

Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal

Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal



APRESENTAÇÃO

“Age de tal maneira que trates sempre a humanidade, tanto em tua pessoa quanto na de qualquer outro, nunca simplesmente como meio, mas ao mesmo tempo e simultaneamente como fim.” (Immanuel Kant)

Ética e moral são dois conceitos que se relacionam quando se trata de códigos de conduta. A moral marca um aspecto ativo (o que fazer frente a uma situação), já a ética deve desdobrar-se sobre o aspecto reflexivo da conduta (por que ou quais os motivos que me levaram a tomar tal decisão, frente a tal situação). Enquanto servidores públicos, os profissionais devem buscar prestar contas e dirigir suas ações a sua razão de ser: a supremacia do interesse público. Trata-se do dever de priorizar o usuário da política pública em detrimento do interesse próprio de cada servidor. Os profissionais da saúde bucal estão submetidos ao Código de Ética Odontológico, e tem compromissos quanto ao relacionamento com o paciente, com a equipe e com o sigilo profissional.

O servidor público da saúde bucal deve sempre conciliar ambos os regramentos éticos com as boas práticas clínicas, potencializando a autonomia das suas condutas, consciente de que, quanto maior a liberdade para definição das condutas, maiores serão as responsabilidades frente às consequências das ações. Como parte da instituição Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a equipe de saúde bucal deve estar atenta ao desenvolvimento do Programa de Gestão Regional, “constituído para ordenar os esforços de desconcentração do modelo de gestão, fortalecer a capacidade de gestão regional e conformar territórios sanitários mais resolutivos” (GOTTEMS, 2017).

A partir da publicação da Portaria SES/DF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, a Secretaria de Saúde redefiniu normas e diretrizes da Atenção Primária, com vista a maior homogeneidade na sua organização e estruturação, seguindo o modelo de Estratégia Saúde da Família, em coerência com a lógica das Redes de Atenção à Saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde. A elaboração do presente documento partiu da necessidade de reorganizar os níveis de atenção em saúde bucal do DF, com base no gerenciamento otimizado e na eficiência das Redes de Atenção à Saúde. Compreende-se que tal processo demandará tempo e adaptações para a Saúde Bucal da SES e não se dará sem possíveis correções de curso. Com a publicação dessa normativa e sua utilização pelos profissionais da saúde bucal do SUS, esperam-se avanços nos processos de trabalho e a consequente melhoria do acesso e qualidade do serviço para a população usuária, fim último da existência de qualquer política pública.

