



PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DE BELÉM



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM

PREFEITO DA CIDADE DE BELÉM

Edmilson Brito Rodrigues

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Maurício César Soares Bezerra

DIRETORA GERAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Maria da Glória Moreira Pinto

DIRETORA DO NÚCLEO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Juliana Lavareda Sales

COORDENADORA DE SAÚDE BUCAL

Ceci Baker de Mello

ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL - SMS

Camila de Araújo Moreira Carneiro

Mayra Rolla Siqueira

ASSESSORES DE SAÚDE BUCAL

Aluísio Celestino Júnior

Annanda Pereira Amaral Moraes da Cruz

Conceição Maria Costa Ribeiro

Tamiris Faro Casseb

Patrícia Godinho

Yohana Sandy Souza Damasceno

AUTORES

Ceci Baker de Mello

Patrícia Godinho

Tamiris Faro Casseb

Aluísio Celestino Júnior

Mayra Rolla Siqueira

Camila de Araújo Moreira

Yohana Sandy Damasceno

Glória Larêdo

EDITOR GERAL

José Jorge da Silva Galvão

Raimunda Silvia Gatti Norte

EDITOR TÉCNICO

Charles Victor Gomes de Souza

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	6
2. INTRODUÇÃO	7
3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	10
4. NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	12
4.1. AÇÕES COLETIVAS E EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NA APS	12
4.1.1. Descrições das principais atividades coletivas	13
4.1.1.1. Ação Coletiva de Exame Bucal com Finalidade Epidemiológica:	13
4.1.1.2. Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada:	14
4.1.1.3. Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor.....	14
4.1.1.4. Ação Coletiva de Prevenção ao Câncer De Boca:	14
4.2. AÇÕES DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL.....	14
4.2.1 Atenção Primária:.....	14
4.2.2 Média Complexidade	15
4.2.4 Reabilitação Oral:	15
4.3. CRITÉRIOS DE ACESSO E ENCAMINHAMENTO PARA OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	15
5. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	15
5.1. FORMAS DE FINANCIAMENTO DA APS – PREVINE BRASIL	15
5.1.1 Introdução.....	15
5.1.2. Sistema de alimentação	17
5.1.3 Estratégias de Captação	18
5.1.4. atendimentos odontológicos das gestantes	19
5.1.5. Indicadores Previne Brasil para o ano de 2022:	21
5.1.6. SAÚDE BUCAL DA GESTANTE: MITOS E VERDADES.....	21
6. AÇÕES E ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	27
6.1 CIRURGIÃO DENTISTA:	27
6.2 TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL.....	28
6.3 AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL:.....	29
6.4 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS).....	30

7. ORIENTAÇÕES SOBRE ABORDAGENS E CONDUTAS DA ESB/ESF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	32
7.1 CUIDADOS DE ACORDO COM OS CICLOS DE VIDA	32
7.1.1 Gestantes	32
7.1.2 Bebês (0 a 1000 dias):.....	33
7.1.2.1 Hábitos Bucais- Sucção de Chupeta ou Mamadeiras	33
7.1.3 Pré-Escolares e Escolares	34
7.1.4 Adolescentes	34
7.1.5 Adultos e idosos	35
7.1.7 Odontologia do Trabalho.....	35
7.1.8 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	36
7.1.8.1 Saúde Bucal e Hipertensão Arterial Sistêmica: recomendações para o trabalho da Atenção Básica 36	
7.1.8.2 Saúde Bucal e Diabetes Melitus: recomendações para o trabalho das equipes da Atenção Básica e orientações clínicas para o Cirurgião-Dentista	39
7.1.8.3. Câncer Bucal e Saúde Bucal	43
7.1.8.4 Doenças Respiratórias Crônicas	45
8. O TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	47
8.1 VANTAGENS DO USO DO ART:	48
9. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE BUCAL	48
10. PROTOCOLO PRÓTESE DENTÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	49
10.1 CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA (LRPD)	49
10.3 PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (PPR) CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO AO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA.....	50
10.4 PRIORIDADES DE ATENDIMENTO PARA ENCAMINHAMENTO AO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA.....	51
10.5 CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO AO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA	51
11. MÉDIA COMPLEXIDADE EM SAÚDE	51
11.1. CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	51
11.1.1. COMO REFERENCIAR OS USUÁRIOS AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....	52
11.2. CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	53

11.3. CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE PARA O REFERENCIAMENTO	54
11.4. ESPECIALIDADES DE REFERÊNCIAS PARA O CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	54
11.4.1 Protocolo de cirurgia oral menor	54
11.4.2 Protocolo de Periodontia	56
11.4.3 PROTOCOLO DE ENDODONTIA.....	58
11.4.4 PROTOCOLO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS - PNE.....	62
11.4.5 PROTOCOLO DE ESTOMATOLOGIA	66
11.4.6 PROTOCOLO ORTODONTIA PREVENTIVA/INTERCEPTIVA	67
12. CRITÉRIOS PARA CONTRA REFERÊNCIA À UNIDADE DE ORIGEM	69
13. FLUXO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	70
14. MAPEAMENTO DA REDE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA REFERÊNCIA:.....	72
15. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA).....	73
15.1 <i>CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA ATENDIMENTO NAS UPAS.....</i>	<i>73</i>
16. ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE BUCAL	73
16.1 <i>ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE BELÉM.....</i>	<i>74</i>
16.2 <i>CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA REFERÊNCIA AOS HOSPITAIS.....</i>	<i>74</i>
17. ODONTOLOGIA HOSPITALAR / UTI.....	75
17.1 <i>MANEJOS DE PACIENTES EM UTI.....</i>	<i>75</i>
18. FLUXOGRAMA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL E REFERENCIAMENTO.....	76
19. <i>LASERTERAPIA.....</i>	<i>77</i>
20. FLUXOGRAMA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL	78
21.1 <i>LIMPEZA DE MATERIAL E ARTIGOS</i>	<i>79</i>
22. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	80
23. REFERÊNCIAS.....	82

1. APRESENTAÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos colaboram de forma significativa com a Odontologia ao longo dos anos, permitindo tratamentos resolutivos, mais conservadores e com maior conforto para os pacientes. No entanto, o número de pessoas que têm acesso aos serviços odontológicos continua sendo muito pequeno quando comparado a maioria da população, uma vez que os custos não são condizentes com a sua situação socioeconômica. Dessa forma, torna-se cada vez mais clara a importância de se investir em educação e saúde, oferecendo as pessoas autonomia para administrarem sua saúde bucal, impedindo a instalação de doenças e, conseqüentemente, evitando a necessidade de tratamentos invasivos e onerosos. O desenvolvimento, desde cedo, de hábitos saudáveis com relação à alimentação e higienização da cavidade bucal, cria um ambiente favorável à manutenção da saúde oral (FERREIRA JMS, et al., 2010).

O Município de Belém vem priorizando ações relacionadas à reorganização da atenção em saúde bucal por meio da ampliação e qualificação da sua rede de assistência, adequando-as com as mudanças ocorrentes as novas diretrizes advindas do Ministério da Saúde. Além disso, existem também projetos em andamento que viabilizam o fortalecimento da Rede especializada por meio da ampliação dos números de: Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) e Atenção Hospitalar, expandindo assim, o acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção em saúde bucal.

A Referência Técnica em Saúde Bucal também tem utilizado a educação permanente como eixo transversal para o processo de qualificação dos profissionais e a descentralização das ações de apoio aos oito DISTRITOS SANITÁRIOS que se distribuem da seguinte forma: Distrito Administrativo de Belém (DABEL) composto por 08 bairros, Distrito Administrativo do Benguí (DABEN) composto por 08 bairros, Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT) composto por 10 bairros, Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA) composto por 06 bairros, Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO) composto por 09 bairros, Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS) composto por 19 bairros, Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT) composto por 04 bairros e Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC) composto por 07 bairros.

As diretrizes a serem adotadas para a Reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção devem responder a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo na promoção da boa qualidade de vida e intervenções nos fatores que a coloquem em risco. Assim, as ações e serviços devem ser traçados após conhecimento da realidade de cada localidade para que de fato possa construir uma prática resolutive.

Para traçarmos as estratégias e ações que deveriam ser adotadas, realizamos o diagnóstico inicial da situação de saúde bucal do município de Belém, no qual foram avaliados vários fatores com relação ao acesso da população, estrutura física, recursos humanos, rede de equipamentos odontológicos, sistema de informação e principalmente processo de trabalho e humanização das equipes de saúde bucal inseridas na assistência.

Visando a reestruturação e utilizando os princípios da Política Nacional de Saúde Bucal e das diretrizes de atenção primária no âmbito do SUS preconizadas pelo Ministério da Saúde, a Referência Técnica em Saúde Bucal e seus colaboradores elaboraram este documento com o objetivo de apresentar as linhas Municipais de Atenção à Saúde Bucal de Belém, o qual servirá de referência aos profissionais da rede para planejar e executar suas ações na assistência e na organização dos serviços públicos de saúde da cidade.

2. INTRODUÇÃO

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal/MS em 2004, as ações de saúde bucal passaram a ser realizadas de forma holística. A implantação do novo serviço possibilita a reorganização do cuidado em nível de atenção bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), o que indica o desenvolvimento de ações organizadas de acordo com a linha de cuidado e as condições especiais de vida, tomando como eixo o conceito de cuidado: reposicionando o modelo de atenção. A atenção à saúde bucal deve ser pautada pelos princípios do SUS, diretrizes e atributos da Atenção Primária a Saúde (APS); a compreensão da realidade com base nas condições socioeconômicas, demográficas e culturais da população, bem como nos indicadores de morbimortalidade, é essencial para ações de planejamento e monitoramento. A identificação de fatores de risco para doenças bucais, principalmente cárie dentária, doença periodontal e lesões bucais, estabelece critérios para o diagnóstico precoce.

Na Atenção Primária de Saúde 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. (Linha de Cuidado em Saúde Bucal –SC 2022)

No Município de Belém estão em atividade 28 Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 50 Equipes de Atenção Primária com cobertura populacional de 26,44% (Ministério da Saúde - BRASIL 2021) distribuídas em 41 Unidades Municipais de Saúde. Até o presente momento o município possui 04 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em funcionamento, 01 Unidade Móvel Odontológica municipal, 1 Unidade Básica Fluvial, 05 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Hospital (Mario Pinotti – 14 de março) que possui serviço de Trauma Buco Maxilo Facial, 03 serviços no HPSM-GUAMÁ/HPS HUMBERTO MARADEI/ HOSPITAL DOM ZICO de odontologia Hospitalar/UTI e 03 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) sendo 02 credenciados e 01 em fase de credenciamento. A gestão do município está passando por uma série de mudanças que visam à reestruturação do modelo de assistência até então utilizado.

O Plano Municipal de Saúde (PMS), é definido de acordo com o Planeja SUS, como um instrumento estratégico de gestão e planejamento, norteado pela legislação vigente no qual é composto pelos princípios e diretrizes do SUS contendo dados demográficos e epidemiológicos, a definição das prioridades e intenções do gestor, os objetivos, as diretrizes, as metas, os indicadores e ações programados e os resultados a serem buscados pela gestão municipal de Saúde (SESMA) do município de Belém/PA, configurando um compromisso entre o governo e a sociedade na busca da qualidade da saúde pública municipal. O Plano Municipal de Saúde do Município de Belém realizado para o período de 2022 à 2025 tem como objetivo principal a qualificação da gestão municipal por meio da definição e implementação das

prioridades no âmbito da saúde, bem como as estratégias e resultados desejados para o período determinado.

De acordo com a análise realizada da Descrição do Desempenho dos Indicadores de Saúde da Pactuação Interfederativa no período de 2016 a 2020 do Município de Belém- PA, nas diretrizes, objetivos, metas e indicadores (DOMI) , o indicador da cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção primária, havia estabelecido como meta ampliar o acesso da atenção primária passando para 23% equipes de saúde bucal implantadas e como resultado médio foi obtido 19,04% equipes implantadas no respectivo período, não atingindo com isso a meta estabelecida. Por sua vez, o indicador da ação coletiva de escovação dental supervisionada teve como objetivo o aumento da %, foi obtido um aumento de 0,6% para 0,8% no período analisado. Comparando com a DOMI do período de 2022 a 2025, foi pactuado a meta de ampliação do acesso à atenção odontológica na atenção primária passando para 28% e a meta para ação coletiva de escovação dental supervisionada é de 0,25% a serem atingidos até o ano de 2025. Visando a ampliação dos serviços odontológicos, a saúde bucal se inseriu no indicador que preconiza aumentar o número de procedimentos ambulatoriais de média complexidade selecionadas para a população residente instituindo como meta a ampliação do serviço especializado com a implementação de 03 para 06 Centros de Especialidades Odontológicas, assim como no indicador que preconiza o aumento o número de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados para a população residente com a meta de implementação da Odontologia Hospitalar nas UTIS dos hospitais municipais, sendo estes indicadores a serem atingidos até o ano de 2025.

O e-Gestor AB é uma plataforma que dá acesso aos vários sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde (APS). Além de facilitar o gerenciamento dos dados da APS pelos gestores, a partir desta ferramenta, é possível monitorar a cobertura de saúde bucal do município de Belém. A partir dos dados encontrados nesse sistema, no período de 2019 a população estimada do município de Belém de acordo com o IBGE era 1.485.732 sendo destas somente 266.625 assistidas com cobertura de saúde bucal total em 17,95% de população assistida. No período de 2020, a população estimada do município de Belém era 1.492.745 sendo destas 302.234 assistidas com cobertura odontológica representando 20,24%. Por sua

vez, no período de 2021 a população estimada era 1.499.641 sendo destas 377.273 assistidas com os serviços odontológicos representando 25,15% da população.

Os dados corroboram com os esforços que a atual Gestão Municipal vem fazendo a partir do ano de 2020, objetivando a ampliação e melhoria dos serviços odontológicos no Município de Belém. Correlacionando-os, podemos observar que tivemos um aumento de 7,2% na cobertura de saúde Bucal representando uma assistência odontológica que possibilitou atingir 110.648 pessoas que outrora estavam desassistidas e demonstra avanços próximos a meta pactuada de 28% da população assistida a ser atingidos até 2025.

O propósito do protocolo Municipal de Saúde de Belém apresenta como objetivo principal a apresentação do fluxo de serviços com referência e contra referência, assim como o realinhamento do processo de trabalho dos servidores com o intuito de uma melhor prestação de serviços aos usuários do SUS. Através da implantação do protocolo, os resultados esperados são uma maior agilidade, otimização dos recursos operacionais, alinhamento, ordenamento, padronização de condutas, redução de custos, rastreamento de todas as atividades operacionais e clínicas, controle mais apurado sobre os estoques, promovendo melhoria no sistema de informações e, conseqüentemente, a produtividade dos trabalhadores, visando uma melhor qualidade e eficácia dos serviços odontológicos do município de Belém com o intuito de garantir uma assistência livre de riscos e danos aos usuários.

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

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, refletem a situação da saúde bucal brasileira (ANTUNES JFL, et al., 2013; PERES MA, 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 destas doenças (CORREA et al., 2015; GUIDETTI e ALMEIDA, 2013). Tem-se observado que a doença cárie dentária está se polarizando, concentrando numa parcela menor e mais vulnerável da população, salientando dessa forma a necessidade de análise detalhada dos determinantes

sociais da saúde (PEREIRA MM, et al., 2015). Os levantamentos epidemiológicos de condições bucais elaborados a partir de estudos transversais têm 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 MM, et al., 2008).

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 (Ministério da Saúde - BRASIL, 2012). Na ocasião foram entrevistados e examinados em seus domicílios indivíduos nas idades de 5 anos, de 12 anos e pertencentes aos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos (Ministério da Saúde - BRASIL, 2012).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam, segundo a classificação adotada pela OMS, que o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6). No entanto, com relação à cárie dentária, cabe destaque às importantes diferenças regionais. Comparando-se as regiões naturais, são expressivas as diferenças nas médias do CPO aos 12 anos: as regiões Norte (com 3,16), Nordeste (com 2,63) e também a Região Centro-Oeste (com 2,63) têm situação pior do que as regiões Sudeste (1,72) e Sul (2,06). Os valores extremos (regiões Norte e Sudeste) mostram uma diferença de cerca de 80%. Isso demonstra que a desigualdade socioeconômica entre as regiões se reflete no perfil epidemiológico de cada região e seus municípios. No âmbito municipal de Belém, a realidade epidemiológica encontrada no SB Brasil 2010 através de uma condição de média de prevalência de cárie dentária quanto a faixa etária de 5 anos (com 2,14), na faixa etária de 12 anos (com 2,45), na faixa etária entre 15 e 19 anos (com 4,88), na faixa etária entre 35 a 44 anos (com 15,87) e na faixa etária entre 65 a 74 anos (com 27,62) (Ministério da Saúde – SB BRASIL - 2010). Sendo assim, é necessário adotar novas medidas e criar estratégias de ações que levem em

consideração as características demográficas e de saneamento locais, bem como todos os aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem nas condições de saúde do usuário.

Para implementar mudanças na Atenção Primária à Saúde, tornando-a mais resolutiva e humanizada, contemplando de forma plena os princípios que regem o Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Saúde Bucal, é preciso que os profissionais possam se adequar à nova proposta de trabalho, desenvolvendo ações com embasamento científico e adequadas a realidade visando a promoção de saúde com resolutividade.

4. NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

As Linhas de Cuidado de Saúde Bucal englobam um conjunto de ações que envolvem a saúde bucal da população por meio da promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e manutenção da saúde. A rede de atenção possui três níveis: primária, média complexidade e alta complexidade, 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. Portanto, vale destacar que esta Linha de Cuidado contempla os seguintes pontos de atenção constitutivos em sua estrutura operacional:

4.1. AÇÕES COLETIVAS E EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL NA APS:

O plano de saúde local deve ser baseado no diagnóstico de saúde da população, programando atividades e reestruturando o processo de trabalho com a participação da comunidade. Cada realidade local corresponde a um grupo de prioridades que norteará tanto as ações de cunho individual quanto as de cunho coletivo. Isto significa que, em qualquer unidade, independentemente de sua equipe e população adstrita, todos devem receber educação em saúde bucal e ter garantido o acesso ao diagnóstico, à prevenção, o controle da doença e da dor, por meio de ações coletivas e individuais realizadas pelo cirurgião-dentista ou equipe de saúde bucal.

