

LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE BUCAL



SAÚDE BUCAL

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	7
3. NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	10
3.1. Atenção Primária à Saúde	11
3.1.1. Atenção Primária.....	11
3.1.2. Atendimento de Urgência	13
3.1.3. Ações/Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal na APS.....	14
3.2. Atenção Secundária à Saúde.....	17
3.2.1. Centro de Especialidades Odontológicas.....	17
3.2.1.1. Ações/Atribuições dos Profissionais do CEO	18
3.2.1.2. Centros de Defeito de Face Malformação	19
3.2.1.3. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	20
3.3. Atenção Terciária à Saúde	20
4. SAÚDE BUCAL NOS CICLOS DE VIDA	21
4.1. Bebês (Menores de 3 anos de idade)	21
4.2. Crianças (03 anos e um mês a 09 anos)	24
4.3. Adolescentes (10 a 19 anos)	24
4.4. Adultos (20 a 59 anos).....	25
4.5. Idosos (Acima de 60 anos)	25
5. SAÚDE BUCAL E AS DOENÇAS CRÔNICAS	26
5.1. Diabetes Mellitus.....	26
5.2. Hipertensão Arterial.....	26
5.3. Tuberculose.....	26
6. INDICADORES DE MONITORAMENTO DA SAÚDE BUCAL	27
7. REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO I - 49 Centros de Especialidades Odontológicas	30

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Municípios com Laboratório Regional de Prótese Dentária	13
Figura 2: CEO distribuídos em Santa Catarina	18
Figura 3: Hospitais com atendimento para PNE em Santa Catarina.....	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- População pesquisada no levantamento epidemiológico SB Brasil 2010	8
--	---

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica;
ACS - Agente Comunitário de Saúde;
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
APS - Atenção Primária à Saúde;
ASB - Auxiliar em Saúde Bucal;
ATM - Articulação Temporomandibular;
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas;
CIB- Comissão Intergestores Bipartite;
eSF - equipe de Saúde da Família;
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana;
LRPD - Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias;
MS - Ministério da Saúde;
PNE - Pessoas com Necessidades Especiais;
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica;
RAS – Rede de Atenção à Saúde;
SUS – Sistema Único de Saúde;
TSB - Técnico em Saúde Bucal;
SB - Saúde Bucal;
UBS – Unidade Básica de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal/MS em 2004, as ações da Saúde Bucal passaram a ser ofertadas de forma mais integral. A implantação de novos serviços possibilitou a reorganização do cuidado nos níveis de atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), apontando para o desenvolvimento de ações organizadas em linha de cuidado e condições especiais de vida, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo.

Os atendimentos em saúde bucal devem ser orientados pelos princípios do SUS, diretrizes e atributos da Atenção Primária (APS). O conhecimento da realidade a partir do perfil sócio/demográfico/ cultural da população, bem como de indicadores de morbimortalidade são essenciais para o planejamento e monitoramento das ações.

A determinação de fatores de risco para as doenças bucais, principalmente cárie dentária, doença periodontal e lesões bucais, estabelece critérios para o diagnóstico precoce.

Na APS é essencial que as equipes de saúde bucal estejam organizadas para disponibilizar aos usuários o acesso a estes serviços, de modo a promover um cuidado adequado às necessidades de saúde bucal, visando aumentar a resolutividade e evitar encaminhamentos para outros níveis de atenção. As equipes de saúde dos diferentes níveis de atenção devem estar organizadas para o acompanhamento da evolução dos tratamentos, negociação e contratualização de metas dos serviços, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como para o assessoramento à gestão de forma a melhorar o acesso e a cobertura dos serviços de saúde bucal.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina vem priorizando ações relacionadas à reorganização da atenção em saúde bucal; monitoramento da fluoretação das águas de abastecimento público; ampliação e qualificação da atenção especializada (Centros de Especialidades Odontológicas/CEO; Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias /LRPD) e Atenção Hospitalar, ampliando assim, o acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal. Tem utilizado a educação permanente como eixo transversal para o processo de qualificação dos profissionais.

Estão em atividade no estado 1.038 Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas na Estratégia de Saúde da Família (eSF) com a cobertura populacional de 47,05%; a cobertura estimada da população atendida pela saúde bucal na atenção básica alcançou 58,78% (MS, set. 2019).

Neste mesmo ano registrou 49 CEO em funcionamento e 3 CEO em fase de implantação, 3 CEO aguardando alteração do tipo de CEO, constando ainda 21 municípios sem acesso sistemático a odontologia especializada, 164 municípios credenciados para Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), oito hospitais no estado pactuados para atendimento odontológico hospitalar à pessoas com necessidades especiais conforme Deliberação 178/CIB de 24 de agosto de 2017, e Deliberação 289/CIB de 7 de dezembro de 2017, persistindo ainda grande carência neste atendimento. Os hospitais pactuados são: Hospital São Donato de Içara, Hospital Nossa Senhora da Conceição de Urussanga, Hospital Bom Jesus de Ituporanga, Hospital Samaria de Rio do Sul, Hospital Waldomiro Colautti de Ituporanga, Hospitais Hans Dieter Schimdt, Jeser Amarante de Faria e Bethesda de Joinville.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A grande desigualdade socioeconômica vigente no Brasil e o difícil acesso à assistência odontológica, em função da oferta limitada de serviços públicos e do alto custo da prática privada para a maior parte da população, reflete a situação da saúde bucal brasileira (ANTUNES et al., 2003; SOARES et al., 2013). Verifica-se que, quanto mais precocemente forem realizadas atividades de prevenção de doenças bucais, detectando alterações e promovendo saúde, menores serão as complicações advindas das doenças bucais (Correa et al., 2015; Guidetti & Almeida, 2013). Tem-se observado que a doença cárie está se polarizando, concentrando a carga de doença numa parcela menor e mais vulnerável da população, salientando dessa forma a necessidade de análise detalhada dos determinantes sociais da saúde (PEREIRA et al., 2015; NASCIMENTO et al., 2013).

