

**SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**POLÍTICA DISTRITAL DE SAÚDE BUCAL
PDSB-DF**

BRASÍLIA – DF

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaboração:

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal

Luciano Moresco Agrizzi

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde

Maurício Gomes Fiorenza

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde

Fernando Erick Damasceno Moreira

Coordenador de Atenção Primária à Saúde

Samara Furtado Carneiro

Coordenadora de Atenção Secundária e Integração de Serviços

José Eudes Barroso Vieira

Diretor da Estratégia Saúde da Família

Ada Amália Ayala Urdapilleta

Diretora de Atenção Secundária e Integração de Serviços

Alessandra Fernandes de Castro

Gerente de Serviços de Odontologia

Wendel Teixeira Santos

Referência Técnica Distrital em Saúde Bucal

Fernanda Oliveira Raslan Veríssimo

Referência Técnica Distrital em Saúde Bucal - Atenção Primária à Saúde

Rafaela Gallerani

Referência Técnica Distrital em Saúde Bucal - Atenção Especializada

Viviane Mendes Pereira Machado

Cirurgiã Dentista Complexo Regulador da Secretaria de Estado de Saúde do DF

Poliane Rodrigues Nunes

Residente em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde

Supervisão Geral:

Alessandra Fernandes de Castro

Coordenação Técnica:

Gerência de Serviços de Odontologia
SES/SAIS/COASIS/DASIS/GEO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASE	Atenção Ambulatorial Secundária
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CD	Cirurgião Dentista
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CGSB	Coordenação Geral de Saúde Bucal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPO-D	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
CSDF	Conselho de Saúde do Distrito Federal
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DTM	Disfunção temporomandibular
eAPP	equipes de Atenção Primária Prisional
eCR	equipe de Consultório na Rua
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
eSB	equipe de Saúde Bucal
eSF	equipe Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte

HRG	Hospital Regional do Gama
HRPL	Hospital Regional de Planaltina
HRS	Hospital Regional de Sobradinho
HRSM	Hospital Regional de Santa Maria
HRT	Hospital Regional de Taguatinga
IHBDF	Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PABSB	Provimento da Atenção Básica em Saúde Bucal
PNE	Paciente com Necessidade Especial
PcD	Pessoa com Deficiência
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PDSB	Política Distrital de Saúde Bucal
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PS	Pronto-Socorro
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIGRH	Sistema de Gestão de Recursos Humanos

SINFRA	Subsecretaria de Infraestrutura em Saúde
SisReg	Sistema de Regulação
SUAG	Subsecretaria de Administração Geral
SUGEP	Subsecretaria de Gestão de Pessoas
SULOG	Subsecretaria de Logística em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UOM	Unidade Odontológica Móvel
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	8
1	INTRODUÇÃO	10
2	CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DO DISTRITO FEDERAL	10
2.1	SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA NO DISTRITO FEDERAL	10
2.2	SITUAÇÃO DE MORTALIDADE NO DISTRITO FEDERAL	11
2.3	SITUAÇÃO DA MORBIDADE NO DISTRITO FEDERAL	12
2.4	SITUAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL	12
3	PRINCÍPIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL DO DF	14
4	AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL	15
5	NÍVEIS DE ATENÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL DO DF	16
5.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL	16
5.1.1	Equipe de Saúde Bucal	19
5.1.2	Equipes de Atenção Primária Prisional	20
5.1.3	Unidade Odontológica Móvel	19
5.1.4	Programa Saúde na Escola	21
5.1.5	Equipe de Consultório na Rua	24
5.2	ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL	22
5.2.1	Centros de Especialidades Odontológicas	25
5.2.2	Equipes de Atenção Domiciliar	28
5.2.3	Unidades de Pronto Atendimento – UPAS	30
5.2.4	Serviço Multidisciplinar de Tratamento das Fissuras Labiopalatais	31
5.2.5	Exames Complementares	32

5.3	ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE BUCAL	33
5.3.1	Atenção Hospitalar em Saúde Bucal	33
5.3.1.1	Atenção à Saúde Bucal do Paciente Oncológico	35
5.3.1.2	Atendimento na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais	36
5.3.1.3	Prontos Socorros Odontológicos	37
5.3.1.4	Pronto-Socorro de Trauma de Face e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais	37
5.3.1.5	Unidade de Terapia Intensiva	38
6	TRANSVERSALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA SAÚDE BUCAL DO DF	39
7	INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE BUCAL	39
8	REGULAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO DF	40
9	ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO DF	42
10	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	44
11	POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	46
12	PRINCIPAIS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO DF	47
13	CONCLUSÃO	47
14	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
15	GLOSSÁRIO	51

POLÍTICA DISTRITAL DE SAÚDE BUCAL

APRESENTAÇÃO

A Política Distrital de Saúde Bucal (PDSB) é resultante de um amplo processo de discussões entre a Gerência de Serviços de Odontologia (GEO) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), o Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), entidades de classe, instituições de ensino superior, servidores da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF).

Esta Política apresenta as diretrizes para a organização da atenção em saúde bucal no DF, sob a forma de Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, a proposta é a estruturação de todos os pontos de atenção, tendo os conceitos de resolutividade e integralidade como eixos de orientação do modelo, respondendo a uma concepção de que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral do indivíduo, não podendo ser dissociada.

A resolutividade é definida como a exigência de que, quando um indivíduo busca atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua complexidade.

A integralidade da saúde tem como objetivo garantir ao indivíduo uma assistência que extrapola a mera prática curativa, abarcando todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em seu contexto social, familiar e cultural. Essa abordagem também possibilita a realização de um trabalho multiprofissional, gerando respostas mais eficazes e valor para a população.

Respondendo à proposição da RAS, o foco da atenção em saúde bucal deve ser a população e suas necessidades. Dessa forma, as ações e serviços devem resultar em um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada território para construção de uma prática efetiva e resolutiva.

Ao organizar esse modelo, torna-se primordial elaborar notas técnicas, protocolos e linhas de cuidados direcionadas a ações resolutivas, que englobam atividades como acolher, informar, atender e encaminhar (referência e

contrarreferência). O usuário deve ter acesso a cada lugar que compõe a estrutura do serviço para que possa vivenciá-lo, sentindo-se parte dele e influenciando o seu funcionamento.

Esse pensamento implica um redirecionamento do processo de trabalho, no qual o trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes. Constituindo assim, uma sintonia com o universo dos usuários, possibilitando surgimento de laços de confiança e vínculo, indispensáveis para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e aprofundar a humanização da assistência em saúde bucal do DF.

A PDSB tem por objetivo garantir ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, visando a reorganização da prática e a qualificação dos serviços odontológicos. Esta iniciativa engloba uma série de ações de saúde bucal em todas as fases da vida, ampliando o acesso ao tratamento odontológico gratuito aos usuários do SUS no DF.

1 INTRODUÇÃO

Com o intuito de garantir qualidade de vida e promover a saúde bucal da população do DF, foi construída a PDSB. Esta Política tem como objetivo reduzir as desigualdades no que diz respeito à saúde bucal no DF, por meio da melhoria da qualidade dos seus serviços.

Além disso, visa estimular a prevenção, a educação e a promoção em saúde bucal. Para tal, a PDSB e seus documentos de apoio serão utilizados como recursos fundamentais para o desenvolvimento, elaboração e implementação.

2 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DO DISTRITO FEDERAL

O DF é uma região que passou por importantes transformações demográficas e epidemiológicas nas últimas décadas. O envelhecimento da população, a redução da fecundidade e os movimentos migratórios são alguns dos fatores que influenciaram o perfil epidemiológico nesta região.

Diante do panorama epidemiológico, é fundamental que a RAS atue de forma dinâmica para atender às principais necessidades e demandas da população. Além disso, é necessário intensificar as ações de prevenção e promoção da saúde, garantindo acesso ao diagnóstico precoce, tratamento adequado e cuidado contínuo.

2.1 SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA NO DISTRITO FEDERAL

No âmbito da gestão da saúde, o DF é atualmente dividido em sete Regiões de Saúde (Central, Centro-Sul, Norte, Leste, Oeste, Sudoeste e Sul), conforme o Decreto 38.982/2018, com o intuito de favorecer maior autonomia administrativa e orçamentária e contribuir para que as ações sejam propostas de acordo com a realidade local.

Segundo a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2021, estima-se que a população atual do DF seja de 3.010.881 pessoas residentes. As mulheres representam 52,2% da população total do DF (CODEPLAN, 2021).

O DF acompanha a tendência nacional e vivencia o processo de transição demográfica, evidenciado pela queda nas taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade. Entre os anos de 2000 e 2016, a taxa bruta de natalidade sofreu uma queda de 36,4%. (GDF, 2016)

A PDAD (2021) destaca ainda que 96,1% dos moradores do DF declararam saber ler e escrever. No que diz respeito ao rendimento médio do trabalho, o valor observado em 2021 foi de R\$ 3.801,00 (em 2018, o valor era de R\$3.494,00). Esse estudo registrou, ainda, que 68,8% dos domicílios possuem pelo menos um automóvel. Com relação ao acesso à saúde, 69% da população urbana residente no DF declararam não possuir plano de saúde (CODEPLAN, 2019). Em 2020, 42,7% dos habitantes do DF estavam cadastrados na Atenção Primária à Saúde (APS). (BRASIL, 2021).

