dados sobre data do diagnóstico da doença, tipo de diabetes mellitus, níveis de controle glicêmico e medicações em uso, além de presença de outras complicações sistêmicas secundárias ao diabetes. Adicionalmente, exames com Hemograma completo, Glicemia em Jejum e Hemoglobina glicada devem ser solicitados para avaliação prévia à realização de procedimentos invasivos (SONIS; FAZIO; FANG, 1996).

Idealmente, os pacientes portadores de DM devem ser atendidos no início da manhã, próximo ao horário de tomada das medicações. Importante que lembremos que a alimentação e horário das medicações não devem ser alteradas pelo atendimento odontológico, pois uma das principais intercorrências durante o atendimento de diabéticos é a hipoglicemia, originária da alimentação insuficiente (ou ausência desta) ou tomada de dose excessiva de medicação. Para tratamento de tal situação, deve-se administrar ao paciente alimentos ricos em glicose, como água com açúcar, mel ou sucos adoçados (KIDAMBI; PATEL, 2008; LITTLE; FALACE; RHOUDS, 2009).

Com relação ao uso de anestésicos, não é necessário evitar o uso de vasoconstritores adrenérgicos, como se pensava há algum tempo atrás. Entretanto, deve-se usar a mínima quantidade de anestésico que promova adequado silêncio operatório (TILY; THOMAS, 2007; LITTLE et al., 2009).

Antes de iniciar o atendimento clínico, é importante aferir a glicemia capilar, através do glicosímetro, devendo ser adiada a realização do procedimento se os níveis glicêmicos estiverem menores que 70mg/dl ou maiores que 200mg/dl. Estando o paciente compensado os procedimentos odontológicos podem ser realizados de maneira convencional (TURKISH DIABETES FOUNDATION AND TURKISH DENTAL ASSOCIATION, 2015).

### **Tratamento odontológico do paciente com glicemia descompensada**

Quando o controle glicêmico não está ocorrendo, deve-se buscar identificar o motivo. Caso haja falha na adesão ao tratamento, é função do cirurgião-dentista, como membro da equipe de saúde da família, agir na motivação do paciente, reiterando a necessidade da tomada das medicações nos horários determinados bem como da diminuição da ingestão de carboidratos e necessidade de realização de exercícios físicos. Além disso, deve-se contatar os outros membros da equipe para, em conjunto, tentar traçar plano de cuidado para o paciente.

O paciente diabético descompensado pode apresentar alterações fisiológicas que acarretam diminuição da ação do sistema imune, aumentando a susceptibilidade a infecções (KIDAMBI; PATEL, 2008).

Caso o paciente afirme estar utilizando medicação e seguindo a dieta corretamente, pode-se estar diante de presença de foco infeccioso que esteja causando o aumento da glicose. Nesse caso, deve-se inspecionar a cavidade oral em busca de possíveis causas de infecção. Destaca-se portanto, a importância da priorização do atendimento clínico odontológico destes pacientes. Caso infecção ativa seja identificada, mesmo estando a glicemia acima de 200mg/dl, deve-se realizar intervenção clínica para intervenção deste. Para tanto, é necessária a utilização de antibioticoterapia, para diminuir os riscos de infecção. O medicamento de escolha para esses casos é a Amoxicilina, onde a posologia indicada será de 500mg, de 8/8 horas, durante 7 dias (CASTRO et al., 2000; LITTLE; FALACE; RHOUDS, 2009).

Ainda relacionando a deficiência do sistema imune em pacientes diabéticos descompensados, deve-se ter atenção especial à ocorrência de infecções orais oportunistas como a candidíase, além de infecções virais e bacterianas (DOROCKA-BOBKOWSKA et al., 2010; ZOMORODIAN et al., 2016).

Com relação ao surgimento de candidíase, o paciente torna-se ainda mais propenso pelo efeito colateral de xerostomia acarretado pelos hipoglicemiantes. Vale ressaltar que o medicamento mais utilizado para o tratamento da Candidíase oral, a Nistatina, apresenta açúcar em sua formulação, devendo ser evitada a deglutição por pacientes diabéticos. Portanto, ressalta-se que cuidado especial deve ser dado aos pacientes diabéticos, proporcionado uma melhor qualidade de vida aos mesmos.

#### **3.5.4 Atendimento ao Paciente com necessidades especiais**

Segundo o Ministério da Saúde, paciente com necessidades especiais é definido como: o usuário que apresenta 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 (BRASIL, 2006). CAMPOS *et al.* (2009) acrescentam ainda que são pacientes que necessitam de abordagem multiprofissional e específica para cada situação. Partindo desse conceito, o grupo de pessoas abrangido é bastante heterogêneo, indo desde deficiências visual, auditiva ou motora até graves distúrbios sistêmicos e mentais.

Faz parte das atribuições da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família realizar busca ativa dessas pessoas para garantir o acesso ao serviço odontológico. Alterações no atendimento de menor complexidade, tais como deficiências físicas/visuais/auditivas, transtornos mentais leves, síndromes sem acometimento sistêmico grave, epilépticos controlados, pessoas vivendo com HIV, hipertensos, diabéticos e gestantes, devem receber os cuidados preventivos e curativos no âmbito da unidade de atenção primária (BRASIL, 2006).

Algumas particularidades para o atendimento clínico desse grupo de pacientes fazem-se necessárias. Avaliação minuciosa e detalhamento da anamnese enfatizando coleta de dados sobre medicações em uso, controle do quadro sistêmico, história progressiva de tratamentos odontológicos, limitações em realizar higiene oral, necessidade de adequação do posicionamento da cadeira odontológica são fundamentais para o planejamento das intervenções clínicas (QUEEN, 2016).

Orientações acerca de higiene oral adequada, dieta não cariogênica, adaptações da escovação e treinamento dos cuidadores devem ser sempre executados pela equipe de saúde bucal. Além disso, a interação entre os membros da equipe é fundamental para que o atendimento seja executado de forma segura e abrangente (JACKSON *et al.*, 2016).

Pacientes com alterações sistêmicas complexas, as quais não permitam atendimento no âmbito da unidade primária, devem ser encaminhados via sistema para atenção secundária e com guia de referência explicitando os motivos do encaminhamento. Exames básicos tais como hemograma, coagulograma, glicemia e radiografia panorâmica, devem ser solicitados no momento do encaminhamento. Outro ponto importante é informar ao acompanhante do paciente sobre a necessidade de levar para a consulta, no centro de especialidades odontológicas (CEO), laudos médicos e demais exames que informem sobre o quadro sistêmico do paciente, além de medicações em uso.

### 3.6 Tratamento Restaurador Atraumático

Diante da necessidade de oferta de tratamento restaurador para uma grande parcela da população do município de Fortaleza, o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) passa a ser preconizado em alguns casos específicos.

O ART consiste no tratamento restaurador de caráter definitivo das lesões cáries utilizando apenas instrumentos manuais na remoção parcial da dentina atingida pela cárie, seguida do selamento da cavidade com cimento de ionômero de vidro (CIV). Seu objetivo é paralisar com celeridade lesões cáries, diminuir o grau de severidade da doença cárie e ampliar a oferta da assistência à saúde bucal em espaços sociais, no domicílio e nas unidades de saúde (FIGUEIREDO, 2004; MASSARA, 2012).

A técnica de ART pode ser utilizada para dentes decíduos e permanentes, cavidades rasas e médias, cavidades com cavitação no esmalte, cavidades Tipo classe I, II ou V e em cavidades sem sintomatologia dolorosa espontânea. Podendo ser realizada em escolares no próprio ambiente escolar, ampliando as possibilidades curativas para além do consultório, assim como no ambiente domiciliar, para aquelas pessoas com dificuldade de deambular ou na Unidade de Atenção Primária à Saúde (FIGUEIREDO, 2004; MASSARA, 2012).

Segue abaixo a descrição do procedimento:

#### **TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (ART)**

##### **Primeira Etapa:**

1. Iniciar com a escovação supervisionada.
2. Manter campo seco isolando o dente com rolos de algodão. Limpar o dente com bolinhas de algodão umedecidas.
3. Avaliar a extensão da lesão cáries.

4. Se a abertura da cavidade for muito pequena, alargar com recortadores de margem gengival. O esmalte sem suporte, que pode fraturar, também deve ser removido com escavadores de dentina, ou com recortadores de margem gengival.

5. Remover a dentina cariada com escavadores de dentina, começando pela junção amelodentinária, a parede pulpar deve ser a última a ser trabalhada. A dentina que deve ser removida é aquela mais desorganizada, que possui um corte muito fácil e sem resistência.

6. Toda a margem da cavidade também deve estar livre de quaisquer debris. Limpar a cavidade com bolinha de algodão umedecida, e secar em seguida, com bolinhas secas.

#### **Segunda Etapa:**

7. Colocar 2 ou mais gotas do líquido do cimento de ionômero de vidro (ácido poliacrílico) no bloco de manipulação. A primeira gota, normalmente incorpora bolhas e deve ser utilizada para o condicionamento do dente, mantendo a pressão do frasco, desloque-o para o lado, fazendo a segunda gota pingar distante da primeira e completamente sem bolhas, pois esta será usada para a manipulação.

8. Isolar o dente com rolinhos de algodão e secar com algodão.

9. Condicionar toda a cavidade por 10 a 15 segundos com a primeira gota do líquido do CIV ou com ácido poliacrílico, esfregando a bolinha umedecida por todas as paredes cavidade. Lavar com bolinhas de algodão umedecidas em água por 5 segundos. Repetir se for necessário. A cavidade normalmente mantém o brilho.

10. Dispensar o pó do CIV em porções compatíveis com a cavidade a ser restaurada.

11. Manipular o CIV de acordo com as especificações do fabricante. A mistura não deve se apresentar nem líquida e nem seca demais, ela deve ter consistência suficiente para ser sustentada na espátula número um, bem como apresentar um brilho na sua superfície.

#### **Terceira Etapa:**

12. Inserir a mistura na cavidade com a espátula número 1 ou o escavador de dentina. Procure acomodar essa primeira porção da mistura nos ângulos internos da cavidade, inserir tantas porções quanto sejam necessárias para o completo preenchimento da cavidade. Se o dente permitir, pode-se preencher as fósulas e fissuras adjacentes com o CIV, tendo o cuidado de não deixar excessos.

13. Dispensar uma fina camada de vaselina sobre o dedo indicador realizando compressão digital por cerca de 20 segundos sobre o CIV, com o cuidado de manter o apoio nas vertentes de cúspide e ou crista marginal. A pressão deve ser suave, mas deve ser suficiente para auxiliar que o cimento se acomode na cavidade, bem como deve ser suficiente para fazer os possíveis excessos escoarem.

14. Após a presa inicial, remover o excesso visível com esculpador ou escavador.

15. Checar a oclusão com papel carbono para articulação. Remover os excessos que restarem, se for necessários. Se necessário, utilize cuidadosamente a lâmina de bisturi, caso os excessos forem exagerados ou muito grosseiros. O aspecto final da restauração deve ser liso, sem rugosidades ou porosidades.

16. Realize novo isolamento com os rolinhos de algodão, seque a restauração com bolinhas de algodão e com um *cavibrush* ou uma bolinha de algodão, aplique uma finíssima camada de esmalte incolor ou adesivo dentinário e aguarde secar por alguns segundos.

17. Remover os roletes de algodão e recomendar que o paciente evite mastigar por 1 hora e evite alimentos duros por 24 horas.

O grau de sucesso do ART está vinculado à associação com ações educativas, adoção de sistemas de prevenção das doenças bucais, desenvolvimento de hábitos de autocuidado, envolvimento da família, bem como a dieta com baixa ingestão de sacarose. Portanto, é fundamental a associação da ART com atividades de promoção de saúde para que seja possível obter o sucesso do tratamento odontológico. Finalmente, ressalta-se a importância de solicitar a autorização do responsável pela criança para a realização do procedimento ART.

#### - Passo a passo da Restauração Atraumática



1-Alargamento da cavidade

2-Remoção da cárie

3-Cavidade preparada



4-Inserção do ionômero de vidro e compressão digital com dedo untado com vaselina

5- Remoção de excessos do ionômero

6- Restauração Atraumática finalizada

**Fonte das imagens: Monnerat, A. F. Tratamento Restaurador Atraumático. 2015.**

### 3.7 Atividades de Promoção e Prevenção em Saúde Bucal

#### Promoção X Prevenção

A promoção e prevenção em saúde são estratégias fundamentais para buscar a melhoria da qualidade de vida da população e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010).

Promoção da saúde define-se de maneira ampla, pois refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais do usuário e/ou grupo populacional (LEAVELL e CLARCK, 1976).

As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (TERRIS, 1990; CZERESNIA, 2003; BRASIL, 2010). Ou seja, a promoção da saúde apresenta-se em ações gerais tais como: alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável.

Tais medidas que não são específicas às certas doenças, mas são ações que visam o bem estar implicando no fortalecimento da capacidade individual e coletiva (BRASIL, 2010).

A prevenção em saúde mostra-se bem mais específica, exige uma ação antecipada, fundamentada no conhecimento da história natural da doença a fim de tornar improvável ou até mesmo cessar o progresso posterior da doença (LEAVELL e CLARCK, 1976). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.

A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno, onde seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos no intuito de transformar a realidade vivenciada (CZERESNIA, 2003). Desta maneira, a promoção e a prevenção são níveis de atenção à saúde e a saúde bucal individual e coletiva (BIZERRIL *et al.*, 2015).

### **Promoção e prevenção em saúde bucal**

Na saúde bucal, a promoção e prevenção apresentam-se por meio de ações e serviços voltados para uma melhor saúde bucal dos usuários. O papel do paciente junto ao cirurgião dentista é fundamental, visto que a autonomia e a corresponsabilidade são quesitos necessários na história natural da doença (ROUQUAYROL, 2003).

A formação do cirurgião dentista e sua filosofia do processo de trabalho devem contemplar a promoção e prevenção, focando bem mais além do que diagnóstico e tratamento. O profissional de saúde bucal deve incluir sua compreensão nos fatores determinantes e condicionantes como psicológicos, sociais, econômicos, espirituais, além das crenças, valores e expectativas do paciente e sua família (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a promoção e a prevenção em saúde bucal implicam em compreender que, para além da atenção e do cuidado, são necessárias mudanças nas condições de vida adequadas à saúde e compatíveis com o desenvolvimento sustentável.

No modelo biomédico, prevalece a ideia de que saúde pode ser controlada pelo indivíduo e ser melhorada como resultado de processos educativos e de intervenções individualistas. Entretanto, é importante lembrar que a partir dos meados dos anos 80, o papel da promoção em saúde como um movimento de mudanças sociais e políticas tem sido definido em uma série de conferências e declarações internacionais (MOYSÉS E MOYSÉS, 2009). Essas conferências apontam para abordagens mais inclusivas e coletivas.

A educação em saúde conduz um processo de trabalho, no qual o paciente é corresponsável no tratamento. O cirurgião dentista assume um papel de facilitador e colaborador juntamente com o paciente, sem espaço para o monopólio de conhecimento nem da elitização profissional (SESC, 2007). O compartilhamento de conhecimento perpassa pela temática da microbiota bucal saudável como ações de controle mecânico e químico de placa bacteriana, dieta estimulante das funções e com controle da sacarose, estimulação salivar e o uso adequado do flúor.

Para um êxito no processo de cura, o cirurgião dentista deve desenvolver um serviço de vigilância em saúde bucal, por meio de monitoramento e avaliação do compromisso e desempenho do paciente em relação aos riscos de desequilíbrio e aquisição de doenças bucais. Tal acompanhamento deve levar em consideração o risco das principais doenças e agravos bucais como cárie dentária, doenças periodontais, má oclusões e câncer bucal. O mapeamento de risco norteará a tomada de decisões quanto as medidas de autocontrole do paciente e prazos controlados de retorno ao consultório odontológico.

Portanto, os desafios para a ampliação da prática de promoção da saúde com foco na saúde bucal exigem também a capacidade de profissionais para trabalharem com estratégias populacionais e determinantes sociais (MOYSÉS E MOYSÉS, 2009), envolvendo não só o trabalho do cirurgião dentista, mas de uma equipe multiprofissional para apoiar ações transformadoras no contexto da saúde coletiva e dos problemas de saúde bucal de uma população.

Assim, as equipes de saúde bucal do Município de Fortaleza devem dedicar pelo menos 1 turno do seu trabalho para o desenvolvimento das atividades extra-clínicas, atividades essas que busquem desenvolver ações de promoção e prevenção como as que são descritas abaixo:

### **3.7.1 Visita Domiciliar**

A atenção domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações e serviços de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011). A AD é um processo integrado pelo atendimento, a visita e a internação em domicílio. Então, uma das partes que compõem esta atenção é a visita

domiciliar realizada por profissionais a fim de prestar uma atenção em saúde permeada de vínculo e humanização.

Realizada pela equipe multiprofissional visando uma atenção à saúde permeada de vínculo e humanização, a visita domiciliar apresenta-se como uma forma de acesso ao usuário às ações e serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta atividade se caracteriza pela visita das equipes de saúde da família e de saúde bucal ao domicílio dos usuários assistidos, com o objetivo de reconhecer o ambiente familiar e diagnosticar os nós críticos pertinentes à realidade das famílias, servindo de subsídios para um adequado planejamento de ações em saúde, além de recuperar os indivíduos necessitados (MENDES e OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2012).

Portanto, assim como o médico e o enfermeiro, o cirurgião-dentista (CD) da ESF tem, como competência realizar visitas e atendimento, em casos específicos, domiciliares no propósito de oferecer atenção em saúde bucal individual e coletiva às famílias (BRASIL, 2012), além de contribuir para a promoção e prevenção em saúde. Diversas ações podem ser realizadas no domicílio como, por exemplo, a busca ativa de lesões bucais, ações de vigilância em saúde bucal e de educação em saúde bucal, as quais o cirurgião deverá participar como componente ativo da equipe Saúde da Família (BRASIL, 2012), bem como pequenos procedimentos clínicos (aplicação de flúor, raspagem, exodontias de raízes residuais, ART, entre outros). Dentre os grupos que podem ser visitados estão as puérperas, idosos restritos ao lar, pacientes acamados e pacientes com necessidades especiais.