Os levantamentos epidemiológicos de condições bucais elaborados a partir de estudos transversais tem por objetivo coletar informações referentes a um determinado problema em uma população, podendo ainda abordar aspectos referentes a fatores de risco, uso de serviços, consumo de medicamentos, conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com a saúde, além de dados demográficos e de outra natureza (PEREIRA et al., 2009).

No Brasil já foram realizados quatro grandes levantamentos nacionais nos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010. Estes levantamentos são importantes para o conhecimento do perfil epidemiológico da população e verificação da evolução histórica dos principais problemas em saúde bucal (BELLON et al., 2012; BATISTA et al., 2014).

O levantamento epidemiológico denominado SB Brasil de 2010, foi realizado em todas as capitais brasileiras, junto a alguns municípios previamente selecionados. (BRASIL, 2012). Na ocasião foram entrevistados e examinados em seus domicílios indivíduos nas idades de 5 anos e de 12 anos e pertencentes aos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos (BRASIL, 2012).

Quadro 1- População pesquisada no levantamento epidemiológico SB Brasil 2010.

Condição analisada	Faixa etária estudada (em anos)				
	5	12	15 a 19	35 a 44	65 a 75
Cárie Dentária	x	x	x	x	x
Condição Periodontal		x	x	x	x
Oclusão Dentária	x	x	x		
Edentulismo			x	x	x
Necessidade de prótese			x	x	x
Traumatismo dentário		x			
Fluorose dentária		x			

Quanto a prevalência de cárie dentária, no levantamento epidemiológico SB Brasil 2010 para as crianças com idade de 5 anos 46,6% estavam livres de cárie na dentição decídua e, aos 12 anos 43,5% apresentaram a mesma condição na dentição permanente. Nas idades de 15 a 19 anos o percentual foi de 23,9%, de 35 a 44 anos o percentual foi de 0,9% e 65 a 74 anos o percentual foi de 0,2%.

Observa-se que em crianças e adolescentes, o principal problema refere-se à cárie não tratada, enquanto que, em adultos e idosos, a perda dentária por cárie é o problema mais prevalente.

Segundo esse mesmo levantamento epidemiológico, a condição periodontal das crianças de 12 anos apresentaram 62,9% todos os sextantes hígidos, nos adolescentes de 15 a 19 anos 50,9% e no grupo etário de 35 a 44 anos, 17,8%. Nas pessoas idosas de 65 a 74 anos as condições periodontais, demonstraram que 90,5% tinham sextantes excluídos. Dos poucos sextantes em condições de exame nesse grupo, 4,2% apresentavam cálculo e 3,3% bolsas periodontais.

No Brasil observa-se que 77,1% das crianças de 5 anos apresentaram oclusão normal para chave de caninos classe I, classe II em 16,6% e Classe III em 6,4%. Aos 12 anos de idade, a presença de oclusão considerada normal, com prevalência de cerca de 60%, oclusopatia severa foi de 7,1%. Dos 15 aos 19 anos de idade a prevalência de oclusopatias severa foi de 6,6% e muito severa de 10,3%. Na região sul, foi verificado 70,3% Classe I, 22,1% com classe II e 7,6% com classe III (BRASIL, 2012).

Quanto ao uso e necessidade de prótese dentária no Brasil, dos examinados na faixa etária de 15 a 19 anos 96,3% não usavam qualquer tipo de prótese dentária superior, não havendo diferença entre as regiões. Na idade de 35 a 44 anos, 67,2% dos examinados não usavam este tipo de prótese dentária. Dos usuários de prótese dentária superior, a maioria usava prótese parcial removível (16,0%). A prótese total foi o segundo tipo de prótese superior mais usado, com 9,1% de usuários sendo o maior percentual de indivíduos (14,5%) na região Sul. Nos idosos de 65 a 74 anos, apenas 23,5% não usavam algum tipo de prótese dentária superior e na região sul 16,5%. A porcentagem de usuários de prótese total foi de 63,1% para o Brasil.

Para a prótese dentária inferior, dos jovens entrevistados com idade de 15 a 19 anos, 99,4% não usavam este tipo de prótese. Os adultos de 35 a 44 anos, 89,9% não usavam prótese dentária inferior. A proporção de indivíduos de 65 a 74 anos, que não usavam prótese inferior foi de 46,1%.

No Brasil, dos adolescentes examinados de 15 a 19 anos, 86,3% não necessitavam de prótese e na região sul 90,8%. Na faixa etária de 35 a 44 anos, 31,2% não necessitavam de prótese dentária e na região sul do Brasil, 37,1%. Na idade de 65 a 74 anos, 7,3% não necessitavam de prótese dentária, na região sul 12,7%.

Foi identificado que 15,4% das pessoas na faixa etária de 65 a 74 anos e na região sul 6,9%, necessitavam de prótese total nos dois maxilares. A prevalência de traumatismo dentário foi 20,5%, em crianças de 12 anos de idade com, pelo menos, um dente incisivo que tenha apresentado lesão traumática. Das crianças de 12 anos de idade 16,7%, apresentavam fluorose, enquanto que na região sul foi de 14,8%. O SB Brasil 2010 mostrou que no Brasil cerca de 18% dos jovens de 12 anos nunca foram ao dentista. A região sul do país apresentou 9,8% de crianças nessa condição.

3. NÍVEIS DE ATENÇÃO Á SAÚDE

A Linha de Cuidado de Saúde Bucal compreende um conjunto de ações que envolvem o cuidado em saúde bucal da população por meio da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A rede de atenção possui três níveis: primária, secundária e terciária, com objetivo de descentralizar e promover um melhor atendimento à população, uma vez que cada um desses níveis corresponde a determinado conjunto de serviços assistenciais.