2.2 SITUAÇÃO DE MORTALIDADE NO DISTRITO FEDERAL

No DF, em 2018, mais da metade dos óbitos (55%) ocorreu no gênero masculino, sendo a mortalidade mais precoce nesse gênero, aumentando a partir dos 15 anos. No gênero feminino, a proporção dos óbitos é progressiva com a idade. Esse panorama pode significar que as mulheres apresentam um comportamento mais tardio de mortalidade quando comparado com o gênero masculino no DF (GDF, 2018).

Os dados de mortalidade indicam que, atualmente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um grave problema de saúde pública no DF (GDF, 2017). Essas doenças foram responsáveis por 66,2% dos óbitos em 2018, com destaque para as doenças cardiovasculares (25,3%), sendo a primeira causa específica as doenças isquêmicas do coração (incluindo infarto agudo do miocárdio), seguidas de neoplasias (22,1%), doenças respiratórias crônicas (4,1%) e diabetes (4,2%) (GDF, 2018).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) demonstram uma alta distribuição proporcional do total de mortes por câncer na região Centro-Oeste, principalmente no gênero masculino no período de 2016 a 2020.

2.3 SITUAÇÃO DA MORBIDADE NO DISTRITO FEDERAL

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (MS), obtidos através do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2020), 5,3% da população adulta (acima de 18 anos) no DF avaliou de maneira negativa o seu estado de saúde (IC95% 3,3-7,2). Essa porcentagem é de 4,9% entre os homens (IC95% 1,5-8,3) e 5,6% entre as mulheres (IC95% 3,6-7,6).

Os dados da VIGITEL também demonstram que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida foi de 28,5% (IC95% 24,6-32,3) em residentes no DF, enquanto a prevalência de diabetes mellitus autorreferida foi de 7,7% (IC95% 4,9-10,5). Avaliando a série histórica no DF, observa-se um aumento na prevalência autorreferida dessas comorbidades ao longo dos anos. Ainda, o VIGITEL destaca que 83,1% da população adulta no DF com hipertensão referiram tratamento medicamentoso da doença (IC95% 75,1-91), sendo 76,1% dos homens (IC95% 61,2- 90,9) e 89,7% das mulheres (IC95% 84,3- 95); 91,3% da população adulta com diabetes no DF referiram tratamento medicamentoso da doença (IC95% 83,9-98,6), sendo 89,6% dos homens (IC95% 78,4-100) e 94,2% das mulheres (IC95% 88,9-99,4) (BRASIL, 2020).

2.4 SITUAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Projeto SB Brasil 2010, analisou a situação da população brasileira em relação à cárie dentária, as doenças da gengiva, às necessidades de próteses dentais, às condições da oclusão, à fluorose, ao traumatismo dentário e à ocorrência de dor de dente, entre outros aspectos. O objetivo é proporcionar, ao MS e às instituições do SUS, informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento no setor, tanto em nível nacional quanto no âmbito local.

Dentre os principais resultados apresentados, destacam-se os relativos ao índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D). Aos 12 anos de idade, o resultado foi de 2,07, correspondendo a uma redução de 26,2% em 7 anos.

Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,25, mais do que o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Essa evolução do CPO-D entre a infância e a adolescência tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo.

No que diz respeito aos adultos e idosos, em geral, a redução do índice de cárie é menos significativa. Entre os idosos de 65 a 74 anos, o CPO-D praticamente não se alterou, em comparação com o SB Brasil de 2000, ficando em 27,5 em 2010. Entretanto, analisando os resultados para o grupo adulto de 35 a 44 anos, observou-se que o CPO-D caiu de 20,1 para 16,7 – um declínio de 17%. Conclui-se que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos anos, está tendo um maior acesso aos serviços odontológicos resultando em uma melhoria na saúde bucal.

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO-D entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO-D entre 1,2 e 2,6).

No que diz respeito às condições periodontais, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário, em termos populacionais, tais problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa etária de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.

A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (de 35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes.

O Projeto SB Brasil 2010 realizou também levantamento para proporcionar subsídios ao planejamento dos serviços de saúde bucal no que diz respeito às necessidades de reabilitação protética. Os dados obtidos mostraram

que os adolescentes apresentam uma necessidade de prótese parcial em 13,7% dos casos, não havendo necessidade de prótese total. Já os adultos necessitam de algum tipo de prótese em 68,8% dos casos, e 1,3% necessitam de prótese total em pelo menos um dos arcos dentários. Por fim, os idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitam de prótese total em pelo menos um dos arcos e 15,4% necessitam de prótese total em maxila e mandíbula.

No DF não há uma série histórica de levantamento epidemiológico em saúde bucal. O objetivo do levantamento epidemiológico é ter informações úteis ao planejamento de programas de promoção, prevenção e tratamento em saúde bucal, como a PDSB ora em análise. É necessário realizar um levantamento epidemiológico específico para o DF, para nortear as ações tanto em nível central como nas regiões de saúde.

3 PRINCÍPIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL DO DF

O desenvolvimento de ações na perspectiva da integralidade em saúde bucal na RAS no DF tem os seguintes princípios, além dos expressos no texto constitucional (universalidade, integralidade e equidade):

- **Gestão Participativa:** assegurar a participação das representações de usuários, trabalhadores e prestadores para as definições das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB), visando fortalecer o processo democrático e a ampliação do diálogo entre gestores, trabalhadores e comunidade, visando fortalecer o controle social;
- **Ética:** assegurar que toda e qualquer ação seja regida pelos princípios universais da ética em saúde;
- **Intersetorialidade:** favorecer a articulação e cooperação de políticas públicas que tenham objetivos comuns, com envolvimento responsável e continuado de usuários, gestores e trabalhadores, nas diferentes instâncias de efetivação;
- **Acesso:** buscar o acesso universal e equânime para a assistência e

dar atenção a toda demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde bucal da população de um determinado território. Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento;

- Acolhimento: desenvolver ações para o usuário considerando-o em sua integralidade biopsicossocial;
- Vínculo: responsabilizar a unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, por meio da oferta de ações qualificadas e eficazes, que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução.

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A humanização deve contemplar a atenção primária, atenção secundária e a atenção terciária.

Todos têm direito ao acesso a um conjunto de cuidados de saúde oferecidos por uma equipe de APS qualificada, apta a atender às necessidades individuais e coletivas. Estes cuidados são baseados na integralidade, equidade e acolhimento. A adscrição de pessoas, famílias e áreas a tais equipes, além do acompanhamento contínuo, contribui para o estabelecimento de um vínculo terapêutico.

O eixo de processos de trabalho é fundamental para a humanização da assistência e o cuidado com os usuários do SUS, garantindo tratamentos de qualidade com a devida atenção. É necessário que os recursos sejam investidos nas unidades de saúde, com profissionais qualificados, além de garantir transportes seguros para os pacientes.

4 AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

A promoção da saúde bucal é extremamente importante para o bem-estar

geral da população e deve ser encarada como um princípio de saúde que ultrapassa a abordagem técnica do setor odontológico. Esta tarefa envolve a construção de políticas públicas saudáveis que possam beneficiar todos os cidadãos, desenvolvendo, assim, estratégias direcionadas às necessidades de todos. A promoção da saúde bucal proporciona o cuidado em saúde bucal de forma integral, por meio do reconhecimento de problemas, seus determinantes e fatores de risco associados, favorecendo o empoderamento individual e coletivo.

Essas ações de promoção em saúde bucal desenvolvidas no DF devem estar alicerçadas nos cinco princípios da promoção da saúde: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação dos serviços de saúde.

Tais ações visam à redução de fatores de risco, que constituem ameaça à saúde das pessoas, podendo provocar-lhes incapacidades e doenças. Nesse grupo situam-se, também, a identificação e difusão de informações sobre os fatores de proteção à saúde e compreende um elenco vasto e diversificado de ações intersetoriais e de natureza educativa.

As equipes de saúde devem, a partir da análise do território, desenvolver ações de educação em saúde bucal direcionadas à população. O processo de educação em saúde bucal deve considerar a complexidade do processo de mudança de hábito, o respeito à individualidade e à cultura local, a ética, a autopercepção da saúde bucal, a reflexão sanitária, a formação de consciência crítica e cidadania participativa, além do fomento à autonomia dos indivíduos e à superação das desigualdades sociais.