Governador do Distrito Federal

Rodrigo Sobral Rollemberg

Vice-Governador

Renato Santana

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

Humberto Lucena Pereira da Fonseca

Secretário Adjunto de Assistência à Saúde

Daniel Seabra Resende Castro Correa

Secretário Adjunto de Gestão em Saúde

André Luis Soares da Paixão

Subsecretário de Atenção Integral à Saúde

Martha Goncalves Vieira

Diretor da Assistência Multidisciplinar

Paulo Sérgio dos Santos Queiroga

Gerente de Odontologia

Maurício Bartelle Basso

Elaboração

Carolina do Couto Pinto

Emiliana Coelho Quintanilha

Erika Maurienn Pinheiro de Franco

Fernanda Wandembruck Goedert

Gleiton Lima Araújo

Marconi Gonzaga Tavares

Maurício Bartelle Basso

Nathalee Barbosa Nunes

Regina Cardoso Moura

Vanessa Magda Lira Severiano

Colaboração

Alcir Galdino de Oliveira Filho

Aline Fernanda de Sá Reis

Fernanda Takuno

Gerlúdia Araújo Rodrigues

Heloiza Machado de Souza

Jair Francisco de Melo

Juliana de Aguiar Grossi

Mariane Curado Borges

Wagner Fulgêncio Elias

Revisão

Nathalee Barbosa Nunes

Synthia Martins Ribeiro

Arte e diagramação

Danielle de Oliveira Freire

SUMÁRIO

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	13
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	16
Saúde Bucal na Atenção Primária.....	17
Territorialização e população de referência.....	18
Tipos de Demanda em Saúde Bucal na APS.....	19
Acesso e Acolhimento em Saúde Bucal	20
Processo de Classificação de Risco	22
Processo de Estratificação de Risco e Planejamento do Plano Preventivo-Terapêutico	24
Agenda e Programação.....	27
Parametrização do Processo de Trabalho	28
Ações de Assistência à Saúde Bucal na APS.....	29
Ações de Promoção e Proteção.....	29
Ações de Recuperação e Reabilitação	37
SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	62
SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	64
SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO À PESSOA EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA	65
SAÚDE BUCAL NO SISTEMA PRISIONAL.....	67
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE.....	68
Regulação.....	70
Condições Gerais de Encaminhamento	71
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE.....	72
Alta Densidade Tecnológica.....	72
Traumatologia e Cirurgia Oral Maior	72
Deformidades de Face	72
Pessoa com Deficiência	72
Odontologia Hospitalar.....	72
Unidades de Odontologia nos Hospitais Regionais	72
Unidades de Odontologia nos Hospitais Especializados.....	73
Hospital de Apoio de Brasília (HAB).....	73
Hospital da Criança de Brasília (HCB)	73
Odontologia nas Unidades de Terapia Intensiva	74
SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO	75
INDICADORES	76

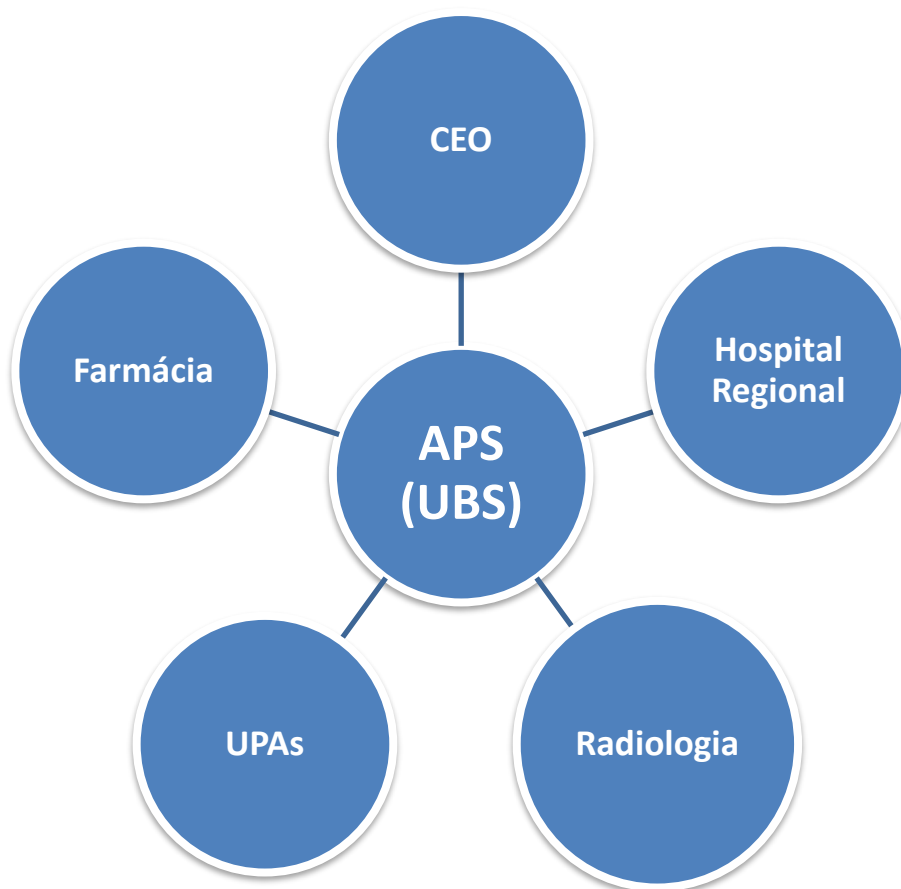
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES À SAÚDE BUCAL.....	78
REFERÊNCIAS.....	80
APENDICE A	92
APÊNDICE B	96
APÊNDICE C	101
APÊNDICE D	103
APENDICE E	106
APENDICE F	110

CAPÍTULO I - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde Bucal estabelece-se por meio de cinco componentes: Atenção Primária à Saúde, como ordenadora do cuidado; níveis Secundário e Terciário de atenção; sistemas logísticos, de apoio e sistemas de governança.