Nos domicílios das puérperas devem ser realizadas orientações e instruções de higiene oral materna e, principalmente, infantil (higienização, uso de chupetas e mamadeiras, alimentação, transmissão da cárie). Os cirurgiões-dentistas demonstram para as puérperas a forma adequada de higienização oral dos bebês para a limpeza pós-mama dos rodets gengivais (CRUZ, GADELHA, CAVALCANTI, MEDEIROS, 2004; SIMIONI, COMIOTTO, RÊGO, 2005). Além disso, os bebês devem ser submetidos à exame clínico para a verificação da presença de dentes neonatais, assim como anormalidades como a presença de fendas palatais, anquiloglossia parcial/total ou cistos orais palpáveis. Especial atenção deve ser dada à orientação sobre a importância da amamentação no desenvolvimento do sistema estomatognático, evitando um futuro respirador bucal com necessidade de tratamento ortodôntico (BIZERRIL, SALDANHA, ALMEIDA, ALMEIDA, 2015).

Nas residências de usuários acamados, idosos e com necessidades especiais são realizadas orientações sobre qualidade de vida e saúde sistêmica, incluindo doenças como hipertensão arterial, diabetes mellitus e Alzheimer. As ações de escovação dentária, uso de fio dental, acompanhada de orientações sobre higienização bucal, e cuidados com as próteses dentárias, devem ser feitas em todas as visitas domiciliares. Como rotina, a visita à esses grupos deve também abranger o exame clínico para detecção de possíveis lesões, existência de dentes com problema periodontais que possam ser tratados no próprio domicílio e exame das próteses (BIZERRIL, SALDANHA, ALMEIDA, ALMEIDA, 2015). Em casos de pacientes sequelados de acidente vascular cerebral (AVC), as ações de instruções de cuidado na saúde bucal devem levar em consideração os conhecimentos da família e dos cuidados quanto à doença (TOMITA, FAGOTE, 1999; CHAGAS, MONTEIRO, 2004).

A visita domiciliar proporciona a equidade e um atendimento humanizado a uma parcela da população distanciada da odontologia tradicional, reconhecendo suas diferenças, além de um atendimento odontológico privilegiado aqueles que realmente necessitam, destacando-se o princípio de equidade. Além disso, proporciona uma ampliação do vínculo da equipe com os usuários, o que possibilita a realização de um trabalho com mais qualidade e eficiência, priorizando uma atenção humanizada.

### **3.7.2 Programa Saúde na Escola - PSE**

Instituído em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da saúde e da educação. Por meio deste, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos se unem para promover saúde e educação integral. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade (BRASIL,2009). A implantação do PSE proporcionou de forma mais efetiva, a presença das equipes de saúde da família dentro das escolas, o que trás benefícios para a população de crianças e jovens assistidos.

O Programa Saúde na Escola é dividido em componentes:

#### **Componente I**

Desenvolve-se ações extra clínicas voltadas para o atendimento clínico e encaminhamento para especialidades em áreas afins. Tem como público alvo a faixa etária de 0 à 17 anos. São realizadas atividades como: Avaliação antropométrica, verificação da situação vacinal, saúde bucal, saúde ocular, saúde auditiva, desenvolvimento de linguagem e identificação de possíveis sinais relacionados às doenças negligenciadas e em eliminação.

Na Odontologia são realizadas ações envolvendo a avaliação das condições de saúde bucal e promoção de saúde bucal. Assim, o cirurgião-dentista e a equipe de saúde bucal identificam sinais e sintomas relacionados a alterações identificadas em educandos matriculados nas escolas participantes do Programa.

Com base nessa avaliação, é possível planejar ações para a promoção da saúde bucal, que está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão técnica do setor odontológico, promovendo uma integração às demais práticas de saúde coletiva. As ações devem mostrar a importância da saúde bucal relacionada com os atos de sorrir, mastigar, engolir e falar (BRASIL, 2009).

O envolvimento dos escolares, pais e responsáveis, bem como de profissionais de educação nas atividades, é indicado como importante estratégia que pode oportunizar o reconhecimento de problemas, seus determinantes e fatores de risco associados, favorecendo o empoderamento individual e coletivo. Este envolvimento também reforça a importância da participação de todos no cuidado com a saúde bucal. Além disso, podem ser importantes momentos de mobilização coletiva para práticas educativas que favoreçam o aprendizado e o controle social sobre as estratégias necessárias neste ambiente comunitário.

## **Componente II**

Desenvolvem-se ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; Promoção da cultura de paz e direitos humanos; Saúde Mental; Saúde e prevenção com educação para saúde sexual, reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, prevenção do uso de álcool e outras drogas; prevenção de acidentes; Saúde Ambiental ; Práticas corporais e atividades físicas.

O PSE realiza ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos com o objetivo de formar cidadãos mais conscientes e informados sobre o auto cuidado em saúde. Também desenvolve ações de assistência à saúde dos que apresentarem essa necessidade.

No ano de 2013 o PSE tornou-se espaço estratégico de educação em saúde, desejando garantir que crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes possuam o Cartão Nacional de Saúde, assim, o PSE passa a utilizar o cartão SUS no registro das atividades que realiza. A integração dos sistemas de informação de saúde pelo e-SUS tornam imprescindível a sua utilização. A numeração do cartão SUS será necessária para acompanharmos os estudantes que apresentarem alguma alteração nas triagens realizadas nas atividades do PSE e todos os estudantes da avaliação antropométrica para acompanhamento no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Sugere-se que as atividades do PSE iniciem com uma reunião de pactuação com a direção da escola, em seguida deve-se agendar reunião com os professores e finalmente reunião com os pais informando sobre o início das atividades. Deve-se realizar cronograma de trabalho com as atividades a serem realizadas, juntamente com os professores, onde as atividades realizadas devem ser inseridas na rotina da escola.

### **Ações de Saúde Bucal no PSE**

- **Educação em Saúde**

A educação em saúde deve ser parte das atribuições de todos os membros das equipes de Atenção Primária e pode fazer parte dos conteúdos do currículo escolar ministrado pelo professor com orientação da Equipe de Saúde Bucal.

- **Escovação dental supervisionada**

O planejamento das ações educativas deve ser feito em parceria com a escola, sendo indispensável a presença do cirurgião-dentista e dos professores. A educação em saúde pode ser parte das atribuições de todos os membros das equipes de Atenção Primária e pode fazer parte dos conteúdos do currículo escolar ministrado pelo professor com orientação da Equipe de Saúde Bucal.

Nesse contexto, a escovação dental supervisionada tem o objetivo de orientar e estimular os estudantes a incorporar hábitos de higiene bucal, além de disponibilizar o flúor na cavidade bucal, por meio do creme dental. Contribui para a prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal, podendo ser realizada na educação infantil, no ensino fundamental e médio.

- **Avaliação da saúde bucal**

A ação deve ser realizada uma vez ao ano, com o objetivo de avaliar o estado de saúde bucal e situações de maior vulnerabilidade, identificando os estudantes com necessidade de cuidados específicos (levantamento de necessidades). Para o seu desenvolvimento é importante a organização prévia de espaço e ambiente adequado para sua condução, o que deve ser feito em conjunto pela equipe de saúde e de educação. Um ambiente iluminado, com boa ventilação, com disponibilidade de uma pia para lavagem das mãos e instrumentais utilizados, bem como materiais descartáveis para exame clínico e documentos para registro das informações, são aspectos e insumos importantes a serem contemplados.

A partir da avaliação, o cirurgião-dentista poderá encaminhar os escolares que apresentarem necessidade de tratamento odontológico para serem atendidos na Unidade de Atenção Primária à Saúde, sendo indicado referenciar os escolares para as UAPS responsáveis pelo território onde o escolar reside.

- **Aplicação Tópica de Flúor gel**

A frequência de aplicação Tópica de flúor gel é de duas a três vezes por ano, ou de acordo com a avaliação do profissional, feita após a realização do levantamento de necessidade. Não havendo risco de fluorose dentária, pois apesar da alta concentração, a frequência é considerada baixa (BRASIL, 2009).

Importante ressaltar que a equipe de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família deve cadastrar no sistema E-sus, na ficha de atividade coletiva, ações pactuadas com as escolas vinculadas ao PSE, de forma individualizada. Cadastro da escola com INEP e nome completo do aluno com o CAD-SUS.

Portanto, o PSE deve ser incorporado as rotinas das equipes de saúde da família, proporcionando desta maneira, um melhor acompanhamento das crianças e adolescentes matriculados nas escolas cadastradas no referido programa.

### **3.7.3 Puericultura**

A Puericultura consiste em um programa voltado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, que é de fundamental importância para a promoção à saúde e prevenção de agravos identificando situações de riscos, problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, buscando intervir precocemente nas intercorrências (FORTALEZA, 2012).

Durante as consultas de puericultura, que tem como foco a prevenção e promoção da saúde, sugere-se dos profissionais uma prática pautada na escuta, levando em consideração os conhecimentos já existentes, as necessidades primordiais da criança e a conscientização da família por meio, principalmente, do diálogo (SILVA; ROCHA; SILVA, 2009).

Com as mesmas perspectivas de prevenção e promoção da saúde, surge a atenção odontológica aos bebês de 0 a 36 meses, conhecida como Odontologia para bebês, em 1985 na Universidade de Londrina (WALTER *et al.*, 2013). Esta vem crescendo de maneira importante, por ser este o período em que os hábitos

relacionados à saúde bucal são formados, sendo, portanto, a prevenção precoce a principal ferramenta para a formação de uma perfeita saúde bucal (THEODORO *et al.*, 2007). Para Moss (1996), quanto mais cedo for a manipulação da cavidade oral dos bebês, mais receptivos estes serão em relação aos cuidados com a sua saúde bucal.

As ações de cuidado na puericultura devem ser desenvolvidas no contexto de trabalho interdisciplinar da equipe de saúde. Sabe-se que a abordagem do bebê ainda nos primeiros seis meses de vida é de extrema importância para a introdução de métodos educativo-preventivos (FAUSTINO-SILVA *et al.*, 2008). Assim sendo, é fundamental que os profissionais que trabalham com a puericultura transmitam informações como: período de erupção dos dentes, o uso de dentifrícios, amamentação, alimentação saudável, higiene bucal e hábitos bucais deletérios como o uso de chupetas e mamadeiras.

Portanto, o atendimento interdisciplinar sendo uma das ações preconizadas na Estratégia Saúde da Família e podendo ter no atendimento da Puericultura a ação simultânea da enfermagem, odontologia e medicina, proporcionará um suporte em saúde, beneficiando mãe e bebê na promoção de sua saúde bucal (ALMEIDA, 2015).

### **3.7.4 Grupos de Educação em Saúde**

#### **Entendendo a Educação em Saúde**

A educação em saúde é um campo plurifacetado que está presente no cotidiano de todos os profissionais da saúde. Tal campo apresenta-se transversal na área da educação e da saúde, ressaltando que essa ação sinérgica entre as duas áreas é importantíssima dentro do processo saúde-doença. É necessário compreender e desenvolver práticas de saúde dentro da abrangência da educação como um processo participativo de emancipação e empoderamento dos indivíduos envolvidos (CARDOSO DE MELO, 2007).

Considerando a educação em saúde como um processo emancipatório, que tem a concepção do processo ensino-aprendizagem como uma permuta, um processo dialógico entre o educador e o educando dentro de um contexto político e histórico. Ou seja, não existe sujeito e objeto e sim há dois atores ativos no processo de ensino-aprendizagem em um pensar crítico e sob a realidade (FREIRE, 1996).

Nesse sentido, na educação em saúde não se faz necessário relações verticais entre educador e educando ou transferências de conhecimentos e padronização de hábitos e costumes. Tal prática deve primar o envolvimento do paciente e/ou grupo na conscientização de transformação da realidade dentro do contexto sanitário e social que os atores sociais estão envolvidos.

#### **Educação, Saúde e Família**

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a educação em saúde é um processo de trabalho dirigido para atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que ocorra desenvolvimento de juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, ou seja, apropriação da existência como ser humano (RODRIGUES e SANTOS, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família e de saúde bucal apresentam dentro do seu escopo de atribuições a competência de realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe. A concepção do profissional da saúde está pautada dentro de competências, habilidades e atitudes voltada para a formação de um profissional promotor de saúde, o qual educa a sua população assistida (HADDAD, BRENELLI, PASSARELLA, RIBEIRO, 2008).

Desta forma, os profissionais da ESF estão aptos a desenvolver atividades de promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde, visando à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável, à saúde bucal, ao exercício fiel da cidadania e ética, dentre outras (BRASIL, 2012). Na ESF, essas atividades são desenvolvidas em grupos populacionais no propósito de ter uma ampla cobertura de usuários no território.

### **Trabalhando com Grupos**

O processo ensino-aprendizagem não considera somente a assimilação de um novo conhecimento, ou seja, leva em consideração a aprendizagem significativa a qual ancora a nova informação às outras pré-existentes no indivíduo inserido em um grupo populacional. Tal mecanismo, também, inclui a importância dos significados, expectativas, anseios e relações dentro do contexto em que a educação em saúde está sendo proposta (SESC, 2007).

As atividades educativas grupais devem favorecer a construção coletiva do processo educativo, perpassando por todo o método de análise e reflexão da realidade, discussão e troca de experiências, busca compartilhada das soluções dos problemas em questão e, permeando a tudo isso há a ancoragem de novos conhecimentos aos pré-existentes. A autonomia e a escuta são essenciais para que o contexto gere soluções pertinentes a tais problemas surgidos (AUSUBEL, 1982; PELIZZARI, 2002). Importante ressaltar da participação da população em todas as etapas de produção das atividades educativas grupais, desde o planejamento, até a execução e avaliação.

As ações educativas têm como principais objetivos: capacitar habilidades e atitudes para o auto-cuidado e intervenção em saúde, bem como desenvolver programas formativos no intuito de formar multiplicadores nos mais diferentes espaços sociais como escolas, empresas, associações comunitárias, dentre outros. Tais objetivos devem estar voltados para uma abordagem específica de acordo com a faixa etária/ciclos de vida predominante do público-alvo para que seja empregada a estratégia metodológica adequada (PELIZZARI, 2002).

O cuidado integral ao indivíduo e sua família inclui uma abordagem holística e multidisciplinar do profissional da ESF, que necessita de conhecimento e comunicação na área de saúde da criança, do adolescente, da mulher adulta, do homem adulto, do idoso, das pessoas com deficiências, de gênero e etnicidade. Em virtude da diversidade da população, torna-se essencial que o profissional de saúde use diversas abordagens pedagógicas para apreensão dos usuários às atividades educativas grupais.

### 3.7.5 Promoção da Saúde como Estratégia de Cuidado Integral em Saúde Bucal Coletiva

A Odontologia em seu contexto histórico nos remete a uma reflexão, tendo em vista sua construção como profissão ancorada ao paradigma positivista que se coloca como eixo estruturante das ciências médicas da modernidade e que fragmentou o cuidado em saúde, deslocando o objeto destas profissões para o foco da doença. No caso da Odontologia, o objeto passou a ser a boca humana, deslocada do sujeito e habitada de várias doenças.

A prática odontológica ficou extremamente impregnada pela lógica biomédica que segundo Botazzo (2013) poderia ser dividida entre “exérese, inserções e substituições”, a exérese correspondendo à retirada cirúrgica total ou parcial de estruturas da boca, a inserção como a realização de restaurações dentárias através de materiais plásticos e a substituição como a inserção de próteses e órteses na cavidade oral. A atividade odontológica há muito vem dedicando uma grande parte dos seus esforços sobre estes procedimentos que se constituem em técnicas centradas em protocolos, distanciando cada vez mais a possibilidade de um cuidado integral do ser.

O conceito de Saúde Bucal Coletiva extrapola a visão da Odontologia, procurando ressignificar o cuidado com os indivíduos e coletivos em busca da integralidade do ser, deslocando o objeto odontológico para uma visão de uma vertente não odontológica.

A busca da Integralidade no campo da saúde bucal coletiva vai para além da necessidade de unir a prevenção das doenças e cura destas, mas considerar que as estruturas da boca tem uma relação de suma importância com as outras estruturas do organismo (BOTAZZO *et al*, 1988) e que este ser humano está conectado ao mundo através de suas relações sociais.

A Integralidade foi transformada em normativa com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) quando a Constituição Federal de 1988 traz em seu escopo no artigo 196 um conceito de saúde que vai para além da lógica biomédica afirmando que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença” (BRASIL, 1988), sendo o mesmo reconhecimento do conceito ampliado de saúde reafirmado na Lei Orgânica da saúde 8.080 de 1990.

Este conceito de saúde que aparece no aparato normativo do SUS encontra-se alinhado com o conceito de Promoção à Saúde consolidado a partir da 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em 1986 em Ottawa no Canadá, que reafirmou a necessidade de transformar o conceito biomédico do processo saúde e doença em busca de um novo paradigma em que as “dimensões sociais e culturais determinantes do processo saúde-enfermidade, devem ultrapassar o foco exclusivo de combater a doença somente depois de instalada” (CARVALHO e BUSS, 2009).

Essas concepções evidenciam um (re) pensar, no tocante ao fomento a *autonomia* dos sujeitos e grupos sociais, o que nos remete a relevância de estarmos atentos quanto ao tipo de autonomia que é construída, considerando que a sociedade muitas vezes, impõe uma autonomia regulada onde as escolhas do indivíduo são conformadas pela lógica de mercado e a responsabilidade do Estado é diminuída em detrimento do aumento das responsabilidades dos indivíduos sobre sua saúde.

Dentro desta perspectiva faz-se necessário também a compreensão do conceito de vulnerabilidade social que segundo Ayres “designa grupo de indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente, na promoção ou garantia de seus direitos de cidadania”. Em Fortaleza encontramos uma grande disparidade social tanto no que diz respeito à renda, como ao IDH, nas mais diversas regiões da cidade, e nesse cenário, compreender como as doenças bucais se distribuem nestas regiões e relacionar às vulnerabilidades que as comunidades estão expostas é de suma importância para a construção de planos de cuidados pelas equipes de saúde bucal inseridas na Atenção Primária à Saúde.

Nessa compreensão, é essencial a elaboração de Políticas Públicas intersetoriais que são perspectivas progressistas de ampliação do conceito de Promoção à Saúde, pois aumentam a possibilidade de proteção da saúde das coletividades ultrapassando o âmbito da saúde e permeando outras esferas da vida humana como educação, meio ambiente, segurança pública, mobilidade.

No tocante à Saúde Bucal, é relevante resgatar que a sua inserção na Estratégia Saúde da Família ocorrida no ano 2000 trouxe grandes desafios aos profissionais que foram inseridos nesta política de estado, que tem como objetivo principal o deslocamento do objeto de cuidado da doença para o indivíduo. Pensar em promoção de saúde bucal está intimamente ligado ao empoderamento das comunidades e dos indivíduos para que estes possam participar da construção de planos de cuidado e assim corresponsabilizar-se com o que foi planejado.