Para a organização das atividades coletivas, cada profissional deve fazer um planejamento adequado à realidade de sua UBS, estabelecendo grupos específicos e fazendo reconhecimento local para verificar quais as ferramentas ou espaços sociais que poderão ser utilizados para aperfeiçoar as ações programadas. Nas UBS que possuem ESF ou contam com

a presença dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), é possível determinar, na região adstrita, quais famílias ou indivíduos apresentam-se em situação de maior risco ou vulnerabilidade à doença e, portanto, merecem uma atenção prioritária. A avaliação do risco em saúde bucal é uma ferramenta fundamental para o planejamento de ações coletivas e de assistências, propiciando a equidade na Atenção em Saúde.

As ações coletivas são estratégias organizadas visando à melhoria das condições de Saúde Bucal de uma determinada população, sendo desenvolvidas para atingir o maior número de pessoas, por meio de procedimentos/atividades realizados em diferentes espaços sociais. A Referência Técnica em Saúde Bucal de Belém recomenda que as ações sejam voltadas principalmente aos Escolares e Gestantes com o objetivo de reforçar, não somente os cuidados em relação à higiene bucal e hábitos alimentares nocivos, como também aspectos relacionados à prevenção de outros agravos.

4.1.1. Descrições das principais atividades coletivas:

De acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições socioeconômicas da comunidade, seus hábitos e estilos de vida e suas necessidades de saúde — sentidas ou não —, aí incluídas por extensão a infraestrutura de serviços disponíveis. (Ministério da Saúde- 2004)

As ações de saúde bucal devem ser planejadas pela ESB numa inter-relação permanente com as demais ações da Unidade de Saúde.

4.1.1.1. Ação Coletiva de Exame Bucal com Finalidade Epidemiológica:

Compreende a avaliação de estruturas da cavidade bucal, com finalidade de diagnóstico segundo critérios epidemiológicos, em estudos de prevalência, incidência e outros, com o objetivo de elaborar perfil epidemiológico e/ou avaliar o impacto das atividades desenvolvidas, subsidiando o planejamento das ações para os respectivos grupos populacionais e a comunidade; (Vasconcelos, EM e Frattucci, MVB; Práticas de Saúde bucal – UNA-SUS, 2013).

4.1.1.2. Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada:

É descrita como “escovação dental com ou sem evidenciação de placas bacterianas, realizadas com grupos populacionais sob a orientação e supervisão de um ou mais profissionais da ESB; (Ministério da Saúde – 2010)

4.1.1.3. Ação Coletiva de Aplicação Tópica de Flúor:

A aplicação tópica de flúor (ATF) visa à prevenção e controle da cárie, por meio da utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado ou verniz fluoretado); (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal –MS -2004).

4.1.1.4. Ação Coletiva de Prevenção ao Câncer De Boca:

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. É importante ressaltar que a ESB deve orientar a população para a prática do autoexame. (Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal –MS -2004).

4.2. AÇÕES DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

4.2.1 Atenção Primária:

Cabe a este nível de atenção um 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 (Ministério da Saúde - BRASIL, 2017). A APS é definida como porta prioritária e centro de comunicação da Rede de Atenção à 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 média e alta complexidade. O acesso a estes serviços deve acontecer preferencialmente por meio do acolhimento em saúde bucal.

4.2.2 Média Complexidade:

Constitui-se pelos Centros de Especialidades Odontológicas que recebem os usuários com necessidades de atendimentos especializados que foram encaminhados pelas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) /UPAS.

4.2.3 Alta Complexidade:

Constitui-se pela rede Hospitalar. Os usuários são encaminhados pela APS, Média Complexidade e UPAS.

4.2.4 Reabilitação Oral:

Constituem-se pelos serviços de Laboratório de Prótese Dentária. Os usuários são encaminhados pela APS.

4.3. CRITÉRIOS DE ACESSO E ENCAMINHAMENTO PARA OS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

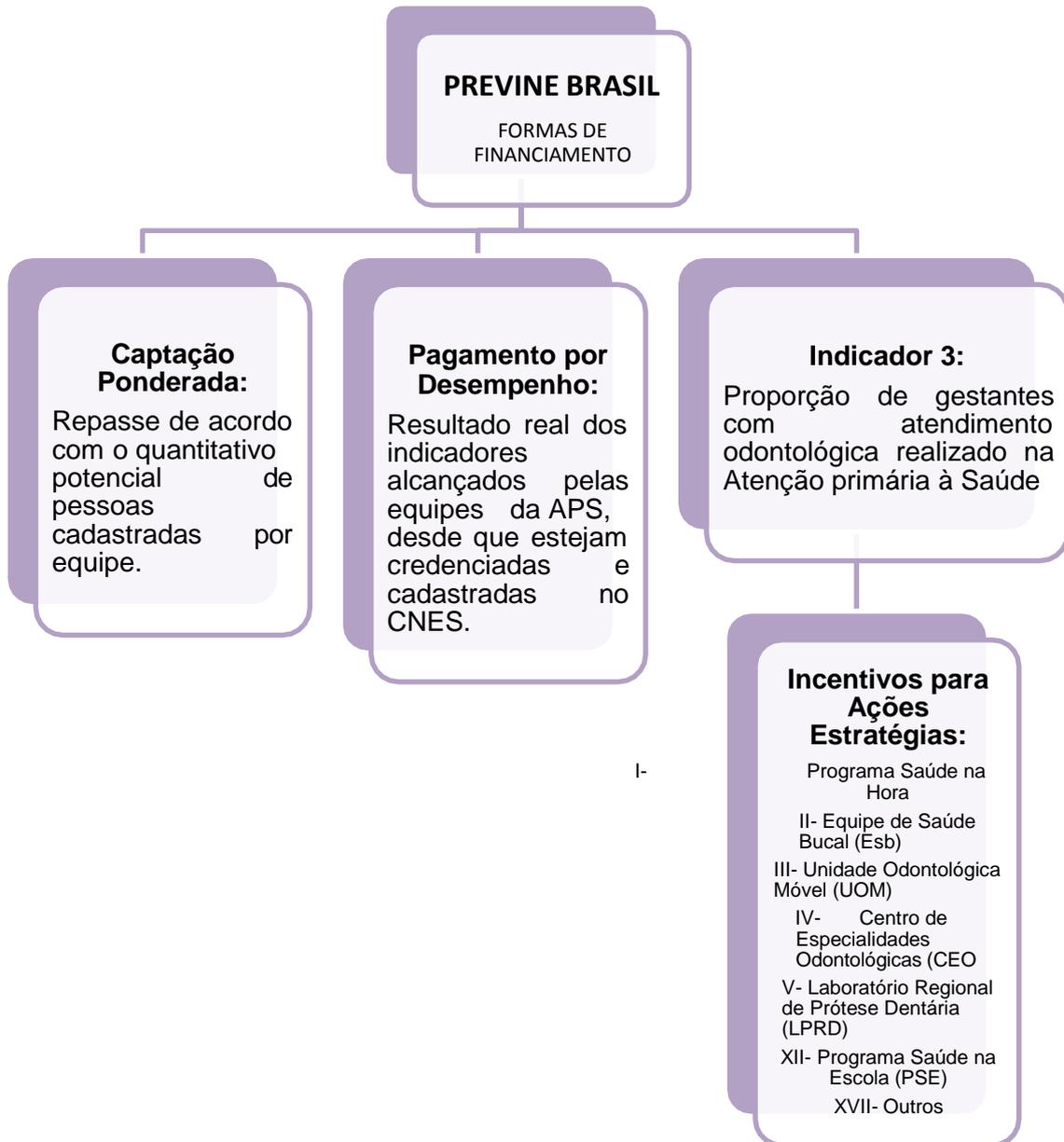
Sempre encaminhar através do Fluxo disponibilizado pela RT, com as guias de referência e contra referência preenchidas corretamente.

5. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

5.1. FORMAS DE FINANCIAMENTO DA APS – PREVINE BRASIL

5.1.1 Introdução

A partir do ano de 2019, ocorreu uma mudança no modelo de financiamento, através da PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.



Previne Brasil – Formas de Financiamentos

Imagem: SESMA – RT BUCAL

Com o intuito de buscar assegurar e manter a saúde e o desenvolvimento da gestação, a assistência integral ao Pré-Natal almeja a garantia de acesso oportuno e adequado da gestante e ao atendimento odontológico, como etapa de rotina nas consultas, levando em consideração aspectos de prevenção e promoção de saúde, diagnóstico e rastreamento de doenças com vistas à diminuição da mortalidade materno-infantil (NT nº03/2022 – Ministério da Saúde).

As alterações hormonais, alterações comportamentais e de hábitos alimentares que ocorrem durante a gestação, podem ocasionar alterações também nos níveis de inflamação periodontal.

No mínimo 01 (uma) consulta odontológica é preconizada pelo indicador, porém é preconizado pelo Município de Belém no mínimo 02 consultas odontológicas, desde que o tempo de gestação seja coincidente ou a partir da 12ª semana até aproximadamente 14 dias anteriores a data provável de parto (DPP). A gestante precisa passar obrigatoriamente pela equipe multidisciplinar para poder ser validado o indicador. Na consulta do pré-natal odontológico, deve ser identificado os fatores de risco, registrados na caderneta da gestante para que a usuária seja acompanhada.

5.1.2. Sistema de alimentação

A alimentação do sistema fonte ESUS deve ser feita pela equipe multidisciplinar (enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, dentista e técnico de saúde bucal) e a fonte para verificar a informação é o SISAB. Para efeitos de cálculos no sistema de informação, o indicador 3 (três) tem peso 2 (dois), de modo que, toda a produção que for realizada será multiplicada por 2 (dois). Tendo como meta pactuada para este indicador a obtenção de no mínimo 60%.

A alimentação deve ser realizada conforme figura abaixo, **sendo obrigatório marcar na opção que a paciente está gestante**. O ideal é que a rotina dos envios seja imediata, podendo ser também diárias, semanais ou mensais, de acordo com a realidade da conexão do município.

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
TURNO*		MTN												
Nº PRONTUÁRIO														
CNS OU CPF DO CIDADÃO*														
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano													
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F/M												
Local de atendimento* (ver legenda)														
Paciente com necessidades especiais														
Gestante														

Ficha de Atendimento Odontológica Individual

Fonte: Imagem: E-SUS

5.1.3 Estratégias de Captação

Devemos utilizar estratégia para captação de gestantes, de modo que, deverá ter reuniões frequentes entre a equipe multidisciplinar para verificar o fluxo de agendamento e encaminhamento das gestantes logo após a consulta com a enfermagem e o médico. Vale salientar que, é papel da equipe interdisciplinar da APS, isto é, todos os integrantes das equipes, a responsabilidade pela captação precoce das gestantes.



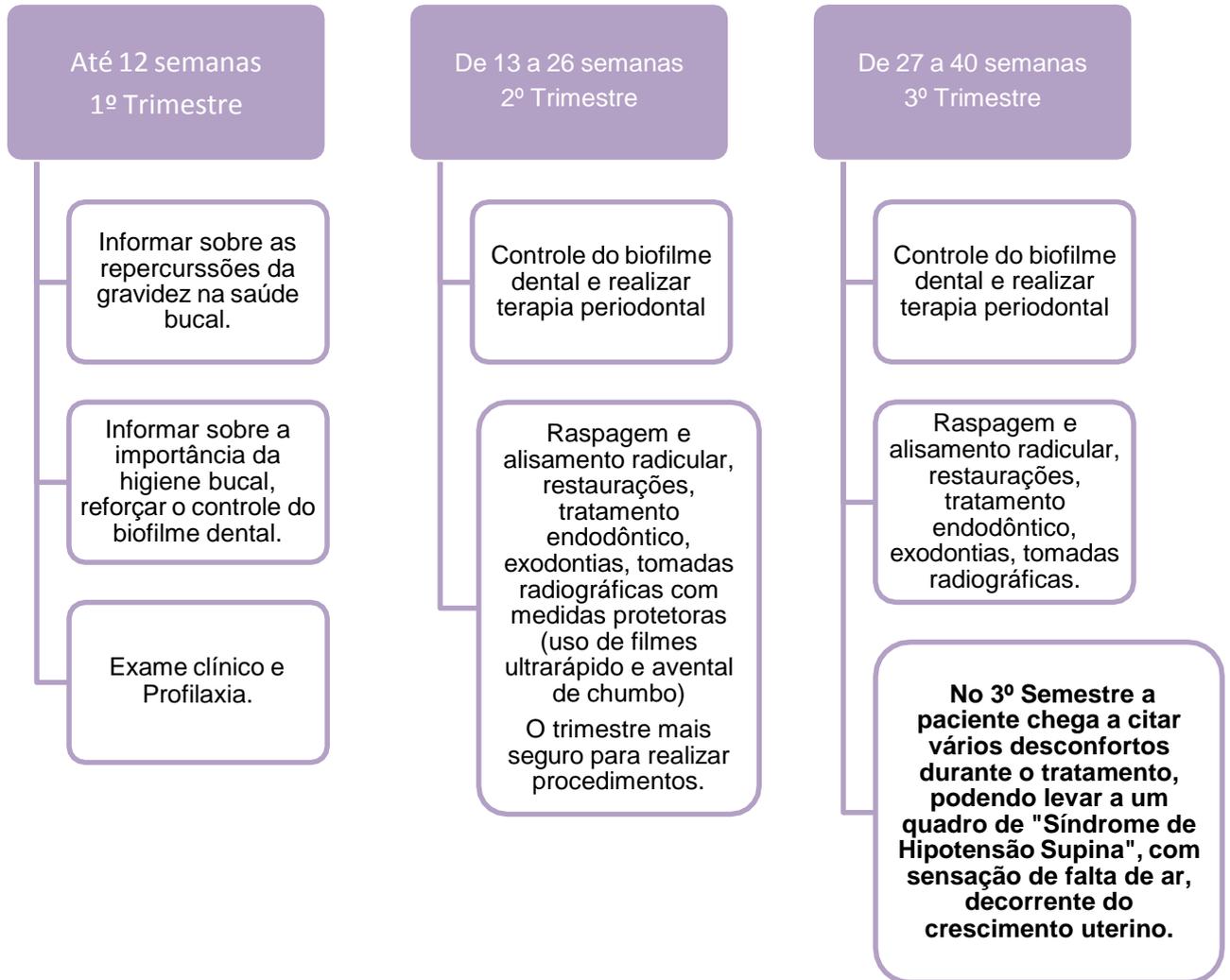
Para o indicador ser validado pelo sistema é fundamental cumprir alguns requisitos, tais como: **correta identificação da usuária com CPF ou CNS, sendo preferido CPF; variável sexo feminina preenchida; registro da data da última menstruação (DUM) ou Idade Gestacional (IG), necessitando passar pela equipe multidisciplinar; O registro clínico dos procedimentos odontológicos realizados deve ser informado normalmente pela equipe de Saúde Bucal ou por modelo de atenção odontológica da APS onde a gestante for atendida.**

Obs.: caso o dentista perceba que a gestante ainda não começou o pré-natal ou que o módulo de pré-natal no PEC não está habilitado, ele deve referenciar a gestante à ESF ou EAP para que ela consiga iniciar o acompanhamento gestacional em tempo oportuno.

5.1.4. Atendimentos odontológicos das gestantes

O diagnóstico clínico dos agravos bucais deverá considerar a atividade e a severidade destas doenças e o delineamento terapêutico deverá considerar as ações preventivo-promocionais, curativas e/ou reabilitadoras. Além das orientações do Pré-Natal sobre hábitos alimentares e Higiene Bucal e que busque reforçar a amamentação exclusiva até 6 meses.

Fluxograma de Atendimentos Odontológicos à Gestantes nas APS



Fonte: Imagem RT Bucal - SESMA

A vinculação da usuária a equipe de referência ocorre do seguinte modo: se a gestante está vinculada na equipe A e teve o acompanhamento na equipe B ou C, mesmo que seja em outro município ou estado, o atendimento será contabilizado para o indicador na unidade de vínculo (no caso equipe A).

Para melhorarmos os resultados do indicador, devemos captar precocemente as gestantes do território, manter o cadastro individual completo e atualizado, realizar acompanhamento nominal das gestantes vinculadas à equipe, verificando se estão sendo acompanhadas nas 06 (seis) consultas de pré-natal e referenciadas ao atendimento

odontológico individual, orientações sobre a importância das consultas de pré-natal e o atendimento odontológico durante a gestação.

5.1.5. Indicadores Previne Brasil para o ano de 2022:

Indicadores Previne Brasil para o ano de 2022:



1 - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação. Acesse NT 13/2022, que atualiza a Nota Técnica nº 1.



2 - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV. Acesse íntegra na nota técnica nº 2. Acesse NT 14/2022, que atualiza a Nota Técnica nº 2/2022.



3 - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado. Acesse íntegra na nota técnica nº 3. Acesse NT 15/2022, que atualiza a Nota Técnica nº 3/2022.



4 - Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS. Acesse íntegra na nota técnica nº 4. Acesse NT 16/2022, que atualiza a Nota Técnica nº 4/2022.



5 - Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada. Acesse NT 17/2022, que atualiza a Nota Técnica nº 5/2022.



6 - Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Acesse íntegra na nota técnica nº 6. Acesse NT 18/2022, que atualiza a Nota Técnica nº 6/2022.



7 - Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre. Acesse NT 19/2022, que atualiza a Nota Técnica nº 7/2022.