Nesse sentido, recomenda-se que se adotem abordagens e ações relacionadas à mudança de comportamento (como parar de fumar, evitar consumo abusivo de álcool, boa alimentação). Outra medida importante é o incentivo e fortalecimento da autonomia dos usuários no controle de seu próprio processo saúde-doença, fornecendo-lhes instrumentos, apoio e orientação para torná-los independentes na condução de seus hábitos e no

conhecimento do seu corpo. É importante também articular-se com outras instituições governamentais, empresas, associações comunitárias e órgãos de representação, além de fomentar e fortalecer as ações coletivas no âmbito escolar, com envolvimento dos escolares, dos pais e dos responsáveis, bem como dos profissionais de Educação nas atividades, como importante estratégia que pode oportunizar o reconhecimento de problemas, seus determinantes e fatores de risco associados à saúde bucal.

Um dos métodos mais eficientes de promoção em saúde bucal coletiva é a fluoretação das águas de abastecimento. Segundo Portaria GM/MS nº 888/2021, incumbe às Secretarias de Saúde dos Municípios e do DF, exercer a vigilância da qualidade da água em sua área de competência. Além disso, o Código Sanitário do DF, atualizado pelo Decreto nº 32.568, a fluoretação de águas de abastecimento obedecerá às normas técnicas a serem expedidas pelo órgão competente. É necessário que a adição de flúor (fluoretação) e os valores recomendados para concentração de íon fluoreto sigam as recomendações em legislações. É recomendável que as empresas responsáveis pela fluoretação das águas forneçam relatórios mensais de medida de controle da fluoretação.

A promoção de saúde bucal é uma abordagem essencial para melhorar a qualidade de vida das pessoas. A mudança de paradigma na odontologia visa não apenas tratar as doenças, mas também capacitar os indivíduos a assumirem o protagonismo por sua própria saúde bucal.

5 NÍVEIS DE ATENÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL DO DF

5.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE BUCAL

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente define a APS como o “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida 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”. É a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

A APS do DF está fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF) e é regida pela Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Segundo essa Portaria, são princípios da APS:

- Primeiro Contato - os serviços da APS devem ser estruturados física e organizacionalmente para serem conhecidos pela população e percebidos pelos usuários como facilmente disponíveis para todos que deles necessitem, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde;
- Longitudinalidade - a APS deve continuamente acompanhar os ciclos de cuidado ao longo da vida das pessoas e de suas famílias, fortalecendo o vínculo entre a população e sua equipe, e exercendo vigilância sobre fatores que possam influenciar as condições de saúde, de forma a reduzir o número de agravos e estabelecer condutas personalizadas no exercício da assistência;
- Integralidade - os usuários devem receber todos os tipos de atenção no sistema de saúde, no qual, 80% dos problemas serão resolvidos na APS e o restante encaminhado aos outros níveis da atenção, sendo a APS a coordenadora e ordenadora do cuidado na RAS;
- Coordenação - as equipes da APS são responsáveis pelo direcionamento e acompanhamento dos usuários em todos os níveis de atenção à saúde;
- Centralização na família - necessidade de conhecimento pela

equipe de saúde dos membros da família e de seus problemas, propiciando intervenções personalizadas partindo da compreensão da estrutura familiar; e

- Orientação comunitária - a APS deve ser direcionada para as relações entre os indivíduos e o ambiente em que se inserem, como determinantes do seu processo de saúde-doença, que devem ser levadas em consideração na definição de condutas individualizadas em harmonia com a realidade social e de intervenções realizadas na população atendida.

A Saúde Bucal na APS se organiza da seguinte forma: equipes de Saúde Bucal (eSB), equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Programa Saúde na Escola (PSE) e equipes de Consultório na Rua.

5.1.1 Equipe de Saúde Bucal

A eSB na eSF representa a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS). Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população, ampliando o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

O processo de trabalho das eSBs fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo.

A eSB é responsável pelo cuidado contínuo e atua na APS buscando resolver pelo menos 80% das demandas apresentadas pela população. Vale ressaltar que a prótese dentária faz parte da Carteira de Serviços da APS.

Em 2022, a Portaria SES/DF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, teve o Inciso II do Artigo 6º alterado pela Portaria SES/DF nº 114, de 10 de fevereiro de 2022, passando a eSB a ser definida como equipe responsável pela saúde bucal da população do território da equipe Saúde da Família (eSF), credenciada e homologada pelo MS, a qual esteja vinculada. De acordo com esta Portaria, é permitida a seguinte forma de vinculação e composição da eSB: eSB de 40 horas, composta por 1 (um) Cirurgião Dentista (CD) de 40 horas e 1 (um) Técnico em Saúde Bucal (TSB) de 40 horas, vinculada a uma eSF. Excepcionalmente, em caráter temporário, será permitido também eSBs credenciadas com carga horária diferenciada, em que os profissionais poderão ser cadastrados com carga horária mínima individual de 20 horas semanais.

5.1.2 Equipes de Atenção Primária Prisional

Em 2014, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde no SUS para a população privada de liberdade, fazendo com que cada UBS prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da RAS. O CD e TSB fazem parte destas equipes.

O acesso dessa população às ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, pela Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e pela Lei de Execução Penal nº 7.210/1984.

As eAPPs são equipes de composição multiprofissional, com responsabilidade exclusiva de prestar assistência às pessoas privadas de liberdade que se encontram no sistema prisional, de forma a integrá-las aos serviços da RAS.

Atualmente, o DF possui 23 eAPPs, distribuídas em três Regiões de Saúde: Centro Sul, Leste e Sul. A PDSB tem como objetivo garantir o atendimento odontológico a todas as Unidades Prisionais, de modo a assegurar o direito à saúde de todos os privados de liberdade. Para que isso seja possível, é necessário ampliar o número de eAPP, permitindo que todos tenham acesso a

um atendimento odontológico resolutivo.

A assistência odontológica é garantida à população das unidades prisionais do DF e os procedimentos ofertados são aqueles contidos na carteira de serviços da saúde bucal, no âmbito da APS. Vale ressaltar que, em todos os tipos de equipe prisional, estão previstos o CD e o TSB. As definições e parâmetros vigentes na SES/DF, ao atendimento a essa população, seguem o Manual de Parâmetros Mínimos da Força de Trabalho para Dimensionamento da Rede e a Portaria SES/DF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, considerando a equipe de Saúde do Sistema Prisional como aquela que atua na unidade de saúde do Sistema Prisional do DF e na Penitenciária Federal de Brasília.

A saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, que se encontram em regime de internação provisória, internação e semiliberdade, necessita de atenção especial devido à sua maior vulnerabilidade e à limitação de acesso à rede de saúde. Para isso, as Regiões de Saúde que possuem unidades socioeducativas destinadas a esse segmento deverão definir quais as Equipes de Saúde da Família e eSB serão responsáveis pela atenção à saúde desses adolescentes. De forma excepcional, quando a unidade socioeducativa possuir uma equipe própria de saúde, deverá se articular com a equipe de eSF e eSB de referência para prestar atenção integral à saúde aos adolescentes privados de liberdade. Neste sentido, as eAPPs não abrangem essa população.

5.1.3 Unidade Odontológica Móvel

A Portaria Ministerial nº 2.371, de 7 de outubro de 2009 institui, no âmbito da PNAB, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal – UOM, que são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal a serem realizadas por eSBs vinculadas às eSFs.

Os profissionais de saúde bucal da APS podem se organizar nas seguintes modalidades:

- I - CD generalista ou especialista em Saúde da Família e TSB ou ASB;

II - CD generalista ou especialista em Saúde da Família, TSB e ASB ou outro TSB.

Os profissionais das modalidades I ou II poderão desenvolver parte de suas atividades em uma UOM, não sendo permitido que esses profissionais exerçam a carga horária, exclusivamente na UOM.

No âmbito da PNAB, as UOMs desempenham um papel crucial na assistência aos usuários das áreas mais vulneráveis e de difícil acesso. Com o intuito de ampliar o alcance dessas unidades, a PDSB estabelece a priorização dos atendimentos nas localidades sem cobertura de eSBs e com maior dificuldade de locomoção por parte da população. Dessa forma, busca-se garantir a assistência odontológica em regiões onde os serviços de saúde são mais escassos e os desafios para a mobilidade dos pacientes são mais acentuados.

5.1.4 Programa Saúde na Escola

O PSE é uma estratégia de integração de saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras. Tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

A proposta de fazer parte da PDSB é proporcionar uma integração entre saúde e educação com visitas da eSB na escola e traçando um plano de tratamento. Esse programa implica ofertas de serviços em um mesmo território, baseado na sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de co-responsabilidade.

O Programa foi instituído em 2007 e modificado pela Portaria Interministerial nº 1055, de 25 de abril de 2017. Dentre as ações definidas pela Portaria Interministerial nº 1055, estão a promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor (Art. 10, VII). Outras ações a serem executadas nas escolas abrangem: levantamento de necessidades, escovação bucal

supervisionada, palestras educativas para alunos e seus familiares.

O trabalho a ser desenvolvido em conjunto com as escolas deve assumir uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde com os educandos, os pais, e também com professores e funcionários. É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2011).

As ações de educação e saúde do PSE ocorrerão nos territórios pactuados entre os gestores de educação e de saúde, definidos segundo a área de abrangência das eSFs, tornando possível a interação entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, UBS, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, outros).