Para a construção de planos de cuidados que levam em consideração as vulnerabilidades é necessário a utilização da ferramenta da Clínica Ampliada que compõe a Política de Humanização do SUS e que tem como eixos fundamentais (BRASIL, 2012):

- 1) **Compreensão da ampliação do processo saúde doença:** busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente algum conhecimento específico.
- 2) **Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas;**
- 3) **Ampliação do “objeto de trabalho”:** as doenças, as epidemias, os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional (ou especialidade) seja bem delimitado. A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas. Poder pensar seu objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio é uma das propostas e desafios aqui colocados.
- 4) **A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho:** são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade, etc.
- 5) **Suporte para os profissionais de saúde:** é necessário criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação.

Ressalta-se os valores que são elencados pela Política Nacional de Promoção à Saúde na perspectiva de proporcionar um refletir-produzir cuidado e motivação para os sujeitos implicados na construção de planos de cuidado (BRASIL, 2015):

- a solidariedade;
- a felicidade, enquanto auto percepção de satisfação;
- a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade;
- o respeito às diversidades;
- a humanização;
- a corresponsabilidade, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos;
- a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais;
- a inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades.

Percebe-se, nesse entendimento, o quão desafiador é construir uma política de saúde pautada em Redes de Atenção e na Promoção da Saúde, numa realidade onde as desigualdades sociais provocam uma série de iniquidades em saúde. Nesse contexto, vale ressaltar que o município tem enviado esforços no sentido de implantar as Redes de Atenção à Saúde com o objetivo de proporcionar uma rede de apoio para que profissionais e pacientes consigam implementar o auto cuidado em saúde. Face ao exposto, se faz imprescindível em Saúde Bucal Coletiva, redimensionar o processo de trabalho por meio da incorporação da relação sujeito-corpo-desejo, fomentando a autonomia e fortalecendo o autocuidado como experiência singular.

### **3.8 As Patologias em Saúde Bucal**

De acordo com o levantamento das condições de saúde bucal da população de Fortaleza-Ce, realizado em 2006-2007 pela coordenação municipal de saúde bucal, e com o Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2010, realizado pelo Ministério da Saúde, alguns agravos em saúde bucal devem ser destacados devido sua prevalência e gravidade: cárie, doença periodontal, câncer de boca, má-oclusão e edentulismo. Portanto, torna-se necessário uma discussão mais ampla sobre os referidos agravos, buscando um maior empoderamento da equipe de saúde bucal sobre o tema (BRASIL, 2010; FORTALEZA, 2010).

#### **3.8.1 Cárie**

A cárie dentária é uma das doenças crônicas mais prevalentes, afetando a maioria das crianças, adolescentes e adultos no mundo todo (BAGRAMIAN *et al.*, 2009). É aceito e estabelecido universalmente que a cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa e transmissível (FITZGERALD & KEYES, 1960; KEYES, 1960). É o resultado de um processo crônico, que aparece após a presença e interação desses três fatores: dente suscetível,

microrganismo e dieta somados ao fator tempo (NEWBRUN, 1983), contudo outros fatores tem sido agregados ao desenvolvimento da cárie como os determinantes sociais.

A desigual distribuição da doença cárie tem sido estudada e grande relação tem sido encontrada com as iniquidades socioeconômicas, portanto essa temática tornou-se linha de estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta destaca a importância da redução das desigualdades na saúde bucal entre os diversos estratos sociais e entre países com diferentes níveis de renda, ressaltando a associação entre as piores condições socioeconômicas e os níveis mais elevados de cárie dentária (BOING, 2014).

Cárie dentária é uma desmineralização irreversível do esmalte provocada pelo desequilíbrio frequente do fenômeno de *des-re*, durante um período de tempo, produzida pela ação de ácidos provenientes do metabolismo de carboidratos na placa bacteriana dentária (LIMA, 2007). A identificação do risco de cárie está fundamentada em aspectos clínicos, biológicos, comportamentais e sociais (CARVALHO *et al.*, 2011). Destaca-se como fatores de risco: fatores culturais e socioeconômicos, falta de acesso ao flúor, deficiência no controle mecânico do biofilme (placa bacteriana), consumo excessivo e frequente de sacarose e presença de xerostomia (BRASIL, 2008).

A lesão de cárie pode ser evitada e controlada mesmo em situações de alta experiência de cárie, a partir da instituição do “controle periódico” de placa, permitindo o restabelecimento do equilíbrio da *des-re* e, desse modo, impedindo que novas lesões atinjam a irreversibilidade. Deve-se, ainda, levar em consideração a importância de outros fatores que interferem, direta ou indiretamente, no reequilíbrio do fenômeno de *des-re*, como: fatores salivares, imunológicos, socioeconômicos, culturais, comportamentais, contagem de microrganismo e fluoroterapia, porém, considerando-os como fatores de importância relativa no estabelecimento de estratégias preventivas (LIMA, 2007). Um diagnóstico correto evita cometer uma série de falhas prejudiciais ao paciente e facilitam o trabalho do profissional (MARINHO & PEREIRA, 1998).

### 3.8.2 Doença Periodontal

A doença periodontal é um processo inflamatório de alta prevalência afetando cerca de 90% da população (PETERSEN *et al.*, 2005; KAYAL, 2013; HIENZ *et al.*, 2015). Geralmente é um processo progressivo e destrutivo, levando à perda de osso e ligamento periodontal ao redor dos dentes que podem eventualmente levar a sua perda (KAYAL, 2013). Sua etiologia é tida como multifatorial, onde a placa bacteriana estimula a resposta imunoinflamatória do hospedeiro, resultando em destruição tecidual (REDLICH *et al.*, 2012).

Podemos destacar como fatores de risco: higiene oral inadequada, tabagismo, estresse, deficiências nutricionais, medicamentos, diabetes descompensada, alterações hormonais, intoxicação por metais, trauma, respiração bucal e dentes com coroas protéticas com sobrecontorno (NEVILLE *et al.*, 2004).

Gengivite e Periodontite são descritas como manifestações do processo saúde/doença periodontal. Com a evolução do conceito do entendimento das doenças periodontais, concluiu-se que gengivite e periodontite são

processos nem sempre associados, isto é, gengivite não necessariamente evolui para uma periodontite, porém a gengivite é um importante fator de risco às periodontites (BRASIL, 2008).

### **Gengivite**

É uma inflamação da gengiva, cujos sinais clínicos de inflamação são confinados à gengiva, não incluindo os processos inflamatórios que se estendem à crista óssea alveolar, ao ligamento periodontal, ou ao cimento. A maioria dos casos de gengivite ocorre por higiene oral inadequada (NEVILLE *et al.*, 2004; CARRANZA *et al.*, 2011).

Com a progressão da doença, a gengiva torna-se vermelha e edematosa, apresentando sinais inflamatórios (sangramento e aumento do exudato inflamatório). A gengiva também pode apresentar margens rombas, retraídas ou hiperplásicas. Para que este diagnóstico seja feito, os registros longitudinais do estado periodontal, incluindo os níveis clínicos de inserção, devem ser avaliados (NEVILLE *et al.*, 2004; CARRANZA *et al.*, 2011).

O tratamento consiste na eliminação do biofilme dentário, remoção dos fatores retentivos de placa, raspagem e polimento supragengival. Instruções de higiene oral e a motivação para o autocuidado também são fundamentais para o êxito do tratamento. Como ações coadjuvantes ao tratamento podemos utilizar os agentes químicos (clorexidina, óleos essenciais e triclosan) (NEVILLE *et al.*, 2004; BRASIL, 2008).

### **Periodontite**

É uma doença inflamatória dos tecidos de suporte dos dentes, causadas por microrganismos específicos ou grupos de microrganismos específicos resultando em uma destruição progressiva do ligamento periodontal e tecido ósseo, com formação de retração, mobilidade e abscesso (CARRANZA *et al.*, 2011). A periodontite é considerada uma doença inflamatória, que pode contribuir para complicações das condições crônicas, sendo um potencial fator de risco para algumas doenças sistêmicas, como patologias cardiovasculares, partos prematuros, bebês que nascem com baixo peso, descompensação da diabetes, entre outros (ENGEBRETSON *et al.*, 1999).

A periodontite pode apresentar posicionamento apical da margem gengival, bolsa periodontal, presença contínua de sangramento à sondagem, perda de inserção e mobilidade (diagnosticada através do uso da sonda periodontal, radiografias, exames de sangue e biópsia) (NEVILLE *et al.*, 2004; CARRANZA *et al.*, 2011).

O tratamento consiste na remoção de biofilme dentário, cálculo supra e subgengival, raspagem e alisamento radicular e fatores retentivos de placa. Associado a isto, é de suma importância a instrução de higiene oral e motivacional para o autocuidado. A utilização de agentes químicos também pode ser aliado ao tratamento. Em casos de doença periodontal crônica avançada pode ser necessário realizar acesso cirúrgico para raspagem e antibioticoterapia (NEVILLE *et al.*, 2004; BRASIL, 2008).

### 3.8.3 Câncer de Boca

O câncer é uma doença de etiologia multifatorial, com importante componente genético, em que, a partir de alterações, oriundas de heranças de família ou de fatores externos, no genoma do indivíduo pode levá-lo a desenvolver uma condição cancerosa (CAPISTRANO, 2005; MARCUCCI, 2005; RESENDE *et al.*, 2007; SOARES, 2007; FERNANDES *et al.*, 2008; BRITO, 2009; BORGES *et al.*, 2009).

O câncer de boca acomete, prioritariamente, homens de meia idade (a partir da quarta década de vida) e pode-se citar como fatores de risco o fumo, o álcool, a radiação ultravioleta do sol e o papiloma vírus humano (HPV). Estes fatores podem ainda ser divididos em extrínsecos - substâncias químicas (tabaco e álcool), agentes físicos (radiação solar) e biológicos (vírus HPV) – e intrínsecos que correspondem à herança genética familiar e aos estados geral ou sistêmico do paciente (carências nutricionais, imunodeficiências etc.) (CAPISTRANO, 2005; MARCUCCI, 2005; RESENDE *et al.*, 2007; SOARES, 2007; FERNANDES *et al.*, 2008; BRITO, 2009; BORGES *et al.*, 2009;).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma projeção de 27 milhões de novos casos de câncer para o ano de 2030 em todo o mundo com 17 milhões de mortes pela doença. Os países em desenvolvimento serão os mais afetados, entre eles o Brasil (Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2013). Ainda segundo o INCA (2015), a redução dos fatores de risco sociais e ambientais para o câncer, capacitando os indivíduos a fazerem escolhas saudáveis, são os componentes essenciais para reduzir o número de mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, tendo-se como meta, a queda de 25% das mortes, por essas doenças, até 2025.

Desta forma, é importante que se atente para este problema, suas causas e consequências – discutindo-se, principalmente, a importância do cirurgião-dentista da Estratégia Saúde da Família na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de boca.

#### **Fatores de risco e de proteção relacionados ao câncer de boca**

A Constituição Federal explicita em seu artigo 196 que o estado deve assegurar saúde aos cidadãos (...) *mediante políticas sociais e econômicas que visem à **redução do risco** de doenças e outros agravos* (...) tamanha é a importância de intervenções que abordem os fatores de risco a que estão submetidos os usuários do SUS.

Soares (2007), diz que o termo fator de risco refere-se ao perigo ou à probabilidade de perigo, e pode ser entendido como fator que possibilita ou é responsável pelo dano. A cavidade oral, ainda segundo Soares (2007), pelas suas características, está intimamente relacionada a vários agressores (biológicos, físicos, químicos, ionizantes, entre outros que predisõem a várias lesões, desde reacionais, inflamatórias, infecciosas, neoplásicas, além de manifestações de doenças sistêmicas).

Com relação aos fatores protetivos pode-se citar, principalmente, os que dizem respeito à nutrição e ao seu efeito antioxidante e potencializador da imunidade do indivíduo. Esta proteção estaria vinculada ao consumo de frutas frescas (maçãs e frutas cítricas), pois estas contêm as vitaminas A, C e E; os carotenos (o

beta-caroteno em particular), e o selênio que parecem diminuir a incidência do câncer epitelial (BORGES *et al.* 2009).

Segundo Resende *et al.* (2007), o diagnóstico precoce das lesões cancerosas na boca, não tem logrado êxito nos últimos tempos, então a forma mais adequada de prevenção seria a diminuição de exposição aos fatores de risco. Portanto, entende-se a necessidade de se intensificar as atividades de busca ativa de lesões, para que estas sejam diagnosticadas precocemente, uma vez que muitas pessoas desenvolvem esta doença, mesmo sem serem expostas aos fatores de risco.

### **O papel do cirurgião dentista da Atenção Primária em Saúde na detecção precoce do câncer de boca**

Sabendo-se que o câncer de boca está vinculado a determinantes socioeconômicos, culturais, genéticos e ocupacionais, entende-se que deve haver uma abordagem ampla do conceito de saúde, fazendo com que os usuários se sintam empoderados na busca de melhores condições de vida. Desta forma, acredita-se que o cirurgião dentista da Estratégia Saúde da Família, por ter o vínculo com as famílias, tem a atribuição de divulgar os principais fatores de risco da doença – tabagismo, etilismo e vírus do papiloma humano, além da radiação solar e má nutrição; devendo estimular o autoexame da cavidade oral.

É neste contexto que, segundo Pereira e cols. (2012), a atenção primária, como porta de entrada de todo o sistema de atenção à saúde, aparece como espaço privilegiado das ações de controle dos fatores de risco, diagnóstico precoce e atenção à saúde do paciente oncológico. É também consenso entre autores que o dentista da ESF tenha a responsabilidade de acompanhar rotineiramente indivíduos pertencentes ao grupo de risco para desenvolvimento da doença e diagnosticar as lesões iniciais, que podem ser tratadas e, em muitos casos, curadas. Cabe-lhe, ainda, orientar e esclarecer a população sobre este problema (VIDAL e cols., 2003; OLIVEIRA NETO, 2011; PEREIRA *et al.*, 2012).

Segundo Santos (2006), as ações de saúde bucal devem inserir-se na estratégia planejada pela equipe de saúde numa inter-relação permanente com as demais ações da unidade de saúde, aliando a intersetorialidade, a participação e o controle social. Estas ações assumem um caráter informal do processo ensino-aprendizagem, no sentido de não rigidez para o desenvolvimento das práticas em saúde, sendo, entretanto, imprescindível o planejamento e a utilização de ferramentas adequadas a cada atividade e para cada grupo social (criança, adolescente, adultos, gestantes, idosos, tabagistas, etc.).

Neste universo de ações estão as atividades relacionadas à prevenção e ao combate ao uso abusivo de álcool, de tabaco e drogas ilícitas, que incentivem o uso de barreiras e/ou protetores solar, bem como ações que estimulem a alimentação saudável, a prática de atividades físicas, e o estímulo ao uso de preservativo nas relações sexuais – fatores diretamente relacionados à incidência do câncer da cavidade oral.

A OMS (2005) afirma que a prevenção e a detecção precoce do câncer têm o potencial não só de diminuir a incidência, mas também para melhorar a sobrevivência daqueles que desenvolvem esta doença. Diz, ainda, que o diagnóstico precoce depende de um clínico astuto ou paciente que pode identificar uma lesão suspeita, ou um sintoma, ainda numa fase inicial. Há evidências de que muitos médicos e dentistas parecem

não estar bem informados sobre os fatores de risco, diagnóstico e detecção precoce do CA de boca, e/ou não estão realizando exames rotineiros com esta finalidade.

Oliveira Neto (2011) ressalta que estas orientações devem estar presentes em todos os momentos da atuação do cirurgião-dentista no seu território de abrangência, sejam em visitas domiciliares, consultas individuais no consultório, ou em campanhas específicas. Dentre todas as orientações sobre o câncer de boca que o CD deve repassar para os seus pacientes, destaca-se o auto exame.

Carvalho *et al.* (2010) ressaltam que o auto diagnóstico dos problemas bucais é de extrema importância, uma vez que quanto mais cedo for detectado qualquer tipo de problema, uma vez acionados os serviços de atenção primária, maiores a possibilidade de sucesso. Vários autores são unânimes quando defendem o auto exame, como sendo uma estratégia eficiente, de baixo custo, de fácil realização no diagnóstico prematuro do CA de boca.

A técnica pode ser realizada no domicílio do indivíduo, com a ajuda de um espelho, podendo ser proposta em grandes campanhas como medida de saúde pública de prevenção e detecção precoce. Para tanto, sua realização deve ser em ambiente adequadamente iluminado, onde devem ser observadas as mudanças na aparência de todas as estruturas bucais – coloração de lábios e do interior da boca, bem como o aparecimento de regiões endurecidas, caroços, ulcerações, sangramentos, edemas, áreas dormentes, dentes com mobilidade, além de feridas existentes há mais de duas semanas (SOUZA, 2001; VIDAL e cols., 2003; CAPISTRANO, 2005; GUEMBAROVSKI, 2009). O encorajamento ao auto exame deve ser rotineiro mesmo que não haja nenhuma alteração aparente.

### **Consequências do diagnóstico tardio**

Apesar da ampla recomendação para a realização do auto-exame como rotina, esta prática não tem sido observada, haja vista os números alarmantes de neoplasias malignas detectadas em estágio avançado (COSTA e MIGLIORATI, 2001; BRITO, 2009; OLIVEIRA NETO, 2011; SOUZA, 2011).

Vidal e cols. (2003) afirmam que programas de prevenção de câncer bucal devem ser implantados nos serviços de saúde, justificados pelo baixo custo e a alta capacidade diagnóstica da doença. O câncer de boca detectado tardiamente traz graves consequências aos pacientes acometidos e à sociedade em geral. Quando lesões avançadas são diagnosticadas, a taxa de sobrevivência é baixa, o que significa uma perda muito grande, do ponto de vista econômico e social, já que atinge, em sua maioria, a capacidade laboral de uma parcela ativa da população - homens a partir da quarta década de vida. (OMS, 2005; GARBIN, 2007; RAPOPORT *et al.*, 2008; BRITO, 2009; GUEMBAROVSKI, 2009;). Para Guembarovski (2009), essa taxa de sobrevivência de cinco anos é de 70% quando não há metástase, e cai para 30 a 50% nos casos com metástase.

A precocidade do diagnóstico e da terapêutica adequada conduz o paciente a um melhor prognóstico. O contrário, explica um aumento de sofrimento com mutilações e perdas funcionais, aumento de custos, rejeição social e má qualidade de sobrevivência (CAMPOS, 2007 e GUEDES, 2010).