Nas RAS, 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 Redes de Atenção à Saúde (RAS) é necessário conhecer a população através de processos tais como territorialização, cadastramento das famílias, classificação das famílias por riscos socio 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 Rede de Saúde Bucal da SES/DF é operacionalizada da seguinte maneira:

- Atenção Primária: desenvolvida nas unidades básicas de saúde (UBS), por meio das equipes de Saúde Bucal, vinculadas às equipes de Saúde da Família.
- Atenção Secundária: realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas, por meio de referência regulada das unidades básicas de saúde, com ações ambulatoriais especializadas nas áreas de diagnóstico bucal, cirurgia oral menor, periodontia, endodontia, atendimento às pessoas com deficiência, além de odontopediatria, DTM e reabilitação protética especializada.

- **Atenção Terciária:** ações especializadas hospitalares que envolvam centro cirúrgico, como a traumatologia e as cirurgias orais maiores, realizadas pelas equipes de Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial (CTBMF) das Unidades de Referência, o atendimento à pacientes com deficiências (PCDs) com dificuldade de adesão ao tratamento ambulatorial e a abordagem a pacientes com deformidades faciais.
Odontologia Hospitalar: prestada nas unidades de odontologia dos hospitais regionais da SES/DF, caracterizando-se por ações em ambiente hospitalar aos pacientes internados, além da assistência prestada por cirurgiões-dentistas no âmbito das unidades de terapia intensiva.
- **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, Infraestrutura e de Administração Geral (Sulog, Sinfra e Suag, respectivamente), sistema de controle de pessoal (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 das instâncias de planejamento e decisão da SES/DF, tanto em nível central quanto em nível 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).

A construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal da SES/DF pretende permitir uma resposta eficaz e eficiente as condições de saúde agudas e crônicas, promovendo uma resposta resolutive no nível de atenção adequado, por uma abordagem calcada na estratificação e priorização da demanda programática territorial por estratos de risco.

MAPA ESTRATÉGICO DA REDE DE SAÚDE BUCAL - DF

Missão	Formular e aplicar a Linha Guia de Saúde Bucal, estruturando a Rede de Atenção à Saúde Bucal, de maneira articulada e resolutive.
Visão	Possibilitar o desenvolvimento, até 2022, de um modelo de rede de atenção à saúde bucal integrado e articulado com as demais áreas governamentais e da sociedade civil, de forma a proporcionar resolutive e qualidade dos serviços prestados aos cidadãos do Distrito Federal.
Valores	Ética, Humanismo, Comprometimento e Responsabilidade Social.
Resultados para a sociedade	Ampliar e reorganizar o acesso da população aos serviços de saúde bucal por meio da construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Distrito Federal.

Processo	Organização dos fluxos do usuário na APS, Centros de Especialidades Odontológicas, Atenção Terciária e nos Sistemas de Apoio (Diagnóstico e Logística Farmacêutica) Ampliar o acesso à saúde bucal nos diversos níveis de atenção da rede. Implantar o Sistema de Regulação em saúde bucal em todos os níveis de atenção.
Gestão	Desenhar/organizar a Rede de Atenção à Saúde Bucal, com definição das competências de cada nível de Atenção, incluindo sistemas de apoio, sistemas logísticos e governança. Implantar plano de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Implementar as atividades de Educação Permanente em Saúde. Realizar, dentro da gestão, a articulação com outras áreas governamentais, sociedade civil e demais áreas técnicas.
Financeiro	Articular incentivo financeiro, por meio da ampliação do repasse federal para APS e Atenção Especializada e alocação adequada nos serviços da Rede de Atenção à Saúde Bucal