Orienta-se que sejam realizadas ações em saúde bucal prioritariamente nas escolas que tenham feito a adesão ao PSE. Porém, todas as UBS da SES/DF devem dar cobertura às escolas da Rede de Ensino Público do DF que estiverem localizadas em seus territórios ou área de abrangência, independente de terem aderido ou não ao PSE.

É recomendado que, nas primeiras visitas à instituição educacional, a equipe da eSB estabeleça uma parceria com a direção e o corpo docente da escola. Com o intuito de embasar o planejamento das ações a serem desenvolvidas naquele ambiente educacional, a equipe da eSB deve realizar um levantamento das necessidades dos alunos por meio de ações educativas e de promoção à saúde.

Caso identifiquem-se necessidades de recuperação ou reabilitação, os alunos serão encaminhados pela escola/eSB para tratamento na UBS de referência, conforme a necessidade, devendo ser priorizadas as urgências e situações de risco.

A UBS de referência estabelecerá o agendamento de forma a se adequar à demanda de sua área de abrangência ou território adstrito, respeitando a classificação e a estratificação de risco, dentro do planejamento

de cada equipe.

5.1.5 Equipe de Consultório na Rua

A equipe Consultório na Rua (eCR) foi instituída em 2011 pela PNAB com o objetivo de ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Essa iniciativa tem como propósito oferecer de maneira mais oportuna e eficiente, atenção integral à saúde para esse grupo populacional que se encontra em condições de vulnerabilidade.

De acordo com o Anexo XVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, a qual regulamenta a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, as eCRs integram o componente de atenção primária da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações da APS, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos pela PNAB.

As eCRs são multiprofissionais e podem contar, em sua composição, com CD e TSB. Essas equipes lidam com as diferentes demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, como por exemplo o cuidado aos usuários de álcool e drogas ilícitas. Quando as eCRs não contarem com CD e TSB em sua composição, cabe a gestão local definir e designar fluxos de referência em saúde bucal específicos para assistência à população de rua. As eCRs devem realizar busca ativa, desempenhar suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às UBSs, utilizando, quando necessário, as instalações das UBSs do território. Além disso, estas equipes devem desenvolver seu trabalho, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, dos serviços de urgência e emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

Diante desse contexto de amplitude de atenção às pessoas em situação de rua, a odontologia se insere no quadro de atendimento a esse grupo, com objetivo de garantir atenção integral. A eSB promove o acesso de forma equânime às ações e reinserção social, englobando desde atividades de promoção à saúde a intervenções assistenciais.

A PDSB visa contemplar em todas as eCR o CD e TSB para ampliar o acesso desta população aos serviços de Saúde Bucal.

5.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA EM SAÚDE BUCAL

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi criada em 2004 com o objetivo de melhorar a saúde da população e diminuir as desigualdades sociais. Essa Política está alinhada com os princípios e diretrizes do SUS e é baseada na ampliação da oferta de serviços especializados em saúde bucal, com organização da APS no nível local, e no estabelecimento de diretrizes para o sistema de referência e contrarreferência, fortalecendo a RASB.

Na área da Odontologia, é importante garantir a oferta de serviços públicos que possam atender ao critério de continuidade, sempre pautados no princípio da integralidade. Nesse sentido, é fundamental compreender e aplicar os conceitos de referência e contrarreferência que permeiam os três níveis assistenciais. A referência, por sua vez, é caracterizada pelo fluxo de encaminhamento do paciente que necessita de procedimentos complexos para centros de atenção especializada. Já a contrarreferência, por sua vez, representa o retorno do paciente à APS.

Nesse sentido, a Atenção Secundária é fundamental para garantir a qualidade e a abrangência dos cuidados prestados, pois possibilita o acesso a consultas e procedimentos especializados, articulando diferentes pontos da RAS que, muitas vezes, estavam distantes uns dos outros. Com isso, é possível oferecer um cuidado mais completo e resolutivo aos pacientes, garantindo a sua saúde e bem-estar de forma mais efetiva.

5.2.1 Centros de Especialidades Odontológicas

Um dos componentes da Atenção Secundária são os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Os CEOs foram constituídos para atender a demanda de procedimentos especializados e contra referenciar esses pacientes para a APS ou referenciá-lo para a Atenção Terciária.

Nesse sentido os CEOs, compõem a Atenção Ambulatorial Secundária (AASE), que prestam o apoio matricial e a educação permanente em saúde

como instrumentos, para assegurar a integralidade do atendimento. Desta forma, busca-se superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela Atenção Básica.

As portarias nacionais utilizadas como base para a constituição e organização dos CEOs são: Portaria nº 600/GM (7), que instituiu o financiamento dos CEOs, sendo atualizada pela Portaria nº 1341/GM; Portaria nº 599/GM (8), que definiu a implantação das especialidades odontológicas dos CEOs e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias, estabelecendo critérios, normas e requisitos para seu credenciamento; Portaria nº 584/GM (11), que define os recursos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados em saúde bucal e a Portaria nº 87/SAS, que definiu recurso de antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados em saúde bucal.

No DF, a atenção secundária foi criada pelo Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018, e as diretrizes e as normas para a organização da AASE foram estabelecidas pela Portaria nº 773, de 19 de julho de 2018.

A PDSB tem como objetivo ampliar os serviços de saúde em cada Região Administrativa do DF. Uma das medidas previstas é a implantação de um CEO em cada região, visando regionalizar e estender a rede assistencial para produção de serviços odontológicos especializados. Para garantir o acesso integral às ações de saúde bucal, o critério inicial de seleção para implantação do CEO será o maior percentual de cobertura das eSB do Programa Saúde da Família, conforme § 6º da Portaria nº 599 de 23 de março de 2006.

Os CEOs são um espaço de cuidado especializado integrados à RAS. Atualmente o DF conta com doze CEOs distribuídos por todas as Regiões de Saúde, presente também em uma Unidade de Referência Distrital.

Esses centros especializados oferecem, no mínimo, as seguintes especialidades: Endodontia, Periodontia Especializada, Atendimento a Pessoas com Deficiência/Pacientes com Necessidades Especiais, Cirurgia Oral Menor e Diagnóstico Bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção de câncer de boca.

No DF, os CEOs oferecem além das especialidades obrigatórias, outras especialidades importantes para o cuidado em saúde bucal. Dentre elas, podemos citar: Odontopediatria, Prótese Dentária, Radiologia Odontológica e Imaginologia a Disfunção temporomandibular e Dor Orofacial (DTM/DOF).

Essas unidades odontológicas podem ser classificadas em três tipos distintos, cada um deles com uma habilitação específica. Essas habilitações determinam não apenas a distribuição financeira, mas também a produtividade com base no cumprimento de metas mensais. O CEO tipo I, por exemplo, possui três cadeiras odontológicas, enquanto o CEO tipo II gerencia quatro ou mais cadeiras. Já o CEO tipo III é constituído por, no mínimo, sete cadeiras. Essas classificações são essenciais para entender o desempenho e a estruturação do serviço.

A Lei Distrital nº 6.510/2020 dispõe sobre a Política de Cuidados Ortodônticos, preventivos e interventivos em crianças de 6 a 12 anos de idade. Os tratamentos previstos pela referida Lei, quando implementados, serão realizados exclusivamente nos CEOs.

Importante destacar que a SES/DF disponibiliza o serviço de Prótese Dentária à população. Com o intuito de expandir o acesso a esse procedimento odontológico, a PDSB prevê a oferta do serviço em todas as Regiões de Saúde e a criação de Centros de Referência em Prótese Dentária. Essas ações visam atender a crescente demanda nas regiões e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes.

A Implantodontia no âmbito do SUS possui crescente importância e, com a Portaria nº 398/2011, expedida pelo MS, são estabelecidas diretrizes e normas que visam garantir a realização segura dos procedimentos. A normatização determina os critérios de indicação, os materiais a serem empregados e os protocolos de acompanhamento pós-operatório, com o objetivo de ampliar a oferta de serviços de Implantodontia no SUS para todos os usuários. É fundamental a garantia da acessibilidade e na preparação dos serviços de Implantodontia no SUS, de modo que todos possam ter acesso à reabilitação com implantes.

A especialidade de Ortodontia e Ortopedia possui regulamentação específica por meio da Portaria nº 718/SAS do Ministério da Saúde. Tal regulamentação estabelece diretrizes para os CEOs e Centros de Tratamento da Má Formação Labiopalatal no que se refere aos procedimentos a serem realizados. Na SES/DF, alguns hospitais já contam com um importante avanço na área, a ortodontia corretiva. Tal técnica é de caráter pré-cirúrgico e consiste em procedimentos que preparam o paciente para ser submetido à cirurgia ortognática e/ou para correção de fendas/fissuras labiopalatais. O Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF), Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) e Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) oferecem tais procedimentos e são importantes referências no tratamento de má formação labial.