Destaca-se que essa Linha de Cuidado abrange os seguintes pontos de atenção constitutivos em sua estrutura operacional:

Atenção Primária: Cabe a este nível de atenção o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL,2017).

A APS é definida como porta prioritária e centro de comunicação da Rede de Atenção a Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde.

Usuários com agravos de maior complexidade serão encaminhados para a atenção secundária e terciária. O acesso a estes serviços deve acontecer preferencialmente por meio do acolhimento em saúde bucal, conforme será descrito a seguir:

Atenção Secundária: Constitui-se pelos Centros de Especialidades Odontológicas. Recebem os usuários que apresentam necessidades de atendimentos especializados encaminhados pelas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS).

Atenção Terciária: Constitui-se pela rede Hospitalar. Os usuários são encaminhados pela APS e Atenção Secundária.

3.1 Atenção Primária à Saúde

3.1.1 Atenção Primária

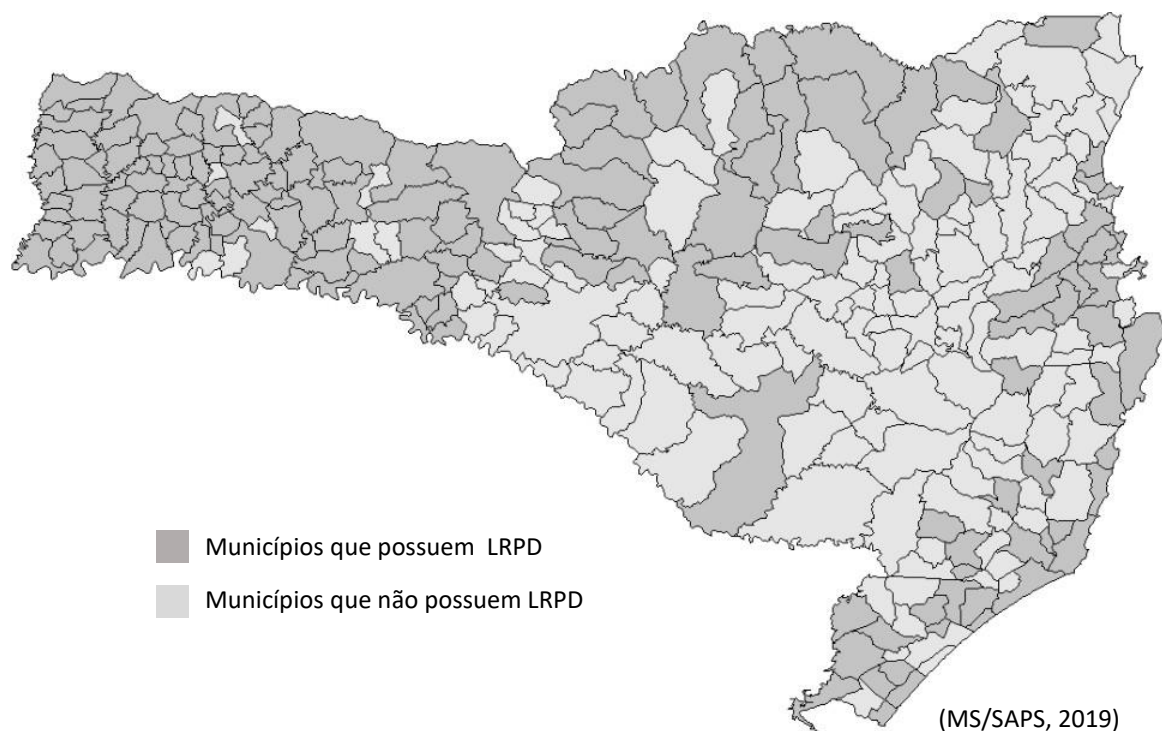
Segundo as “Diretrizes para a organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde na ótica do Acesso Avançado” (Estratégia Qualifica APS/SC):

- O Acesso Avançado instituído pelo Núcleo Estratégia Qualifica APS SC da Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde se constitui no modelo proposto para a ampliação do acesso e organização do processo de trabalho das equipes;
- As agendas dos profissionais devem ser flexíveis, com tempo de consultas de duração variáveis, de modo a garantir aos usuários os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade). Devem ser disponibilizados nas agendas do dia, horários diferenciados para consultas. O Ministério da Saúde recomenda para as consultas clínicas o tempo estimado entre 20 a 40 minutos (Brasil,2018). Sugere-se que os agendamentos programados ocupem no máximo 50% da agenda do cirurgião-dentista;
- A equipe de eSF/SB e de APS deve garantir escuta a todos os usuários que procuram atendimento, de forma organizada e pactuada entre os profissionais da equipe, estabelecendo fluxos assistenciais. A maximização das potencialidades de todos os profissionais das equipes devem ser levadas em conta na oferta do cuidado em saúde;
- As equipes de saúde devem atender e acompanhar todas as pessoas dos ciclos de vida, linhas de cuidado e dos protocolos instituídos;
- O acesso deve ser garantido a todos os usuários durante todo o período de funcionamento da UBS, de forma presencial e não presencial (telefone, email e aplicativos da equipe). Recomenda-se que as equipes discutam a implantação de estratégias não presenciais para potencializar a comunicação. Importante pontuar que além do critério de população adscrita, o acesso deve ser garantido também aos usuários que estejam regulamentados em cada área;