Fonte: Imagem Ministério da Saúde

5.1.6. SAÚDE BUCAL DA GESTANTE: MITOS E VERDADES

É de conhecimento de todos que vários mitos e tabus perpetuados durante anos se fazem presentes no momento da gestação. Desse modo, com o intuito de desmitificar através de estudos científicos, abordamos na tabela abaixo os principais deles.

MITO

“A mulher perde cálcio durante a gestação”

O cálcio necessário para o desenvolvimento do bebê provém da alimentação da gestante, ou seja, o que a mãe ingere, sendo essencial a ingestão de uma dieta rica em vitaminas A, C e D, proteínas, cálcio e fósforo, durante o primeiro e segundo trimestre de gestação, período em que os dentes decíduos do bebê estão em formação e calcificação. (BASTIANI, Cristiane et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 9, n. 2, p. 155-160, 2010).

“A gestação traz consigo cárie e perda de dentes”

A incidência da cárie dentária não está diretamente ligada ao período gestacional, mas, sim, a fatores como a alimentação desregulada associada à falta de higiene bucal, além de outros fatores etiológicos. Portanto, caso não possua uma correta escovação com creme dental fluoretado, frequência no uso do fio dental e visitas regulares ao dentista, independentemente de estar gestante estará propensa a desenvolver esta doença. (BASTIANI, Cristiane et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 9, n. 2, p. 155-160, 2010).

“É proibido o uso de anestésico em gestantes”

Ainda prevalece a crença de que gestantes não podem submeter-se à anestesia local, principalmente se os agentes apresentarem vasoconstritor. No entanto, este tipo de anestesia é considerado seguro, desde que o cirurgião-dentista tenha conhecimento de quais substâncias medicamentosas utilizar. A solução anestésica local que apresenta maior segurança em gestantes é a lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000, respeitando-se o limite máximo. (BASTIANI, Cristiane et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 9, n. 2, p. 155-160, 2010).

Por esses motivos recomendamos o pré-natal odontológico com vistas à promoção

VERDADE

“ A gestante não pode fazer raio x durante o primeiro trimestre da gestação”

É de geral consenso que a utilização de radiografias deve ser evitada no 1º trimestre de gestação. Porém, se todas as medidas de precaução forem realizadas, tais como uso de avental plumbífero, regulação da dose e duração dos raios X, o exame radiográfico poderá ser efetuado, contudo **somente em situações de extrema necessidade com a correta proteção**. (Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, jan./jun. 2012)

“ A periodontite pode causar parto prematuro”

Os microrganismos presentes na placa bacteriana percorrem a corrente sanguínea e estimulam a produção do hormônio prostaglandina, pode provocar contrações do útero e acelerar o trabalho de parto.

Bogges et al. (2003) verificaram que mulheres com doença periodontal severa ou progressão da doença durante a gestação apresentam maior risco de pré-eclâmpsia.

Além disso, Offenbacher et al. (1996) afirmaram que gestantes com doença periodontal avançada apresentam maior risco de partos prematuros e maior probabilidade de terem bebês de baixo peso ao nascimento. ((BASTIANI, Cristiane et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. Odontologia Clínico-Científica (Online), v. 9, n. 2, p. 155-160, 2010).

da saúde bucal da gestante e à prevenção da saúde geral do bebê. A boca é a porta de entrada de muitas doenças, e, em hipótese alguma, deve ser tratada desassociada da saúde geral. É importante que hábitos saudáveis de higiene bucal e uma boa alimentação devam ser adotados desde a gravidez pois o nível de saúde bucal da mãe tem relação com a saúde

bucal da criança, para isso o açúcar adicional deve ser evitado já que o açúcar natural dos alimentos é o suficiente.

5.2. CONSULTÓRIO NA RUA

A População em Situação de Rua se compreende como um grupo populacional heterogêneo em situação de extrema pobreza, que possui vínculos familiares fragilizados ou interrompidos e a ausência de moradia convencional regular, que faz uso de logradouros públicos ou áreas degradadas como espaço de moradia e de meios de subsistência, podendo ser de forma temporária ou permanente, assim como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória. (BRASIL, 2009).

A Política Nacional para inclusão social da População em Situação de Rua (PNPSR), criada em 2009 através do decreto presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, representou um importante avanço pela adoção de ações intersetoriais para reintegração às redes familiares e comunitárias e ampliação do acesso aos direitos constitucionais de cidadania, respeitando relações e vivência no espaço público da rua.

A partir do ano de 2013, foi instituído o Plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua com o intuito de garantir o acesso aos serviços de saúde através do Consultório na Rua (CnaR), como uma estratégia de efetivação da entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de não ser a única forma de garantia de acesso a saúde, o CnaR surge com o objetivo de dar cobertura, assistência e acolhimento necessário, sendo composto por uma equipe multiprofissional e representa a modalidade da Atenção Primária em Saúde (APS) que presta cuidado de saúde à PSR de fora itinerante, visando ampliar a oferta de cuidado integral e adequado às suas demandas e necessidades, como o cuidado ao uso de álcool e outras drogas através da busca ativa e compartilhamento de ações com demais pontos da rede e setores diversos. A implantação desta política é obrigatória de acordo com o número de PSR identificadas nos municípios.

No entanto, ainda que seja de ciência que houve progressos com a implementação das políticas, os estudos mostram que ainda há restrições de acessos a direitos sociais básicos e constitucionais para a PSR. Deste modo, os estudiosos mostraram que apesar das criações das

políticas setoriais e intersetoriais, elas não garantem em sua totalidade, o cuidado integral em saúde necessário a essa população, visto que ainda predominam no imaginário social resistências quanto aos cuidados voltados a essa população, devido a estigmas, preconceitos e discriminações que influenciam significativamente na prática dos profissionais que atuam nos serviços de saúde.

Vindo corroborar-se com as práticas supracitadas, a restrição do acesso imposta pelos próprios regulamentos das instituições públicas, demonstra a necessidade de criação efetivação de novas políticas e práticas institucionais integrativas na sua pluralidade e com base na justiça e reconhecimento social do indivíduo.

Fluxograma do Consultório na Rua



Fonte Imagem: RT-BUCAL SESMA

Na média complexidade, temos o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, ou seja, o CENTRO – POP, que constitui a unidade pública e estatal, de

referência e atendimento especializado à população adulta em situação de rua, no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

A unidade deve representar espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. “Na atenção ofertada no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, devem-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular, além disso, a organização, a mobilização e a participação social.

Segundo a UNESCO (2007), em meados de 2007 Belém contabilizava o quantitativo de cerca de 400 moradores de rua, sendo 82% deles do sexo masculino. No entanto, embora inexistam dados estatísticos oficiais que revelem o quantitativo real desta população, a Secretaria Municipal de Saúde de Belém – SESMA (2022), através da Coordenação de Estratégia de Consultório na Rua, estima que esta população esteja atualmente compreendida entre 1500 a 2000 pessoas, conforme o cadastramento dos mesmos nos territórios nos quais atuam as três Equipes de Consultório na Rua dos Equipamentos de Atenção Primária no Município.

Na perspectiva de minimizar os danos acarretados pela situação de rua, de acordo com a FUNPAPA (2017), o Município de Belém, alinhando as políticas voltadas à PSR, implantou Centros Especializados para a População em Situação de Rua – Centro POP, a partir de 2013, direcionamento este que veio agregar fortalecimento neste ano de 2022, constitui-se como um espaço especializado no atendimento de pessoas com alto grau de vulnerabilidade onde são prestados serviços multiprofissionais de APS.

Considerando a relevância da “Casa Rua” como dispositivo de referência de assistência multiprofissional para PSR, na qual deve estar inserido o cirurgião dentista e sua equipe, e a grande valia dos estudos epidemiológicos para a produção do conhecimento, faz-se necessário ainda tomada de decisões relacionadas à formulação de políticas de saúde, à organização do sistema de saúde e às intervenções destinadas a dar solução a problemas específicos, para o planejamento, implantação e efetivação de linhas de cuidados em saúde bucal para esta população.

6. AÇÕES E ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

As atribuições dos profissionais das equipes de saúde bucal que atuam na atenção primária, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2008):

6.1 CIRURGIÃO DENTISTA:

1) Realizar todos os procedimentos da saúde bucal na atenção primária, tais como:

- I.** Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde), com resolubilidade;
- II.** Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel;
- III.** Ação coletiva de escovação dental supervisionada;
- IV.** Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica;
- V.** Primeira consulta odontológica programática e atendimento de demanda espontânea; Profilaxia/remoção de placa bacteriana; ART;
- VI.** Orientação de higiene bucal;
- VII.** Assistência domiciliar por equipe multiprofissional (ESF);
- VIII.** Atendimento a gestante, ressaltando a importância de no mínimo 01 (uma) consulta odontológica programada que deve ocorrer preferencialmente no 2º trimestre da gestação e consultas odontológicas emergenciais a qualquer tempo durante o pré-natal; Orientação de higiene bucal;
- IX.** Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe (ESB/ESF);
- X.** Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe (ESB/ESF);
- XI.** Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

- XII.** Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- XIII.** Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- XIV.** Realizar os testes de vitalidade pulpar antes de encaminhar para CEOs;
- XV.** Atendimento de urgência;
- XVI.** Tratamento restaurador traumático (ART)
- XVII.** Selamento provisório de cavidade dentária;
- XVIII.** Restauração de dente decíduo e restauração de dente permanente anterior e posterior;
- XIX.** Acesso à polpa dentária e medicação (por dente); pulpotomia dentária; curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico;
- XX.** Raspagem/alisamento e polimento supragengivais (por sextante);
- XXI.** Exodontia de dente decíduo e exodontia de dente permanente;
- XXII.** Tratamento de alveolite;
- XXIII.** Ulotomia/ulectomia.

6.2 TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL:

- I.** 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;
- II.** Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III.** 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;
- IV.** Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

- V. Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI. Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII. Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII. Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX. Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X. Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI. Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII. Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII. Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV. Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- XV. Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- XVI. Processar filme radiográfico;
- XVII. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVIII. Manipular materiais de uso odontológico; selecionar moldeiras; preparar modelos em gesso;
- XIX. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

6.3 AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL:

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

6.4 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):

- I. Trabalhar com descrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II. Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

- III. Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantidos o sigilo ético;
- IV. Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- V. Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;
- VI. Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;
- VII. VII – Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência:

- I. Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;
- II. Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;
- III. Aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;
- IV. Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida;

- V. Orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade. Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiver a respectiva formação, respeitada autorização legal. 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.

Obs.: Todas as atividades desenvolvidas serão planejadas, organizadas, avaliadas e supervisionadas pelo cirurgião dentista e a execução é realizada pelo agente comunitário, assim o papel da ESB é qualificar o ACS através de capacitações, reuniões, educação permanente, entre outros, para assim utilizar das atribuições dos agentes para efetivar a promoção de saúde.

7. ORIENTAÇÕES SOBRE ABORDAGENS E CONDUTAS DA ESB/ESF NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

7.1 CUIDADOS DE ACORDO COM OS CICLOS DE VIDA:

7.1.1 Gestantes:

Devem ser abordados aspectos relacionados ao autocuidado com a higiene bucal, desmistificando a assistência odontológica durante a gestação (estimulando as gestantes para o atendimento odontológico na unidade de saúde), já que os cuidados devem ser enfatizados considerando o aumento da frequência de alimentação e possíveis episódios de vômitos; Aspectos relacionados a alterações gengivais em decorrência de mudanças hormonais também devem ser destacados (ex. sangramento gengival e granuloma gravídico).

As gestantes devem ser orientadas a levar os bebês para a primeira consulta odontológica se possível, no mesmo dia da consulta de puerpério onde deverão receber as primeiras orientações sobre a saúde bucal do bebê e avaliação da “Linguinha”. Ademais, na

assistência primária, é obrigatório que a gestante tenha no mínimo 3 consultas odontológicas, uma em cada trimestre da gestação para acompanhamento e prevenção de possíveis agravos;

7.1.2 Bebês (0 a 1000 dias):

As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde na APS como um todo. O trabalho de prevenção deve estar direcionado aos pais e as pessoas que cuidam da criança (BRASIL, 2008). Os cuidados com os bebês devem salientar, sobretudo, a importância do aleitamento materno exclusivo, até os 6 meses de idade. Ademais de acordo com o Ministério da Saúde é importante evitar a adição de açúcar, mel, achocolatados e carboidratos as crianças abaixo de 02 anos como fator de proteção para vários agravos e o primeiro passo para uma vida mais saudável. É importante salientar, o aleitamento materno protege contra doenças infecciosas nos primeiros anos de vida e reduz o risco de os bebês morrerem antes de um ano, somado a isso, o ambiente familiar favorável, com hábitos de dieta e higiene corretos, que certamente contribuirão para a saúde bucal da criança por toda sua vida. Dessa forma, além de estimular desde cedo à criação de hábitos alimentares saudáveis, evita-se a formação de cáries precoces e todas as consequências adversas provocadas pelas mesmas.

No período da erupção dos dentes é comum o aparecimento de sintomas sistêmicos, tais como, salivação abundante, diarreia, aumento de temperatura e sono agitado, mas que, não necessariamente, são decorrentes deste processo. O tratamento deve ser direcionado para amenizar os sintomas e, quando necessário, realizar investigação de outras causas para os sintomas descritos (BRASIL, 2008). A partir do aparecimento do primeiro dente decíduo a higiene pode deve ser realizada com escova infantil de cabeça pequena e cerdas macias, é preconizado a utilização de CREME DENTAL COM FLÚOR mínimo de 1100 ppm. É importante levar em consideração que a quantidade varia para cada faixa etária, todas essas ações são fundamentais para o sucesso e perpetuação da prevenção.

7.1.2.1 Hábitos Bucais- Sucção de Chupeta ou Mamadeiras:

- Orientações sobre os malefícios do uso de chupetas e cuidados com a limpeza da cavidade oral, hoje se sabe que O LEITE MATERNO NÃO CAUSA

CÁRIE, portanto não é necessária a limpeza da cavidade oral pós mamada, porém as fórmulas possuem traços de açúcar o que necessita a observação dos pais e avaliação de risco pelo Cirurgião-Dentista;

- Em algumas situações, quando há necessidade do uso de mamadeira ao bebê, a recomendação é não aumentar o furo do bico do mamilo artificial, que serve para o bebê fazer a sucção e aprender a deglutir;
- 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. Sendo assim, utilizar exclusivamente como complementar a sucção na fase em que o bebê necessita deste exercício funcional. Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta. (Diretrizes de Saúde Bucal SP– 2009).

7.1.3 Pré-Escolares e Escolares:

Reforçar não somente os cuidados em relação à higiene bucal e hábitos alimentares nocivos, como também aspectos relacionados à prevenção de outros agravos como oclusopatias (hábitos deletérios) e fluorose (quantidade de dentifrício e ingestão do mesmo). Além disso, deve-se orientar os pais sobre os cuidados necessários durante a erupção dos primeiros molares permanentes. Fase em que a criança, muitas vezes, ainda não possui coordenação (Diretrizes de Saúde Bucal SP– 2009).

7.1.4 Adolescentes:

Devem ser abordados aspectos relacionados a mudanças de hábitos alimentares e de higiene nessa fase da vida e os cuidados com a saúde bucal. Cuidados com a utilização de aparelhos ortodônticos e “piercings”, bem como alterações gengivais decorrentes de mudanças hormonais, assim como traumatismos dentários precisam ser lembrados. Erosão dentária devido a episódios de bulimia e provocada pela ingestão de alimentos e bebidas ácidas deve ser considerada. Também, deve ser enfatizada a importância de estar atento ao surgimento de lesões nos tecidos moles da cavidade oral, como aftas, herpes, ou qualquer outro tipo de alteração percebida. Além disso, lembrar a necessidade de visitar regularmente o dentista, com vistas à manutenção da saúde bucal (Diretrizes de Saúde Bucal SP– 2009)

7.1.5 Adultos e idosos:

Para todos os adultos devem ser discutidos pontos relacionados a alterações mais comuns: retração gengival, cárie radicular, desgaste natural do esmalte ou provocado por escovação muito vigorosa, alterações de paladar e de fluxo salivar, alterações na língua, saburra lingual, halitose, perda de dimensão vertical, lesões bucais e cuidados com próteses. Em relação à mulher, devem ser abordados aspectos relacionados a alterações gengivais devido a mudanças hormonais (menopausa). As ações de saúde bucal devem contemplar também, pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabete, depressão, ansiedade, transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas). O consumo de drogas lícitas e ilícitas e suas implicações com a saúde geral e bucal devem ser abordados. Assim como, participar de ações educativas poderá ser pré-requisito para os indivíduos ingressarem na ação assistencial. (Diretrizes de Saúde Bucal – 2009).

7.1.6 Cuidadores:

Devem ser abordados aspectos relativos à habilidade funcional da pessoa acamada ou do idoso (independência, dependência parcial ou total). A forma de se comunicar (em caso de dificuldade auditiva), ajustes nas técnicas e meios de higiene por dificuldade motora, estratégias especiais de motivação, utilização de abridores de boca, posição do acamado ou do idoso durante a higiene bucal entre outros aspectos, devem ser considerados. Para o desenvolvimento dessas ações a abordagem multiprofissional e interdisciplinar vai permitir maior probabilidade de sucesso. Assim, a participação de médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) e outros profissionais da unidade no planejamento e desenvolvimento das mesmas é muito importante (Diretrizes de Saúde Bucal - 2009).

7.1.7 Odontologia do Trabalho:

A Odontologia do Trabalho é uma especialidade com finalidade de cuidar e combater os agravos à saúde do trabalhador, atuando no ambiente de trabalho, cujos locais podem ser propícios ao desenvolvimento e perduração de diversas patologias que acometem o bem-estar do trabalhador como: Traumas, micro-organismos, estresse e etc... Assim como são os

diversos fatores que envolvem o cotidiano do mesmo, tais quais: sociais, econômicos, culturais, educacionais e comportamentais.

Essa especialidade contribui para o entendimento do processo e riscos que ocorrem dos diversos tipos de atividades laborais, onde os exames clínicos bucais indicam dados concretos da condição de saúde/doença dos trabalhadores em determinados locais.