Na Atenção Secundária, é comum a utilização do Centro Cirúrgico para a realização de serviços nos CEOs ou no Serviço de Tratamento de Fissuras Labiopalatais, localizado no HRAN. Nesse sentido, é importante a ampliação e padronização dos horários para a Odontologia nos Centros Cirúrgicos de todos os hospitais, a fim de consolidar a oferta integral e de qualidade aos pacientes atendidos. Com essa medida, poderemos garantir um atendimento eficaz e satisfatório para aqueles que necessitam de cuidados odontológicos sob sedação ou anestesia geral.

5.2.2 Equipes de Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar (AD) é um serviço que visa oferecer cuidados aos pacientes, levando em consideração a estrutura familiar, a infraestrutura do domicílio e a estrutura dos serviços de assistência domiciliar. Com isso, é possível evitar hospitalizações desnecessárias e reduzir o risco de infecções. Existem diversas modalidades de equipes de AD, algumas das quais incluem o CD. Estudos científicos indicam que o tratamento odontológico para pacientes acamados pode prevenir o agravamento do quadro geral de saúde do paciente. Nesse sentido, a inclusão do CD nas equipes de AD desempenha um papel relevante na saúde pública.

A Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, trouxe importantes mudanças

para a AD no âmbito do SUS. De acordo com a norma, a AD é uma modalidade de atenção à saúde que integra as RAS, caracterizada por um conjunto de ações que incluem prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, todas prestadas em domicílio, garantindo a continuidade dos cuidados. Além disso, a Portaria estabelece que o Serviço de AD é um serviço complementar aos cuidados realizados na APS e em serviços de urgência, que pode ser substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Este serviço é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de AD e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Segundo a Portaria nº 825, a EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das cargas horárias semanais de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho: Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, CD, Psicólogo, Farmacêutico ou Terapeuta Ocupacional.

De acordo com a portaria em questão, a AD será dividida em três modalidades distintas, a saber: AD1, AD2 e AD3. A escolha da modalidade a ser aplicada dependerá das necessidades específicas de cada caso, levando em consideração a periodicidade das visitas, a intensidade do cuidado multiprofissional e a utilização de equipamentos.

Cabe às equipes da APS a responsabilidade pela prestação de assistência na modalidade AD1, por meio de acompanhamento regular no domicílio, de acordo com as particularidades inerentes a cada paciente.

Os usuários que se enquadram na modalidade AD1 receberão atendimento odontológico por meio das eSBs que estão ligadas às equipes de saúde da família (eSFs) responsáveis pelo território onde o paciente está cadastrado. Já os usuários que são elegíveis para a modalidade AD2 e AD3 serão encaminhados pela eSF ou eSB de sua vinculação para as EMAPs mais próximas de sua residência e que contem com profissionais da área odontológica. Caso a EMAP não possua um CD em sua equipe, a

responsabilidade pelo atendimento odontológico será de responsabilidade pela eSB de referência.

O paciente que está sob os cuidados da AD tem direito a receber assistência odontológica em qualquer nível da RAS. Na Atenção Primária, a responsabilidade do cuidado é da eSB. Quando demandar atendimento especializado o paciente deve ser regulado para o CEO. Caso haja internação hospitalar, a equipe de Odontologia Hospitalar deve prestar assistência ao paciente. Como ordenadora do cuidado, a eSB deve acompanhar a trajetória do paciente dentro da rede. É importante ressaltar que essas informações são fundamentais para garantir o acesso à saúde bucal de qualidade para todos os pacientes sob os cuidados da AD.

A presença do CD na equipe da AD contribui fortemente para o diagnóstico precoce, tratamento e recuperação de problemas bucais que podem levar ao agravamento do quadro de saúde geral do paciente em acompanhamento domiciliar. Vale ressaltar que, mesmo os pacientes encaminhados às EMAPs com CD na composição, continuam sendo responsabilidade da eSB, devendo haver um cuidado compartilhado.

Nesse sentido, a PDSB visa incluir o CD na equipe de AD em especial nas regiões que não alcançaram a relação de uma eSB para cada eSF.

5.2.3 Unidades de Pronto Atendimento

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) integra a Rede de Atenção às Urgências, conforme estabelecido pela Portaria GM/MS nº 342, de 4 de março de 2013. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, AD e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Essas Unidades mantêm pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

A PDSB deve contemplar as UPAs como um serviço de importância para a população. Além disso, é fundamental inserir a Odontologia tanto nas unidades já existentes como nas que serão implantadas no futuro. Para isso, destina-se a oferta de atendimento odontológico em todos os dias da semana, incluindo os fins de semana. Para garantir que a população seja assistida de forma eficiente e eficaz, é imprescindível que sejam disponibilizados recursos humanos, estrutura física adequada, equipamentos, materiais e insumos de qualidade, necessários para o funcionamento dos serviços.

5.2.4 Serviço Multidisciplinar de Tratamento das Fissuras Labiopalatais

As fissuras labiopalatinas são consideradas defeitos na fusão entre o lábio e o palato durante o desenvolvimento embrionário, especificamente até a 12ª semana de gestação. Essas fissuras são consideradas os defeitos congênitos mais comuns que afetam a face humana, atingindo aproximadamente uma a cada 650 crianças nascidas, de acordo com estudos especializados. A etiologia dessas fissuras é multifatorial, podendo envolver fatores genéticos e/ou ambientais. Essa condição tem um impacto significativo na fala, audição e aparência, o que prejudica a integração social do indivíduo.

A importância do atendimento precoce para pessoas com fissura labiopalatal e suas famílias é indiscutível. Além de potencializar os resultados do tratamento, essa abordagem permite que os procedimentos cirúrgicos e de reabilitação sejam realizados dentro do prazo recomendado internacionalmente. É um fato cientificamente comprovado que o atendimento precoce é fundamental para garantir o bem-estar e a qualidade de vida dessas pessoas.

No DF, os pacientes que sofrem com fissuras labiopalatais são atendidos pelo serviço multiprofissional no HRAN, conhecido como Serviço Multiprofissional de Tratamento das Fissuras Labiopalatais. Esse serviço conta com uma equipe de saúde bucal, inserida em uma composição multiprofissional, e tem como objetivo principal promover a reabilitação estética e funcional desses pacientes. Com isso, buscamos garantir que eles sejam reintegrados à sociedade com o mínimo de sequelas possível. Os pacientes

que necessitam desse atendimento especializado são encaminhados por meio do Sistema de Regulação (SisReg), pelo CD responsável pelo seu tratamento na UBS ou no CEO.

O serviço oferece uma estrutura de atendimento completa, abrangendo todas as áreas relacionadas ao processo de reabilitação. Não somente há envolvimento da parte cirúrgica, mas também com o aspecto emocional e social dos pacientes. O atendimento segue condutas terapêuticas específicas, baseadas na definição de um plano terapêutico singular. Isso é fundamental para que a equipe multidisciplinar possa atuar de forma coordenada, com cada especialidade no momento certo para alcançar resultados satisfatórios para os pacientes. O objetivo é promover a reabilitação completa, abrangendo aspectos morfológicos, funcionais e psicossociais.

Nesse contexto, o CD tem papel fundamental no controle das infecções bucais e no restabelecimento estético, funcional e social dos pacientes portadores desta má formação.

5.2.5 Exames Complementares

O CD desempenha um importante papel ao identificar e diagnosticar as alterações que afetam o sistema estomatognático. Para alcançar o diagnóstico preciso e o plano de tratamento correto, utilizam-se técnicas avançadas, como exames complementares de imagem, que revelam estruturas que podem passar despercebidas durante o exame clínico. Esses exames são essenciais para um diagnóstico detalhado e um tratamento eficaz.

Na rede pública de saúde do DF, são realizados exames extrabucais (radiografia panorâmica) e exames intrabucais (radiografias periapical, bite-wing e técnicas de localização). As unidades são equipadas com sensores digitais e impressoras radiográficas e estão localizadas em todas as Regiões de Saúde.

Apesar dos avanços, ainda há alguns desafios a vencer, como a diversificação e o aumento da carteira de serviços de diagnóstico por imagem. O objetivo é obter imagens especializadas e precisas, como a implementação

de tomografia *cone beam*, a documentação ortodôntica para os pacientes fissurados e com indicações de cirurgias bucomaxilofaciais de alta complexidade, como as ortognáticas.

Dessa forma, é necessário contemplar todas as Regiões de Saúde com o serviço de exames complementares de imagem, em especial, aqueles específicos à odontologia.

Diversas condições sistêmicas possuem um impacto direto no planejamento odontológico. O CD pode solicitar exames laboratoriais, ampliando o conhecimento sobre a saúde bucal e sistêmica do paciente. Assim, é fundamental garantir que os exames de diagnóstico anatomopatológico sejam conduzidos de forma adequada e eficiente pelos Laboratórios de Patologia Clínica presentes nas sete Regiões de Saúde.

5.3 ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE BUCAL

Os serviços de atenção terciária exercem importante papel para a recuperação do usuário e são fundamentados na reabilitação parcial/total, visando amenizar, limitar e até evitar incapacidades crônicas e/ou recidivas, proporcionando qualidade de vida. A Atenção Terciária ou Alta Complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Esse nível de atenção em Saúde Bucal apresenta-se das seguintes formas descritas a seguir.