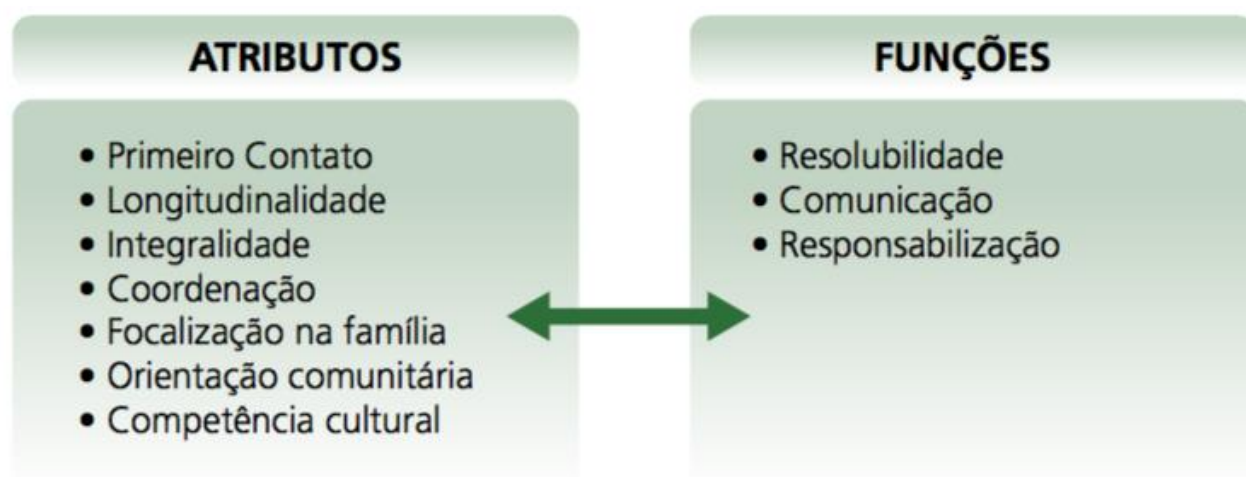
CAPÍTULO II - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente define a Atenção Primária 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 é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população” (MATTA; MOROSINI, p.23, 2009).

“Deve ser capaz de diagnosticar o mais precocemente possível, situações de risco que venham a ultrapassar sua capacidade de resolução, promovendo acesso ágil aos atendimentos mais complexos, na busca da otimização da assistência, da melhoria do cuidado e da redução dos gastos, estabelecendo uma continuidade da atenção à saúde” (GONDIM, p.95, 2009).

Inferir-se a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, compreendendo-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades e demandas da população. Isto implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS e como tal, deve apresentar certos atributos e desempenhar algumas funções (MENDES, 2015).



Fontes: Starfield (2002); Mendes (2012).

- *Primeiro contato* - os serviços da APS devem ser estruturados física e organizacionalmente para serem conhecidos da 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* - constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;
- *Integralidade* - significa a prestação de um conjunto de serviços, pela equipe de saúde, que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos. Para além disso, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças;
- *Coordenação* - as equipes de Atenção Primária são responsáveis pelo direcionamento e acompanhamento dos usuários em todos os níveis de atenção à saúde. Conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS;
- *Focalização na família* - impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar;
- *Orientação comunitária* - significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais, vinculados aos comportamentos individuais, e dos intermediários, relacionados às condições de vida e trabalho;
- *Competência cultural* - trata-se da construção de uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (STARFIELD, 2002; DISTRITO FEDERAL, 2017).

“A Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal é fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, todas as ações em saúde bucal neste campo, mesmo que a UBS ainda não tenha sido convertida para o referido modelo, devem buscar sempre a maior proximidade com os princípios dessa Estratégia” (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Saúde Bucal na Atenção Primária

A Saúde Bucal organiza-se na Atenção Primária por meio das equipes de saúde bucal (eSBs).

O Anexo XXII, da Portaria de Consolidação nº 2 GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define as equipes de saúde bucal como “a modalidade que atua na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. Estas devem estar vinculadas a uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, compartilhando da gestão e do processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito da equipe de saúde da família ou atenção básica a qual integra”.

Em nível distrital, a Portaria SES/DF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, definiu como equipe de Saúde Bucal (eSB) “a equipe de saúde responsável por um território equivalente no máximo ao de duas equipes de saúde da família, composta por um cirurgião-dentista (40 horas) e um técnico em saúde bucal (40 horas)”.

A equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família representa a criação de 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.

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 e ampliar o acesso às ações e serviços de saúde bucal (BRASIL, 2012a).

O profissional de saúde bucal integra a equipe de atenção primária, vinculada à população de um território, com a qual estabelece relação de confiança, tem responsabilidade sanitária e compreende as suas especificidades e reais necessidades. É importante salientar que todo esse esforço de integração deve estar conectado com um conjunto de propostas para fortalecer a qualificação desse processo de trabalho por meio de atividade de educação permanente organizada e estruturada para que possibilite ao profissional uma tomada decisão que busque ser mais resolutiva nas suas ações (BRASIL, 2017).