O trabalhador sadio reduz os índices de absenteísmos, evitando afastamentos desnecessários, reduzindo a taxa de acidentes de trabalho, para isso é de suma importância o incentivo ao uso dos EPIs (Equipamento de Proteção Individual).

7.1.8 Doenças Crônicas Não Transmissíveis:

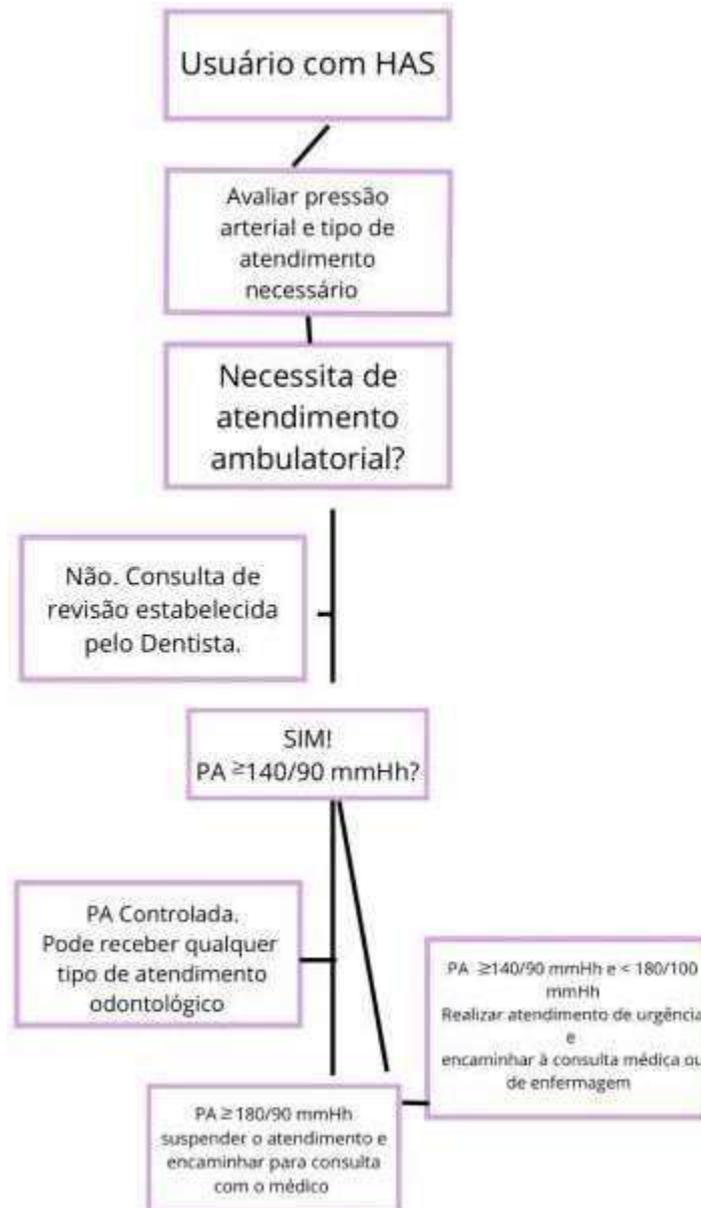
As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um conjunto de doenças dentre elas principalmente as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas, são causadas por diversos fatores ligados às condições dos indivíduos, sendo estes determinantes pelo acesso a bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde.

7.1.8.1 Saúde Bucal e Hipertensão Arterial Sistêmica: recomendações para o trabalho da Atenção Básica

Os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) devem consultar-se com o cirurgião-dentista, sendo que o encaminhamento dessas pessoas deve ser organizado de acordo com o fluxo de atendimento de cada UBS.

A abordagem da pessoa com HAS na consulta odontológica na Atenção Básica será apresentada em um fluxograma abaixo.

Fluxograma do manejo clínico da pessoa com HAS.



Fonte Imagem: RT – BUCAL SESMA

Devem ser atendidos na APS os usuários com as seguintes condições: hipertensos, diabéticos e epiléticos: todos os pacientes que apresentam bom controle metabólico, e que estão em acompanhamento médico da unidade, sendo considerados de baixo risco, estando assintomáticos e não possuindo complicações neurológicas e vasculares; deficiência física, auditiva, visual e de fala; gestantes e bebês; fissura lábio palatino: atendimento básico;

pacientes com distúrbios psiquiátricos desde que bem controlados e que não apresentem resistência ao tratamento; cardiopatas sob acompanhamento médico; idosos; defeitos congênitos, sem outras limitações; transplantados, sob acompanhamento médico

Os atendimentos aos pacientes que possuem HAS devem ter uma rotina de verificação de pressão arterial antes de iniciar qualquer atendimento, por isso é fundamental o profissional perguntar ao paciente sobre a existência de diagnóstico prévio. Já para o usuário normotenso e/ou limítrofe, deve-se realizar o atendimento odontológico convencional. Os usuários com níveis tensionais abaixo de 140/90mmHg, podem receber qualquer tratamento odontológico. Por outro lado, os usuários acima de 140/90mmHg devem seguir a tabela de orientações de Pressão Arterial e atendimento odontológico conforme figura (2).

Tabela de Pressão Arterial e atendimento odontológico

Pressão Arterial	Atendimento Odontológico
140/90 mmHg	Pode receber qualquer atendimento odontológico
160/100 mmHg	Pode realizar tratamento para pulpites, abscessos e etc.
180/110 mmHg	Valor limite para intervenção em urgência odontológica. Acima encaminhar ao médico da idade.

É necessário que o Dentista realize a avaliação de risco antes da execução de procedimentos mais invasivos, como por exemplo: exodontias, cirurgias periodontais e etc.

O vasoconstritor indicado pela literatura é a Felipressina 0,03 UI/ml como escolha de vasoconstritor principal, pois tem menor repercussão sobre o sistema cardiovascular. Em pacientes com endocardite, usa-se o regime profilático via oral com Amoxicilina 2g, 1 hora

antes do procedimento. Em casos de alergia, pode-se substituir por Clindamicina 600mg ou Azitromicina 500mg. (Chioca LR, et al; 2010).

7.1.8.2 Saúde Bucal e Diabetes Melitus: recomendações para o trabalho das equipes da Atenção Básica e orientações clínicas para o Cirurgião-Dentista

O cuidado com a Saúde Bucal de pacientes com Diabetes Melitus (DM) tipo 1 ou 2 é de fundamental importância, tendo em vista que, as infecções agudas e as condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose.

A Doença Periodontal, consequente da inflamação crônica dos tecidos periodontais (epitelial, conjuntivo e ósseo) provoca um estímulo de resposta inflamatória ocasionando um aumento da resistência dos tecidos à insulina, provocando um agravamento no controle glicêmico do paciente, sendo um fator significativo para o descontrole, assim como na precipitação de eventos coronarianos isquêmicos.

O correto diagnóstico, manejo e terapias de controle das infecções periodontais pelo cirurgião Dentista nos pacientes com DM sem controle glicêmico pode restabelecer valores normais da glicemia, ratificando a importância do encaminhamento de pacientes com suspeita de Doença Periodontal para avaliação odontológica.

Na consulta odontológica, deve-se realizar uma boa anamnese relatando o tipo de DM que o paciente possui (tipo 1, 2, gestacional ou outros) além de informações complementares sobre a doença. No exame clínico, é fundamental atentar-se para as manifestações bucais observadas na pessoa com DM que, embora não sejam específicas da doença, têm sua incidência ou progressão favorecida pelo descontrole glicêmico, tais como: doença periodontal; xerostomia e hipossalivação, candidíase oral, síndrome de ardência bucal e glossodinia, distúrbios de gustação, patologias da mucosa bucal, cárie dentária e hipoplasia de esmalte.

No manejo clínico dos pacientes com DM, o controle da ansiedade é um cuidado importante, tendo em vista que, a adrenalina endógena liberada pelo estresse tem ação sobre a insulina estimulando a quebra do glicogênio no músculo e no fígado, levando a hiperglicemia. Desse modo, os estudos sugerem que sejam realizadas consultas curtas no

início da manhã. A alimentação deve ser normal antes da consulta. No caso de jejum prolongado ou redução na ingestão alimentar, o médico deve ser consultado.

Na conduta terapêutica dos pacientes com DM, é importante ressaltar que o uso de AINES e Cefalexina potencializam os efeitos dos hipoglicemiantes orais, aumentando o risco de hipoglicemia e os anti-inflamatórios esteroides (corticoides) podem agravar a hiperglicemia, devendo ser prescritos de forma criteriosa, caso necessário entrar em contato com o médico da equipe para ajustar sua posologia. Com relação ao uso de vasoconstritores adrenérgicos eles são contraindicados para pacientes com DM descontrolada por serem hiperglicemiantes. Naqueles com doença estável, controlados por dieta ou hipoglicemiantes orais, o uso de vasoconstritor adrenérgico é seguro.

ANTIBIÓTICO

Pacientes sem histórico de alergia aos derivados de penicilina

Apresentação

Posologia

Cefalexina comp. 500mg

1 comp. de 6/6h 7 dias V.O.

Amoxicilina associada ao Clavalunato de potássio comp. 500mg

1 comp. de 8/8h 7 dias V.O.

Amoxicilina cap. 500mg

1 comp. de 8/8h 7 dias V.O.

Pacientes com histórico de alergia aos derivados de penicilina

Apresentação

Posologia

Clindamicina comp. 300 mg

1 comp. de 8/8h 7 dias V.O.

Azitromicina comp. 500 mg

1 comp. /dia – 3 dias V.O.

- Não subestimar qualquer problema infeccioso
- Controle de glicemia
- Contate sempre o Clínico Geral e o Endocrinologista do paciente

ANTIINFLAMATÓRIOS

Betametazona comp. 2 mg

2 comp. Dose única V.O.

Dexametazona comp. 4 mg

1 comp. Dose única V.O.

ANALGÉSICOS

Paracetamol comp. 500 mg

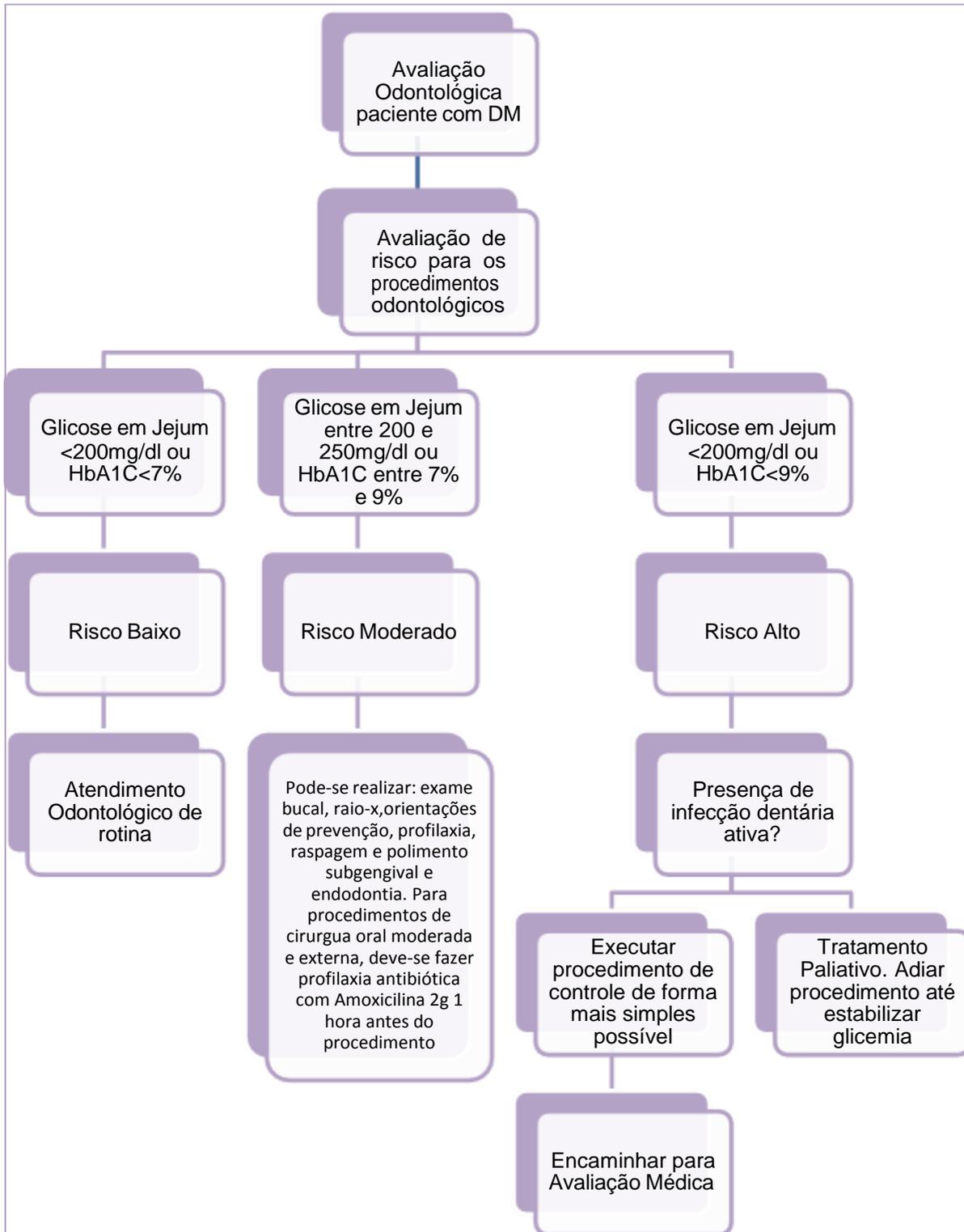
1 comp. De 6/6h enquanto
houver dor V.O.

Dipirona comp. Ou gt. 500 mg
(com restrições)

1 comp. De 6/6h ou 35 gts. de
6/6h enquanto houver dor V.O.

- Cuidado no uso da Dipirona, pois são discretos hiperglicemiantes
- Não utilizar ácido acetil-salicílico, além de ser hipoglicemiantes, pode provocar choque hipoglicêmico.

Orientações de manejo clínico para pacientes com DM



Fonte Imagem: RT-BUCAL SESMA

7.1.8.3. Câncer Bucal e Saúde Bucal

O Câncer Bucal é um dos problemas de saúde pública mais incidente no Brasil, acometendo grande parte da população, sendo o 4º câncer mais frequente no sexo masculino e o 7º mais frequente no sexo feminino.

Na cavidade oral, os locais mais frequentes acometidos são a região dos lábios, língua e assoalho bucal, sendo o carcinoma epidermóide é o tipo histológico mais frequente.

O câncer de boca, tem o seu desenvolvimento estimulado pela interação entre os fatores do hospedeiro e fatores ambientais. Para o diagnóstico efetivo é fundamental o conhecimento sobre os fatores de risco, associados à gênese do câncer da boca, tais como: Tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares, irritação mecânica crônica, agentes biológicos, a susceptibilidade genética, exposição repetida e excessiva aos raios solares, exposição a agentes químicos.

No exame clínico bucal deve ser realizado em todos os indivíduos, sobretudo nos considerados de risco para o câncer da boca, com a finalidade de se descobrir lesões precursoras do câncer ou lesões malignas em suas fases iniciais.

Deve-se iniciar o exame com a boca fechada, examinando os lábios, e depois aberta, visualizando a coloração e a linha de contato dos mesmos. Posteriormente com um espelho bucal ou afastador, expor a mucosa da face interna dos lábios e da face vestibular do rebordo gengival e examinar as estruturas superiores e inferiores. Prosseguir examinando toda a mucosa jugal de cada lado, indo das comissuras lábias até as áreas retromolares e do sulco gengivo-jugal inferior ao superior, bilateramente. Com a boca parcialmente aberta, solicitar que o indivíduo ponha a língua para fora e mova para cima e para baixo, que toque o palato com a ponta da mesma, para que possa ser inspecionado o dorso e o ventre linguais. Logo após, segura a ponta da língua com a compressa de gaze ou lenço de papel, afasta-se a bochecha com espelho ou espátula e movimenta-se a língua para direita e esquerda, para visualizar as bordas laterais. Suspendendo-se a língua, examina-se o assoalho bucal até a altura do último molar e a face lingual do rebordo gengival, de ambos os lados. Por último, solicitar ao indivíduo que incline a cabeça para trás e abra a boca totalmente, para visualizar

a região do palato duro e a face palatina do rebordo gengival, bilateralmente, o palato mole, as amígdalas, rebaixar o dorso da língua solicitando a pronúncia da vogal “A” para melhor exposição das estruturas.

Ao finalizar a inspeção da cavidade bucal e lábios, deve-se ser realizada à palpação, a fim de que se definam melhor as características de consistência, sensibilidade, limites, mobilidade e textura da superfície das áreas.

Iniciar palpando os lábios em suas faces externa e interna, assim como a mucosa jugal de ambos os lados. Depois, uma mão traciona a língua pela ponta, envolvida em gaze ou lenço de papel, e o dedo indicador da outra a palpa em toda a sua extensão, especialmente a sua base.

Numa manobra bidigital, com os dedos indicadores (um dentro e o outro fora da boca), buscar anormalidade nos tecidos moles do soalho bucal, nas glândulas salivares submandibulares, e no contorno da mandíbula. Com o indivíduo mantendo a boca totalmente aberta e a cabeça inclinada para trás, palpar o palato duro. Depois, com o indivíduo mantendo a boca fechada, palpar os linfonodos submandibulares, submentonianos e proceder à palpação das cadeias linfáticas da veia jugular, fossa supraclavicular e espinhal, à procura de linfonodos suspeitos.

É papel do Cirurgião Dentista fazer ações educativas voltadas para estimular a população a realizar o exame clínico da boca, conforme figura abaixo do Autoexame.