- Não deverá haver distinção entre agenda programada e espontânea, sendo de responsabilidade da Atenção Primária atender as pessoas nas suas demandas (agudas e não agudas). Os agendamentos, quando pactuados pela equipe, devem ser realizados entre uma a duas semanas, evitando desperdício de tempo (falta do paciente) e devem ser oferecidos de acordo com a melhor disponibilidade para o usuário;
- As orientações em relação às consultas/atendimento de urgência, primeira consulta odontológica programática, consultas de retorno e manutenção, alta clínica/tratamento concluído e atenção domiciliar, estão elencadas no Caderno Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde, 2018, p. 79 – 81;
- Buscando estimar as necessidades e as demandas da população por serviços de saúde bucal, vêm sendo referenciadas em protocolos de organização da atenção diferentes formas de avaliação de risco e/ou classificação de necessidades. Nesse sentido, sugere-se aqui o uso da “Classificação de Necessidades com sugestão de Plano Preventivo Terapêutico”- de acordo com Caderno Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde/MS-2018, p.85-87;
- As ações de Saúde Bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da UBS, atuando de forma multiprofissional e interdisciplinar;
- Atividades de promoção e prevenção devem ser realizadas no território, levando em conta critérios de resolutividade e possibilidade de ampliação da qualificação de todos os membros da equipe;
- Todos os profissionais da UBS devem participar das reuniões mensais de planejamento e todos os profissionais das equipes devem participar das reuniões semanais;

Na perspectiva da assistência integral em Saúde Bucal e diante da necessidade de reabilitação protética, o Ministério da Saúde passou a financiar a prótese dentária total, parcial removível e fixa, sendo atribuição da atenção primária a instalação, adaptação e moldagem dento gengival para construção de prótese dentária, além do reembasamento e conserto destas próteses. A confecção laboratorial da prótese é encaminhada para atenção secundária. Em 2019 estão credenciados 164 municípios com Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), e 17 municípios solicitaram novos credenciamentos, sendo possível a adesão para todos os municípios do estado.

Figura 1: Municípios com Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)



3.1.2 Atendimento de Urgência

O atendimento às pessoas em situações de urgência em saúde bucal deve ser realizado na APS durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde. O processo de trabalho deve ser pactuado em equipe para o atendimento a esta demanda. O usuário deverá ser acolhido na UBS e encaminhado para equipe de saúde bucal para avaliação e encaminhamentos.

Nas situações de dor e outras urgências, a avaliação e o atendimento ao usuário deverá ser sempre realizado pelo cirurgião-dentista. Caso necessário, os usuários poderão ser encaminhados para os demais pontos de atenção.

3.1.3 Ações/Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal na APS

As atribuições dos profissionais das equipes de saúde bucal que atuam na atenção primária, segundo a Política Nacional de Atenção Básica.

Cirurgião Dentista:

- Realizar a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico em lesões bucais e anquiloglossia, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde, individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal, observadas as disposições legais da profissão; realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território; realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- Realizar todos os procedimentos da saúde bucal na atenção primária, tais como: ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel; ação coletiva de escovação dental supervisionada; ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica; acesso à polpa dentaria e medicação (por dente); assistência domiciliar por equipe multiprofissional; atendimento a gestante; atendimento de urgência;

avaliação dos itens de vigilância em saúde bucal; consulta agendada; consulta de conclusão do tratamento em odontologia; curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico; exodontia de dente decíduo; exodontia de dente permanente; orientação de higiene bucal; primeira consulta odontológica programática; profilaxia/remoção de placa bacteriana; pulpotomia dentária; raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); raspagem alisamento subgengivais (por sextante); restauração de dente decíduo; restauração de dente permanente anterior; restauração de dente permanente posterior; selamento provisório de cavidade dentária; tratamento de alveolite; ulotomia/ulectomia.

Técnico em Saúde Bucal (TSB):

- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- Inserir e distribuir no preparo cavitários materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do cirurgião-dentista;
- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Processar filme radiográfico;
- Selecionar moldeiras; preparar modelos em gesso;
- Manipular materiais de uso odontológico;
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de APS, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Processar filme radiográfico;
- Selecionar moldeiras;
- Preparar modelos em gesso;
- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Agente Comunitário de Saúde (ACS):

Desenvolver atividades de promoção de saúde de prevenção das doenças e agravos e de vigilância a saúde por meio de visita domiciliar e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e nas comunidades, por exemplo, ação coletiva de escovação dental supervisionada. Esta atividade é planejada, organizada, avaliada e supervisionada pelo cirurgião dentista e a execução é realizada pelo agente comunitário.

3.2 Atenção Secundária à Saúde

“A atenção especializada ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico”.(MS/A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde,2018).

3.2.1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

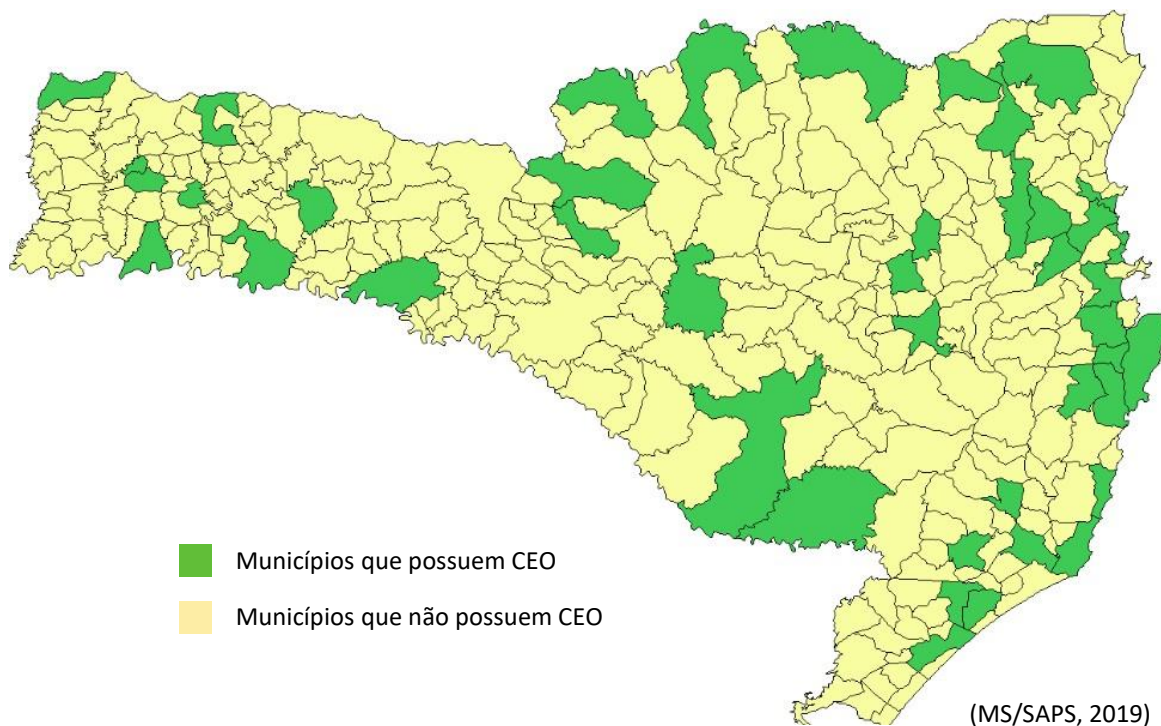
Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são pontos de atenção secundária ambulatorial, criado pelo Ministério da Saúde em 2004, para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Utilizam a referência, contrarreferência e o apoio matricial que busca superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde. São classificados em:

- Tipo I (com 3 cadeiras odontológicas)
- Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas)
- Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas)

Com 40 horas de atendimento para cada cadeira nas seguintes especialidades: diagnóstico bucal, periodontia, cirurgia oral, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais (PNE).

De acordo com a realidade do CEO, e sendo opcional, é possível ofertar ortodontia, implante e prótese sobre implante, que estarão na dependência da decisão dos gestores locais, das condições técnicas e financeiras do município.

Figura 2: CEO distribuídos em Santa Catarina



3.2.1.1 Ações/Atribuições dos Profissionais do CEO

Cirurgião Dentista

Estomatologia:

É de responsabilidade do cirurgião dentista do CEO, o diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares, biópsia, terapêutica cirúrgica (nível Ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente; e planejamento do atendimento odontológico do paciente oncológico que será submetido à radioterapia ou quimioterapia.

Periodontia:

Principais ações, raspagem e alisamento radicular subgingival de maior complexidade, cirurgia de acesso, com plastia de furca, gengivectomia, aumento de coroa clínica, ressecção radicular e tunelização.

Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial:

Terão prioridades pacientes com as seguintes necessidades: frenotomia; dentes supranumerários; cirurgia pré-protética (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos); dentes retidos, inclusos e impactados; lesões não neoplásicas de glândulas salivares; remoção de cistos; tumores dos maxilares; fratura dos dentes e dos ossos da face; corpos estranhos e luxação de articulação temporomandibular.

Endodontia:

Na média complexidade é realizado tratamento endodôntico em dente com polpa viva, em dentes com polpa sem vitalidade, retratamento endodôntico, tratamento de perfurações radiculares, contra referência à UBS que demandou o atendimento especializado, com orientações pertinentes, se for o caso.

Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais (PNE):

Quando não houver condições de atendimento a PNE na Atenção Básica, este deve ser encaminhado para o CEO, onde será realizado o atendimento. Caso necessite de sedação para o atendimento o paciente poderá ser referenciado para atendimento hospitalar.

Técnico de Saúde Bucal e ou Auxiliar de Saúde Bucal.

Estes profissionais compõem também a equipe do CEO, seguindo as mesmas atribuições da atenção básica.

3.2.1.2 Centros de Defeito de Face e Malformação

Existem duas referências infantis em Santa Catarina para atendimento de deformidades da face: Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG e o Núcleo de Reabilitação Lábio Palatal (NRLP-Centrinho/Joinville). As referidas Unidades estão com as agendas configuradas no Sistema SISREG para todos os municípios do estado com os procedimentos:

HIJG: Consulta em Cirurgia Plástica – Fissura lábio palatal – Pediatria.

Centrinho Joinville: Consulta em Cirurgia Plástica – fissura lábio palatal – Pediatria. Consulta em Cirurgia Plástica – fissura lábio palatal – Adulto.

O serviço de Bucomaxilofacial Pediátrico do HIJG atende casos de deformidades faciais com equipe multidisciplinar atuando também em conjunto com o serviço de Bucomaxilofacial e Odontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

3.2.1.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

A UPA se constitui no ponto de atenção intermediário entre a Atenção Primária, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, compondo uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, ampliando e qualificando o acesso e a resolutividades da atenção à saúde nos serviços do SUS, devendo funcionar 24 horas todos os dias da semana, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS. As UPAs são de gestão municipal, sendo opcional o atendimento odontológico neste serviço de saúde.