Irineu (2006) chama atenção para o fato de cirurgias extensas comprometerem o ato da deglutição, que tem como funções básicas a alimentação e a hidratação do indivíduo, mantendo assim seu estado nutricional e

garantindo sua sobrevivência. Este comprometimento retira do paciente um dos maiores prazeres do ser humano que é o ato de comer. Fontes *et al.* (2008) ressaltam que, 80% dos pacientes submetidos a tratamentos menos complexos e menos agressivos alcançam maior taxa de sobrevida de cinco anos, com boa qualidade de vida após o tratamento.

Irineu (2006) revela que, do mesmo modo que a beleza se destaca na multidão, os traços de desfiguração também são evidentes, comprometendo a subjetividade daquele que a possui. A autora acima citada ressalta, ainda, que é muito difícil para o mutilado estar na presença de “normais”, o que o leva ao isolamento, à desconfiança, ansiedade e à depressão.

Entende-se, portanto que as sequelas do diagnóstico tardio são gravíssimas, acarretando prejuízo pessoal, social e econômico, e que deve haver o estímulo à busca de lesões com potencial cancerígeno, o mais precocemente possível, principalmente se considerarmos o baixo custo desta atividade.

### **Orientações destinadas às Equipes de Saúde Bucal objetivando a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca**

Por tudo que foi exposto, faz-se necessário uma priorização à busca ativa de lesões pré-malignas e estímulo ao auto-exame da cavidade oral, objetivando o diagnóstico precoce destas lesões. Desta forma, ficam estabelecidos as seguintes diretrizes:

1. As equipes de Saúde Bucal deverão realizar busca ativa, nas suas áreas de abrangência, de pacientes fumantes e de pessoas que são expostas ao sol continuamente, além de realizar **semestralmente** o exame bucal com finalidade de diagnosticar, precocemente, lesões malignas ou pré-malignas;
2. A busca ativa de lesões malignas e pré-malignas deverá ser realizada, **sistematicamente**, nas datas de campanhas de vacinação, bem como nos grupos operativos direcionados aos idosos ou em outras datas pertinentes de acordo com a organização do processo de trabalho das equipes;
3. Deverá ser criado um **fluxo de encaminhamento** dentro das unidades de saúde, para que pacientes diagnosticados com câncer de pênis ou de útero sejam encaminhados para o exame e acompanhamento pelo dentista;
4. As datas de **Combate ao Câncer** deverão ser utilizadas, nas unidades de saúde, como oportunidades para que sejam esclarecidos os fatores de risco e proteção com relação ao câncer de boca;
5. Todas as atividades acima deverão ser realizadas, concomitantemente, com atividades de **promoção de saúde**, realizadas rotineiramente, que visem à prevenção do câncer de boca, através do incentivo aos hábitos saudáveis, à cessação de fumar e ao auto-exame de boca;
6. Recomenda-se a formação de grupos de **tabagistas** nas UAPS, com o objetivo de apoiar esses pacientes em busca de uma melhora na sua saúde;
7. Encontros **semestrais** com os dentistas do município deverão ser agendados, com o objetivo de discussão sobre a prevalência e incidência do câncer de boca.

### 3.8.4 Má-Oclusão

Desde a antiguidade, dentes apinhados, irregulares e protrusos são problemas para alguns indivíduos, e tentativas para corrigir essa desordem datam pelo menos de 1000 a.C. Numa época em que uma dentição intacta era raridade, os detalhes das relações oclusais eram considerados sem importância. Para que se fizesse uma boa reposição protética dos dentes, era necessário desenvolver um conceito de oclusão, o que aconteceu no final do século XIX (PROFFIT; FIELDS JR.; SARVER, 2007).

À medida que os conceitos de oclusão protética se desenvolveram e se refinaram, foram sendo estendidos à dentição natural. Edward H. Angle foi responsável por grande parte do desenvolvimento de um conceito de oclusão na dentição natural. O postulado de Angle se baseava em que os primeiros molares superiores eram importantes na oclusão e que os molares superiores e inferiores deveriam relacionar-se de forma que a cúspide mesiovestibular do molar superior ocluisse no sulco vestibular do molar inferior. Se esta relação de molar existisse e os dentes estivessem posicionados numa linha de oclusão de curva suave, então se teria como resultado uma oclusão normal.

Angle, então, descreveu três classes de más oclusões, baseado na relação oclusal dos primeiros molares:

Classe I: relação normal dos molares, mas há mal posicionamento dentário, como rotações ou apinhamento por falta de espaço.

Classe II: molar inferior distalmente posicionado em relação ao molar superior.

Classe III: molar inferior mesialmente posicionado em relação ao molar superior.

Sendo assim, a classificação de Angle tem quatro classes: oclusão normal, má oclusão classe I, má oclusão classe II e má oclusão classe III. A oclusão normal e a má oclusão de classe I compartilham a mesma relação molar, mas diferem no arranjo dos dentes na linha de oclusão (ANGLE, 2000).

**Figura 2** Classificação de Angle



**Fonte:** <https://jssodonto.wordpress.com/2013/04/09/>

Para uma oclusão hipoteticamente ideal ou normal, é preciso que os 28 dentes estejam ordenados no arco e em harmonia com todas as forças estáticas e dinâmicas que sobre eles atuam, ou seja, oclusão normal é estável e deve ser esteticamente atrativa. Para isso, é preciso ter uma gengiva saudável, sem sangramentos e

boa aderência, osso alveolar íntegro, sem perda de material e a Articulação Temporomandibular (ATM) livre de dores, ruídos ou outra disfunção.

A maloclusão é uma condição de desenvolvimento. Muitas vezes, maloclusão e deformidade facial não são causadas por processos patológicos, mas sim por distorções do desenvolvimento normal. Dentre as causas de distorções no desenvolvimento podemos citar:

- Distúrbios no desenvolvimento embrionário (distúrbios genéticos e uso de substâncias químicas em momentos críticos do desenvolvimento fetal);
- Distúrbios no crescimento esquelético (conformação defeituosa intra-uterina, trauma mandibular durante o processo de nascimento e fratura dos maxilares durante a infância);
- Disfunção Muscular (formação dos ossos depende da atividade dos músculos, geralmente associado aos casos de assimetria facial);
- Distúrbios do desenvolvimento dentário (bastante relacionados aos casos de má oclusão de classe I, caracteriza-se por ausências dentárias congênitas, dentes supranumerários e malformados, perda precoce de dentes decíduos, interferências na erupção dos dentes, erupções dentárias ectópicas (fora de posição ideal) e deslocamento traumático dos dentes, já que impactos podem levar a dano ao germe do dente permanente, migração do permanente após a perda prematura do decíduo ou injúria direta no dente permanente (PROFFIT; FIELDS JR.; SARVER, 2007).

Além de todos esses fatores, as influências genéticas e ambientais possuem grande contribuição no desenvolvimento das maloclusões. A maloclusão causada por fatores hereditários ocorrerá de duas formas: a primeira seria a desproporção entre o tamanho dos dentes e dos maxilares, que produzirá apinhamento ou diastemas; a segunda seria por desproporção de tamanho ou forma entre a maxila e mandíbula, o que poderia causar uma relação oclusal inadequada (PROFFIT; FIELDS JR.; SARVER, 2007).

Dentre os diversos fatores ambientais que podem contribuir para o desenvolvimento da maloclusão, destacam-se alguns hábitos deletérios que exercem pressões e forças inadequadas, descritos a seguir:

**Deglutição Atípica:** alguns fatores podem ocasionar desequilíbrios entre a musculatura de lábio, língua e bochecha, promovendo uma deglutição atípica. Dentre os fatores causais podemos citar:

- Problemas neurológicos;
- Tonsilas inflamadas (a cada deglutição a criança coloca a língua numa posição mais anterior com o intuito que a língua não toque nas amígdalas causando dor);
- Macroglossia (língua flácida, corrigida com exercícios musculares, comum em pacientes Síndrome de Down);
- Anquiloglossia (língua anquilosada que não consegue realizar os corretos movimentos de uma deglutição);
- Freio lingual anormal (língua presa, corrigido cirurgicamente);

- Perdas precoces dentais e diastemas anteriores (faz com que a criança comece a colocar a ponta da língua nesses espaços, desenvolvendo o hábito de deglutição com interposição lingual anterior).

Há uma participação ativa da musculatura perioral. Observa-se mímica com os músculos dos lábios, pressão das comissuras e participação muitas vezes dos músculos do mento. Nota-se inclusive, movimentos para trás com a cabeça, principalmente na ingestão de alimentos sólidos. Algumas crianças, como não conseguem selamento anterior correto, deixam escapar saliva pelo canto dos lábios (FERREIRA, 2001).

Se colocarmos as mãos sobre os masseteres não notamos contração dos mesmos, indicando que a deglutição está sendo feita sem a oclusão dos dentes. Normalmente há desvios na fonação (FERREIRA, 2001).

**Figura 3:** Deglutição Atípica com interposição lingual



Fonte: <http://www.moroortodontia.com.br/aulaspg/mordida%20aberta.pdf>

- **Hábito de postura:** posturas anormais ao sentar-se ou dormir podem ocasionar deformidades nos arcos. O mais comum é o hábito de apoiar o rosto sobre a mão ou descansar o rosto sobre o antebraço durante o sono. Geralmente ocasiona má oclusão unilateral no arco superior, já que a mandíbula é móvel e se desloca em resposta a pressão. Os dentes da maxila se deslocam para palatina, ocasionando mordida cruzada posterior (FERREIRA, 2001).

**Figura 4:** Hábito de postura



Fonte: Vellini, 2001.

- **Hábito de respiração bucal:** causada por problemas de obstrução das vias aéreas superiores, desvios de septo, inflamação de cornetos, adenóides, etc. Normalmente associado com a postura inadequada de língua e lábios. Durante a inspiração e expiração o ar só passa pela cavidade bucal, aumentando a pressão aérea intrabucal, modelando o palato, que se torna profundo. Como o ar não transita pela cavidade nasal, os seios maxilares se tornam atresícos, dando um aspecto facial característico ao paciente. Há uma atresia transversa da maxila, com consequente mordida cruzada posterior bilateral óssea. O paciente apresenta-se com o rosto alongado e estreito, olhos caídos, olheiras profundas, sulcos genianos marcados, lábios entreabertos, hipotônicos e ressecados e sulco nasolabial profundo (FERREIRA, 2001)

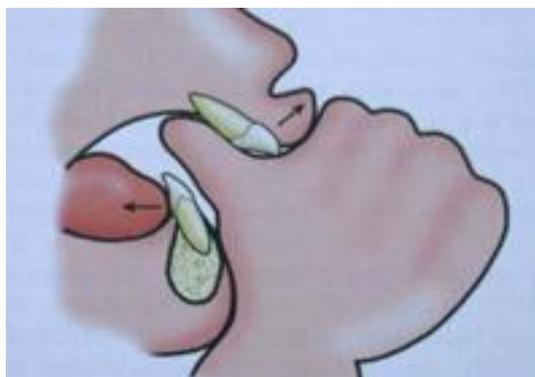
**Figura 5:** Aspecto facial do respirador bucal



Fonte: <http://www.tipodontia.com.br/odontopediatria/habitos.php>

- **Hábito de sucção:** a sucção do polegar provoca, na grande maioria das vezes, mordida aberta anterior (interferência do polegar entre os arcos) e distalização da mandíbula, ocasionada por pressão exercida pela mão e braço. Resulta em estreitamento dos arcos superior e inferior pela pressão do dedo sobre o palato e osso alveolar (palato estreita e aprofunda) e vestibularização dos dentes superiores anteriores. Nem todos que praticam sucção anormal apresentam arcos deformados e maloclusão. Isso dependerá da posição que ocupam os dedos, duração e frequência da repetição do hábito, além do tipo de tecido ósseo sobre o qual atua (FERREIRA, 2001).

**Figura 6:** Hábito de sucção do polegar



Fonte: <http://www.tipodontia.com.br/odontopediatria/habitos.php>

**Chupeta:** A chupeta ou seus precursores foram empregados desde que o homem começou a buscar alternativas para resolver os problemas do seu cotidiano, sendo utilizadas tanto para acalmar quanto para nutrir. Os mordedores deram origem à chupeta como a conhecemos hoje, tendo sido utilizada para estimular a sucção de crianças neuropatas, coordenar a sucção-deglutição-respiração, antecipando o início da alimentação por via oral de recém-nascidos pré-termo, bem como para reduzir o estresse em procedimentos dolorosos a que são submetidos os bebês. É uma forma de satisfação, ainda que parcial, das necessidades emocionais da criança não amamentada (CASTILHO; ROCHA, 2009).

No entanto, a literatura apresenta mais efeitos deletérios do que benéficos da chupeta. Ela impede o estabelecimento da mamada e induz ao desmame ao ser oferecida nos momentos em que a criança chora, pois o espaçamento entre as mamadas diminui o estímulo à produção do leite, sendo responsável pela menor duração do aleitamento materno. Pode provocar asfixia e estrangulamento (causados por partes que se desprendem da chupeta), intoxicações ou alergias (produtos usados na composição e processamento do látex) e aumenta o risco de cáries, infecções e parasitoses. Pode causar problemas de dentição e fala principalmente no uso prolongado além dos 3 ou 4 anos (CASTILHO; ROCHA, 2009; OLIVEIRA et al., 2015).

Além da sua relação com o desmame precoce, o uso da chupeta também promove alteração da movimentação da língua e musculatura perioral, que se tornam flácidas, dificultando a deglutição, fonação e mastigação. O equilíbrio entre a pressão da língua do lado interno e a pressão dos lábios do lado de fora é fundamental para o correto crescimento dento maxilo mandibular. Com o uso da chupeta isso não ocorre e aparecem os problemas de oclusão dentária e respiração bucal, onde a língua anteriorizada durante a deglutição promove a protrusão dos dentes (OLIVEIRA et al., 2015).

A presença e o grau de severidade dos efeitos nocivos do hábito dependerão de alguns fatores e parâmetros, tais como duração, frequência, intensidade, posição da chupeta na boca, idade do término do hábito, padrão de crescimento da criança e grau de tonicidade da musculatura bucofacial (MESOMO; LOSSO, 2004).

Hábitos de sucção podem provocar alterações histológicas de reabsorção e aposição óssea, da mesma maneira que ocorre quando da utilização de forças ortodônticas leves e lentas. A chupeta, dessa forma, atua por pressão mecânica, movendo os dentes e modificando o crescimento maxilar. Mordidas abertas, mordidas cruzadas, maloclusão de Classe II, overjet acentuado, sobremordida/mordida profunda e outras alterações nos dentes são associadas ao uso de bicos artificiais. O risco de desenvolver parafunções como bruxismo e desordens da ATM é aumentado. A prevalência de alterações nos arcos dentais é maior nas crianças que usam chupeta, tanto convencionais como anatômicas/ortodônticas, do que naquelas que não usam (PROFFIT; FIELDS JR.; SARVER, 2007).

Se o bebê for amamentado e não houver interferências negativas, o próprio desenvolvimento e amadurecimento neurofuncional se encarregará de fazer com que a necessidade neural de sucção se esgote

espontaneamente em torno do final da fase oral, que alguns especialistas já até questionam e estendem para além dos 2 anos, variando de uma criança para outra. Portanto, nada substitui o ato de mamar no peito: pelo aporte nutricional e imunológico do leite materno, pela troca de afetividade e fortalecimento do vínculo entre mãe e filho, pelo mecanismo de sucção exclusiva que este propicia para um perfeito desenvolvimento, pela singularidade sobre o equilíbrio emocional (GAVA-SIMIONI, 2001).

Contudo, a decisão de introduzir ou não chupeta é da família, cabendo aos profissionais da saúde oferecer aos pais dados sobre os prós e contras da chupeta para que eles tomem uma decisão informada a esse respeito, afim de que esta prática diminua cada vez mais, favorecendo o aleitamento materno e a saúde da criança (CASTILHO; ROCHA, 2009; OLIVEIRA et al., 2015).

### 3.8.5 Edentulismo

O edentulismo é a ausência de todas as unidades dentárias de um indivíduo. Trata-se de uma condição ainda presente em nossa sociedade, principalmente entre adultos e idosos. Suas consequências geram sérios distúrbios funcionais, psicológicos e sociais na vida das pessoas. A ausência de todos os elementos dentários resulta de diversos e complexos fatores, tais como: as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora, aliada às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada (BRASIL, 2008).

Os levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde em 1986, 2003 e 2010 mostram que o edentulismo vem diminuindo entre os jovens (15-19 anos) e adultos (35-44 anos). A mudança na proporção anual foi de -0,04% entre os jovens e -0,96% entre os adultos (BRASIL, 1986, 2003, 2010). Esse declínio começou a partir de 1986, provavelmente devido as políticas públicas na redução das cáries dentárias, especialmente devido a fluoretação das águas de abastecimento público (BARBATO *et al*, 2007).

No entanto, no grupo dos idosos (65-74 anos), o edentulismo vem aumentando 0,96% ao ano (BRASIL, 1988, 2003, 2010) e continuará aumentando até 2040 (CARDOSO *et al*, 2016). Apesar de esperada uma queda no percentual, o aumento da população idosa compensará essa queda, mantendo o número de edentados quase constante (TELLES, 2011).

Na faixa de idade mais alta pesquisada, que abrange os indivíduos entre 50 e 74 anos, o número de indivíduos necessitando de próteses totais crescerá em torno de 2,0% até 2020. Esse percentual representa um aumento de aproximadamente 300 mil indivíduos necessitando de prótese total (MARTINS, 2008). Entretanto, esse número pode ser significativamente maior se considerados os indivíduos com idade acima de 75 anos, dos quais ainda não existem dados atualizados.

Tais números demonstram a necessidade de se manter uma política de saúde pública para atender a essa população, o que implica em treinar profissionais adequadamente para fazê-lo. Esse treinamento deve ser focado tanto nos procedimentos reabilitadores, como nas possíveis estratégias para prevenir as perdas dentárias e ajudar a diminuir os percentuais de edentulismo da população em geral (TELLES, 2011).

### 3.8.6 Traumatismo Dentário

No Brasil, os crescentes índices de violência (agressões e espancamentos), os acidentes de trânsito e outros provocados por diversas causas externas, como as atividades esportivas e brincadeiras realizadas em ambientes pouco seguros e sem o uso dos equipamentos de proteção, têm transformado o traumatismo dentário em um problema frequente em saúde pública (BRASIL, 2008).