Autoexame Bucal

Auto-exame



1 Examine os lábios

Observe se há mudanças de cor e apalpe com os dedos para procurar áreas mais endurecidas. Vire os lábios, e examine a parte interna.



2 Examine a bochecha

Verifique em ambos os lados se há alguma ferida ou saliência diferente na parte interna das bochechas.



3 Apalpe a língua

Apalpe a superfície, procurando alterações. Lembre-se de que uma camada branca pode se acumular sobre a língua se esta não for higienizada.



4 Língua para um lado

Coloque a língua para fora e vire para um lado e depois para o outro. Observe bem e passe o dedo.



5 Embaixo da língua

Incline a cabeça para frente e observe embaixo da língua. Não se esqueça de passar o dedo para sentir se há caroços.



6 Observe o céu da boca

Incline a cabeça para trás e olhe. Um pequeno espelho pode ajudar.



7 Agora a garganta

Examine bem sua garganta enquanto diga "AAA" em frente ao espelho.



8 Examine o pescoço

Apalpe-o e embaixo da mandíbula verifique se há presença de caroços.

Fonte Imagem: Integra Odontologia - 2022

Ao suspeitar de lesões após o exame clínico, as APS devem encaminhar para realização de biópsia para os seguintes locais: Centro de Especialidades Odontológicas (conforme contra referência da referida unidade), Hospital João de Barros Barreto (HUIBB) e Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA).

7.1.8.4 Doenças Respiratórias Crônicas

As Doenças Respiratórias Crônicas são definidas como doenças crônicas tanto das vias aéreas superiores como das inferiores. A asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) são as DRC mais comuns. Representam um dos maiores problemas de saúde mundialmente. As DRC estão aumentando em prevalência particularmente entre as crianças e os idosos.

Dentre os principais fatores de risco para DRC, temos: tabagismo, poluição ambiental, alérgenos, agentes ocupacionais e algumas doenças como esquistossomose e doença

falciforme, são fatores de risco preveníveis para DRC. Além disso, pneumonia, bronquiolite e tuberculose, por causarem cicatrizes nas vias aéreas, também podem ser consideradas fatores de risco com impacto significativo sobre essas doenças.

A definição clássica de um paciente sintomático respiratório é o indivíduo que apresenta tosse, associada ou não a outra alteração respiratória, por algumas semanas. Esse conceito se aplica a adultos e adolescentes. Nas crianças, não há consenso sobre a definição de sintomático respiratório, a presença de tosse por três meses e/ou sibilância (uma semana/mês) e/ou com radiografia de tórax com alteração persistente é sugestiva de doença respiratória crônica.

Dentre as doenças respiratórias crônicas, temos: asma, rinite/rinossinusite, doença do refluxo gastroesofágico, hiper-reatividade-pós-infecção respiratória, DPOC, tuberculose, bronquiectasia, uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina, insuficiência cardíaca, neoplasia (pulmão, laringe, esôfago).

Um dos sinais importantes da DRC é o respirador bucal pode ser empregado para definir, no qual os pacientes substituem o padrão fisiológico de respiração nasal pela respiração predominantemente oral ou mista (nasal e oral). A respiração bucal caracteriza-se por graus variados de obstrução nasal e roncos durante o sono, hipertrofia de amígdalas e/ou adenóides e apneia obstrutiva do sono. A boca tende a permanecer aberta ou entreaberta, lábios ressecados, língua superior e mordida cruzada, além disso crianças ainda podem apresentar sonolência e déficit de atenção.

Uma respiração bucal persistente em crianças pequenas pode resultar em anormalidades craniofaciais. As alterações decorrentes da respiração bucal prolongada são: aumento vertical do terço inferior da face, arco maxilar estreito, palato em ogiva, halitose, má oclusão dentária (mordida aberta, incisivos superiores protruídos, lábio inferior evertido, hipotonia dos elevadores de mandíbula e hipotonia lingual, alterações da postura de língua em repouso, na deglutição e na fala, alterações da mastigação e vocais e alterações posturais.

O profissional da saúde deve sempre buscar a etiologia da síndrome do respirador bucal. O diagnóstico e tratamento corretos são fundamentais para se evitar as deformidades e as complicações a ela associadas.

8. O TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O **Tratamento Restaurador Atraumático (ART)** é uma técnica que se baseia na remoção de tecido cariado por meio de instrumentos cortantes manuais e preenchimento das cavidades com ionômero de vidro. O objetivo é remover a dentina infectada, evitando remover a dentina afetada, passível de reorganização. Pode-se evitar a sensação dolorosa porque a remoção do tecido realmente desorganizado e sem capacidade de reação é insensível. O uso da sonda exploradora nas lesões incipientes deve ser evitado. (MONNERAT, AF, et al; 2013).

A técnica do ART mostra-se também eficiente para tornar o tratamento mais satisfatório para o profissional, pois diminui o estresse do paciente e conseqüentemente o estresse do próprio profissional, pelo fato de não ser necessário utilizar anestésico local, alta rotação e isolamento absoluto. Além disso, quando realizado fora do consultório, em instituições, comunidades e escolas, a satisfação é grande por parte do cirurgião-dentista, que até o advento dessa técnica tinha atuação restrita à prevenção, educando, motivando e realizando a escovação dental. Obviamente, esses métodos devem ser aliados ao ART, porém a atuação clínica direta no controle da doença cárie é mais eficiente. O uso em larga escala nos serviços, em especial em gestantes, crianças de pouca idade e pessoas com deficiência, diminui o stress do tratamento, permitindo também, um aumento de cobertura, com a diminuição de custos e o aumento do custo-benefício para o paciente, o serviço e a sociedade.

O **ART** tem se mostrado efetivo no controle da doença cárie dentária. Este tipo de tratamento, quando usado em Saúde Pública permite respeitar os conceitos atuais da prática clínica, criando um ambiente favorável ao controle da doença cárie, por meio da mínima intervenção e a máxima preservação das estruturas dentárias. Com o objetivo de qualificar o âmbito ambulatorial da odontologia em Belém, a RT Saúde Bucal tem buscado apresentar novos conceitos e novas tecnologias com embasamento técnico-científico para assim discutir com as equipes e orientar sobre a sua empregabilidade e eficácia.

8.1 VANTAGENS DO USO DO ART:

- a) Procedimento de baixo custo, por fazer utilizando de instrumentos manuais baratos e de fácil manejo, sem o emprego de eletricidade, nem de equipamento especial;
- b) Remover apenas tecido cariado, o que gera pequenas cavidades e a preservação de tecido dentário sadio;
- c) Minimizar o uso de anestésico local, por limitar o aparecimento da dor;
- d) O material restaurado empregado possibilita a união ao tecido dentário;
- e) Possibilita a integração de dentes com cárie profunda à sua função, sem desconforto no ato mastigatório;
- f) A liberação do fluoreto do Cimento de Ionômero de Vidro (CIV) pode prevenir o aparecimento de lesões secundárias e provavelmente remineralizar tecido dentinário;
- g) Tem a união de tratamentos curativos e preventivos em um só procedimento;
- h) A restauração danificada é facilmente reparável;
- i) Por não fazer uso de motor e sugador, pode ser considerada uma técnica de fácil aceitação por adultos e crianças.

9. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE BUCAL

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. A unidade deverá reservar todos os dias, no mínimo 01 vaga para urgência e emergência em saúde bucal. O processo de trabalho deve ser pactuado em equipe para o atendimento a esta demanda.

Nas situações de dor e outras urgências, a avaliação e o atendimento ao usuário deverá ser sempre realizado pelo cirurgião-dentista. O usuário deverá ser acolhido na UMS e encaminhado para equipe de saúde bucal para avaliação e procedimentos cabíveis a cada caso com o objetivo de minimizar o agravo e se necessário realizar o encaminhamento.

Os usuários somente poderão ser encaminhados para os demais pontos de atenção se esgotadas as tentativas de resolução na equipe de saúde bucal da APS, além da realização de

adequação do meio bucal exigida pela referência técnica bucal à atenção secundária em saúde bucal.

10. PROTOCOLO PRÓTESE DENTÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

10.1 CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA (LRPD)

- a) O agendamento do paciente e encaminhamento deverá ser realizado através da “Ficha Referência/ Contra referência” e é de responsabilidade da Atenção Primária;
- b) O paciente encaminhado deverá apresentar tratamento odontológico concluído para que não haja focos infecciosos que possam alterar ou interferir no planejamento protético;
- c) Dentes de apoio para Prótese Parcial Removível deverão estar restaurados com amálgama ou resina, em alguns casos excepcionalmente com Cimento Ionômero de Vidro (CIV);
- d) O paciente deve ter recebido orientação sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;
- e) O paciente deve estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e concordar com o tratamento proposto pelo especialista;
- f) A Atenção Primária é responsável pelo paciente. O paciente ainda deverá ser orientado que em caso de intercorrências, procure pelo profissional CD responsável por seu atendimento na UBS;
- g) É recomendado que o CD da APS acompanhe seus pacientes semestralmente em triagens rotineiras na UBS para preservação do caso e havendo necessidade, intervir;
- h) O paciente poderá ser encaminhado para a confecção dos seguintes tipos de próteses: **Prótese Total, Prótese Parcial Removível;**
- i) Ao conseguir a vaga esperada pelo paciente, este será encaminhado ao LRPD da consulta, bem como receber orientação de que deverá levar o documento de Referência/Contrarreferência emitida pelo Cirurgião Dentista da UBS. Caso o

paciente não tenha este documento de Referência/Contra referência, ele deverá ir até a unidade para emissão de novo encaminhamento;

Preenchimento indevido da ficha Referência / Contra referência, sobre o procedimento a ser realizado na especialidade, deverá ser relatado à UBS de origem. O paciente não deverá ser devolvido à UBS sem atendimento.

10.2 PRÓTESE TOTAL (PT) CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO AO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA

O clínico geral deve avaliar se há presença de normalidade e rebordo regularizado e deve efetuar a remoção de raízes residuais, com regularização de rebordo quando necessário, de forma a deixar a cavidade bucal previamente preparada para a confecção da prótese total. No caso de presença de lesões pré-cancerizáveis ou cancerizáveis o paciente deve ser encaminhado primeiramente à Estomatologia. Nos casos de hiperplasias de tecidos moles ou rebordo irregular, deve ser feito encaminhamento para a especialidade de Estomatologia ou Cirurgia Oral Menor, de acordo com o caso, e para Prótese Dentária.

Uma vez que o paciente seja chamado para uma das especialidades para a qual foi encaminhado, devem ser utilizados os recursos da referência interna ou referência lateral, evitando que o paciente retorne à APS para vaga na outra especialidade.

10.3 PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL (PPR) CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O ENCAMINHAMENTO AO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA

O cirurgião dentista clínico geral deverá avaliar se há presença de normalidade e rebordo regularizado, devendo efetuar todos os procedimentos da Atenção Primária (remoção de raízes residuais, raspagem coronária subgingival - em casos de periodontite leve a moderada, polimento coronário, e tratamento de lesões de cárie dentária) de forma a deixar a cavidade bucal previamente preparada para a confecção da prótese parcial removível. No caso de presença de lesões pré-cancerizáveis ou cancerizáveis o paciente deve ser encaminhado primeiramente à Estomatologia. Nos casos de hiperplasias de tecidos moles ou rebordo irregular, deve ser feito encaminhamento para a especialidade de Estomatologia ou

Cirurgia Oral Menor, de acordo com o caso, e para Prótese Dentária. Uma vez que o paciente seja chamado para uma das especialidades para a qual foi encaminhado, devem ser utilizados os recursos da referência interna ou referência lateral, evitando que o paciente retorne à APS para aguardar pela vaga na outra especialidade. No caso de dentes de apoio com necessidade endodôntica, deve ser feito encaminhamento prévio para a endodontia.

10.4 PRIORIDADES DE ATENDIMENTO PARA ENCAMINHAMENTO AO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA

Serão priorizados os pacientes:

- a) Portadores de lesões em tecidos moles e/ou que foram submetidos a cirurgias pré-protéticas;
- b) Pacientes oncológicos.

10.5 CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ENCAMINHAMENTO AO LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA

O usuário deve ser encaminhado depois de realizados todos os procedimentos da Atenção Primária à Saúde e/ou Especializada (endodontia por ex.), estando apto para a confecção da prótese. Não devem ser encaminhados casos com presença de dentes com extrusão, dentes com mobilidade acentuada, com mais de 2/3 de perda óssea (horizontal e vertical), e presença de dentes restaurados com material provisório (cimento Ionômero de Vidro, IRM).

11. MÉDIA COMPLEXIDADE EM 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).

11.1. CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

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 preparados a oferecer á população, as seguintes especialidades: diagnóstico bucal, periodontia, cirurgia oral, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais (PNE). Para acesso do paciente nos serviços ofertados é utilizado à ficha de referência e contra-referências pelo profissional da Atenção Básica. Para reorganização dos serviços o apoio matricial busca superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde para garantir a integralidade do cuidado preconizado no SUS.

11.1.1. COMO REFERENCIAR OS USUÁRIOS AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

O encaminhamento deverá ser feito obrigatoriamente através de FICHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA, preenchida em 02 (duas) vias, contendo os seguintes itens:

- a)** Identificação e contato telefônico da Unidade da Atenção Primária que está encaminhando;
- b)** Identificação e carimbo legíveis do profissional solicitante;
- c)** Identificação, cartão SUS e telefone do paciente para contato;
- d)** Data da consulta em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- e)** Descrição do procedimento e CID (Código Internacional de Doenças) e/ou CIAP 2 (Classificação Internacional da Atenção Primária);
- f)** Especificação do(s) elemento (s) que motivaram o encaminhamento à especialidade (ex. exodontia dos dentes impactados: 18, 28, 38 e 48);
- g)** História clínica dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista na atenção primária à saúde e que sejam de relevância para a especialidade;
- h)** Caso o paciente apresente alteração sistêmica importante, informar na ficha de encaminhamento.
- i)** É imprescindível que a redação do impresso de Referência/Contra referência seja realizada de forma legível.

j) Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato Inter profissional, via telefone ou e-mail, para discussão e orientação técnica do caso.

11.2. CRITÉRIOS PARA REFERÊNCIA AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

a) Não existe obrigatoriedade de o paciente encaminhado apresentar tratamento odontológico concluído, porém o usuário a ser encaminhado deve estar com ADEQUAÇÃO DE MEIO BUCAL OU EM FASE DE TRATAMENTO CONCLUÍDO nas Redes de Atenção Primária e pertencer a uma equipe local de referência;

b) O paciente deve seguir para o CEO orientado sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;

c) O paciente deve estar ciente da especialidade para a qual está sendo encaminhado e que o tratamento será proposto pelo profissional do CEO;

d) O acompanhamento do paciente e de sua condição de saúde bucal geral é de responsabilidade do CD da APS, que deverá num período semestral preconizado realizar triagens rotineiras para preservação do caso e, havendo necessidade, intervir;

e) Em caso de intercorrências o paciente deverá ser orientado a procurar pelo profissional CD responsável por seu atendimento na APS;

f) O paciente deverá receber orientações sobre o comparecimento no CEO, data e horário do agendamento levando:

- Cartão SUS;
- Comprovante de agendamento;
- Documento de identidade com foto;
- Exames médicos, laudos e prescrição medicamentosa relevante em caso de alteração sistêmica importante;
- Ficha Referência/Contra referência;

g) Nos casos em que o paciente for encaminhado sem os requisitos mínimos preconizados por este protocolo ou com o preenchimento indevido da ficha Referência/Contra referência sobre o procedimento a ser realizado na

especialidade, o gerente do CEO comunicará ao gerente da unidade o qual o profissional esteja vinculado (lotado) o ocorrido, e o mesmo deverá tomar suas providências administrativas pertinentes ao caso.

11.3. CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE PARA O REFERENCIAMENTO

- a) O paciente poderá ser encaminhado apresentando o seu Tratamento Concluído (TC) na Atenção Primária ou em Controle das Doenças Bucais (TC-CDB), porém, preconizando-se preferencialmente que minimamente apresente-se com adequação de meio bucal com selamento das cavidades definitiva ou temporariamente. Inclui-se neste tópico pacientes atendidos como urgência/emergência, nos quais foram realizados procedimentos de adequação do meio, de tal forma que deem mínimas condições de encaminhamento;
- b) O CD da APS deverá estar atento e responsabilizado quanto aos procedimentos concernentes à atenção básica e somente realizar o encaminhamento de casos clínicos os quais se encontrem esgotadas as tecnologias, métodos e recursos condizentes ao nível primário da atenção em saúde bucal.

11.4. ESPECIALIDADES DE REFERÊNCIAS PARA O CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS:

De acordo com as seguintes especialidades: diagnóstico bucal, periodontia, cirurgia oral, endodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais (PNE).

11.4.1 Protocolo de cirurgia oral menor

I. CRITÉRIOS CLÍNICOS DE INCLUSÃO PARA ENCAMINHAMENTO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PARA CIRURGIA ORAL MENOR:

Encaminhar pacientes que se enquadram nos seguintes critérios:

- a) Dentes inclusos, retidos ou impactados;
- b) Dentes supranumerários;
- c) Cirurgias pré-protéticas – hiperplasias ou regularização de rebordo;

- d) Frenectomias;
- e) Cistos;
- f) Excisão de cálculo salivar;
- g) Remoção de cistos e corpos estranhos;
- h) Casos de redução inconduzida de luxação de ATM.

II. CRITÉRIOS CLÍNICOS DE EXCLUSÃO PARA REFERENCIAMENTO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PARA CIRURGIA ORAL MENOR:

- a) Dentes erupcionados com indicação ortodôntica;
- b) Exodontias simples (inclusive para finalidade protética e/ou ortodôntica);
- c) Raízes residuais simples;
- d) Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento;
- e) Usuários sem adequação do meio bucal;
- f) O tratamento será eletivo para remoção e/ou aproveitamento de dentes inclusos, com maior frequência os terceiros molares superiores e inferiores, por indicação preventiva ortodôntica, periodontal ou patologias associadas a estes.