3.3 Atenção Terciária à Saúde

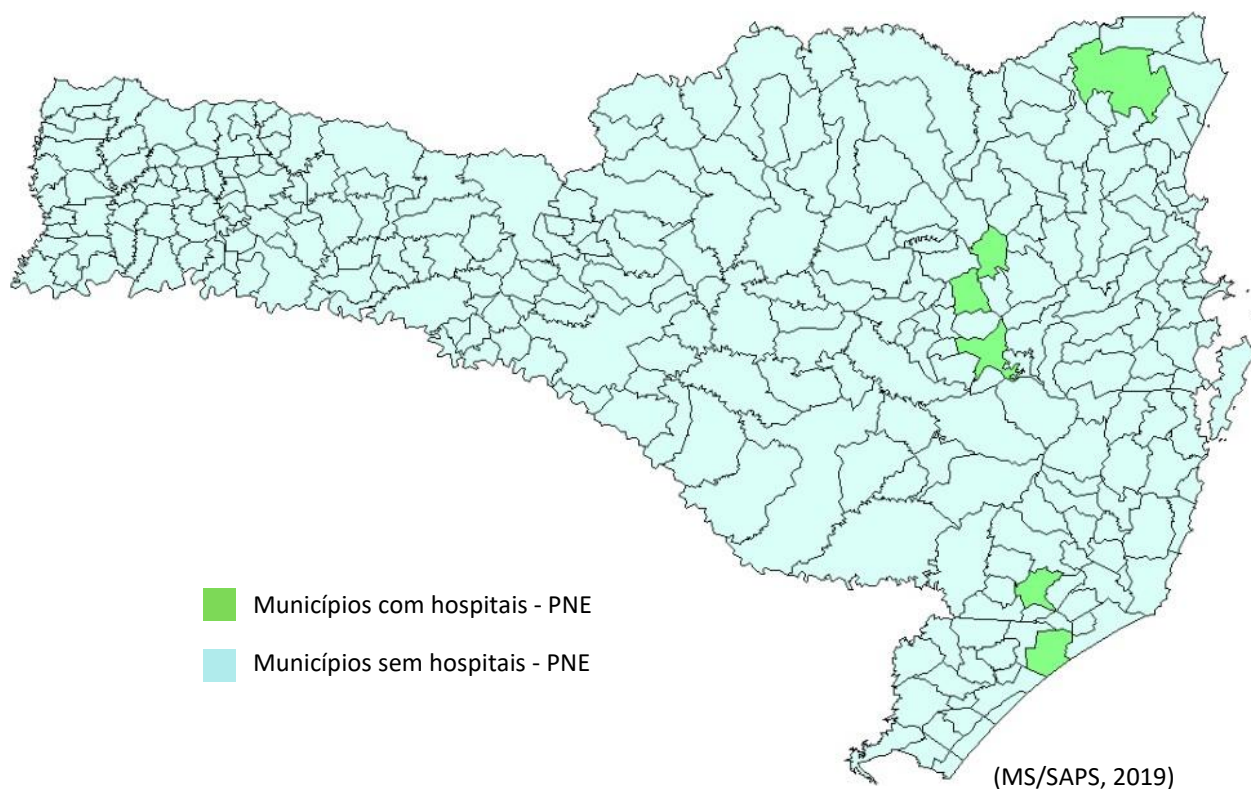
Realizada em unidades hospitalares de referência, para atendimento de pessoas com deficiência, com dificuldade de adesão ao tratamento convencional, pacientes oncológicos, com deformidades e traumas faciais, referenciados pela atenção primária e secundária.

A maioria dos atendimentos odontológicos em ambiente hospitalar são relacionados aos pacientes portadores de trauma bucomaxilofacial e lesões neoplásicas.

No entanto, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.032/GM, de 05/05/2010, que inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar e Nota Técnica da Portaria 1.032/GM – Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais em Ambiente Hospitalar. Porém com a publicação da Portaria nº 3.011, de 10 de novembro de 2017, os municípios que tinham série histórica de produção em um determinado período, os recursos foram transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade – MAC.

Em Deliberação 178/CIB de 24 de agosto de 2017, e Deliberação 289/CIB de 7 de dezembro de 2017, oito hospitais no estado pactuaram atendimento odontológico hospitalar à pessoas com necessidades especiais, persistindo ainda grande carência neste atendimento. Os hospitais/municípios pactuados são: Hospital São Donato de Içara, Hospital Nossa Senhora da Conceição de Urussanga, Hospital Bom Jesus de Ituporanga, Hospital Samaria de Rio do Sul, Hospital Waldomiro Colautti de Ibirama, os Hospitais Hans Dieter Schimdt, Jeser Amarante de Faria e Bethesda de Joinville, sendo somente o Hospital Samaria de Rio do Sul que recebe financiamento federal.

Figura 3: Hospitais com atendimento para PNE em Santa Catarina



4. SAÚDE BUCAL NOS CICLO DE VIDA

4.1 Bebês (Menores de 3 anos de idade)

Consideram-se bebês as crianças na faixa etária compreendendo de zero a três anos de idade. As ações de cuidado nos primeiros anos de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo. O trabalho de prevenção deve estar direcionado desde a gestação e na sequência aos pais e às pessoas que cuidam da criança nesta fase da vida.

A primeira consulta odontológica do bebê é recomendada antes da irrupção do primeiro dente decíduo, para que, se necessário, a família seja orientada quanto a bons hábitos e realização do exame clínico detalhado da cavidade bucal do bebê.

A Lei Nº 13.002, de 20 de junho de 2014 obriga a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências. O teste da linguinha, caso não tenha sido realizado na maternidade ao nascer, ou necessitando de um reteste, deverá ser realizado nas primeiras consultas médica, odontológica, enfermagem e/ou fonoaudiológica.

O atendimento ao recém-nascido se constitui num momento importante para orientar os pais sobre amamentação, dieta, higiene bucal e como evitar a instalação de hábitos deletérios.

No período de irrupção dos dentes é comum surgirem sintomas sistêmicos tais como: irritação, inapetência, salivação abundante, diarreia, inflamação local, aumento da temperatura e sono agitado, mas que não necessariamente, são decorrentes deste processo. O tratamento deve ser sintomático quando necessário. O cirurgião dentista também deverá descartar outras possíveis causas para a sintomatologia descrita. A utilização de mordedores gelados e de massagem com dedeira auxilia a redução da sintomatologia local.

Orientações à família acerca dos cuidados com o bebê:

Aleitamento materno: excetuando-se situações especiais, deve ser realizado com exclusividade até os 06 meses de idade do bebê. A partir dessa idade, deve-se incentivar a oferta progressiva de alimentos em colheres e copos. O aleitamento materno protege contra doenças infecciosas nos primeiros anos de vida e reduz o risco de mortalidade antes de um ano de idade. Além dos benefícios relacionados à proteção do bebê e à saúde materna, a amamentação é um importante fator de prevenção da maloclusão dentária, principalmente porque a atividade muscular exercida leva a mandíbula a se desenvolver melhor, corrigindo assim seu posicionamento posterior (retrognatismo mandibular). Ela estimula, também, a respiração nasal, a deglutição, o selamento labial e o correto posicionamento dos dentes no futuro. É de suma importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento da pega correta e da incorreta do bebê à mama da mãe, para que possa orientar corretamente, caso haja necessidade.