As lesões dentárias traumáticas são agravos que têm um grande impacto na qualidade de vida da criança e do adolescente como: limitações ao morder ou falar, comprometimento da estética e problemas psicológicos no convívio social a ponto da criança/adolescente evitar sorrir e conversar (BRASIL, 2008).

Considerando a importância do traumatismo dentário na vida do indivíduo, torna-se essencial que os cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família estejam aptos para realizar esse atendimento de urgência. O tratamento imediato do traumatismo dentário deve levar em conta os seguintes aspectos fundamentais:

- Orientações aos pais – os pais ou o próprio paciente devem ser orientados em relação aos cuidados iniciais com sua alimentação e higiene. Nos primeiros dias após o trauma a dieta deve ser líquida e pastosa, nem muito quente ou fria, evitando cortar os alimentos com os dentes traumatizados. Em relação a higiene, caso o paciente consiga, deve usar a escova normalmente. Caso contrário, realizar a escovação dos dentes não traumatizados normalmente e os atingidos com gaze ou algodão. Ainda deve ser orientado a necessidade de retorno ao dentista pois o risco de sequelas após os traumas dentários é grande como necrose, reabsorção radicular, dentre outras.
- Exame Radiográfico - deve ser realizado exame radiográfico na consulta inicial e nas consultas subsequentes de acompanhamento.
- Necessidade de contenção – durante o exame deve-se observar a necessidade de contenção, que deve ser instalada nos casos de mobilidade anormal dos dentes atingidos. A contenção pode ser de dois tipos de acordo com o tipo de trauma: rígida para os casos de fratura radicular ou alveolar por dois meses e semi-rígidas para os demais casos por duas a três semanas. As fraturas radiculares devem ser avaliadas quanto a sua extensão e localização.
- Necessidade de Proteção pulpar ou dentinária – nos casos de exposição da dentina ou da polpa é fundamental protegê-las, de forma a minimizar danos ao tecido pulpar.
- Medicação – para todos os pacientes com trauma deve-se indicar o uso de bochecho com clorexidina duas vezes ao dia durante 15 dias. Em caso de criança pequena pode-se orientar a aplicação por meio de cotonetes. Analgésico está indicado para os casos de dor e anti-inflamatórios nos casos de deslocamentos dentários. O antibiótico está indicado para os casos mais severos como avulsão e intrusão de dentes permanentes ou nas situações em que o ambiente do trauma era muito contaminado.
- Necessidade de reposicionamento – nos casos em que houve deslocamento dentário da dentição permanente indica-se o reposicionamento e posterior contenção.

## **Avulsão dentária**

Para os casos de avulsão de dente permanente, a melhor orientação é que o paciente ou pessoas próximas realizem o reimplante imediatamente e encaminhem-se para um setor de emergência odontológica. Antes do reimplante imediato, lavar em água corrente caso o dente esteja sujo.

Nas situações em que o reimplante não for realizado de forma imediata, indica-se a conservação do dente em meios fisiológicos como leite, soro fisiológico e na saliva na ausência destes. Nestas condições o quanto antes o paciente deve ser atendido por um cirurgião dentista.

Chegando ao consultório, o profissional, após rápida anamnese, deve reimplantar o dente. Este deve sempre ser pego pela coroa evitando contato sobre a raiz. Após radiografia e anestesia infiltrativa, o coágulo deve ser removido com soro e o dente reimplantado de forma lenta e gradual. Posteriormente, a contenção do tipo semi-rígida deve permanecer por 10-14 dias.

Após esse período e depois da remoção da contenção, o tratamento endodôntico deve ser iniciado com curativos a base de hidróxido de cálcio e, após um mês, a obturação do canal.

Para os casos em que o dente não foi mantido em meios fisiológicos e por longos períodos e que se suspeita que existe necrose do ligamento periodontal, o tempo não será mais um fator importante e o tratamento endodôntico pode ser realizado fora da boca, sabendo-se que o processo de cicatrização que ocorrerá será por meio da anquilose.

Para os casos de reimplante imediato e o ápice radicular ainda aberto, sugere-se o acompanhamento a cada 15 dias de forma a verificar a possibilidade de revascularização pulpar. Obviamente, ao menor sinal de necrose, indica-se o tratamento endodôntico.

## **3.9 Atenção Odontológica por Ciclos de Vida**

A Atenção à Saúde Bucal também pode ser organizada de acordo com o ciclo de vida em que o indivíduo se encontra. Considerando-se que, de acordo com o ciclo de vida, características específicas devem ser observadas, destacamos os seguintes ciclos de vida: gestante, criança, adolescente, adulto e idoso.

### **3.9.1 Atendimento à Gestante**

No período gestacional a mulher passa por alterações orgânicas naturais que impõe aos profissionais de saúde a necessidade de diversos conhecimentos, para que seu atendimento aconteça de forma diferenciada (BRASIL, 2006; CODATA, 2011).

A gestante é um grupo prioritário de atendimento na ESF, o que já justificaria a priorização do atendimento odontológico. Contudo, existem outros fatores sistêmicos que justificam a priorização deste grupo como a relação entre a doença periodontal e o parto pré-maturo (FORTALEZA, 2016). Durante a gravidez, é frequente o aumento dos problemas gengivais, ocorrendo maior gravidade das gengivites e aumento do

sangramento gengival, alterações que podem estar relacionadas ao acúmulo de placa bacteriana, altos níveis hormonais e o estado transitório de imunodepressão (JEREMIAS, 2010).

Diversas vezes o estado de saúde bucal durante a gestação é negligenciado. As evidências científicas comprovam a correlação entre a saúde bucal e o período gestacional, por isso as equipes de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à gestante, trabalhando em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento (BRASIL, 2006).

Considerando-se que a mulher tem um papel chave dentro da família, sendo uma multiplicadora de informações sobre os cuidados com a saúde de todo seu núcleo familiar, torna-se de extrema importância trabalhar a prevenção e promoção em saúde bucal com esse grupo (REIS, 2010; PRAETZEL, 2010).

Portanto, ao iniciar o pré-natal, a gestante deve ser encaminhada pelos demais profissionais da ESF, para uma consulta odontológica. No momento do atendimento odontológico, essa gestante deve receber orientações sobre o atendimento odontológico durante a gestação, sendo submetida a exames de tecidos moles e duros da cavidade oral, onde será identificado o risco à saúde bucal, diagnosticando lesões de cárie e doença periodontal, programando desta maneira o tratamento odontológico da gestante e garantindo a conclusão do tratamento. Durante o atendimento torna-se fundamental a comunicação entre os profissionais da equipe que acompanham a gestante.

### **Tratamento odontológico durante a gestação**

A gestante pode e deve receber tratamento odontológico em qualquer época da gestação, pois o estresse da dor é mais maléfico que a ansiedade no momento do atendimento (CORRÊA, 2011).

O segundo trimestre é o período mais indicado, pois nessa fase a gestante se encontra em uma fase mais estável. No primeiro e no terceiro trimestre, se for possível, adiar o tratamento ainda é a melhor alternativa (CORRÊA, 2011).

No que se refere às recomendações gerais dos procedimentos em relação ao período da gravidez (VARELLIS, 2013):

- Primeiro Trimestre: procedimentos profilático-preventivos, eliminações de focos infecciosos locais e restauradores básicos;
- Segundo Trimestre: profilaxia, procedimentos cirúrgicos, restauradores básicos e reabilitadores;
- Terceiro Trimestre: procedimentos restauradores básicos, fluoroterapia e controle terapêutico.

Durante o atendimento odontológico no terceiro trimestre, posições adequadas deverão ser utilizadas para prevenir sintomas desagradáveis e gerar mais conforto durante o atendimento. O encosto da cadeira deve ser posicionado a 45 graus em relação ao solo e pode ser usado um apoio de travesseiro ou almofada na região lombar. Ao término do atendimento, a gestante deverá ser colocada virada para lado direito, evitando assim a compressão da veia cava pelo peso do bebê (CORRÊA, 2002).

Um importante objetivo do tratamento para a paciente grávida é o estabelecimento de um ambiente oral saudável e um nível ótimo de higiene oral. Isso consiste essencialmente em um programa de controle de placa

que minimize a resposta inflamatória exagerada dos tecidos gengivais a fatores irritantes locais que comumente acompanham as alterações hormonais nas grávidas (LÖE, 1965).

Dentro do processo de trabalho proposto, o controle da doença cárie e da doença gengival devem ter prioridade. A literatura científica recomenda o uso de materiais restauradores como o cimento de ionômero de vidro (CIV), dando-se preferência às restaurações atraumáticas.

O CIV tem uma boa adesividade à estrutura dos dentes, capacidade de liberar flúor e resistência que permitirá sua permanência na cavidade bucal pelo menos até o fim da gestação. Além disso, o controle da placa bacteriana (biofilme dentário) por meio de ensino de técnicas adequadas de escovação, a raspagem, alisamento e polimento coronários realizados na Estratégia de Saúde da Família, são procedimentos fundamentais para o controle da doença gengival.

### **3.9.2 Atendimento à Criança**

No Brasil a cárie ainda permanece como um dos principais problemas de saúde pública, atingindo índices superiores aos recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000, sendo destacado a situação bucal das crianças.

Em Fortaleza, no Levantamento Epidemiológico realizado em 2006-2007, a faixa etária dos 12 anos apresentou um CPOD de 1,54, apesar de estar de acordo com o preconizado pela OMS para o ano 2000 (CPOD menor que 3), ainda é um grande problema, principalmente quando os determinantes sociais dos pacientes são avaliados e quando é verificando quão grande são as interferências desses no desenvolvimento das doenças bucais (FORTALEZA, 2010).

Com o objetivo de realizar a promoção, prevenção e cura, destaca-se a faixa etária das crianças como a ideal para desenvolver hábitos saudáveis e para participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal. A equipe pode identificar as crianças em cada área adstrita, por ocasião do trabalho com grupos de mães, creches, visitas domiciliares, entre outros. Destaca-se que o enfoque familiar é importante uma vez que o aprendizado se dá também por meio da observação do comportamento dos pais (BRASIL, 2008).

Portanto, ao trabalhar o ciclo de vida das crianças podemos dividi-lo em puericultura (0-3 anos), 4-6 anos e 7-12 anos. No período da puericultura destaca-se as atividades de promoção e prevenção de saúde, sendo essencial o trabalho multiprofissional da equipe de saúde da família e saúde bucal, conforme destacado anteriormente. Na faixa etária de 4-6 anos as crianças encontram-se com dentição decídua e as atividades de promoção e prevenção devem ser reforçadas. A partir dos 7-12 anos inicia-se a fase de dentição mista, sendo fundamental o acompanhamento odontológico com verificação da oclusão da criança.

Considerando-se a alimentação das crianças, de acordo com a cultura e os hábitos alimentares em cada local, é importante incentivar a introdução de alimentos saudáveis, que favoreçam a mastigação e a limpeza dos dentes. Deve-se alertar para o fato de que o consumo exagerado e freqüente do açúcar pode constituir fator

de risco para a cárie dentária e outras doenças, além de incentivar o consumo de alimentos que contenham açúcar natural (frutas e leite), por serem menos significativos na etiologia da cárie (BRASIL, 2008).

Senso assim, hábitos adquiridos na infância costumam ser levados para o resto da vida, portanto a higiene bucal deve ser valorizada e estimulada nesse período. A escovação continua sendo responsabilidade dos pais ou responsáveis, mas a medida que a criança cresce, deve ser estimulada a fazer a escovação sozinha.

Neste período é importante que a criança escove seus dentes e os pais/responsáveis complementem a escovação, na medida em que o desenvolvimento da motricidade se dá ao longo do tempo. Crianças com menos de 6 anos de idade devem fazer uso de dentifrício fluoretado sob supervisão de um adulto, na quantidade recomendada de acordo com a idade da criança. O dentifrício deve ser colocado sempre em local inacessível às crianças. Destaca-se que o uso de fio dental também deve ser introduzido com ajuda de um adulto (BRASIL, 2008).

### **3.9.3 Atendimento ao Adolescente**

A adolescência é uma transição gradual entre a infância e a idade adulta, caracterizada por alterações: física, psicológica, social e comportamental. Representa um momento importante do ciclo de vida e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), correspondendo a um período entre os 10 e 19 anos. Caracterizando-se pela necessidade de integração social, desenvolvimento e realização de personalidade, definição de identidade sexual e descoberta de limitações. No entanto, algumas características destacam-se, entre outros, tais como o crescimento emocional e intelectual, as relações interpessoais e a experiência da emoção e sexualidade (VIERO et al, 2015).

A par destas mudanças, está crescendo no adolescente, sua autonomia e a independência da família, além da experimentação de novos comportamentos, experiências que podem representar fatores de risco significativos para a saúde, tais como sexo desprotegido, má alimentação, sedentarismo, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas (incluindo álcool e tabaco). Esses fatores predispõem o surgimento de infecções causadas por doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, acidentes e violência, bem como a vulnerabilidade a doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade (VIERO et al, 2015).

Em adição aos problemas mencionados, um outro aspecto que foi claramente demonstrado em adolescentes refere-se a negligenciar cuidados de saúde oral. Como consequência, há uma incidência significativa de doenças bucais como a cárie dentária, gengivite, doença periodontal e também o mau hálito (MINAS GERAIS, 2006).

Há o entendimento de que a adolescência é o período onde diversos hábitos e comportamentos são estabelecidos e incorporados e, possivelmente, eles são transferidos para a idade adulta, tornando-os mais difíceis de serem modificados. Portanto, é importante motivar o adolescente para se tornar um sujeito ativo de

seu próprio cuidado, utilizando estratégias de educação em saúde que visam promover a saúde, prevenir danos e prática do auto-cuidado (MINAS GERAIS, 2006).

Portanto, a participação dos pais, familiares, profissionais de saúde e educação, na vida dos adolescentes, são essenciais neste processo, porque eles podem proporcionar momentos de atividades de diálogo, aconselhamento e educação para a saúde, permitindo assim a construção de consciência crítica sobre a importância da aquisição de hábitos saudáveis (MINAS GERAIS, 2006).

Destaca-se que os adolescentes, como cidadãos, têm direito a saúde. A Constituição Brasileira de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determinam a prioridade de atendimento a esse grupo, bem como na formulação e execução das políticas sociais públicas. Este grupo necessita de uma atenção mais específica devido as suas características, sua vulnerabilidade às questões econômicas e sociais e a importância desse período na formação de hábitos e opiniões (SILVA, 2011).

Segundo Silva (2011), são várias as ações que a unidade de saúde poderá desenvolver para o atendimento integral ao adolescente, entre eles destacam-se: acolhimento, visita domiciliar, o atendimento integral, atividades em grupos, ações educativas, vacinação, orientação sobre saúde sexual e reprodutiva, promoção de saúde bucal e atividades intersetoriais. Para se trabalhar com a prevenção e a promoção da saúde dos adolescentes são necessárias parcerias com outras instituições como a escola, a igreja, a associação de bairro e outras secretarias (educação, esporte e lazer, ação social, cultural e meio ambiente), criando uma cultura de promoção à saúde entre os adolescentes e suas famílias.

É importante usar linguagem adequada, de fácil compreensão, não tratando o adolescente como criança, abordando conceitos de si próprios, de estética e de aceitação do seu grupo como fortes motivadores nesta fase da vida (BRASIL, 2006).

Levantamentos epidemiológicos nacionais, realizados no Brasil, demonstraram redução na prevalência e gravidade da cárie dentária. O primeiro levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal foi realizado em 1986 nas capitais brasileiras. Dentre outras idades ou faixas etárias, foram examinados adolescentes entre 15 e 19 anos de idade, onde o CPOD médio foi de 12,7 (BRASIL, 1986).

Em 2003, outro levantamento nacional mostrou o declínio do CPOD médio ( $6,7 \pm 4,82$ ) para esta faixa etária. O último levantamento epidemiológico nacional, realizado em 2010, apontou um CPOD médio de 4,2 para esta faixa etária (BRASIL, 2010), mostrando uma redução de 30% do CPOD dessa faixa etária, entre os períodos de 2003 a 2010 (OLIVEIRA *et al*, 2011).

No levantamento epidemiológico realizado no município de Fortaleza em 2006-2007 o CPOD médio na faixa etária entre 15 e 19 anos foi de 3,96, o que demonstra uma melhora em relação a condição no Brasil, porém ressalta-se a necessidade de manter um trabalho com esse grupo através de atividades de prevenção e promoção de saúde, com o objetivo de controlar o aparecimento da doença cárie (FORTALEZA, 2010).

### 3.9.4 Atendimento ao Adulto

Nos últimos 50 anos, os serviços de saúde bucal preocuparam-se, principalmente, com a faixa etária escolar (6 a 14 anos). Contudo, com a criação do SUS, por meio dos princípios de universalização do acesso, integralidade e equidade, foi possível o início de uma reorganização das ações de saúde bucal, favorecendo a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias.

Este fato trouxe um enorme volume de necessidades de tratamento odontológico, muitas vezes associado às doenças crônicas e sistêmicas como diabetes, tuberculose, AIDS e outras que podem apresentar manifestações bucais. Os adultos constituem uma faixa etária bastante ampla (20 a 59 anos) que por muitos anos foi desassistida. Estes problemas, apesar de ocorrerem nas demais faixas etárias, adquirem grande relevância entre os adultos (BRASIL, 2008).

Dessa forma, a atenção odontológica demanda, por parte do profissional, a adoção de uma abordagem multiprofissional, o conhecimento de condições sistêmicas, o planejamento de ações integrais e a necessidade de adoção de critérios justos de priorização a grupos de maior risco, frente ao grande desafio que é atender à demanda que se apresenta (LEIKA *et al.*, 2011).

Assim, entramos em um ciclo em que se deve dar atenção à identificação precoce de determinadas patologias, em especial o diabetes, a hipertensão e o câncer bucal, onde o profissional deve atuar de forma a conseguir, juntamente com o usuário, uma melhoria em sua qualidade de vida, primando sempre pela co-responsabilização e pelo autocuidado. Só assim poder-se-á contar com usuários que tenham e mantenham sua saúde bucal e geral, buscando um tratamento e controlando, assim, os fatores de risco (COLOMBO, 2012).

Na vida adulta, os cuidados devem ser tomados para realização de uma boa anamnese para a identificação e diagnóstico precoce de determinadas patologias. A prevenção e a detecção de doenças e agravos é fundamental, e pode acontecer no acolhimento, nos grupos operativos, nas visitas domiciliares e nas consultas (CURITIBA, 2004).

Nos exames clínicos deve-se verificar tecidos duros e moles para que sejam observadas as lesões existentes, pois podem significar sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento depende da precocidade do seu diagnóstico (BRASIL, 2008).