Obs.: Pacientes que apresentem doenças de base, como por exemplo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças ou alterações cardíacas agudas e crônicas, discrasias sanguíneas, alterações do sistema imunológico, entre outras, devem estar sob controle médico e de preferência, quando possível, paciente em situação delicada levar carta de recomendações médicas.

III. PROSERVAÇÃO E CONTINUAÇÃO DE FLUXO DE ATENDIMENTO

- a) Entre 07 e 10 dias após o tratamento cirúrgico e remoção de suturas;
- b) Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento retornam à Atenção Básica para manutenção.
- c) Pacientes que apresentarem alguma intercorrência trans ou pós-operatória deverão receber acompanhamento adicional.

11.4.2 Protocolo de Periodontia

I. CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O REFERENCIAMENTO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PARA PERIODONTIA

O usuário deve ser encaminhado para a Periodontia obedecendo aos seguintes critérios clínicos:

- a) Em relação ao dente: é necessário a remoção total de todo o tecido cariado e restauração do (s) elemento (s) com Resina Composta/Amálgama ou selado com material provisório, por meio de conjunto restaurador intermediário (tipo IRM), cimento de ionômero de vidro (CIV) ou ainda com COTOSOL;
- b) Em relação à cavidade bucal: adequação de meio com remoção de focos residuais, raspagem supragengival, remoção de excesso de restaurações, entre outros que se façam necessários;
- c) O usuário já deve ter participado de atividades educativas para controle de placa;
- d) O usuário deve estar motivado e demonstrando capacidade em relação ao controle de placa;
- e) Em casos de mobilidade grau III (movimento de lateralidade - vestibular para lingual, de intrusão - o dente extrui sozinho) considerar elemento indicado para exodontia;
- f) O clínico geral deverá realizar as exodontias previamente ao encaminhamento.

INFORMAÇÕES GERAIS:

- g) Tratamentos Periodontais Agudos como: Gengivite, Drenagem de Abscessos, Gengivite Necrotizante Aguda (GUNA) e Pericoronarite, deverão ser realizadas na UBS;
- h) Na guia de referência, descrever o motivo de encaminhamento, o diagnóstico, especificando a região, quadrante, dente. Não escrever somente: "Avaliação e conduta periodontal".

Obs.: Pacientes que apresentem doenças de base, como por exemplo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças ou alterações cardíacas agudas e crônicas, discrasias

sanguíneas, alterações do sistema imunológico, entre outras, devem estar sob controle médico e de preferência, quando possível, paciente em situação delicada levar carta de recomendações médicas.

II. REFERENCIAMENTO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PARA TRATAMENTO DE LESÕES ENDOPERIO:

- a)** Iniciar pelo tratamento de canal na especialidade de Endodontia.
- b)** Concomitantemente, e com o paciente em fase de tratamento endodôntico, dá-se início à raspagem periodontal. Nesses casos de lesões endoperio devem ser utilizados os recursos da referência interna ou referência lateral, evitando que o paciente retorne à Atenção Primária para vaga na especialidade de periodontia.
- c)** Encaminhamentos para aumento de coroa clínica: Deve ser encaminhado para Periodontia o caso que será restaurado na UBS sem necessidade de tratamento endodôntico. Se o dente precisar de Aumento de coroa mais Endodontia encaminhar APENAS para Endodontia. O especialista de Endodontia irá encaminhar para a Periodontia internamente.

III. CRITÉRIOS CLÍNICOS DE INCLUSÃO PARA REFERENCIAMENTO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PARA PERIODONTIA:

- a)** Dentes com bolsa periodontal ≥ 4 mm, sangramento à sondagem e cálculo subgingival. A extensão da bolsa periodontal deve ser medida do fundo da bolsa até o limite amelocementário;
- b)** Dentes com lesão de furca;
- c)** Necessidade de cirurgia periodontal: redução de bolsa residual, gengivectomia/ gengivoplastia, aumento de coroa clínica e enxertos gengivais;
- d)** Bridectomia: Quando sua inserção dificultar a higienização e/ou estiver causando recessão gengival;
- e)** Contenção (Splintagem): Em caso de mobilidade severa dos dentes causada por doença periodontal avançada desde que haja controle adequado de biofilme dental;

- f) Cunha distal ou mesial: Nos casos de bolsas ≥ 4 mm, onde se verifique hiperplasia gengival que impossibilite a higienização ou restauração adequada.

IV. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA REFERENCIAMENTO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS PARA PERIODONTIA

- a) Pacientes sem tratamento básico realizado (raspagem supragengival, adequação do meio, exodontias, etc.);
- b) Dentes com acentuada mobilidade (grau III);
- c) Dentes com indicação de exodontia;
- d) Dentes com severa destruição coronária por cárie ou fratura, que impossibilite a reconstrução dental através de prótese unitária.

11.4.3 PROTOCOLO DE ENDODONTIA

I. PREPARO DO DENTE:

- a) Realizar a remoção de todo o tecido cariado;
- b) Realizar pulpotomia, pulpectomia ou penetração desinfetante, conforme o caso, e curativo de demora com **FORMOCRESOL**;
- c) Selar o dente com restauração provisória adequada e resistente através de conjunto restaurador intermediário (tipo IRM), cimento de ionômero de vidro (CIV), cimento de fosfato de zinco ou com COTOSOL. O paciente deve ser orientado a retornar à UBS caso a restauração provisória sofra fratura.

II. ORIENTAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Dentes permanentes vitais com rizogênese incompleta que apresentem inflamação pulpar aguda (dor) ou crônica (pólipos pulpares) deverão ser tratados na Atenção Primária com a técnica da pulpotomia, com o objetivo de possibilitar a apicigênese;
- b) Nos casos de trepanação acidental da polpa viva, durante o preparo cavitário ou da remoção de cáries profundas, o cirurgião dentista (CD) da Atenção Primária, deverá realizar proteção pulpar direta e acompanhar clinicamente a vitalidade pulpar por um período de 45 a 60 dias, antes de encaminhar o paciente ao CEO.

Certificando-se da possível vitalidade pulpar, proceder à restauração definitiva e fazer um novo controle em 90 dias para checar se houve necrose pulpar;

c) Em caso de inflamação pulpar em fase de transição, antes de encaminhar o paciente ao CEO, o CD da Atenção Primária, deverá remover a causa da inflamação, realizar proteção pulpar indireta seguida de restauração provisória, e reavaliar a remissão dos sintomas e a vitalidade pulpar pelo período aproximado de 45 dias. Certificando-se da vitalidade pulpar, proceder à restauração definitiva;

d) Terceiros molares só devem ser encaminhados para Endodontia quando o usuário apresentar muitas perdas dentárias e o terceiro molar estiver em função mastigatória.

III. ORIENTAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para realizar um **diagnóstico endodôntico** devemos observar:

- a) Os sintomas relatados pelo paciente;
- b) Os sinais observados no exame clínico;
- c) As respostas aos testes de vitalidade pulpar;
- d) O teste de sensibilidade ao frio para detecção da vitalidade pulpar deve preferencialmente ser realizado com gás refrigerante (diclorodifluoroetano) sob a forma de aerossol, através de penso de algodão embebido nessa substância e aplicado sobre a coroa dentária. Deve-se realizar o teste em dois ou mais dentes para estabelecer o padrão de sensibilidade do paciente; a análise da resposta é sempre comparativa com um dente saudável com vitalidade;
- e) Da mesma forma, os testes de percussão horizontal e vertical e de palpação apical devem ser realizados em vários dentes adjacentes;
- f) As radiografias são um importante exame complementar, porém cabe lembrar que elas não revelam a condição de saúde pulpar. Através delas podemos observar a anatomia dental, alterações ósseas periapicais e alterações pulpares tais como reabsorções internas, externas e calcificações que poderão influenciar nas respostas aos testes de vitalidade;
- g) Somente por meio da análise do conjunto de informações obtidas com a anamnese e o exame clínico é que se pode chegar ao diagnóstico endodôntico;

- h) A prescrição de medicamentos não é suficiente para resolver a grande maioria dos problemas odontogênicos e periodontais;
- i) É preciso intervir no elemento dental que dá origem a dor.

Obs.:

- a) Os dentes assintomáticos apresentando imagens radiográficas indicativas de tratamento inadequado, com ou sem lesão periapical, devem ser acompanhados semestralmente na Atenção Primária, clínica e radiograficamente (referenciar para unidade mais próxima com aparelho de Rx para a realização de exame radiográfico quando a UBS não possuir aparelho de Raio X);
- b) Dentes já submetidos à endodontia prévia, onde se verifique, durante o acompanhamento radiográfico, o surgimento de lesão periapical ou o aumento no tamanho de lesão já existente, devem ser encaminhados para retratamento endodôntico;
- c) Priorizar dentes anteriores e pilares de prótese com prognóstico favorável.

IV. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

NÃO devem ser encaminhados:

- a) Dentes com envolvimento de furca grau III ou com doença periodontal severa (grande perda horizontal e/ou vertical e grau avançado de mobilidade);
- b) Dentes com perda de inserção comprometendo sua manutenção na arcada devem ser submetidos à avaliação prévia da Periodontia;
- c) Dentes que apresentam mais de 1/3 de extrusão coronária e ausência de antagonista;
- d) Terceiros molares sem antagonista e com acesso restrito;
- e) Dentes cujas bordas cavitárias, após a remoção total da cárie, se encontrem no nível gengival ou subgengival, impossibilitando a colocação de grampo para isolamento absoluto e que não tenham condições de aumento de coroa clínica;
- f) Casos de polpa viva com inflamação aguda ou crônica, com rizogênese incompleta. Nesses casos a pulpotomia, a restauração com amálgama de prata,

resina composta ou CIV e o acompanhamento clínico e radiográfico da apicigênese devem ser realizados na Atenção Primária. Encaminhar ao CEO para a Endodontia se durante esse acompanhamento observou-se mortificação pulpar.

V. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA REFERENCIAMENTO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS ENDODONTIA

No momento da indicação para Endodontia:

- a) O meio bucal deve estar com focos de infecção controlados;
- b) Caso o paciente esteja em um processo agudo infeccioso, deve-se fazer o atendimento de urgência na AP com identificação da causa, como por exemplo, púlpite, pólipos pulpar e abscesso são de suma importância que seja feito a remoção do fator responsável neste processo, como por exemplo, o acesso odontológico para drenagem, medicação intracanal e finalização com selamento provisório;
- c) Após remoção da causa prescrever as medicações necessárias para controle da infecção e da dor;
- d) O dente deve apresentar estrutura coronária remanescente suficiente para permitir sua restauração direta na Atenção Primária após a conclusão da Endodontia ou indireta, através de Incrustação Metálica Fundida ou Coroa Unitária, com ou sem Núcleo, a ser realizada pelo protesista do CEO.
- e) O usuário deve ser encaminhado depois de realizado adequação do meio bucal, remoção de todo o tecido cariado, acesso/medicação intracanal e selado com material provisório, estando apto para o atendimento em endodontia;
- f) Não devem ser encaminhados casos com presença de dentes com extrusão, dentes com mobilidade acentuada, com mais de 2/3 de perda óssea (horizontal e vertical);
- g) Para o tratamento endodôntico inicial, na cavidade bucal não deve haver focos de infecção ou acúmulo de biofilme que possam comprometer o sucesso da terapêutica endodôntica.

OBSERVAÇÃO:

- a) Os dentes assintomáticos apresentando imagens radiográficas indicativas de tratamento inadequado, com ou sem lesão periapical, devem ser acompanhados semestralmente na Atenção Primária, clínica e radiograficamente (referenciar para unidade mais próxima com aparelho de Rx para a realização de exame radiográfico quando a UBS não possuir aparelho de Raios-X);
- b) Dentes já submetidos à endodontia prévia, onde se verifique, durante o acompanhamento radiográfico, o surgimento de lesão periapical ou o aumento no tamanho de lesão já existente, devem ser encaminhados para retratamento endodôntico;
- c) Priorizar dentes anteriores e pilares de prótese com prognóstico favorável.

11.4.4 PROTOCOLO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS - PNE

I. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA REFERÊNCIAMENTO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

- a) É de responsabilidade e atributo da APS realizar o atendimento clínico daqueles pacientes que não apresentam resistência ao tratamento convencional e com bom controle metabólico;
- b) Para aqueles em que não é possível tratar na APS, não há a necessidade realizar qualquer procedimento clínico, devendo apenas orientar o paciente ou responsável sobre a importância do Tratamento Odontológico e motivo do encaminhamento ao Especialista;
- c) O paciente ou seu responsável deverá ser orientado que em caso de intercorrências procurar pelo profissional CD responsável por seu atendimento e acompanhamento na APS;
- d) O paciente ou seu responsável deverá receber orientação sobre a importância da higiene bucal para o sucesso do tratamento odontológico e manutenção da saúde bucal;
- e) O paciente ou seu responsável deverá estar ciente da especialidade para a qual estará sendo encaminhado e concordar com o tratamento a ser proposto pelo especialista.

II. CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

A abordagem odontológica das pessoas com necessidades especiais varia de acordo com as peculiaridades de cada paciente a ser atendido. De uma forma geral, os pacientes com alterações sistêmicas controladas, a abordagem odontológica convencional do atendimento ambulatorial é suficiente. Já os pacientes com distúrbios neuro-psico-motores, síndromes e deficiência mental e comportamental, podem proporcionar limitações na conduta odontológica.

O atendimento odontológico destes pacientes pode ser realizado em duas modalidades na APS:

- a) Àqueles que não apresentam resistência ao tratamento convencional e com bom controle metabólico, onde existe a cooperação do paciente;
- b) O condicionado: quando o paciente apresenta alguma resistência no primeiro momento, porém o profissional aos poucos consegue ganhar a confiança do paciente, através da demonstração do funcionamento do equipo odontológico, Alta e Baixa Rotação, sugador e controle de voz.

Devem ser atendidos na UBS os usuários nas seguintes condições:

- a) Hipertensos, diabéticos e epiléticos: todos os pacientes que apresentam bom controle metabólico, e que estão em acompanhamento médico da unidade, sendo considerados de baixo risco, estando assintomáticos e não possuindo complicações neurológicas e vasculares;
- b) Deficiência física, auditiva, visual e de fala;
- c) Gestantes e bebês;
- d) Fissura lábio palatino: atendimento básico;
- e) Pacientes com distúrbios psiquiátricos desde que bem controlados e que não apresentem resistência ao tratamento;
- f) Cardiopatas sob acompanhamento médico;
- g) Idosos;
- h) Defeitos congênitos, sem outras limitações;
- i) Transplantados, sob acompanhamento médico;

OBSERVAÇÃO: Os atendimentos à pacientes com necessidades especiais realizados na Atenção Primária utilizam os mesmos códigos de procedimentos da APS.

III. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA REFERENCIAMENTO AO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Pacientes com necessidades especiais que devem ser encaminhados pela rede de Atenção Primária à Saúde para o CEO são:

- a)** Pacientes que passaram pelas Unidades de APS foram avaliados pelo cirurgião dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico, e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- b)** 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;
- c)** Pacientes com deficiência mental, ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não cooperativos após duas tentativas;
- d)** Pacientes com deficiência visual ou auditiva ou física quando associadas aos distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- e)** Pacientes com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- f)** Pacientes com distúrbio neurológico grave (ex. paralisia cerebral);
- g)** Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na unidade básica;
- h)** Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que não cooperem com o atendimento;
- i)** Distúrbios sistêmicos: insuficiência hepática ou renal, cardiopatias, antecedente de acidente vascular cerebral (AVC) recente, há menos de 6 meses e/ou que faz uso de anticoagulante oral;
- j)** Oncológicos: irradiados na região de cabeça e pescoço e/ou com complicações de quimioterapia;

- k)** Transplantados;
- l)** Pacientes epiléticos sintomáticos, sem controle neurológico e de alto risco para crises;
- m)** Pacientes com problemas hematológicos como hemofílicos com necessidade de procedimentos invasivos, pacientes em uso de Anticoagulantes, apresentando maior risco de cárie e doença periodontal;
- n)** Pacientes hepatopatas: a Doença Hepática Crônica (DHC) apresenta condições estomatológicas que devem ser acompanhadas pelo cirurgião dentista como a redução de fluxo salivar, patologias associadas como o líquen plano, maior propensão a cáries e doença periodontal. Pacientes com DHC em lista de transplante hepático apresentam maior susceptibilidade de complicações sistêmicas por infecções bucais;
- o)** Doenças autoimunes apresentando problemas mais comuns como boca seca (xerostomia), síndrome de queimação bucal, lábios, língua rígida, crescimento excessivo do tecido gengival e maior risco de cárie e doença periodontal. Como exemplo: Síndrome de Sjögren que pode causar xerostomia, dificuldade para a fala e mastigação pela ausência ou alta viscosidade da saliva, favorecimento às cáries e candidíase;
- p)** Doença de Crohn pode apresentar manifestações bucais, tais como edema gengival, úlceras na boca alterações do fluxo salivar, envolvimento periodontal e inchaço dos lábios. Esses sintomas podem causar dificuldade para comer e podem estar entre os primeiros sintomas da doença que aparecem;
- q)** Lúpus Eritematoso com manifestação bucal como úlceras na boca, causando dor ao paciente;
- r)** Psoríase, embora não sejam comuns na boca, as lesões bucais podem ocorrer nos lábios, língua, palato e gengiva.

Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatórios detalhados médico e odontológico, com assinatura dos profissionais.

Em casos de necessidade de atendimento odontológico sob anestesia geral ou sedação, o profissional da UBS deverá contatar a interlocução de SB com Referência Técnica Bucal do município.

Havendo dúvida sobre a indicação de anestesia geral/sedação, o profissional da APS deverá entrar em contato com o especialista do CEO para discussão do caso clínico, evitando-se deslocamentos desnecessários do paciente, os quais por vezes apresentam dificuldades de mobilidade pelos próprios pacientes e seus acompanhantes. O paciente será encaminhado ao CEO para os casos em que se apresente a necessidade de avaliação pelo especialista.