5.3.1 Atenção hospitalar em saúde bucal

A Odontologia Hospitalar é uma prática que visa cuidados das alterações bucais buscando sempre o bem-estar do paciente internado, reduzindo assim o índice de complicações na saúde sistêmica. O cuidado odontológico e as boas práticas de saúde podem prevenir ou amenizar o agravamento do quadro de saúde do paciente, contribuindo com a redução de infecções respiratórias e diminuição no uso de antibióticos. A atenção em saúde bucal no âmbito hospitalar exige equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

A atuação da odontologia hospitalar é regulamentada pela Resolução Conselho Federal de Odontologia nº 163, de 9 de novembro de 2015, a qual

define as áreas de atuação do CD habilitado em Odontologia Hospitalar.

No DF, em 2016, entrou em vigor a Lei Distrital nº 5.744/2016 que assegura a todos os usuários dos serviços públicos, no âmbito da rede pública de saúde distrital, onde haja internação de pacientes, o direito de ter o atendimento de profissional de odontologia em atuação conjunta com o corpo clínico de médico, quando necessário.

Os hospitais têm a capacidade de oferecer equipamentos e equipes que garantam diversas intervenções odontológicas. Isso inclui desde o tratamento e prevenção de doenças bucais em pacientes internados ou que necessitam de tratamento em ambiente hospitalar, até a reabilitação oral com condições que necessitem de cuidados odontológicos em ambiente nosocomial.

Além disso, os hospitais oferecem a adequação e manutenção do equilíbrio bucal para pacientes que passarão por transplantes de medula óssea, fígado, rins, coração, cirurgias cardíacas, radioterapia, quimioterapia, ou qualquer procedimento recomendado pela equipe médica.

Outro aspecto importante é a reabilitação protética de pacientes que sofreram mutilações faciais devido a cirurgias oncológicas ou outras causas. Esses usuários do SUS necessitam de atendimento por uma equipe multiprofissional para intervenção e acompanhamento.

Os Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) são contemplados com assistência odontológica individualizada, tanto restauradora quanto cirúrgica, para atender esses pacientes de forma segura e confortável. Os procedimentos podem ser realizados sob anestesia local ou sedação/geral em centro cirúrgico, garantindo o máximo de conforto e tranquilidade.

Os procedimentos disponíveis para tratamento de disfunções temporomandibulares, malformações congênitas e dores orofaciais, assim como as atividades odontológicas preventivas e curativas destinados aos pacientes crônicos e em cuidados paliativos, também são contemplados em ambiente hospitalar. Para a correção das disfunções temporomandibulares, malformações congênitas e dores orofaciais, são ofertadas tanto a opção de

tratamento cirúrgico quanto o uso de próteses ou órteses. Com equipe multiprofissional, é possível cuidados para restabelecer a função normal da mandíbula, corrigir malformações congênitas e aliviar dores orofaciais, proporcionando-lhe maior qualidade de vida.

O objetivo da PDSB, na atenção odontológica hospitalar, é garantir a promoção, prevenção e reabilitação dos pacientes internados. O atendimento abrange a assistência aos pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), enfermarias, centro cirúrgico e urgências/emergências odontológicas, incluindo os pacientes com fissuras lábio palatinas, pessoas com deficiência e oncológicos. O profissional de Odontologia contribui para a prevenção e tratamento de doenças bucais, além de auxiliar na recuperação e bem-estar dos pacientes. A atenção hospitalar em saúde bucal busca garantir a saúde oral dos indivíduos internados, considerando-a como um aspecto importante para a saúde geral.

5.3.1.1- Atenção à saúde bucal do paciente oncológico

O MS publicou duas portarias importantes que tratam da assistência do paciente oncológico. A Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 e a Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, que têm como objetivo comum reduzir a mortalidade e incapacidades causadas por esta doença.

Essas portarias definem que o Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) da Rede de saúde devem oferecer o cuidado integral aos pacientes oncológicos, possuindo instalações físicas, condições técnicas, equipamentos e recursos humanos necessários à prestação de serviços de alta complexidade. Devem, também, oferecer serviços de apoio multidisciplinar, incluindo o CD.

Fazem parte integrante desta RAS: os CDs das equipes multiprofissionais dos CACON e UNACON, as eSB da APS, os CEOs e os serviços de prótese dentária e bucomaxilofacial.

Dessa forma, é função do CD a preparação com o foco na adequação do

meio bucal desses pacientes para o início das terapias antineoplásicas (quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, transplante de medula óssea) assim como o acompanhamento e combate aos efeitos colaterais bucais decorrentes do tratamento.

O CD deve realizar ações que visem a educação, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento do câncer bucal independente do seu nível de atuação na RAS, tais como:

- Realizar rotineiramente exames clínicos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção, em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação com representantes das três esferas de governo;
- Oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa), seja em visitas domiciliares ou em momentos de campanhas específicas (como por exemplo em vacinação de idosos);
- Acompanhar casos suspeitos e confirmados por meio da definição e, se necessário, pela criação de um serviço de referência, garantindo-se o tratamento e possível reabilitação;
- Estabelecer parcerias institucionais para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de situações clínicas associadas ao câncer bucal com Universidades públicas-privadas, hospitais públicos-privados-militares e outras organizações competentes no assunto.

Para subsidiar os profissionais na assistência será elaborado o Protocolo Assistencial de Manejo Odontológico ao Paciente Oncológico da SES/DF, passando pela Atenção Primária, Secundária e Terciária.

5.3.1.2 Atendimento na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais

Sob a ótica da organização dos serviços hospitalares, encontra-se a Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), uma especialidade da Odontologia, que tem como um dos seus objetivos o diagnóstico e o tratamento,

cirúrgico e coadjuvante, das doenças de origem traumática do sistema estomatognático e da região bucomaxilofacial, além de lesões em face e cavidade bucal e correções cirúrgicas das deformidades dentofaciais/esqueléticas.

Atualmente esse serviço é ofertado nos seguintes hospitais: HRAN, Hospital Regional de Sobradinho (HRS), IHBDF e HRSM. Os pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos com intervenção de um Cirurgião Bucomaxilofacial deverão ser referenciados para esses serviços. A proposta da PDSB é ampliar o serviço para todas as Regiões de Saúde.

5.3.1.3 Pronto-Socorro Odontológico

O Pronto-Socorro (PS) Odontológico atende urgências e demanda medidas rápidas de atendimento que têm por objetivo aliviar os sintomas dolorosos, traumáticos e/ou infecciosos da cavidade bucal. Várias situações podem gerar uma urgência odontológica e levam, geralmente, ao afastamento laboral, escolar e piora na qualidade de vida da população.

No DF, os atendimentos de urgência são realizados em três hospitais: o HRAN, o Hospital Regional de Taguatinga (HRT) e o Hospital Regional do Gama (HRG). A PDSB visa ampliar o acesso a esses serviços de saúde para todas as Regiões de Saúde, garantindo um atendimento de qualidade e eficiente em todo o DF.

5.3.1.4 Pronto-Socorro de trauma de face e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais

O trauma determina graves consequências biopsicossociais em suas vítimas, podendo ocasionar desde incapacidade temporária ou permanente, até mesmo, o óbito do paciente. Sendo assim, é fundamental o desenvolvimento de um sistema efetivo, organizado e multiprofissional (CD Bucomaxilofacial, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outras áreas), a fim de otimizar a qualidade do atendimento ao paciente politraumatizado. Este atendimento deve ser realizado em ambiente hospitalar.

Nesse serviço, também são atendidos os pacientes com infecções de

origem odontogênica que podem disseminar além dos dentes para os processos alveolares e para os espaços fasciais da cabeça e do pescoço.

O PS de trauma de face e CTBMF está instalado no IHBDF.

5.3.1.5 Unidade de Terapia Intensiva

O atendimento por CDs em UTIs tem como principal objetivo a prevenção de infecções bucais. Essas alterações podem influenciar as doenças já instaladas no paciente internado. O cuidado com a saúde bucal atua limitando a multiplicação de microrganismos que colonizam os sistema estomatognático e conseguem migrar para as vias aéreas inferiores. A abordagem da odontologia resulta em melhora dos cuidados, reduzindo o tempo de internação em ambiente hospitalar.

A normativa da ANVISA, por meio da Resolução de Diretoria Colegiada nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, estabelece os requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs. E uma das exigências é a presença de assistência odontológica, conforme disposto no artigo 18º, Inciso VI.

No DF, a legislação foi regulamentada pela Lei nº 5.744, de 09 de dezembro de 2016, que determina a obrigatoriedade da presença de um Cirurgião Dentista nas UTIs do DF. Essas medidas são fundamentais para garantir um atendimento completo e de qualidade aos pacientes internados em UTIs. A assistência odontológica é de extrema importância, pois as alterações bucais podem afetar diretamente a saúde sistêmica.