Dentre as principais patologias nesta faixa etária tem-se a doença periodontal, podendo destacar também outros agravos como lesões de tecidos moles, câncer bucal, cárie de raiz, xerostomia, edentulismo e necessidade de tratamento restaurador/reabilitador (MINAS GERAIS, 2006).

Conclui-se que a equipe de saúde bucal deve participar, juntamente com a equipe de saúde da família, das atividades educativas voltadas para os grupos operativos da unidade de saúde e para as ações voltadas para

o combate ao fumo e ao uso de álcool, devendo ser incentivados os exames periódicos e as ações educativas em usuários pertencentes aos grupos de risco para câncer bucal (BRASIL, 2008).

### 3.9.5 Atendimento ao Idoso

Segundo Harford (2009), o envelhecimento populacional aumenta a probabilidade de utilização dos serviços odontológicos entre idosos. Por outro lado, apesar da ampliação da oferta e da cobertura da assistência odontológica no Brasil, a utilização do serviço por idosos é inferior às outras faixas etárias (BRASIL, 2011).

O conhecimento sobre a demanda dessa população, bem como os fatores que determinam o uso dos serviços odontológicos, são importantes para a formulação de políticas de atenção à saúde que visem à redução do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos (FERREIRA *et al.*, 2013). Assim, o papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é o de mantê-la em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem gerem repercussões negativas na saúde geral e no estado psicológico de cada indivíduo (BUSS; FERREIRA, 1998).

A informação e a orientação são também peças-chave nas ações odontológicas de prevenção específica e devem ser extensivas a todos na equipe interdisciplinar. A prática interdisciplinar é fundamental na odontologia geriátrica preventiva, pois o contato com os profissionais da área odontológica pode ocorrer tardiamente. Assim, os idosos e seus familiares, médicos, enfermeiras, cuidadores e toda a equipe devem estar cientes dos potenciais problemas odontológicos no idoso e da importância da higiene bucal diária, principalmente à medida que as condições debilitantes sistêmicas se agravam (IACOPINO, 1997; REYNOLDS, 1997).

Nesta faixa etária são frequentes os distúrbios de audição, visão, déficit da memória e confusão mental. A abordagem deve ser feita centrada no idoso, dirigindo-se a ele, ouvindo e respeitando suas colocações. Os profissionais devem buscar desenvolver a confiança, diminuindo a ansiedade e permitindo um plano de tratamento de acordo com as necessidades pessoais. Às vezes é necessário recorrer ao acompanhante para obter informações.

As condições bucais relevantes mais comuns são: cárie de raiz, xerostomia, lesões de tecidos moles, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de higienização, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal adaptada. Deve ser realizado um exame criterioso para detecção destas condições e seus fatores determinantes. A perda dos elementos dentais traz consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a auto-estima, podendo acarretar a necessidade de uso de dieta pastosa e, às vezes, cariogênica (BRASIL, 2008).

Destacam-se atividades que devem ser direcionadas a este grupo de usuários do Sistema Único de Saúde, em busca de uma condição e vida mais saudável:

- Higiene bucal: Escovação com dentifrício fluoretado e uso do fio dental. Avaliar a coordenação motora para realização do controle de placa e desenvolver, junto ao usuário, uma técnica adequada, até mesmo individualizada. Quando necessário, solicitar ajuda de **familiares ou cuidadores** no processo de higienização;

- Promoção da Alimentação Saudável: Orientar sobre a dieta é importante, pois o edentulismo pode contribuir para uma dieta inadequada (alimentos pastosos ou líquidos geralmente ricos em carboidratos e pobres em fibras e vitaminas). Lembrar que uma alimentação rica em sacarose é fator de risco para desenvolvimento de cárie e outras doenças. Buscar conhecer os hábitos alimentares dos usuários para, dentro das possibilidades, construir uma proposta de alimentação menos cariogênica:

- Halitose: Requer abordagem multidisciplinar. Causas: hábitos alimentares, xerostomia e má higiene bucal. A saburra lingual (placa esbranquiçada no dorso da língua) é também causa de halitose. A limpeza da língua pode ser feita com gaze embebida em solução, escovação ou raspadores de língua sempre de modo delicado para não provocar náuseas;

- Xerostomia: A falta de saliva é uma queixa comum entre os idosos. Além de manifestação comum ao envelhecimento normal, pode ser causada por medicamentos, falta de ingestão de líquidos, estresse e tratamento com radiação. A xerostomia causa maior risco à cárie dentária, incômodo no uso da prótese, perda do paladar, mau hálito, lábios ressecados e dificuldades na mastigação, deglutição e fala. A ocorrência de disfunções salivares no idoso, muitas vezes está relacionada ao alto consumo de medicamentos. Não sendo possível a substituição destes, em geral, o tratamento da “boca seca” é paliativo. Neste caso, são importantes as recomendações para aumentar a produção de saliva por meio de estímulo à mastigação (uso de gomas de mascar ou balas sem açúcar pode ser eficiente), aumento do consumo de água (muitas pessoas não tomam água em quantidade adequada), uso de substitutos de saliva (saliva artificial), lubrificantes de lábios e aconselhamento profissional sobre a dieta;

- A aplicação tópica de flúor pode ser indicada de acordo com o risco à carie;

- Prótese dentária: Orientar sobre a higiene da prótese e a importância do auto-exame periódico, ao perceber alteração de cor e/ou textura na mucosa deve-se buscar atenção profissional. Orientar aos usuários sobre a importância de se realizar avaliação profissional periódica da prótese (funcionalidade, estética e conforto) e das alterações teciduais associadas (BRASIL, 2008).

A auto-estima também é peça fundamental na procura e utilização dos serviços de saúde, incluindo os cuidados odontológicos. Segundo Seger (1998), os idosos podem reagir à perda dos dentes de forma inconformista ou conformista. Os inconformistas procuram rapidamente os cuidados profissionais e são mais dedicados ao tratamento; já os conformistas assumem uma atitude passiva diante de tratamentos e aceitam as perdas como naturais. As atitudes dos idosos conformistas e de seus cuidadores deve ser mudada para que a demora de tratamento não traga mais prejuízos para sua saúde. Nesse caso, mesmo que recursos de assistência estejam disponíveis, a precária situação bucal dos idosos não será melhorada se não houver orientação pela equipe de saúde (SHINKAI & DEL BEL CURY, 2000).

## 4 ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL

Uma das estratégias da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente é o incentivo à implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), na perspectiva de garantir a ampliação do acesso integral às ações de saúde bucal e qualificar a atenção dentro dos serviços ofertados pelo SUS (BRASIL, 2008).

Como unidades de referência para as equipes de Saúde Bucal da atenção primária, os CEOs devem ofertar, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção primária, ressaltando-se a importância das ofertas estarem sempre integradas ao processo de planejamento local/regional (BRASIL, 2004).

Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: Centros de Especialidades Odontológicas tipo I (três cadeiras odontológicas); Centros de Especialidades Odontológicas tipo II (quatro a seis cadeiras Odontológicas) e Centros de Especialidades Odontológicas tipo III (sete ou mais cadeiras odontológicas) (FIGUEIREDO; GOES, 2009).

Diante do crescimento da oferta de serviços de atenção primária em Fortaleza surge a necessidade de expansão da rede assistencial de atenção secundária. Com isso o município implantou três Centros de Especialidades Odontológicas: CEO Floresta, CEO Messejana e CEO Nascente, além de formalizar parceria com o Governo do Estado do Ceará e o Ministério da Saúde através do credenciamento do Centro de Especialidade Odontológica da Polícia Militar de Ceará (CEOP) como CEO do município de Fortaleza.

Além disso, o município de Fortaleza conta com o apoio de 3 CEOs Estaduais, ofertando os serviços mínimos exigidos pela Portaria 599/GM de 23 de Março de 2006: diagnóstico bucal – com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Além das especialidades mínimas, alguns CEOs ainda apresentam os serviços de Odontopediatria, Dentística Especializada, Ortodontia e Prótese.

**Figura 7:** Centros de Especialidades Odontológicas Municipais e Estaduais no município de Fortaleza-Ce, 2016



**Fonte:** Coordenação Municipal de Saúde Bucal, Fortaleza-Ce, 2016

Para orientação dos trabalhadores e gestores são definidos critérios gerais para referência aos CEO, conforme se observam a seguir:

- Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem, primeiramente, ser estabilizados na Atenção Primária para posterior encaminhamento;
- O usuário deve ser encaminhado da Atenção Primária, sempre que possível, com eliminação da dor e com ações realizadas para controle da infecção bucal (adequação do meio bucal, terapia periodontal básica, remoção dos focos de infecção e selamento provisório das cavidades de cárie);
- Os casos de urgência devem ser solucionados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou nas unidades que oferecem serviço de urgência 24h:

- CEO Centro: Rua Tristão Gonçalves, 233 - Centro

- CEO Joaquim Távora: R. Monsenhor Bruno, 2570 - Joaquim Távora

- UPAs: Praia do Futuro, Canindezinho e José Walter

- Faculdade de Odontologia - Universidade Federal do Ceará - UFC: Rua Capitão Francisco Pedro, 1210 - Rodolfo Teófilo

- O encaminhamento deverá ser feito pelo cirurgião dentista por meio do prontuário eletrônico, acompanhados ou não de exames complementares e radiografias;

- Após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a UAPS de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional, diagnóstico e tratamentos realizados no Centro de Especialidades Odontológicas.
- Pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar e sob anestesia geral devem ser encaminhados aos especialistas em atendimento a portadores de necessidades especiais dos CEOs municipais que irão avaliar o paciente e proceder com o encaminhamento ao serviço adequado, como o centro cirúrgico do CEO Centro.

Normas específicas de encaminhamento para cada especialidade, constando requisitos básicos para referência, os critérios de inclusão e exclusão, o fluxograma, bem como os principais procedimentos, de acordo com a Portaria nº 1.464, de 24 de Junho de 2011, encontram-se no manual de Orientações sobre referência para atenção especializada de Saúde Bucal publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza em 2014, elaborado com a finalidade de aprimorar o fluxo de referência dos pacientes do município de Fortaleza aos serviços especializados em Saúde Bucal a partir das Unidades Básicas de Saúde.

#### 4.1 Regulação

A organização do acesso aos serviços com maior densidade tecnológica (atenção secundária e terciária) se faz por meio do processo de regulação. A portaria GM nº 1559 de 1º de agosto de 2008 institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, incluindo ações organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: **Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.**

Essa última, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, sendo estabelecida pelo **complexo regulador** e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Os sistemas de acesso regulado têm os seguintes objetivos: organizar a demanda de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar a demanda com foco no usuário; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (MENDES, 2007).

A regulação do acesso à assistência é mais do que a implantação de computadores, infovias, entre outros, ou de normas e protocolos, pois engloba também relações de gestores com prestadores, de gestores e prestadores com gerentes de unidades de saúde, de gerentes com profissionais e, o mais importante, de usuários e as suas distintas demandas/necessidades com todos.

Portanto, como em qualquer trabalho em saúde, a regulação do acesso implica relações políticas, técnicas e de cuidado, consistindo assim em um conjunto de tecnologias (relacionais, saberes, instrumentos, etc.) e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Estas intermediações podem se configurar de maneiras diversas, a depender dos objetivos postos pela Política de Regulação da Atenção à Saúde (BRASIL, 2010).

Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. Com isso, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população, e não na disponibilidade de oferta.

Os complexos reguladores são considerados uma das estratégias da regulação do acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de Atenção às Urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos (CONASS, 2011).

O município de Fortaleza possui um Complexo Regulador composto por três Centrais de Regulação: a Central de Regulação de Urgências (SAMU), a Central de Regulação de Internações e a Central de Regulação Ambulatorial (de consultas e exames especializados). Essa última, conta com um **dentista regulador**, responsável por avaliar os encaminhamentos para a atenção especializada solicitados pela atenção primária. As principais competências do dentista regulador são:

- Definir o grau de prioridade dos encaminhamentos para as especialidades reguladas;
- Receber solicitações diretas (via telefone, email, whatsapp) de priorização vindas dos dentistas dos postos ou dos CEOs;
- Orientar os dentistas das UAPS e prestadoras quanto aos fluxos, acesso e utilização de sistema de Regulação;
- Promover aproximação entre os níveis de atenção, intermediando e facilitando a comunicação entre os profissionais da atenção primária com os especialistas;
- Gerenciar a oferta dos CEOs e demais prestadores que ofertam vagas para exames e consultas odontológicas especializadas.

Nem todos os encaminhamentos solicitados pela atenção primária passam pela regulação, pois para algumas especialidades a oferta de vagas supre a quantidade de encaminhamentos solicitados para elas, não necessitando da regulação. Contudo, em outras especialidades existe uma discrepância entre oferta e demanda, o que resulta em espera dos pacientes por um agendamento.

No município de Fortaleza, as especialidades odontológicas que apresentam, historicamente, o maior déficit entre oferta e demanda são Endodontia, Ortodontia e Prótese. Por esse motivo, no atual sistema, os encaminhamentos solicitados para elas, passam obrigatoriamente pela regulação, sendo denominadas “especialidades reguladas”. Com o objetivo de evitar encaminhamentos inadequados, a sub especialidade “hospitalar” da Cirurgia Buco Maxilo Facial também se tornou regulada.

O dentista regulador realiza seu trabalho baseado nas informações fornecidas pelos cirurgiões-dentistas da atenção primária, nas justificativas dos encaminhamentos. Dados clínicos são fundamentais para a regulação e evitam encaminhamentos inadequados, ajudando a definir o grau de prioridade do paciente. As referências com justificativas imprecisas, tais como: **"avaliação clínica"**, **"paciente necessita da especialidade"**, **"exame para diagnóstico"**, **"paciente especial"**, entre outras, deverão ser desconsiderados.

Caso as informações digitadas nos encaminhamentos sejam insuficientes para justificar a solicitação daquela consulta ou exame, o regulador transfere, via sistema, o encaminhamento para a "pendência", relatando o motivo e solicitando dados clínicos adicionais. Assim, o cirurgião dentista da atenção primária que solicitou o encaminhamento deverá, inserir as informações clínicas solicitadas pelo regulador, reenviando o encaminhamento para a regulação.

A experiência demonstra que encaminhamentos indevidos e a falta de informação dos profissionais das unidades de saúde inviabilizam, muitas vezes, o acesso dos pacientes aos serviços especializados em saúde bucal (ALMEIDA, et al., 2014). A presença do dentista regulador na central de regulação ambulatorial contribui sobremaneira na facilitação desse acesso.

Conforme foi relatado os Centros de Especialidades Odontológicas possuem especialidades mínimas que devem ser oferecidas à população, de acordo com orientação do Ministério da Saúde. Seguem especificações e particularidades sobre cada uma delas.

#### **4.2 Pacientes com necessidades especiais**

Conforme relatado no atendimento à pessoa com necessidades especiais na Atenção Primária, nem todo paciente considerado neste grupo necessita ser encaminhado para atendimento na atenção secundária.

Faz parte do grupo de pacientes atendidos no CEO – Especialidade Pacientes com Necessidades Especiais, conforme determinação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006):

- Pacientes que passaram pela Unidade de Atenção Primária à Saúde, 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;

- Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas UAPS, após duas tentativas frustradas de atendimento;

- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não respondem a comandos, não cooperativo, após duas tentativas frustradas de atendimento na Atenção Primária à Saúde;

- Paciente com deficiência visual, auditiva ou física quando associado aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na UAPS;

- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;

- Paciente com distúrbio neurológico “grave”;

- Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na UAPS;

- Paciente autista;

- 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.

Pacientes com comprometimento severo serão avaliados e, caso não haja possibilidade de atendimento ambulatorial, serão encaminhados para tratamento sob anestesia geral no CEO Centro ou Hospital Waldemar de Alcântara.

### 4.3 Periodontia

A Periodontia é a especialidade da Odontologia responsável pela prevenção e tratamento de alterações patológicas do periodonto; as chamadas doenças periodontais.

A doença periodontal afeta as estruturas de suporte do dente resultante da interação entre a microbiota patológica e a resposta imunológica do hospedeiro. Para o tratamento da gengivite e da periodontite é de fundamental importância um diagnóstico correto da doença e um rigoroso controle mecânico de placa, através de auto cuidados e/ou cuidados profissionais, preferencialmente realizado por um periodontista.

Deverão ser encaminhados para os CEOs os casos que se enquadrem nas situações abaixo:

- Tratamento não cirúrgico da periodontite avançada (bolsas > 4 mm);
- Tratamento periodontal cirúrgico – por elemento ou sextante (bolsas > 4mm);
- Cirurgia pré-protética – aumento de coroa clínica, para restaurações ou próteses (dentes com

fratura/perfuração radicular ou cárie subgingival);

- Frenectomia – Remoção de freio lingual nos casos de anquiloglossia e freio labial na presença de diastema (após a erupção dos incisivos superiores);
- Esplintagem (contenção) – casos de mobilidade severa dos dentes causada por doença periodontal avançada;
- Cunha distal ou mesial – nos casos de bolsas > 4 mm, de hiperplasia gengival que inviabilize a higienização ou restauração;
- Gengivoplastia/Gengivectomia: procedimento cirúrgico que tem o objetivo de devolver o contorno anatômico fisiológico gengival;
- Manutenção do tratamento periodontal ou Terapia periodontal de suporte (TPS): Monitorar os resultados obtidos após a fase ativa do tratamento, prevenindo ou reduzindo a recidiva e a progressão da doença periodontal, garantindo assim, a estabilidade do tratamento a longo prazo.

#### 4.4 Estomatologia

A especialidade Estomatologia é responsável pela investigação e tratamento ambulatorial das alterações que acometem os tecidos moles e ossos dos maxilares. Antes da realização do encaminhamento, o paciente deve ter sido submetido a uma anamnese e/ou condutas terapêuticas primárias, com o objetivo de avaliar a necessidade de ser encaminhado a esta especialidade.

O encaminhamento para a Estomatologia deve ser realizado quando for observada qualquer alteração de normalidade nos tecidos moles ou ossos dos maxilares, com tempo de evolução maior que 21 dias. Entretanto, o cirurgião-dentista da UAPS deve encaminhar de imediato o paciente para avaliação pelo especialista em casos de alterações com comportamento agressivo, com dor intensa e/ou tumefação. **Caso haja dúvida diante das alterações observadas nos maxilares, o encaminhamento deve ser realizado!**

Na referência à especialidade, o profissional deve descrever algumas informações sobre a natureza da lesão (Ex.: nódulo, tumor, bolha, mancha, placa, etc.), localização, sintomatologia e tempo de evolução. O encaminhamento não deve ser realizado verbalmente e sem justificativa. O paciente deve ser orientado sobre o motivo e objetivo de ser encaminhado à especialidade Estomatologia.