Pega correta: Visualiza-se mais a aréola na porção superior do peito que na inferior; a boca deverá estar bem aberta; os lábios virados para fora; queixo tocando o peito. Caso o bebê esteja mamando no peito, de forma a não contemplar as observações anteriores e esteja com a boca não muito aberta (boca de “peixinho”) é sinal de que a pega está incorreta e desta forma poderá traumatizar o mamilo da mãe, prejudicando as mamadas. No caso de pega incorreta, deve-se realizar o exame das estruturas e das funções da boca, identificando possíveis alterações como anquiloglossia. Neste caso, o bebê deve ser encaminhado para o CEO e ou hospital para nova avaliação e tratamento.

HIV-AIDS: Mulheres que convivem com HIV/AIDS e outras doenças que podem ser transmitidas ao bebê por meio do leite materno, não devem amamentar. Nestes casos a mamadeira é a opção inicial para a alimentação. A oferta da alimentação através da mamadeira, deve possibilitar ao binômio mãe/bebê sensações similares ao ato de amamentar. As recomendações quanto ao uso da mamadeira são as mesmas da amamentação: posicionamento da cabeça e do corpo do bebê alinhados; boca do bebê no mesmo plano de frente para a região mamilo areolar; corpo do bebê próximo e voltado para mãe; nádega do bebê apoiada.

Promoção da alimentação saudável: a amamentação possibilita o fortalecimento de vínculo entre família e bebê. A oferta de alimentos nutritivos e fibrosos estimula a mastigação, formação dos dentes e desenvolvimento das arcadas e da articulação temporomandibular (ATM). Na introdução da alimentação é importante oferecer alimentos naturais e não adicionar qualquer tipo de complementos como: açúcar, mel, achocolatados e ou carboidratos. É indispensável a oferta de água assim que for introduzido a alimentação. A alimentação no período noturno deve evitada.

Higiene bucal: Os profissionais devem orientar os pais sobre a higienização da boca do bebê de acordo com técnicas apropriadas. Bebês edêntulos não precisam ter seus rodetes gengivais higienizados, principalmente se eles estiverem sendo amamentados no peito, pois as imunoglobulinas do leite materno agem como proteção da mucosa oral. A escovação dental associado ao uso de creme dental com flúor na concentração de mais de 1.000 ppm de flúor está indicada a partir da irrupção do primeiro dente decíduo. A escova deve ter cabeça compatível com o tamanho da cavidade bucal do bebê e as cerdas deverão ser macias. A quantidade de creme dental deverá ser o equivalente a uma “lambuzadela” sem exceder esta quantidade. O fio dental deve ser utilizado também para limpeza interdental.

Sucção não nutritiva prolongada: A família tem papel fundamental na formação de hábitos saudáveis na vida da criança podendo evitar consequentemente a instalação de práticas inadequadas. Os profissionais devem orientar as famílias sobre as consequências negativas dos hábitos bucais de sucção não nutritivos prolongados (chupeta e dedo). Quando o hábito de sucção não nutritiva prolongada estiver instalado há necessidade de considerar a frequência, intensidade e duração do hábito para subsidiar as orientações à família pela equipe da APS. Em casos de indicação da oferta de mamadeira ao bebê, importante orientar que o furo do bico da mamadeira não seja aumentado para não prejudicar a sucção e deglutição.

Quando a necessidade de sucção não for satisfeita com o aleitamento materno, a chupeta deve ser usada racionalmente, não sendo oferecida a qualquer sinal de desconforto. Utilizar exclusivamente como complementar à sucção na fase em que o bebê necessita deste exercício funcional. Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta.

4.2 Crianças (03 anos e um mês a 09 anos)

Nesta fase é importante que as famílias e escolas mantenham e reforcem orientações sobre alimentação saudável e higiene bucal. As crianças devem ser estimuladas continuamente sobre a importância do uso da escova e fio dental, já que nesta faixa etária estão mais expostas a alimentos com excesso de açúcar. A escovação nesta faixa etária continua sendo responsabilidade dos pais e ou responsáveis. Nesta fase a criança já pode escovar seus dentes com supervisão dos pais/responsáveis complementando a escovação.

Para evitar o risco da fluorose, deve-se evitar o uso excessivo de dentífrico fluoretado evitando também a sua ingestão.

A periodicidade do atendimento odontológico será avaliada pela equipe considerando os fatores de risco de acordo com cada criança. Nesta fase é fundamental a preservação dos dentes decíduos para que não ocorra a alteração da erupção dos dentes permanentes, que poderá acarretar a má oclusão. Em torno dos 05 anos iniciam a erupção dos dentes permanentes.

4.3 Adolescentes (10 a 19 anos)

O adolescente quando procura o atendimento em saúde bucal na Unidade Básica de Saúde é geralmente para resolver questões estéticas. A equipe de saúde deve aproveitar este momento para orientar sobre a importância do cuidado em saúde bucal, inclusive estarem atentos a casos com história de bulimia que poderá ocasionar erosão dentária e cárie na face lingual dos dentes anteriores, e o uso de piercing na cavidade oral, que pode causar complicações de ordem inflamatória e infecciosa.

É importante informar os adolescentes sobre formas de prevenção ao traumatismo dentário utilizando proteção e comportamentos seguros. Entre os 17 e 21 anos ocorre a erupção dos terceiros molares, exigindo cuidado especial na escovação devido ao difícil acesso. Com a aproximação da idade adulta, aumenta o risco das doenças periodontais.

A alimentação saudável segue os mesmos princípios da alimentação já elencados nas fases anteriores. Dar continuidade ao estímulo a escovação e o uso de fio dental. É importante discutir sobre o uso do tabaco e álcool para a prevenção do câncer bucal, mancha nos dentes, halitose ou doença periodontal.