A PDSB tem como objetivo essencial garantir a presença de CDs capacitados em todas as UTIs dos hospitais públicos do DF. Com essa iniciativa, almeja-se promover a atenção integral à saúde bucal dos pacientes internados, proporcionando cuidados especializados e de qualidade. Essa medida contribui para um tratamento completo e humanizado, assegurando a saúde bucal como parte fundamental do bem-estar geral.

6 TRANSVERSALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA SAÚDE BUCAL DO DF

No SUS, transversalidade é um dos princípios da PNH e deve estar presente em todos os programas e políticas do SUS. Com isso, o resultado esperado é a comunicação entre pessoas e grupos ampliados, sem hierarquia, reforçando a produção de saúde com qualidade.

Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem interagir com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma corresponsável. Diante disso, a saúde bucal do DF deve ser incluída em todas as políticas de saúde do DF, garantindo a integralidade na assistência ao usuário.

A SES/DF vem atuando na construção em várias linhas de cuidados com transversalidades, a saber: Linha de Cuidado ao Paciente com Fissura Labiopalatal, do Transtorno do Espectro Autista, de Cuidado Integral da Pessoa Idosa, do Câncer de Mama e de Cuidado de Deformidades Faciais.

As ações transversais na PDSB devem englobar ainda as Políticas de Alimentação e Nutrição, Rede Cegonha, Saúde da Criança e Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Trabalhador, Portadores de Doenças Crônicas Transmissíveis e não transmissíveis, Pessoas em Situação de Vulnerabilidade, Vigilância Sanitária, dentre outras. Várias ações já estão integradas, mas é preciso ampliar esta transversalidade de forma mais efetiva.

7 INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE BUCAL

A Intersetorialidade em Saúde Bucal apresenta-se com a coparticipação de outras Secretarias com a SES/DF. A participação é efetivada através de programas de saúde que estão relacionados com a temática de atuação.

Há atualmente uma série de projetos em parceria com órgãos do Distrito Federal, como a Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Administração, a Secretaria de Estado de Educação e a Secretaria de Estado de Transparência e Controle. Essas ações englobam atividades de

monitoramento, planejamento estratégico, planejamento orçamentário, regulação e implementação do PSE.

A Saúde Bucal na intersectorialidade deve avançar em especial com a Secretaria de Mulheres, Criança e Adolescente, Comunicação, Ciência e Tecnologia, Desenvolvimento Social, Esporte e Lazer, Pessoas com Deficiência, dentre outras. Com a atuação da PDSB, nessa perspectiva, podemos esperar avanços significativos nessa área. É importante ressaltar que a interação entre esses setores é fundamental para garantir uma abordagem mais abrangente e efetiva na promoção da saúde bucal.

8 REGULAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO DF

A Regulação do Acesso à assistência é uma ferramenta da gestão que visa aprimorar e otimizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis. Ela abrange a ordenação, controle, gerenciamento e qualificação dos fluxos de acesso aos serviços de saúde, com o objetivo de promover a transparência, integralidade e equidade no acesso. Além disso, ela também auxilia no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores, conforme definido pela Portaria Ministerial nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Com essa regulamentação, é possível garantir uma gestão mais eficiente e eficaz dos serviços de saúde.

O Complexo Regulador compõe a SES/DF, e é essa unidade que supervisiona o sistema de acesso regulado. Ele é responsável por organizar, gerenciar e monitorar todo o funcionamento desse sistema, seguindo todas as leis e regras estabelecidas. Todas as diretrizes desse setor são elaboradas pelo próprio órgão, em colaboração com as áreas técnicas da SES/DF.

No DF, utiliza-se o Sistema Nacional de Regulação (SisReg), um sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde que informatiza a central de regulação. Trata-se de uma plataforma online criada especialmente para gerenciamento pelo Complexo Regulador. Por meio de seus módulos, é possível regular o acesso a consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade, além de controlar as internações de urgência e emergência.

Os Protocolos de Regulação e Notas Técnicas regem o acesso aos CEOs e aos hospitais de acordo com a classificação de risco, apoiando os profissionais de saúde de forma a auxiliar nos fluxos de referência/contra referência fortalecendo a gestão da rede.

A interface ideal entre os serviços de Atenção Primária, da Atenção Secundária e da Atenção Terciária deve levar em consideração algumas características:

- Equidade: todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior complexidade sem barreiras para este referenciamento;
- Integralidade: todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível primário ou secundário, sendo que o fluxo entre os níveis é facilmente alcançado;
- Eficiência e efetividade desta interface: garantir que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). A saúde bucal no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017).

O processo de regulação das especialidades odontológicas não consiste apenas no gerenciamento do número de vagas disponibilizadas pelos serviços de referências para a Atenção Primária. Deve ser um espaço de conjugação de saberes entre os profissionais dos diferentes pontos da rede. Daí a importância da pactuação local para otimizar a aplicação dos recursos do SUS, consolidar sua legitimidade junto aos usuários e corresponsabilizar as equipes pelo trânsito dos usuários na rede mediante a problematização do processo de trabalho clínico. Por ser um processo dinâmico, compreende-se que correções de curso são necessárias de forma a avançar nas propostas de pactuação, no estabelecimento de fluxos, nas ações a serem realizadas e na priorização dos encaminhamentos.

9 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO DF

A operacionalização do SUS consiste em formas de organização que articulem os serviços existentes, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de modo que o processo de descentralização não sobrecarregue as regiões de saúde. Para superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, ainda persistente mesmo após representativos avanços alcançados pelo SUS, a proposta discutida atualmente diz respeito à estruturação de RAS. A PDSB apresentada reforça a necessidade de consolidação da RASB.

Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia. O sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde sem ordem e grau de importância entre eles, apenas se diferenciando pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2015).

Para o adequado funcionamento e organização das RAS, é necessário conhecer a população por meio de processos, tais como territorialização, cadastramento das famílias, classificação das famílias por riscos sócios sanitários e vinculação das famílias à equipe da eSF. Dessa forma, “será possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados e, instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS.” (MENDES, 2011).

A Estrutura Operacional da RASB estabelece-se por meio de seis componentes:

- Atenção Primária: desenvolvida nas UBS, por meio das eSB, vinculadas às eSFs, eAPP, UOM, PSE e eCR;
- Atenção Secundária: realizada nos CEOs, por meio de referência regulada pelas UBSs, com ações ambulatoriais especializadas nas áreas de diagnóstico bucal, cirurgia oral menor, periodontia, endodontia, atendimento às PcDs/PNEs, além de Odontopediatria,

Disfunção temporomandibular - DTM/DOF e Prótese Dentária, equipes de AD, Unidades de Pronto Atendimento, Exames Complementares e Serviços Multidisciplinares a pacientes com Fissura Lábio Palatal;

- Atenção Terciária: ações especializadas hospitalares como a traumatologia e as cirurgias orais maiores realizadas pelas Equipes de CTBMF, Atenção Hospitalar Geral, Atenção ao Paciente Oncológico, PS Odontológico, PS de Trauma e Cirurgia Bucomaxilofacial;
- Sistema Logístico: são tecnologias de informação que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RASs, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência dos usuários e trocas eficientes de produtos e informações. É composto pelo cartão SUS, pelos fluxos logísticos de insumos, instrumentais e equipamentos, coordenados pelas Subsecretarias de Logística (SULOG), Infraestrutura (SINFRA) e de Administração Geral (SUAG), Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH) monitorado pela Subsecretaria de Gestão de pessoas (SUGEP), prontuário clínico (e-SUS, PEC e CDS) e sistema de acesso regulado na atenção à saúde (coordenado pelo Complexo Regulador da SES/DF);
- Sistema de Governança da Rede: é o arranjo organizativo institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. Envolve as instâncias de planejamento e decisão da SES/DF, tanto em nível central quanto em regional;
- Sistema de apoio: são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à

saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (PARANÁ, 2016; MENDES, 2011).

O fortalecimento da RASB da SES/DF permitirá uma resposta eficaz e eficiente às condições de saúde agudas e crônicas, promovendo a resolução no nível de atenção adequado, por uma abordagem calcada na estratificação e priorização da demanda programática territorial por estratos de risco.

10 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Nos últimos anos, a APS no DF passou por mudanças importantes, principalmente a partir da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 que adota a ESF como modelo assistencial da APS no DF. Nesse cenário, são crescentes a necessidade e o interesse em avaliar e monitorar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar da população. Sendo assim, a utilização do monitoramento e da avaliação passou a se constituir uma ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade.

Nesse contexto, é importante a construção de instrumentos de monitoramento e avaliação da RASB. A partir da elaboração do modelo, é preciso estabelecer os indicadores e parâmetros que serão utilizados, assim como as respectivas fontes de informação a serem consideradas. Como o processo de avaliação é dinâmico, novos indicadores podem ser criados ou podem ser ajustados aos indicadores já existentes.

O modelo de avaliação e monitoramento deverá abordar duas dimensões: Provimento da Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde Bucal e Gestão da Saúde Bucal. A dimensão de provimento dos três níveis de atenção considera a integralidade e a universalidade nas subdimensões de "promoção e prevenção" e de "diagnóstico e tratamento". Já a Gestão da Saúde Bucal tem como foco as ações relacionadas aos princípios

de equidade. É composta pelas subdimensões "atuação intersetorial", "participação popular", "recursos humanos e infraestrutura", que engloba a intersetorialidade e resolutividade, com a garantia de acesso aos serviços.