11.4.5 PROTOCOLO DE ESTOMATOLOGIA

I. AGENDAMENTO NOS CEOs DE ACORDO COM AS DIRETRIZES PARA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL (2012)- HJBB E CESUPA

Sugere-se agendar 15 pacientes novos por semana e conseqüentemente 60 por mês. A adequação do atendimento ficará a critério dos profissionais desde que sejam respeitados estes parâmetros e considerado os pacientes com controles periódicos (em média 4 consultas com os seguintes procedimentos: exame clínico, exame complementar, diagnóstico e preservação/alta).

O paciente agendado que faltar na consulta com o especialista, a busca ativa deverá ser realizada no menor tempo possível, para tal, o profissional da APS deverá ser comunicado. NÚMERO DE VAGAS/MÊS: Para um dentista de 20 h/semana, há a possibilidade de agendamento de 60 consultas/mês. Devolver o paciente para a rede de Atenção Primária para o tratamento necessário.

II. FLUXO COM LABORATÓRIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO- LABORATÓRIO GUADALUPE E HJBB

Deve-se estabelecer um prazo máximo de 10 (dez) dias úteis para a entrega do resultado pelo laboratório, de acordo com contrato de prestação de serviço de análises laboratoriais de SMS, de forma a auxiliar no diagnóstico e possível intervenção ou encaminhamento do paciente.

11.4.6 PROTOCOLO ORTODONTIA PREVENTIVA/INTERCEPTIVA

I. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA REFERÊNCIA AO TRATAMENTO PREVENTIVO/INTERCEPTIVO

a) As Unidades Básicas de Saúde encaminharão para avaliação dos odontopediatras dos CEO, as crianças portadoras de má oclusão dentro da faixa etária de 4 (quatro) a 11 (onze) anos, 11 meses e 29 dias, conforme as prioridades listadas a seguir, distinguindo os casos passíveis de intervenção, esclarecendo ao usuário que dependerá dessa avaliação a execução ou não do tratamento, de tal forma que, não gere falsas expectativas. Para a inserção das crianças na fila de espera da Ortodontia preventiva/interceptiva, a faixa etária será de 3 a 10 anos.;

b) Deve-se esclarecer a importância de não faltar ao agendamento;

c) É importante orientar o usuário que não serão realizados Tratamentos Ortodônticos com Aparelho Fixo (Braquetes). O Tratamento será Ortopédico e/ou Ortodôntico Preventivo/Interceptativo, o que possibilitará a prevenção, interceptação e tratamento dos problemas de crescimento e desenvolvimento dos arcos dentários e suas bases e a correção da má oclusão.

II. CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA O TRATAMENTO PREVENTIVO/INTERCEPTIVO

O usuário deverá ser encaminhado nas seguintes condições:

a) Livre de cáries;

b) Livre de problemas periodontais (Risco zero);

c) Restaurações presentes em estado satisfatório;

d) Orientado e motivado quanto à higiene bucal (garantia de participação em grupos na UBS regularmente);

e) Orientado e motivado quanto à adesão ao tratamento ortodôntico, tendo em vista a duração prolongada do tratamento, garantindo a assiduidade nas consultas. Os Cirurgiões Dentistas das UBS serão responsáveis pelos procedimentos clínicos que se fizerem necessários durante todo tratamento (Referência/Contra referência).

III. CRITÉRIOS CLÍNICOS DE INCLUSÃO PARA O TRATAMENTO PREVENTIVO/INTERCEPTIVO

Devem ser encaminhados usuários que apresentem:

A. Dentição Decídua:

- Mordidas abertas;
- Mordidas cruzadas uni ou bilaterais;
- Mordida profunda;
- Dentes sem nenhum desgaste funcional aos seis anos (indicam falta de movimentos de lateralidade durante a mastigação sendo indicativo de mal oclusão na dentição permanente);
- Falta de diastemas;
- Prognatismo mandibular e/ou maxilar;
- Retrognatismo mandibular e/ou maxilar;
- Perda precoce de dentes decíduos;
- Respirador Bucal;
- Desvios de Linha Média.

B. Dentição Mista:

- Mordidas abertas;
- Mordidas cruzadas unilaterais, bilaterais ou anteriores;
- Sobremordidas acentuadas;
- Sobressaliências maiores que dois milímetros;
- Prognatismo mandibular e/ou maxilar;
- Retrognatismo mandibular e/ou maxilar;
- Respiração bucal;
- Perda precoce de dentes decíduos;
- Desvios de Linha Média.

IV. RESPONSABILIDADES DO PACIENTE:

- a) O paciente terá direito a duas faltas justificadas, durante o tratamento;

- b) O paciente que perder ou quebrar seu aparelho, terá o direito de refazer ou consertar o aparelho, apenas 1 (uma) vez, durante o seu tratamento;
- c) Casos extraordinários e devidamente justificados poderão ser refeitos;
- d) Assinar Termo de Responsabilidade e ciência.

12. CRITÉRIOS PARA CONTRA REFERÊNCIA À UNIDADE DE ORIGEM

Após conclusão do tratamento no CEO, o paciente será contra referenciado para retorno e manutenção/acompanhamento do tratamento na Atenção Primária, pois ela é a responsável pelo paciente, com relatório do tratamento realizado pelo especialista.

- a) Após conclusão do tratamento no CEO, o paciente deverá ser contra referenciado para retorno e manutenção/acompanhamento do tratamento na APS, com relatório do tratamento realizado pelo especialista;
- b) Nos casos em que o paciente agendado não estiver com os requisitos mínimos preconizados mediante os critérios de encaminhamento concernentes à adequação do meio bucal especificada neste protocolo, o mesmo deverá ter iniciado o seu tratamento no CEO e, concomitantemente ser também contra referenciado à APS de origem para adequação ao protocolo. Visando o atendimento das necessidades e a integralidade da atenção, o referido paciente deverá ser inserido na agenda do profissional da APS para que os procedimentos requeridos quanto à adequação sejam realizados com prioridade.



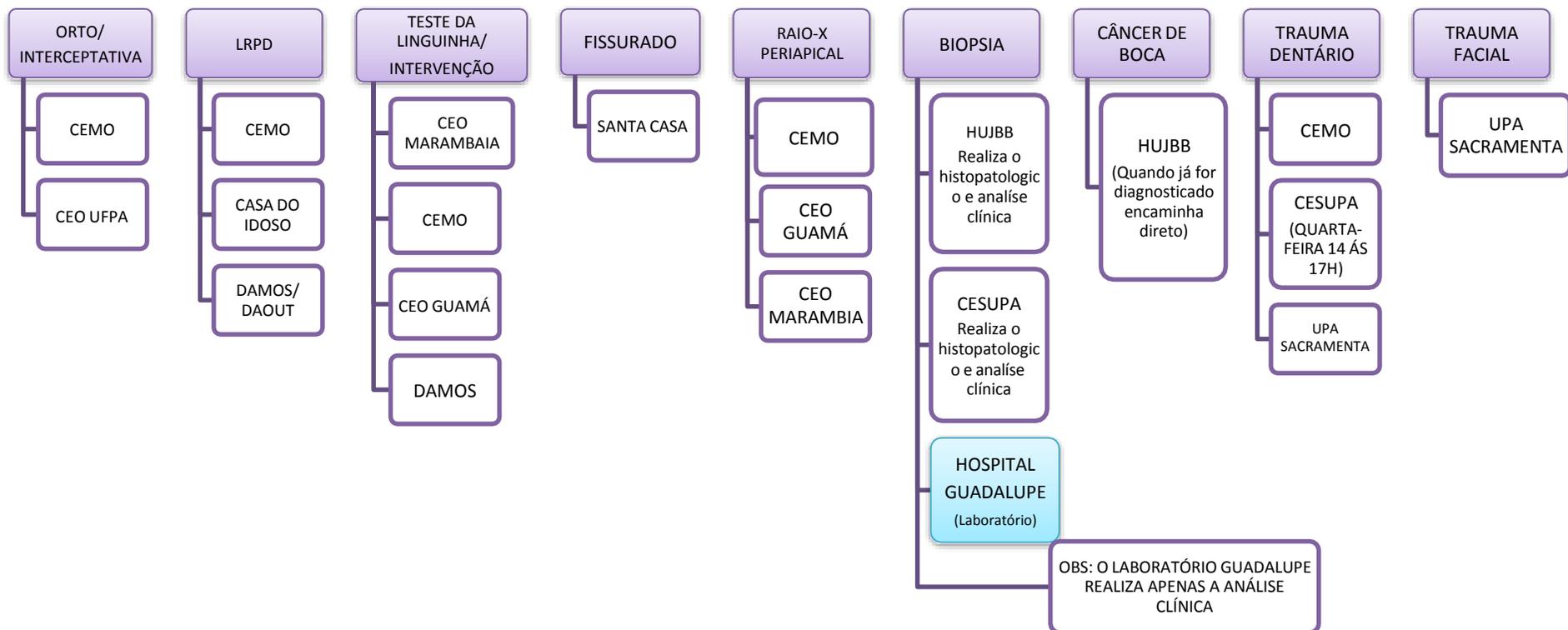
13. FLUXO DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

CEO MARAMBAIA	CEMO	CEO GUAMÁ	CEO DAMOS
UMS BENGUI II	CASA DO IDOSO	UMS CREMAÇÃO	UMS BAIA DO SOL
UMS CABANAGEM	CASA DIA	UMS CONDOR	UMS CARANANDUBA
UMS COTIJUBA	UMS ÁGUAS LINDAS	UMS JURUNAS	ESF AEROPORTO
UMS ICOARACI	UMS CURIÓ	UMS GUAMÁ	UMS MARACAJÁ
UMS MAGUARI	UMS FÁTIMA	UMS TERRA FIRME	ESF SUCURIJUQUARA
UMS MARAMBAIA	UMS PARAÍSO DOS PÁSSAROS	ESF COMBÚ	
UMS OUTEIRO	UMS PROVIDÊNCIA	ESF PORTAL DA AMAZÔNIA I	
UMS SATÉLITE	UMS PRATINHA	ESF PORTAL DA AMAZÔNIA II	
UMS SIDERAL	UMS SACRAMENTA	ESF RADIONAL II	



UMS TAPANÃ	UMS TAVARES BASTOS	ESF RIACHO DOCE I	
ESF ÁGUAS NEGRAS	UMS TELÉGRAFO	ESF RIACHO DOCE II	
ESF CARMELÂNDIA	UMS VILA DA BARCA		
ESF CRISTO REDENTOR	ESF ÁGUA CRISTAL		
ESF FAMA	ESF CASTANHEIRA I		
ESF FIDELIS	ESF CASTANHEIRA II		
ESF PARQUE GUAJARÁ	ESF GALO I		
ESF TENONÉ	ESF GALO II		
ESF QUINTA DOS PARICÁS	ESF SOUSA		
	ESF PARAISO VERDE		
	ESF BARREIRO II		

14. MAPEAMENTO DA REDE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA REFERÊNCIA:



Os exames laboratoriais, como: HEMOGRAMA, GLICEMIA E COAGULOGRAMA: PODEM ser solicitados pelos dentistas da rede municipal de saúde nas suas respectivas unidades, quando

15. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)

A UPA se constitui no ponto de atenção intermediário entre a Atenção Primária, e a Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, compondo uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, ampliando e qualificando o acesso e a resolutividade 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 Rede de atenção à saúde.

15.1 CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE PARA ATENDIMENTO NAS UPAS

- a) Inflamações agudas da polpa dentária (pulpites);
- b) Abscessos odontogênicos;
- c) Celulites odontogênicas;
- d) Traumatismos dentoalveolares;
- e) Hemorragias orais; e
- f) Suturas de pequenas lacerações orofaciais (extra e intra-oral).

Obs.: Os casos de rotina, não emergenciais, como restaurações, extrações eletivas, raspagem de tártaro e aplicação de flúor, devem ser atendidos pela atenção básica do município.

16. ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE BUCAL

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, lesões neoplásicas e pacientes especiais.

16.1 ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE BELÉM

Em Belém, os pontos hospitalares municipais conveniados na rede de atenção à saúde do SUS atuam em procedimentos faciais traumáticos de alta complexidade, funcionando no turno da manhã e sobreaviso. São estes:

1. Hospital e Pronto Socorro Municipal do Guamá – HPSM Guamá Drº Humberto Maradei Pereira;
2. Hospital e Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti – HPSM 14 de março;
3. Hospital Dom Vicente Zico.

16.2 CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA REFERÊNCIA AOS HOSPITAIS

- a)** Os hospitais municipais de Belém são porta aberta para os atendimentos de urgência e emergências relacionados a traumatismos de alta complexidade, os quais necessitam de estrutura hospitalar e profissionais Cirurgiões Bucomaxilofacial em casos de traumas decorrentes de acidentes de trânsito armam de fogo, fraturas complexas etc;
- b)** A rede terciária possui comunicação com todos os outros níveis de atenção do município, porém não recebe referência direta da Atenção Primária. Como os procedimentos odontológicos são realizados por cirurgia oral maior, o paciente deverá ser encaminhado apenas quando a rede secundária não possuir estrutura compatível com a complexidade do caso;
- c)** A partir da porta de entrada (APS), o paciente será referenciado para a atenção secundária (CEO, CEMO), os quais então fazem a regulação para os hospitais municipais. Procedimentos de média complexidade deverão ser finalizados no nível secundário e depois contra referenciados de volta para a Atenção Primária à saúde para a manutenção e acompanhamento do paciente;
- d)** Pacientes da rede terciária, após a alta, deverão ser contra referenciados de volta para o nível secundário caso existam procedimentos eletivos em alguma especialidade complementar ao procedimento cirúrgico mediante planejamento

com a equipe de ambos os níveis de atenção. Após o encerramento das demandas do paciente, este voltará para a APS para acompanhamento e monitoramento.

17. ODONTOLOGIA HOSPITALAR / UTI

17.1 MANEJOS DE PACIENTES EM UTI

Segundo a literatura, pacientes internados possuem alto risco de Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) caso os protocolos de prevenção e higiene bucal não seja seguido, uma vez que um aumento significativo da microbiota local é observado devido aos fatores resultantes do tubo traqueal e sedação.

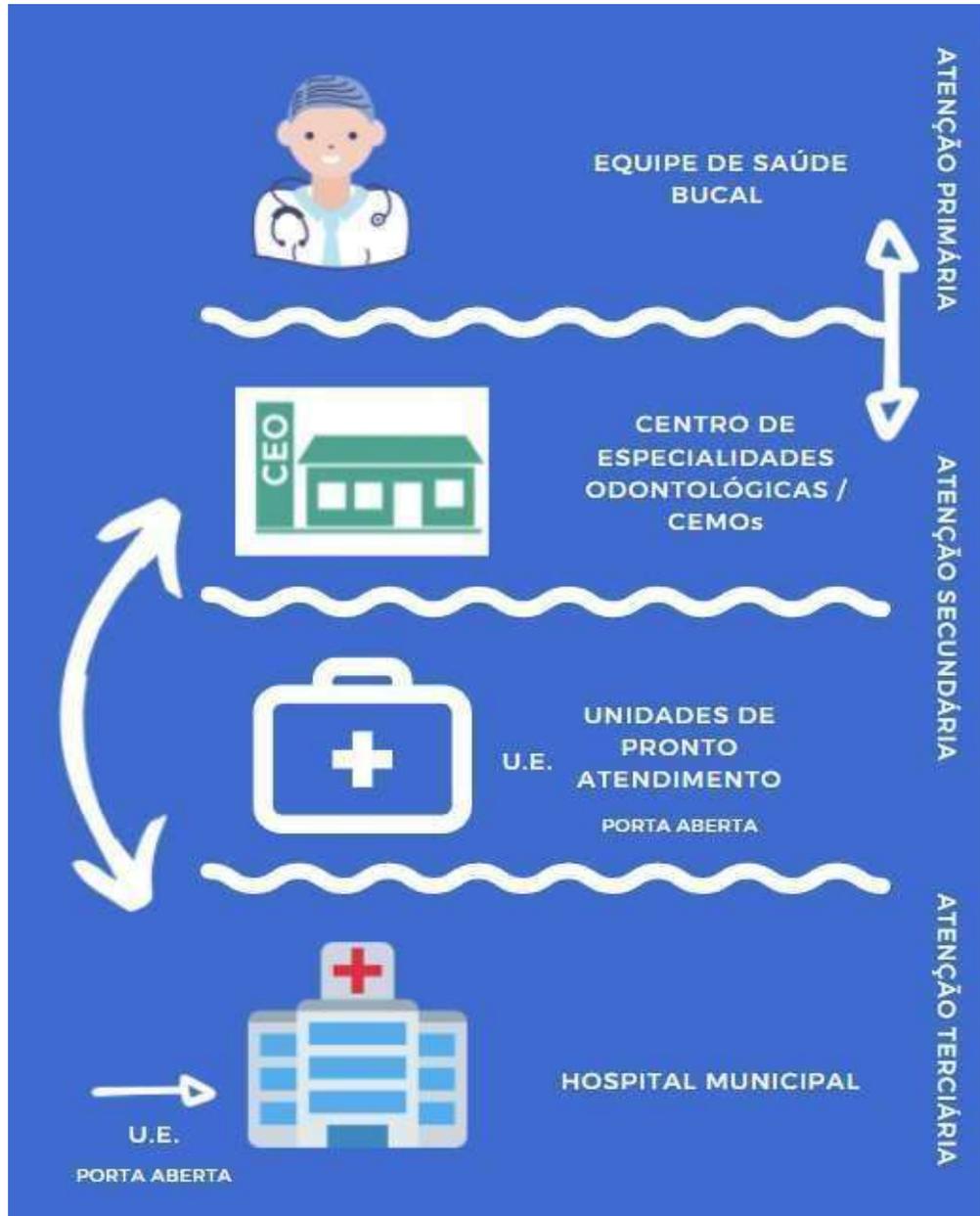
A PAVM é a forma mais comum de infecção nosocomial das UTIs, com um risco estimado de 1 a 3% por dia de intubação. Pacientes com PAVM possuem estadias mais longas na UTI, aumentando também a mortalidade, reconhecido que 36 a 60% de todas as mortes por infecção são atribuídas ao PAVM. A causa mais comum de PAVM é a aspiração de microrganismos orais resultante de pobre higiene oral nas UTIs. O tubo traqueal se torna uma barreira na proteção normal contra a aspiração desses agentes etiológicos para os pulmões, pois impede os reflexos de tosse e as funções de filtração da mucosa.