Exames complementares (Ex.: exames hematológicos e radiografia panorâmica) podem ser solicitados previamente à consulta da especialidade, caso o profissional da atenção primária julgue necessário.

Após a realização do diagnóstico e conduta, o paciente receberá uma contra-referência com informações sobre o tratamento realizado e a importância do acompanhamento junto à atenção primária. Pacientes com diagnóstico de lesões potencialmente malignas (Ex.: leucoplasia, eritroplasia e queiliteactínica) e malignas devem ser acompanhadas periodicamente pela equipe da UAPS. Em caso de alterações no aspecto clínico e/ou recidivas, o paciente deve ser encaminhado novamente à especialidade.

### Principais Lesões Intra-Orais em Tecido Mole:

- **Fibroma Traumático, Hiperplasia Fibrosa Inflamatória e Granuloma piogênico:** são lesões comuns e reacionais a traumas locais. O tratamento é a excisão cirúrgica conservadora e quando removido o agente etiológico não tende a recidivar (NEVILLE, 2009).

- **Mucocele e Rânula:** são lesões comuns de glândula salivar, resultantes de obstrução ou ruptura de um ducto de glândula salivar. A prevalência maior se dá em mucosa labial inferior e assoalho de boca, respectivamente (NEVILLE, 2009).

- **Leucoplasia:** é a lesão potencialmente maligna mais prevalente, em que a sua coloração parda ou branca ocorre devido ao espessamento do epitélio da mucosa oral. No exame inicial sempre avaliar se há a presença de trauma crônico, pois a lesão branca pode se tratar de uma ceratose friccional (NEVILLE, 2009).

- **Papiloma escamoso oral:** é uma proliferação benigna comum em resposta a uma infecção epitelial por um tipo de vírus HPV. A sua característica clínica é um nódulo macio e indolor com projeções superficiais digitiformes que lhe confere uma aparência verrucosa. O tratamento preconizado é a excisão cirúrgica conservadora. A disposição desta proliferação pode diferenciá-lo da Verruga Vulgar (NEVILLE, 2009).

- **A candidíase ou candidose:** é uma infecção fúngica que deve sempre levar o cirurgião-dentista a avaliar o sistema imune do paciente, a higienização de próteses, bem como orientar a redução do seu uso noturno quando possível. O tratamento começa pela melhora da higiene oral e uso de antifúngicos tópicos. Na persistência da lesão devem ser avaliados a imunidade do paciente, higiene oral e o tempo de uso da prótese removível se presente (NEVILLE, 2009).

### O exame inicial na atenção primária é importante para um encaminhamento adequado.

Ao realizar o exame clínico de alterações da cavidade oral, o cirurgião-dentista deve observar as características da lesão:

**Natureza da lesão:** mancha, placa, nódulo, tumor, vesícula ou bolha.

**Implantação:** séssil ou pediculada

**Formato:** circular, oval, irregular.

**Tempo de Evolução:** se o paciente não tinha ciência da presença da lesão, seu tempo de evolução é indeterminado.

**Sintomatologia:** ardência, dor e odor.

**Implantação:** séssil ou pediculada.

**Consistência:** endurecida, elástica e flutuante.

**Cor:** branca/parda, cor da mucosa oral normal, eritematosa/vermelha, azulada ou preta.

**Superfície:** lisa, irregular ou papilomatosa.

**Crescimento:** endofítico e exofítico.

### **Localização e Tamanho da lesão.**

#### **Abordagem Coletiva**

- Exames intra-orais em campanhas de vacinação ou atividades de levantamento epidemiológico ajudam a conscientizar o usuário sobre a importância do autoexame da cavidade oral.

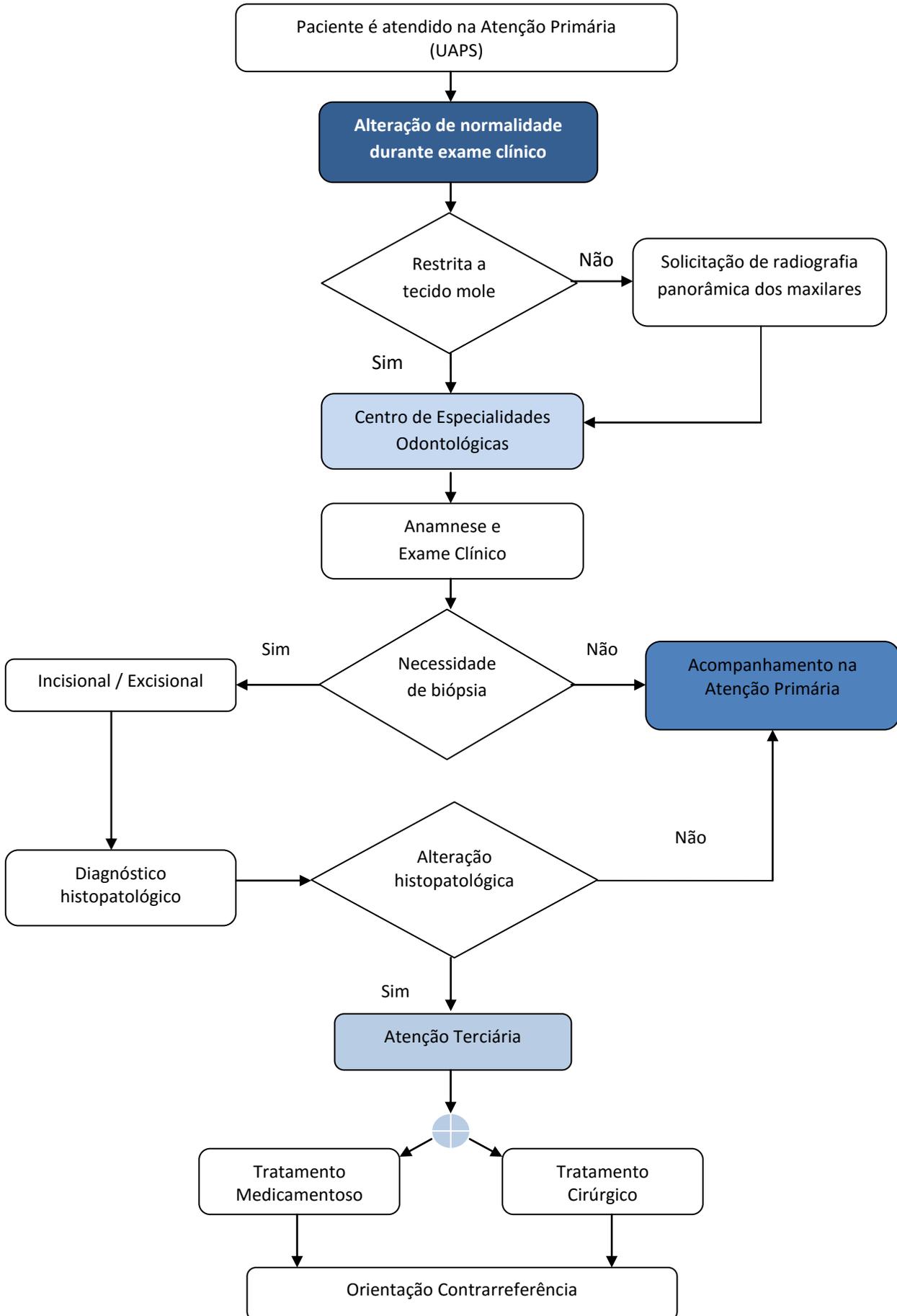
- Participar, junto aos Agentes Comunitários de Saúde, com atividades de conscientização para exames preventivos de rotina também são válidos e podem levar a diagnósticos precoces de lesões potencialmente malignas e malignas. Tabagistas, etilistas e pessoas que se expõem cronicamente ao sol devem ser incentivados à realização de exames intraorais de rotina.

- Os Agentes Comunitários de Saúde ajudam no monitoramento e acompanhamento de pacientes com lesões potencialmente malignas. O diagnóstico precoce e inicial é muito importante no prognóstico do tratamento de lesões agressivas.

#### **Abordagem Individual**

- Examinar os tecidos moles e avaliar a presença de assimetria nos maxilares durante o exame clínico inicial de rotina também podem levar à identificação de lesões assintomáticas.

**FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO PARA ESTOMATOLOGIA**



#### 4.5 Endodontia

A Endodontia é a especialidade da odontologia responsável pelo estudo da polpa dentária, de todo o sistema de canais radiculares e dos tecidos periapicais, bem como das doenças que os afligem.

Em casos de alterações por cárie, fraturas dentárias, trauma dentário, trauma ortodôntico, lesões endo-periodontais, necessidades protéticas e outras patologias endodônticas, o tratamento endodôntico (ou o tratamento de canal) está indicado, visando a manutenção do dente na cavidade bucal, e a saúde dos tecidos periapicais (LEONARDO, 2005). O tratamento endodôntico é um meio seguro e eficaz de preservar dentes que, de outra forma, estariam perdidos (LEONARDO, 2005).

O tratamento endodôntico consiste em variadas manobras técnicas que visam restabelecer a normalidade dos tecidos dentais, ou pelo menos manter a estrutura dura em seu alvéolo sem presença de inflamação ou infecção. Por isso, o tratamento de Canal é apenas uma parte deste, em que se baseia em remover todo o tecido, vivo ou não, da câmara pulpar e do sistema de canais radiculares presente nas raízes selando-os em seguida (LEONARDO, 2005).

A Atenção Primária deve ser resolutiva para as situações de urgência do usuário e monitoramento (medicação e troca de curativo) enquanto o mesmo aguarda agendamento no Centro de Especialidade Odontológica (CEO) (PARANÁ, 2016).

O controle do processo agudo e o controle da atividade da doença é de responsabilidade da Atenção Primária. O paciente deve apresentar todos os dentes, ao menos com adequação do meio, remoção de focos de infecção, terapia periodontal básica realizada, inclusive com orientações de higiene bucal;

O usuário deve, idealmente, ser encaminhado ao CEO, com remoção de todo tecido cariado, curativo de demora e material restaurador provisório.

O cirurgião-dentista deve observar ao exame clínico a existência de coroa clínica suficiente para colocação do grampo de isolamento, e se necessário, encaminhar previamente para o serviço de periodontia para aumento de coroa. Outro fator que deve ser observado previamente ao encaminhamento é a condição dentária: dentes com mobilidade acentuada e mais de 2/3 de extrusão por perda do dente antagonista não deverão ser encaminhados.

O serviço de referência irá atender pacientes com necessidades de tratamento endodôntico, utilizando a seguinte orientação para o encaminhamento:

- Endodontia Unirradicular: considerar toda a região anterior (canino a canino);
- Endodontia Birradicular: considerar os pré-molares superiores e inferiores;
- Endodontia Trirradicular: considerar os molares superiores e inferiores;

- Retratamento (uni, bi, trirradicular): considerar apenas dentes tratados endodonticamente que não possuam pinos intrarradiculares.

Critérios para encaminhamentos para os CEOs:

- Encaminhar para endodontia somente dentes permanentes;  
- Quando o dente necessitar de prótese, deve-se verificar com o paciente, o seu real interesse em manter esse dente e dar prosseguimento ao tratamento;

- Dentes com sinais e sintomas de alterações irreversíveis da polpa (dor intensa, espontânea e contínua, necrose pulpar, exposições pulpares crônicas, entre outros). Deve ser feito o diagnóstico diferencial em relação às alterações reversíveis da polpa (hipersensibilidade dentinária e pulpite reversível, que regredem com a remoção do estímulo) (MINAS GERAIS, 2006);

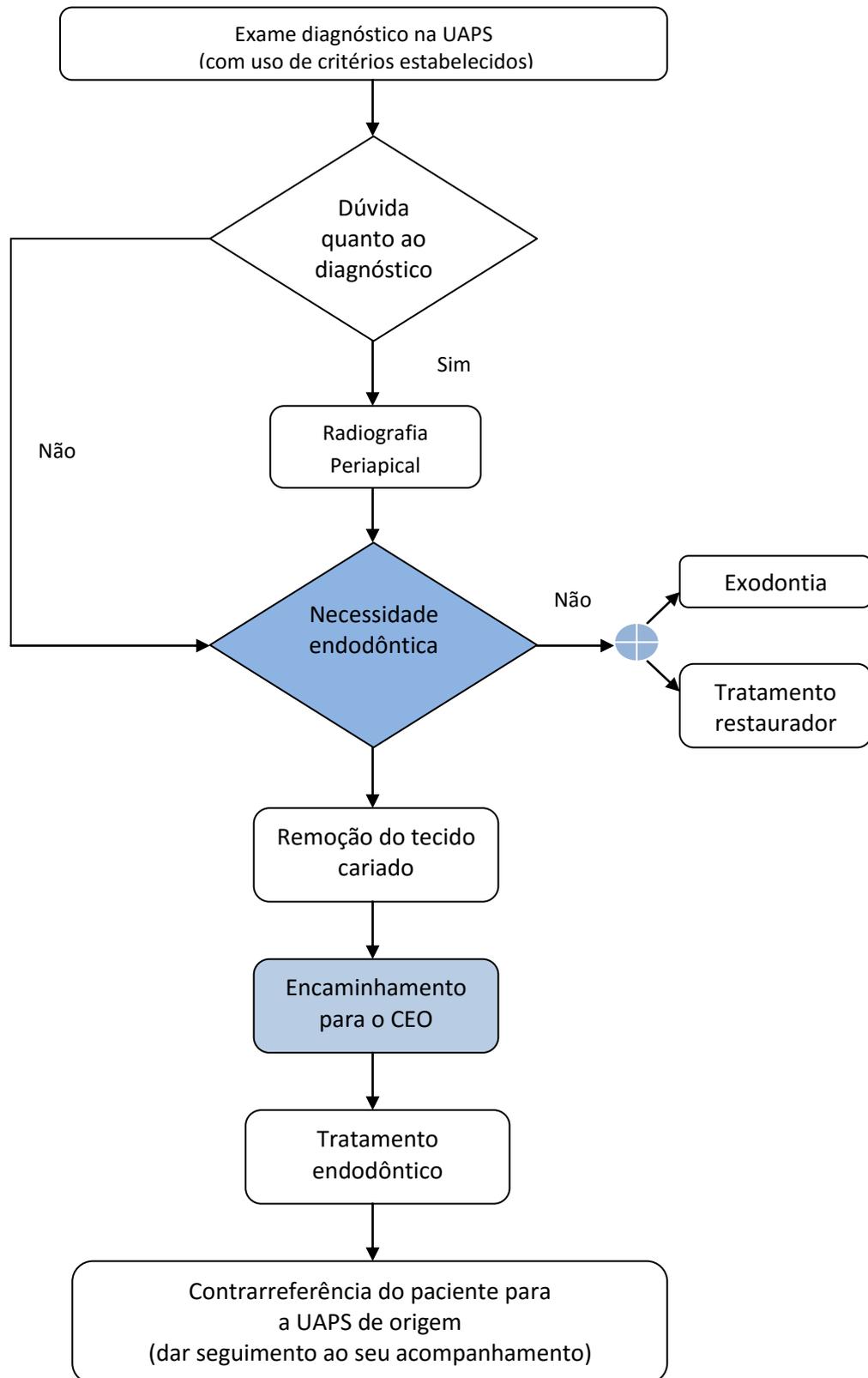
- Estabelecer diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica ou periodontal e, se possível, medicar o paciente, antes de encaminhá-lo ao serviço especializado, para que o dente não apresente o quadro de drenagem de abscesso ou processo fistuloso, no momento do tratamento.

Durante a avaliação clínica devem ser consideradas algumas condições que não devem ser encaminhadas:

- Terceiros Molares, com exceção do terceiro molar inferior que possa ser suporte de prótese;
- Dentes com envolvimento de furca ou coroa destruída abaixo do nível ósseo;
- Dentes com extração indicada;
- Dentes sem valor estético ou funcional;
- Dentes sem viabilidade de restauração, mesmo com a possibilidade de encaminhamento para aumento de coroa clínica;
- Dentes com comprometimento periodontal severo, com grande perda óssea, mobilidade vertical ou alto grau de mobilidade horizontal (MINAS GERAIS, 2006).

A contrarreferência deve ser enviada pelo profissional da atenção secundária, para que a equipe de saúde bucal da ESF dê prosseguimento ao acompanhamento do paciente.

As emergências pós-tratamento endodôntico devem ser encaminhadas ao serviço que realizou o tratamento, para que o especialista avalie a condição do processo instalado.

**FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTO PARA ENDODONTIA**

#### 4.6 Cirurgia Oral

A especialidade Cirurgia Bucomaxilofacial na atenção secundária tem o objetivo de dar suporte ao colega cirurgião-dentista diante de procedimentos dentoalveolares que necessitam de uma avaliação e conduta por um especialista, e que só podem ser realizados adequadamente com a estrutura, equipamentos e instrumentais disponíveis nas instalações dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Na referência à especialidade, o profissional deve descrever o motivo e a queixa do paciente (Ex.: dor, dormência, aumentos de volume, avaliação de dentes retidos/impactados, cirurgia paraendodôntica, fraturas radiculares trans-operatórias, etc). O encaminhamento não deve ser realizado verbalmente e sem justificativa, e o paciente deve ser esclarecido quanto ao objetivo e necessidade do mesmo.

O encaminhamento para Cirurgia Bucomaxilofacial deve ser realizado quando o profissional se deparar com um procedimento que não tem condições de ser realizado na atenção primária à saúde devido ao nível de dificuldade técnica do procedimento. Entretanto, a anamnese e solicitação de exames complementares, como radiografia panorâmica e exames laboratoriais, podem ser realizados juntamente com o encaminhamento à atenção secundária.

Pacientes com infecções odontogênicas apresentando febre, prostração, limitação de abertura bucal, dor ao engolir, dificuldade ao respirar e/ou infecção presente em espaço facial, devem ser considerados urgências odontológicas e encaminhados a serviços de urgência. A avaliação do profissional é importante, para não simplesmente medicar o paciente e orientá-lo a ficar em casa. Em caso de urgência e emergência, o paciente deve ser encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento – UPAs ou Atenção Terciária à Saúde.

## 5 ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE BUCAL

A estruturação da Atenção Terciária em saúde bucal destaca-se como o grande desafio seja à nível nacional, estadual ou municipal. Com isso, no âmbito da Assistência Hospitalar, o Ministério da Saúde possibilitou, em 2005, a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar - AIH e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, buscando garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar da patologia, assegurando a qualidade da atenção.