Onicofagia:

É o hábito de roer ou comer as próprias unhas. A maior incidência deste hábito ocorre na puberdade sendo mais comum no gênero masculino. O hábito crônico de morder as unhas é prejudicial a longo prazo para o desgaste da substância adamantina frontal dos dentes, aumentando a cárie nas zonas afetadas.

O hábito de roer a unha se apresenta em estados de ansiedade e pode estar associado com sofrimento emocional. Na dentição decídua, pode levar à reabsorção radicular atípica. O aumento funcional dos dentes anteriores decíduos, acelera o processo de rizólise, alterando indesejavelmente a sequência de esfoliação dos dentes decíduos e de erupção dos dentes permanentes, que poderá levar ao escape anterior da língua e alterações da fala, como também, mordida aberta anterior.

Apesar de os danos que pode causar a onicofagia na ATM e dentes, não existem evidências científicas suficientes para programar o tratamento clínico odontológico. A abordagem para avaliação e tratamento deve ser multiprofissional.

4.4 Adultos (20 a 59 anos)

Na fase adulta é fundamental a prevenção, dando continuidade ao estímulo a escovação e o uso de fio dental, visando o autocuidado e a detecção de doenças e agravos.

É importante observar precocemente as lesões existentes no tecido mole, pois podem significar sinais primários de câncer.

A doença periodontal é um dos principais problemas, sendo que a severidade e prevalência estão relacionadas a fatores de risco e condições sistêmicas.

Fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença periodontal, maior risco de perda dental e maior possibilidade de lesões neoplásicas.

4.5 Idosos (Acima de 60 anos)

A promoção de saúde bucal em idosos busca o bem-estar e a auto estima, visando a melhoria da qualidade de vida. É fundamental o trabalho conjunto da equipe multi e interdisciplinar da APS, buscando conhecer a história de vida do usuário e identificar as necessidades de saúde para formular um plano preventivo/terapêutico adequado.

As condições bucais mais comuns nesta fase são: cárie de raiz, xerostomia, lesões de tecidos mole, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal adaptada, dificuldade de higienização (relacionada à limitação da coordenação motora).

É prioritário nesta fase, orientações sobre alimentação saudável e menos cariogênica, higiene bucal (escovação dental/prótese dentária, e uso do fio dental) e limpeza da língua. Em caso de xerostomia, orientar sobre formas de estímulos à salivação e acompanhamento periódico.

5. SAÚDE BUCAL E AS DOENÇAS CRÔNICAS

Algumas doenças crônicas sistêmicas podem repercutir em alterações da cavidade bucal necessitando de atenção especial dos profissionais da saúde. São alguns exemplos: diabetes mellitus, hipertensão arterial, tuberculose e a hanseníase.

5.1 Diabetes Mellitus

Sinais e sintomas (sede intensa, micção frequente, difícil cicatrização, entre outros) que sugerem possível diagnóstico desta doença podem ser relatados aos profissionais da saúde bucal por usuários que desconhecem serem diabéticos.

Pacientes diabéticos apresentam com frequência xerostomia (secura na boca), sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. É comum a modificação da flora bucal com tendência à candidíase oral e queilite angular. A doença periodontal é significativa nos casos de Diabetes Mellitus. A higiene bucal deve ser criteriosa.

Intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em usuários que estejam sob monitorização e controle da glicemia. A hipoglicemia e a cetoacidose são complicações agudas que podem ocorrer na diabetes.

Deve-se priorizar o tratamento odontológico do diabético, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose.

5.2 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é uma doença assintomática na maioria dos usuários adultos. É importante estabelecer uma conduta para o tratamento odontológico. A pressão deve ser aferida a cada sessão clínica e quando alterada, deve ser encaminhado para cuidados médicos. A consulta odontológica deve ser de curta duração. No caso do uso de anestesia, utilizar protocolo de atendimento seguro.

5.3 Tuberculose

A tuberculose, geralmente é transmitida pela inalação de aerossóis de secreções respiratórias contendo gotículas infectantes. As lesões tuberculosas na boca são raras. Nestes usuários existe uma predisposição ao surgimento da doença periodontal.

Nas urgências odontológicas, em caso de doença ativa, o usuário deve receber terapia medicamentosa e devem ser respeitadas as normas de biossegurança e o uso de equipamento de proteção individual, inclusive máscara especial. Em caso de alta por cura, o usuário deve ter seu tratamento odontológico normalmente executado, mantendo as condutas de rotina para biossegurança.

6. INDICADORES DE MONITORAMENTO DA SAÚDE BUCAL

Indicadores de saúde são parâmetros utilizados com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL, 1993).

A seguir os indicadores para monitoramento da saúde bucal:

Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica:

Objetivo: Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da atenção primária à saúde.

Método de cálculo:

$$\frac{((n^{\circ} \text{eSB} * 3.450) + (n^{\circ} \text{eSB equivalentes} * 3.000)) \text{ em determinado local e período} \times 100}{\text{Estimativa populacional}}$$

Cobertura de primeira consulta odontológica programática: (fonte e-SUS)

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

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Número de atendimentos de primeira consulta odontológica programática} * 100}{\text{População residente}}$$

Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada: (fonte e-SUS)

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

Método de cálculo:

Número de pessoas participantes na ação coletiva de ação dental supervisionada realizada em determinado local 12 meses/12

População no mesmo local e período

OBS: o resultado da divisão multiplicado por 100

Proporção de exodontia em relação aos procedimentos: (fonte e-SUS)

Quanto menor o percentual de exodontia maior a qualidade do tratamento ofertado pela odontologia do município, demonstrando que o conjunto de ações abrange maior número de procedimentos preventivos e curativos em detrimento da extração dentária.

Método de cálculo:

Número total de extrações dentárias em determinado local e período

Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos selecionados no mesmo local e período

OBS: o resultado da divisão multiplicado por 100