O planejamento em saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um mecanismo relevante para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. O Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Como instrumento de planejamento, a Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções expressas no Plano Distrital de Saúde (PDS) e tem por objetivo anualizar as ações e metas do PDS, monitorar os indicadores e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados, sendo apresentada quadrimestralmente ao CSDF.

O planejamento em saúde é uma função gestora vital, não apenas por ser um requisito legal, mas também por ser um dos mecanismos relevantes para garantir a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. O Plano de Saúde, por sua vez, é o instrumento central de planejamento responsável por definir e implementar todas as iniciativas relacionadas à saúde em cada esfera da gestão do SUS ao longo de um período de quatro anos. Ele explicita os compromissos do governo com o setor da saúde e, a partir de uma análise situacional, reflete as necessidades de saúde da população e as peculiaridades específicas de cada esfera.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é um instrumento essencial para o planejamento estratégico da saúde. Ela transforma em ações concretas as intenções expressas no Plano Distrital de Saúde (PDS). Por meio da PAS, é possível definir as metas anuais e monitorar os indicadores de saúde. Além disso, a PAS também permite prever como os recursos orçamentários serão alocados e executados ao longo do ano. É um documento fundamental que é apresentado ao CSDF de forma quadrimestral. Por meio da PAS, é possível garantir uma gestão eficiente e transparente da saúde, sempre visando o bem-

estar da população. Nestes instrumentos estão incluídas ações, metas e indicadores de Saúde Bucal que precisam ser ampliados e aperfeiçoados.

11 POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações.

A Educação Permanente é a aprendizagem no trabalho, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A PDSB propõe que os processos de educação das eSBs do DF se façam a partir da problematização do processo de trabalho e considera as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores, pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações.

A educação em Saúde é um processo formativo importante na atualização de conhecimentos da eSB. Nesta perspectiva, é necessária realização de cursos, seminários, debates, dentre outros, no formato presencial e a distância. Além disso, a efetivação de cursos de especialização, residências odontológicas e realização de pesquisas são fundamentais para o

fortalecimento das políticas de Saúde Bucal a serem implementadas.

12 PRINCIPAIS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL NO DF

- Fortalecer e empoderar as instâncias de governança, para que possam fomentar as discussões da saúde bucal na RAS;
- Garantir as condições para consolidação da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede;
- Ampliar a cobertura de saúde bucal por meio do cumprimento da Portaria nº 114, 10 de fevereiro de 2022, que prevê uma eSB para cada eSF;
- Realizar o levantamento epidemiológico da saúde bucal no DF, para embasar as ações e serviços oferecidos pela RAS/RASB;
- Garantir no mínimo um CEO, em cada Região Administrativa do DF, bem como garantir o serviço de prótese em toda a rede, possibilitando aos usuários o acesso mais célere e equânime à atenção odontológica especializada;
- Ampliar e expandir a Odontologia Hospitalar no DF;
- Ampliar a rede de urgência odontológica para todas as Regiões de Saúde;
- Assegurar, de forma permanente, o fornecimento de equipamentos e insumos de qualidade;
- Garantir a manutenção preventiva e corretiva de qualidade aos equipamentos odontológicos.

13 CONCLUSÃO

A PDSB, em sua essência, representa um notável avanço, mas também um desafio considerável. Seu propósito é aumentar a cobertura e a efetividade no atendimento às demandas da população, assim como expandir as medidas de caráter coletivo. O objetivo é ampliar e aprimorar o atendimento

odontológico, seguindo parâmetros nacionais e distritais, a fim de oferecer serviços equiparados à quantidade populacional.

A PDSB serve como guia tanto para a gestão central quanto para a gestão local, com o intuito de alcançar as metas estabelecidas no planejamento e efetivar as ações propostas. Busca-se promover ações coletivas e concretas, visando a efetivação de uma política conforme os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular

14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CODEPLAN. PDAD 2021: Destaques. Distrito Federal, mai. 2022. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/PDAD-DF_2021.pdf>. Acesso em: 13 de julho de 2023.
2. GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Relatório Epidemiológico Sobre Natalidade: Distrito Federal, 2016. Disponível em: <<https://www.fef.br/b/arquivos/manual-art-cient-oficial.pdf>>. Acesso em: 11 de out. 2022.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica nº. 17. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
5. VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri e GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde Em Debate, 36(95), 640–647, dez. 2012. doi:10.1590/s0103-11042012000400016)
6. FRANÇA, M. A. De S. A. et al. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2020. v. 29, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100700&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 set. 2022.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. (2014, February 27). Retrieved April 19, 2022, from https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html
8. BRASIL. Portaria SAS/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe

sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. 1999.

9. BRASIL. Portaria SES/DF 48, de 11 de abril de 2005. Regulamenta os procedimentos administrativos referentes à concessão e operacionalização do Tratamento Fora do Domicílio – TFD aos pacientes atendidos pela SES/DF. abril, 2005.
10. BRASIL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017: estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Fev., 2017.
11. BRASIL. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Set., 2017
12. BRASIL. Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Set., 2017.
13. EDUARDO, F. d. P., BEZINELLI, L. M. e CORRÊA, L. (2019). Terapias de Suporte em Oncologia: Um Cuidado Centrado no Paciente Odontologia na Oncologia (1º ed., Vol. Odontologia na Oncologia). Atheneu. ISBN 978-85-388-1011-7
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. (2014, February 27). Retrieved April 19, 2022, from https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html
15. LOSEE, J. E. 2015. Comprehensive Cleft Care: Family Edition. Florida: CRC Press, 2015. 3- 14.
16. FISSURA LABIOPALATINA. Hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais da universidade de São Paulo. Disponível em: <https://hrac.usp.br/saude/fissura-labiopalatina>

15 GLOSSÁRIO

Atenção Ambulatorial Secundária: atua no atendimento ambulatorial especializado, como suporte à APS, e em casos que não são de urgência e emergência (Atenção Especializada – hospitais). É interpretada por muitos como nível de média complexidade.

Atenção à Saúde Bucal do Paciente Oncológico: É a assistência odontológica prestada aos pacientes em terapia antineoplásica em todas as suas fases do tratamento. Desta forma a abordagem odontológica deverá ser feita tanto nas terapias pré, trans como nos pós antineoplásicas, sendo assim a atenção à saúde bucal do paciente oncológico perpassa e é responsabilidade de todos os níveis de assistência à saúde.

Atenção Hospitalar: atenção terciária, realizada nos hospitais, que providencia assistência médica de média e alta complexidade.

Atenção Primária à Saúde: é o primeiro nível de atenção em saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Doenças crônicas não transmissíveis: a OMS define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a DM. A OMS também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas.

Rede de Atenção à Saúde: é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica

como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde, a partir dos quais se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Regulação da Saúde Bucal: A regulação do acesso à assistência é uma ferramenta da gestão para otimizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis. Compreende a ordenação, o controle, o gerenciamento e qualificação dos fluxos de acesso aos serviços de saúde de modo a promover a transparência, a integralidade e a equidade no acesso e auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores. No âmbito da SES/DF, o Complexo Regulador estrutura, gere e monitora todo o sistema de acesso regulado de acordo com parâmetros e referências baseados na legislação vigente e construídos pelo próprio órgão em conjunto com as áreas técnicas da SES-DF. No DF, é utilizado o SisReg, sistema que informatiza a central de regulação, desenvolvido pelo MS.

SB Brasil: informações epidemiológicas sobre as condições de saúde-doença da população para subsidiar o planejamento das ações em saúde bucal, conforme o modelo de vigilância em saúde do SUS. Este projeto identificado como “SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, teve início em 1999, com a criação do Subcomitê responsável pela elaboração e execução do Projeto.

Sistema Único de Saúde: conjunto de todas as ações e todos os serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Unidade de Pronto Atendimento: fazem parte da Rede Saúde Toda Hora, lançada em 2011, que está reorganizando o atendimento de urgência e emergência dos hospitais do SUS. Elas são responsáveis por prestar atendimento de média complexidade, como acidentes e problemas cardíacos, e contribuem para desafogar as urgências dos hospitais do SUS e para reduzir o tempo de espera por atendimento. Nessas unidades, o paciente é avaliado de acordo com a classificação de risco, podendo ser liberado ou permanecer em observação por até 24 horas ou, se necessário, ser encaminhado para um hospital de referência. Unidades Básicas de Saúde: são popularmente conhecidas como postos de saúde. São locais onde o cidadão pode receber, gratuitamente, os atendimentos essenciais em saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso e atendimentos em odontologia, bem como ter acesso a medicamentos e outros atendimentos primários. As Unidades Básicas de Saúde resolvem 80% dos problemas de saúde da população do território pelo que são responsáveis e promovem hábitos saudáveis de vida.