Além disso, o Ministério da Saúde criou uma normativa, válida desde janeiro de 2014, de que todos os procedimentos odontológicos realizados em Ambiente Hospitalar poderão ser registrados e informados através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), independente do motivo que gerou a internação.

No município de Fortaleza, com o objetivo de atender às necessidades mais graves e emergenciais da população, existe o Instituto Dr. José Frota (IJF), referência municipal para o atendimento emergencial de pessoas envolvidas em acidentes de trânsito, vítimas de agressões físicas ou quaisquer outros tipos de acidentes. O referido hospital é referência para todo o Estado do Ceará, contudo outros serviços hospitalares estão sendo implementados no interior do Estado.

O IJF funciona 24 horas por dia em 7 dias da semana. O setor de Odontologia conta com profissionais experientes no atendimento ao paciente politraumatizado ou com infecções odontogênicas mais graves, com uma estrutura de ambulatório próprio, onde são realizados procedimentos sob anestesia local, assim como acesso ao centro cirúrgico nos casos de necessidade de intervenção sob anestesia geral. Os principais procedimentos realizados pela equipe de odontologia são cirurgias para tratamento de fraturas faciais, cirurgias para a reconstrução da face de pacientes que, devido à magnitude do trauma sofrido, perderam segmentos ósseos, tratamento cirúrgico de infecções odontogênicas e cirurgias para a correção de deformidades dento-faciais.

Por meio de pactuação, outros hospitais recebem pacientes transferidos para o tratamento de fraturas de face. Dentre eles, destacam-se o Hospital Batista Memorial e a Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Tal estratégia visa o atendimento humanizado e precoce dos pacientes, fazendo com que o tempo de espera para a realização de cirurgias eletivas seja reduzido.

Além do atendimento do IJF, são ofertadas vagas para atendimento de cirurgia Bucomaxilofacial hospitalar nos seguintes hospitais: Hospital Universitário Walter Cantídio, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Waldemar de Alcântara, onde os pacientes com necessidades de procedimentos cirúrgicos complexos podem ter seu tratamento realizado.

O município possui também o atendimento sob anestesia geral para pacientes com necessidades especiais no Centro Cirúrgico do CEO Centro.

Segue quadro com serviços odontológicos ofertados na Atenção Terciária:

<b>Local de Atendimento</b>	<b>Serviços Ofertados</b>
Instituto Dr. José Frota	Politraumatismos e infecções odontogênicas graves
Hospital Batista Memorial	Fraturas da face
Hospital Santa Casa de Misericórdia	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial hospitalar
Hospital Universitário Walter Cantídio	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial hospitalar
Hospital Geral de Fortaleza	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial hospitalar
Hospital Waldemar de Alcântara	Pacientes com necessidades especiais
CEO Centro	Pacientes com necessidades especiais

## 6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. R. S. *et al.* **Orientações sobre Referência para Atenção Especializada de Saúde Bucal.** Fortaleza, 2014.

\_\_\_\_\_, J. R. S.; ALMEIDA, M. E. L. Avaliação do conhecimento de mães sobre a saúde bucal de seus bebês no atendimento de puericultura. **Manual de Promoção de Saúde Bucal do Município de Fortaleza.** Prefeitura Municipal de Fortaleza. Fortaleza, 2015.

ANGLE, E. H. **Treatment of malocclusion of the teeth and freactures of the maxillae, Angle's system**, ed. 6, Philadelphia, 1900.

AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel.** São Paulo: Moraes, 1982.

BARBATO P. R. *et al.* Tooth loss and associated socioeconomic, demographic, and dental-care factors in Brazilian adults: an analysis of the Brazilian Oral Health Survey. **Cad Saúde Pública.** v.23, n.8, p.1803-1814, 2007.

BIZERRIL, D. O. *et al.* Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v.10, n.36, p.1-9, 2015.

BOING, A. F.; BASTOS, J. L.; PERES, K. G.; ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. Determinantes Sociais da saúde e cárie dentária no Brasil: revisão sistemática da literatura no período de 1999 a 2010. **Rev Bras Epid.** v.17, supl. 2, 2014.

BORGES, D. M. L. *et al.* Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.25, n. 2, p. 321-327, 2009.

BORGES. *et al.* Aprendizagem baseada em problemas. **Revista Medicina-Ribeirão Preto**, v.47, n.3, p.301-7, 2014.

BOTAZZO, C; MANFREDINI, M. A., NARVAI, P.C; FRAZÃO, P. **Saúde bucal coletiva.** São Paulo. Instituto de saúde; 1988.

\_\_\_\_\_, C. **Diálogos dobre a boca.** Ed. HUCITEC. São Paulo. 380 p. 2013.

BRASIL, **Constituição Federal.** Brasília 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986.** Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco.** Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais 2.** Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender o Pacto pela Saúde.** Brasília, DF: CONASS, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Saúde Bucal Brasil: **Caderno de Atenção Básica, nº 17.** Brasília; 1ª ed; 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.559**, de 1º. de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 4 ago. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. COSEMS/RN. **Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação no SUS** (Sessões temáticas de instrumentalização das equipes gestoras em saúde – Módulo 5). Rio Grande do Norte, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS**. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília – DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília; 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.527**, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 126p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar** - Volume 1. Capítulo 1 - Atenção Domiciliar e o SUS. Brasília – DF. Abril, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cadernos Humaniza SUS** Brasília – DF, 2012.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de Promoção de Saúde**. Ed. Ministério da Saúde. Brasília 2015.

BRITO, R. G. M. **Avaliação clínico-epidemiológica de pacientes portadores de carcinoma de células escamosas oral irressecável em dois hospitais de referência da cidade de Fortaleza-Ce/Brasil**. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2009.

BUSS, P.; FERREIRA, J. L. **Promoção de saúde e a saúde pública. Contribuição para o debate entre escolas de Saúde Pública da América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

CAMPOS, C. DE C. *et al.* **Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais**. [s.l: s.n.].

CAPISTRANO, S. F. S. **Vidas mutiladas: sofrimento do homem nordestino com “câncer de boca” e a promoção do bem viver**. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde). Fortaleza-Ce: Universidade de Fortaleza, 2005.

CARRANZA, F. A. *et al.* **Peridodontia clínica**. Rio de Janeiro. Editora Elsevier. 11ª ed; 2011.

CARDOSO DE MELO, J. A. Educação e as Práticas de Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Trabalho, Educação e Saúde: reflexões críticas de Joaquim Alberto Cardoso de Melo**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In **Políticas de e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. p.121 - 141. Rio de Janeiro. 2012.

CARVALHO, J. A. *et al.* Educação em Saúde Bucal: uma abordagem reflexiva em prol da qualidade de vida. **Revista PRÁXIS**. Araguaína, v. 2, n. 3, p. 21-27. 2010.

- CASTILHO, S. D.; ROCHA, M. A. M. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 85, n. 6, p. 480-489, Dec. 2009.
- CASTRO, M. V. M. DE *et al.* Atendimento clínico conjunto entre o periodontista e o médico. parte I: diabetes e doenças isquêmicas. **ROBRAC**, p. 55-8, 2000.
- CHAGAS, N. R. *et al.* Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p. 193-204, 2004.
- COSTA, E. G.; MIGLIORATI, C. A. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, v. 47, n. 3, p. 283-289. 2001
- CRUZ, A. A. G. *et al.* Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 185-189, set./dez. 2004.
- DOROCKA-BOBKOWSKA, B. *et al.* Candida-associated denture stomatitis in type 2 diabetes mellitus. **Diabetes research and clinical practice**, v. 90, n. 1, p. 81-6, out. 2010.
- ENGBRETSON S. P.; LALLA E.; LAMSTER I. B. **Periodontisabd Systemic Disease**. N Y State Dent J. v. 65, n. 8, p. 30-2, 1999.
- FARIA, H. P. *et al.* **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Unidade didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde /- Belo Horizonte : Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 4 v. 72p.
- FAUSTINO-SILVA, D. D. *et al.* Cuidado sem saúde bucal na primeira infância: percepção e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças de um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Rev. Odonto Ciência**, v.23, p. 375-379, 2008.
- FERNADES, J. P.; BRANDÃO, V. S. G.; LIMA, A. A. S. Prevalência de lesões cancerizáveis bucais em indivíduos portadores de alcoolismo. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Curitiba, v. 54, n. 3, p. 239-244. 2008.
- FERREIRA, F. V. **Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico**. Artes Médicas, 2001. 503p.
- FERREIRA, C. O, *et al.* Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v.47 n. Supl3, p. 90-7, 2013.
- FIGUEIREDO, C. H.; LIMA, F. A.; MOURA, K. S. Tratamento Restaurador Atraumático: avaliação de sua viabilidade como estratégia de controle da cárie dentária na saúde pública, **RBPS**; v.17, n.3, p. 109-118, 2004.
- FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, 2009.
- FONTES, K. B. F. C. *et al.* Contribuição da citopatologia para o diagnóstico de carcinoma de células escamosas oral. **Bras. Patologia Med. Lab**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 17-24. 2008.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo linhas de cuidado na atenção à saúde da criança**. Fortaleza, 2012.
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Epidemiológico. **Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Fortaleza-CE**, 2006-2007. v.16, n. especial, 2010.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GARBIN, D. **Conhecimento do Cirurgião-dentista sobre câncer bucal - um estudo de caso na Rede pública de Florianópolis**, SC. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

GAVA-SIMIONI, L. R. *et al.* Amamentação e odontologia. **J Bras Odontoped e Odontol do Bebê**, v.4, n. 18, p.125-131, 2001.

GUEMBAROVSKI, R. L. *et al.* Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil Epidemiologia do câncer bucal em pacientes do Estado do Paraná, Sul do Brasil. **Cad Saude Publ** v.25, n.2, 2009.

HIENZ. *et al.* Mechanisms of Bone Resorption in Periodontitis. Hindawi Publishing Corporation. **Journal of Immunology Research**. 2015.

IACOPINO, A. M. Understanding and treating aging patients. **Quintessence International**, v. 28, p.622-626, 1997.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil: Dados e registros de base populacional/ 2016. Disponível em <[www.inca.gov.br/estimativa/2016](http://www.inca.gov.br/estimativa/2016)> Acessado em 20.05.2016.

IRINEU, R. A.; **A Caminho do sentido: histórias de pacientes com sequelas das funções orais decorrentes do câncer de boca.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública). Fortaleza-Ce: Universidade Estadual do Ceará, 2006.

JACKSON, A. C. *et al.* Parent education programmes for special health care needs children: a systematic review. **Journal of clinical nursing**, v. 25, n. 11-12, p. 1528–47, jun. 2016.

KAYAL, R. A. The role of osteoimmunology in periodontal disease. **Biomed Res Int**. 2013.

KIDAMBI, S.; PATEL, S. B. **Diabetes mellitus: considerations for dentistry.** **Journal of the American Dental Association (1939)**, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18809649>>

LALLA, E. Assessment and Management of Patients with Diabetes Mellitus in the Dental Office. **Dental Clinics of North America**, v. 56, n. 4, p. 819–829, 2012.

LEIKA, A. I. G. *et al.* **Saúde bucal por ciclos de vida.** Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, Campo Grande, 2011.

LEONARDO, M. R. **Endodontia: tratamento de canais radiculares: princípios técnicos e biológicos.** Mario Roberto Leonardo - São Paulo: Artes Médicas, 2005.

LITTLE, J. W.; FALACE, D.; RHOUDS, N. L. **Manejo odontológico do paciente clinicamente comprometido.** 7a. ed. Rio de Janeiro: 2008.

MARCUCCI, G. **Fundamentos da Odontologia – Estomatologia.** GUANABARA – KOOGAN. Rio de Janeiro, 2005.

MARTINS, C. D. L. **O edentulismo no Brasil: uma projeção demográfica e epidemiológica para os 2020, 2030, 2040 e 2050** [monografia de especialização]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Odontologia da UERJ; 2008.

MASSARA, M. L. A. *et al.* Tratamento Restaurador Atraumático Modificado, **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.12, n.3, p.303-06, jul./set., 2012.

MENDES, A. O.; OLIVEIRA F. A. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev Bras Med Fam e Com.** Rio de Janeiro, v.2, n.8, jan/mar, 2007.

MENDES, E. V. **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde.** Belo Horizonte, 2007.

\_\_\_\_\_, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2297-2305, 2010.

MESOMO, C.; LOSSO, E. M. Avaliação dos efeitos do uso prolongado de chupetas convencionais e ortodônticas sobre a dentição decídua. **Rev Ibero-americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, Curitiba, v.7, n. 38, p.360-364, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MONNERAT, A. F. **Tratamento Restaurador Atraumático. Abordagem Clínica em Saúde Pública**. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MOSS, S. J. **Crescendo sem cárie**: um guia preventivo para os pais. São Paulo: Quintessence, 1996.

MUNOZ, A. I. Distribucion de serotipos de *Listeria monocytogenes* aislados de alimentos, Colombia, 200-2009. **Biomédica**, v.32, n.3, 2012.

NEVILLE, B.W. *et al.* **Patologia oral & Maxilofacial**. Editora Guanabara koogan.. 2ª ed. 2004.

\_\_\_\_\_, B. W. *et al.* **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3a ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2009

OATES, T. W. *et al.* A critical review of diabetes, glycemic control, and dental implant therapy. **Clinical oral implants research**, v. 24, n. 2, p. 117-27, fev. 2013.

OLIVEIRA, R. C. *et al.* Uso de chupeta e desmame precoce: uma revisão de literatura. **Rev Saúde Com**, v.11, n. 2, p. 183-192, 2015.

OLIVEIRA NETO, J. S. **Prevenção e Diagnóstico precoce do câncer bucal como uma contribuição à saúde da família**. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Corinto-MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Global Action Against Cancer–UICC** (Global Cancer Control) Switzerland, 2005. Disponível em <[www.who.int/cancer](http://www.who.int/cancer)>Acessado em 13.03.2016

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha guia rede de saúde bucal**. - Curitiba: SESA, 2016. 92 p.

PELLIZZARI, A. *et al.* Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel. **Rev. PEC**, Curitiba, v.2, n.1, p.41-42, jul. 2001-jul. 2002.

PEREIRA, C. C. T. *et al.* Abordagem do câncer de boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, sup., p. 30-39, 2012.

PETERSEN, P. E.; OGAWA, H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. **J Periodontol**.v. 76, n. 12, p. 2187-93, 2005.

PROFFIT, W. R.; FIELDS JR., H. W.; SARVER, D. M. **Ortodontia Contemporânea**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 720p.

QUEEN, A. N. Evidence-based Dentistry and Its Role in Caring for Special Needs Patients. **Dental Clinics of North America**, v. 60, n. 3, p. 605-611, 2016.

RAPOPORT, A. *et al.* **Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Boca. (S. L.). 2001 Disponível em <[http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/cancer\\_boca.pdf](http://www.bibliomed.com.br/diretrizes/pdf/cancer_boca.pdf)> Acessado em 13.03.2016

REDLICH, K.; SMOLEN, J. S. Inflammatory bone loss: pathogenesis and therapeutic intervention. **Nat Rev Drug Discov**. v. 11, n. 3, p. 234-50, 2012.

RESENDE, C. P. *et al.* Mudança do paradigma da saúde bucal em pacientes com câncer de boca e orofaringe. **Revista brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**. São Paulo, v. 36, n. 1, p. 19-22. 2007.

REYNOLDS, M. W. Education for geriatric oral health promotion. **Special Care in Dentistry**, v. 17, p. 33-36, 1997.

RODRIGUES, D.; SANTOS, V. E. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **J Health SciInst**, v. 28, n. 4, p. 321-4, 2010.

SANTOS, A. M. Organização das Ações em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. **Revista APS**. Feira de Santana, v. 9, n. 2, p. 13-17. 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE COLOMBO. **Protocolo Municipal de Saúde Bucal**. Colombo, 2012.

SEGER, L. **Psicologia aplicada à prótese**. In: **Psicologia e Odontologia: Uma Abordagem Integradora** (L. Seger, org.), São Paulo: Livraria Santos Editora, p. 275-286, 1998.

SESC. DN. DPD **Manual técnico de educação em saúde bucal** / Claudia Márcia Santos Barros, coordenador. – Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. 132p. : il.; 29 cm.

SHINKAI, R. S. A. & Del Bel Cury, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 1099-1109, out-dez, 2000.

SILVA, M. M.; ROCHA, L.; SILVA, S.O. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.30, p.141-144, 2009.

SIMIONI, L. R. G.; COMIOTTO, M. S.; RÊGO, D. M. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. **RPG Rev Pós Grad**. 2005;12(2):167-73.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: Ac Farmaceutica, 2015.

SONIS, S. T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. **PRINCÍPIOS E PRÁTICA DE MEDICINA ORAL**. 2. ed. São Paulo: GUANABARA KOOGAN, 1996.

SOUZA, L. R. B. *et al.* Conhecimentos acerca do câncer bucal e atitudes frente a sua etiologia e prevenção em um grupo de horticultores de Terezina (PI). **Revista Brasileira de Cancerologia**. Terezina, v. 58, n. 1, p. 31-39. 2011.

TELLES, D. M. **Prótese Total: convencional e sobre implantes**. São Paulo: Santos, 2011.

THEODORO, D. S. *et al.* Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal de bebês. **Odontologia Clin. Cientif. Recife**, v.6, p.133-137, 2007.

TILY, F. E.; THOMAS, S. Glycemic effect of administration of epinephrine-containing local anaesthesia in patients undergoing dental extraction, a comparison between healthy and diabetic patients. **International dental journal**, v. 57, n. 2, p. 77–83, abr. 2007.

TOMITA, N. E.; FAGOTE, B. F. Programa Educativo em Saúde Bucal para Pacientes Especiais. **Odontologia e Sociedade**, v. 1, n. 1/2, 45-50, 1999.

TURKISH DIABETES FOUNDATION AND TURKISH DENTAL ASSOCIATION. **Clinica Guidelines in Dentistry for Diabetes**. [s.l: s.n.].

VIDAL, A. K. L. *et al.* Prevenção e diagnóstico precoce do câncer de boca: uma medida simples e eficaz. **Odontologia Clínica e Científica**. Recife, v. 2, n. 2, p. 109-114. 2003.

WALTER, L. R. F. *et al.* **Manual de Odontologia para bebês**. São Paulo: Artes Médicas. 2013.

ZOMORODIAN, K. *et al.* Prevalence of oral Candida colonization in patients with diabetes mellitus. **Journal de mycologie médicale**, v. 26, n. 2, p. 103–10, jun. 2016.