A odontologia hospitalar é atualmente reconhecida pela resolução nº 163 de 9 de novembro de 2015 do Conselho Federal de Odontologia. Com os avanços em estudos científicos, é cada vez mais evidente a necessidade da presença da odontologia e compartilhamento de responsabilidades com os integrantes das equipes de saúde para garantir a integralidade do cuidado mediante ao entendimento do papel lesivo de infecções dentárias e bucais dentro do âmbito da UTI, além das consequências sistêmicas e de agravamento por consequência de manifestações orais, incluindo o câncer de boca e das diversas resoluções foram e estão em implementação no que tange a saúde bucal na atenção terciária do SUS.

Portanto, a saúde integral é garantida aos brasileiros por lei e reforçada através da formulação de políticas de atenção à saúde que continuamente abordam a importância de

uma rede atenção completa e que permita o acesso à saúde bucal na atenção hospitalar no município de Belém.

18. FLUXOGRAMA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL E REFERENCIAMENTO



Fonte Imagem: RT-BUCAL SESMA

19. LASERTERAPIA

A definição da palavra Laser, segundo os autores, origina-se de uma sigla inglesa que significa de “Light Amplification by the Stimulated Emission of Radiation” e com a evolução tecnológica vem sendo cada vez mais utilizado na Odontologia em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, podendo ser eles de dois tipos: o laser de alta potência (laser cirúrgico) e o laser de baixa potência (laser terapêutico).

A terapia com o Laser de Baixa Potência surge como uma opção terapêutica viável tendo em vista os seus benefícios preventivos e terapêuticos para a área irradiada, como ativação da microcirculação, produção de novos capilares, efeitos anti-inflamatórios e analgésicos, além de estímulo ao crescimento e a regeneração celular, devido ao aumento da proliferação dos fibroblastos e de tecido epitelial, fazendo com que aumente o metabolismo celular de forma não invasiva, acelerando o processo de cura.

Estudos demonstram que, dentre os pacientes acometidos por tumores de cabeça e pescoço que se submeteram a radioterapia ou quimioterapia, 90 a 97% apresentam Mucosite Oral na constância do tratamento antineoplásico, sendo o principal efeito tóxico da dosagem-limitante na terapia contra o Câncer. A presença da Mucosite Oral aumenta as chances de infecção em pacientes internados, prologando o tempo de tratamento oncológico assim como o tempo de internação.

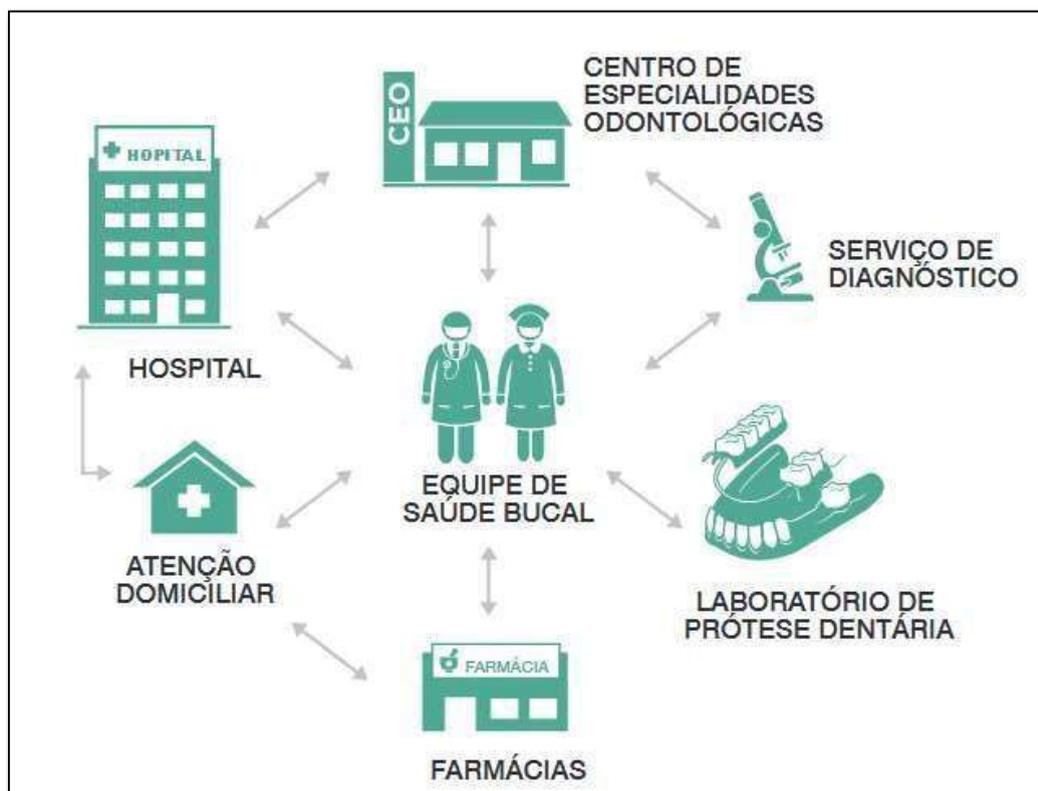
A Lasertarapia de Baixa Potência consegue atuar cerca de nove vezes, sendo mais eficaz na prevenção da Mucosite Oral do que em doentes não tratados com a Laserterapia. O tratamento do Laser deve ser realizado em ambiente hospitalar, atuando na redução da analgesia e aos graus de acometimento pela Mucosite Oral em pacientes que estão tratamentos oncológicos

Com a inserção do cirurgião-dentista na UTI vem possibilitar uma melhora considerável na qualidade de vida dos pacientes oncológicos, que requerem terapias, prevenção e consultas, sendo o pré-tratamento e higienização oral, fatores fundamentais para evitar

sequelas causadas pela radioterapia e quimioterapia, beneficiando um pós tratamento de excelência.

Com o intuito de inserir novas tecnologias na e melhorar a qualidade dos serviços odontológicos do Município de Belém, esta Referência Técnica Bucal, implantou no ano de 2022 os serviços de Lasertarapia de Baixa Potência de forma pioneira , sendo esses realizados em três locais: Hospital e Pronto Socorro Municipal Mário Pinotti (HPSM 14), Centro de Especialidades Médica e Odontológica (CEMO) e Centro de Especialidades Médica e Odontológica da Marambaia (CEO MARAMBAIA), atuando nos âmbitos de prevenção e tratamento de doenças orais nas unidades de terapia intensiva a nível hospitalar, e na reabilitação endodôntica, periodontal e na área de estomatologia a nível de média complexidade.

20. FLUXOGRAMA DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL



21. ORIENTAÇÕES E CUIDADOS COM EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS

21.1 LIMPEZA DE MATERIAL E ARTIGOS:

ARTIGOS /INSTRUMENTAIS

- REALIZAR A DESINFECÇÃO QUÍMICA
 - REALIZAR DESINFECÇÃO MECÂNICA (LAVAGEM)
 - ENXÁGUE E SECAGEM
 - EMBALAR E ESTERELIZAR
- ARMAZENAMENTO EM LOCAL ADEQUADO

ESTERELIZAÇÃO CANETA DE ALTA ROTAÇÃO, CONTRA-ÂNGULO, PEÇA RETA E MICROMOTOR

- REALIZAR A DESINFECÇÃO QUÍMICA
- REALIZAR A LUBRIFICAÇÃO (Antes da esterelização)
- EMBALAR
- ESTERELIZAR
- ARMAZENAMENTO EM LOCAL ADEQUADO
- REALIZAR A LUBRIFICAÇÃO (Antes do início do atendimento).

COMPRESSOR ODONTOLÓGICO

Após finalização do atendimento realizar
DIARIAMENTE drenagem do compressor
odontológico

OBS: O instrumental deve ser armazenado em local exclusivo, separado dos demais, em armários fechados, protegido de furtos, poeira, umidade e insetos, respeitando-se o prazo de validade da esterilização. O local de armazenamento deve ser limpo e organizado periodicamente, sendo verificados sinais de infiltração, presença de insetos, retirando-se os pacotes danificados, com sinais de umidade, prazo de validade da esterilização vencido,

22. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL:

É importante RATIFICAR a responsabilidade inerente aos membros das equipes quanto à manutenção, armazenamento, zelo e manuseio de materiais técnicos, insumos, instrumentais e equipamentos (canetas de alta rotação, contra-ângulo, micromotor, fotopolimerizador, dentre outros) que fazem parte da rotina dos serviços de nossa rede.

Orientamos redobrada de atenção quanto aos equipamentos, esta RT não tem pronta substituição dos mesmos, uma vez que a aquisição dos mesmos requer extenso processo licitatório. Estejam atentos aos ciclos de esterilização em se completarem e recolhimento dos equipamentos e instrumentais para o interior dos gabinetes, no intuito de minimizar as possibilidades de extravios.

23. REFERÊNCIAS

ALEGRETTI, A. C. V. (org.). **Diretrizes da Saúde Bucal, parte I**. Curitiba: Secretaria de Saúde; Centro de Informação em Saúde, 2012. 2 v.

ALVANHAN, D.; GONINI, C. A. J. (coord.). **Manual de saúde bucal**. Londrina, PR: Prefeitura do Município; Autarquia Municipal em Saúde, 2009. 50 p., il., color.

ANDRADE, A. N. *et al.* Processo de trabalho e planejamento das ações de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 12, n. 10, p. 2564–2572, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237485>. Acesso em: 21 set. 2022.

ANDREASEN, J. O. *et al.* Dental Trauma Guide: A source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma: Dental Trauma Guide. **Dental Traumatology**, v. 28, n. 2, p. 142–147, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-9657.2011.01059.x>. Acesso em: 21 set. 2022.

AUSTREGÉSILO, S. C. *et al.* A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3111–3120, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003111&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2022.

BEECH, N. *et al.* Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. **Australian Dental Journal**, v. 59, n. 1, p. 20–28, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12134>. Acesso em: 21 set. 2022.

BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. suppl 2, p. e00099118, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805002&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267, de 06/03/2001. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil, seção 1, Brasília, DF, Seção 1, ano 139, n. 45, p. 67, 7 mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 17: Saúde Bucal**. Brasília, DF: MS, 2006. 92 p., il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5Mw==>. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia de Recomendações para o uso de Fluoretos no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2009. 56 p., il. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTMxMg==>. Acesso em: 21 set. 2022. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS, v. 2: Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2010. 256 p., il. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf. Acesso em: 21 set. 2022.

BASTIANI, Cristiane et al. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. **Odontologia Clínico-Científica (Online)**, v. 9, n. 2, p. 155-160, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a **Política Nacional para a População em Situação de Rua** e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 24 Dez 2009.

CARDOSO, R. J. A; MACHADO, M. E. L. Hábitos e tratamento ortodôntico. In: CARDOSO, R. J. A; MACHADO, M. E. L. **Odontologia: arte e conhecimento**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003, p. 99–114. v. 2.

CASOTTI, E. *et al.* Atenção em saúde bucal no Brasil: reflexões a partir da avaliação externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/9YRYvBpqvwmVZTbBGmTP65n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2022.

CHAVES, S. C. L. *et al.* Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 76–91, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600076&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2022.

CHIOCA L. R. et al. **Antidepressivos e anestésicos locais: interações medicamentosas de interesse odontológico**. Rev Sul-Bras Odontol. v. 4, n.7, p. 73-466, 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2004, Brasília, DF. **Relatório Final [...]**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2005. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_bucal.pdf. Acesso em: 21 set.

2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-163, de 9 de novembro de 2015.** Conceitua a Odontologia Hospitalar e define a atuação do cirurgião-dentista habilitado a exercê-la. Rio de Janeiro: Presidência do Conselho Federal de Odontologia, 2015. Disponível em: <https://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%c3%87%c3%83O/SEC/2015/163>. Acesso em: 21 set. 2022.

FERREIRA, J. M. S. *et al.* Conhecimento de pais sobre saúde bucal na primeira infância. **Pediatria Moderna**, v.46, n. 6, p. 224–230, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-571910>. Acesso em: 21 set. 2022.

FIGUEIREDO, N. *et al.* Avaliação de ações da atenção secundária e terciária de saúde bucal. *In*: GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012, p. 195–209.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Linha Guia de Saúde Bucal**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. 83 p., il. (Série Organização de Redes de Atenção à Saúde. 1- Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.nesbuc.ufc.br/downloads/linhaguiaasaudebucal.pdf>. Acesso em: 21 set. 2022.

FRANCO, P. G. **Processos de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família sob a perspectiva da integralidade**. 2019. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/11245>. Acesso em: 21 set. 2022.

FRANKE, C. M., IANISKI, V. B.; HASS, L. C. S. O Atendimento Compartilhado na Perspectiva da Atuação Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 111–115, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/7081>. Acesso em: 21 set. 2022

GARBIN, C. A. S. *et al.* Aspectos atuais do tratamento restaurador atraumático. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, v. 13, n. 1, p. 25–29, 2008. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/586>. Acesso em: 21 set. 2022.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em município de grande porte de Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318–332, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000200318&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2022.

GÓES, P. S. A. *et al.* **Gestão da prática em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

GÓES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. (org.). **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

- GOMES, D., ZOBOLI, E. L. C.; FINKLER, M. Problemas éticos na saúde bucal no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, p. e290208, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200606&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2022.
- KRIGER, L.; MOYSÉS, S. T.; MORITA; M. C. **Odontologia baseada em evidências e intervenção mínima em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2016. (Série Abeno: Odontologia Essencial; Temas Interdisciplinares).
- MASSARA, M. L. A.; REDUA, P. C. B. (org.). **Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria**. Rio de Janeiro: Santos, 2009.
- MENDES, E. V. Os modelos de atenção à saúde. *In*: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 209–293. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 21 set. 2022.
- MONNERAT, Antônio Fernando; DE SOUZA, Maria Isabel de Castro; MONNERAT, Aline Borges Luiz. Tratamento Restaurador Atraumático. Uma técnica que podemos confiar? **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 1, p. 33, 2013.
- MONTEIRO, I. S.; MOREIRA, R. S.; FARIAS, S. F. Atenção em Saúde Bucal do município de Recife: avaliação pós-adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica. **Revista de APS**, v. 23, n. 1, p. 40–56, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16793>. Acesso em: 21 set. 2022.
- OLIVEIRA, B. H. *et al.* Uso de dentifrícios fluoretados por pré-escolares: o que os pediatras precisam saber? **Residência Pediátrica**, v. 2, n. 2, p. 12–19, 2012. Disponível em: <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/48/uso-de-dentifricios-fluoretados-por-pre-escolares--o-que-os-pediatras-precisam-saber>. Acesso em: 21 set. 2022.
- OLIVEIRA, D. C. R. *et al.* Competência profissional dos trabalhadores de programas de atividade física da atenção básica à saúde de Pernambuco. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1–10, 2018. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/13319>. Acesso em: 21 set. 2022.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. **Linha guia rede de saúde bucal**. Curitiba: SESA, 2016. 92 p. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linha guia1.pdf. Acesso em: 21 set. 2022.
- PEREIRA, M. M. *et al.* Uma reflexão sobre a inserção da saúde bucal na saúde da família. **Investigação**, v. 8, n. 1–3, p. 97–104, 2008. Disponível em: <https://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/70>. Acesso em: 21 set. 2022.

PIALARISSI, R. Precarização do Trabalho. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 66, 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/11>. Acesso em: 21 set. 2022.

PINTO, V. P. T. *et al.* Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2235–2244, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702235&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2022.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal**. São Paulo: SMS, 2009. 89 p. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Diretrizes_Saude_Bucal.pdf. Acesso em: 21 set. 2022.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 98, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100411&lng=en&tlng=en. Acesso em: 21 set. 2022.

SILVA, R. M. *et al.* Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2259–2270, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602259&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2022.

SOUSA, C. E. G. C. A equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família - ESF: Revisão de literatura. **JNT: Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 22, p. 34–47, 2021. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/795>. Acesso em: 21 set. 2022.

SOUZA, H. Y. M. S. de . *et al.* Dental care for pregnant women: review literature . **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 13, p. e237101321293, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i13.21293. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21293>. Acesso em: 26 sep. 2022.

THUROW, L. L. *et al.* Planejamento, Avaliação e Monitoramento das Práticas Odontológicas na Rede Básica Municipal de Pelotas/RS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde. **Prêmio InovaSUS 2014: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde**. Brasília, DF: MS, 2015, p. 95–101. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio_inovaSUS_2012_2013_valorizacao_boas_praticas_inovacao_gestao_trabalho_saude.pdf. Acesso em: 21 set. 2022.

VASCONCELOS, E. M. V.; FRATUCCI, M. V. B. **Práticas de saúde bucal**. São Paulo: Unifesp; UNASUS, [2017]. Disponível em:

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf. Acesso em: 22 set. 2022.

VASCONCELOS, R. G et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Revista brasileira de odontologia**, v. 69, n. 1, p. 120, 2012.
<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a27v69n1.pdf>.

WARMLING, C. M.; BALDISSEROTTO, J.; ROCHA, E. T. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180398, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100223&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2022.

WEBSTER, J.; ANSCHAU, F. Atendimento odontológico ao paciente em nível hospitalar e seu papel na rede de atenção do SUS. In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. **Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015, p. 367–376.

SESMA
Secretaria de
Saúde



Belém

Prefeitura da *noSSa gente*