O trabalho em equipe multiprofissional se configura numa relação recíproca de múltiplas intervenções técnicas, em que se destaca a necessidade de preservar as especificidades do trabalho especializado, mas também de flexibilizar sua divisão. É necessário, portanto, que os profissionais da Odontologia conheçam, aceitem e pratiquem os conceitos e princípios da APS e desenvolvam habilidades para o trabalho multiprofissional (BRASIL, 2017).

Considerando a atuação em territórios dinâmicos, as ações para promover a integralidade e a equidade em saúde vão além das unidades de saúde e ocupam o espaço coletivo. Assim, os profissionais da eSB realizam intervenções próprias da área, reafirmando a sua autonomia técnica, mas também executam ações articuladas nas quais interagem diferentes saberes da sociedade civil e de distintos campos profissionais que atuam no território.

Uma das habilidades a serem desenvolvidas no interior de uma equipe que busca ser integrada é o processo de comunicação compartilhada em que cada trabalhador e o gerente de serviços da APS têm papel fundamental no manejo dos problemas cotidianos e das situações conflitantes.

Territorialização e população de referência

Na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, o território caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Assim, além da delimitação espacial, apresenta perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza como um território em permanente construção e que precisa ser identificado e mapeado pelos profissionais da atenção (BRASIL, 2017).

O reconhecimento do território surge como elemento essencial para o planejamento de ações em saúde e uma ferramenta de gestão que influi no processo saúde–doença da população e na criação de ambientes saudáveis.

O processo de territorialização nas áreas do Distrito Federal seguirá lógica definida em regulamentação própria da Secretaria de Estado de Saúde. Os componentes da eSB deverão se apropriar do processo e dos mecanismos que serão utilizados, maximizando a integração com os demais membros da equipe.

Tipos de Demanda em Saúde Bucal na APS

Demanda espontânea e demanda programada

Caracteriza-se como demanda espontânea a busca do usuário à unidade básica de saúde, independentemente do motivo ou tempo de evolução do problema, de forma natural e não esperada pelo serviço. É a apresentação de uma ou mais necessidades que o usuário traz para o serviço de saúde, sem agendamento. Demanda escuta qualificada inicial, para análise e realização do atendimento. Pode ser classificada em demanda espontânea COM queixas clínicas e demanda espontânea SEM queixas clínicas.



Com queixas clínicas

- Dor;
- Trauma;
- Edema;
- Abscessos ou agudizações de condições crônicas em geral.



Sem queixas clínicas

- Ausência de sinais e sintomas;
- Renovação de receita;
- Solicitação de exames;
- Apresentação de resultados de exames;
- Prevenção e promoção de saúde;
- Orientações;
- Questões administrativas.

A demanda programada origina-se do trabalho coletivo da equipe de saúde no território, domicílios, espaços sociais, escolas, creches ou mesmo da própria UBS após a realização de grupos de acolhimento, informações sociais, epidemiológicas e classificação das diversas necessidades. Também permite a melhor organização da agenda da eSB e do processo de trabalho, com agendamento de diferentes tipos de consultas e das rotinas diárias do usuário (BRASIL, 2017).

Atendimento resolutivo às demandas espontâneas com queixas clínicas na APS (Urgências Odontológicas)

De acordo com o Anexo III da Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a APS é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

O atendimento a urgência odontológica em uma UBS diferencia-se da abordagem utilizada nas unidades de pronto-atendimento, por trabalhar em equipe, ter conhecimento prévio da população, possibilitar o retorno com a mesma equipe de saúde e estabelecer vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual.

É fundamental avaliar e identificar as necessidades do usuário, bem como realizar procedimentos clínicos imprescindíveis para que o mesmo tenha condições de retornar às suas

atividades cotidianas. Dessa forma, haverá efetiva resolução da demanda urgente até que a eSB possa planejar o acesso do usuário como demanda programada (BRASIL, 2017).

A urgência odontológica se caracteriza por um atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são acolhidos nas UBS, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e têm sua necessidade assistencial atendida. Esse atendimento é realizado a qualquer hora do turno de trabalho, deve ser pautado pela *Classificação de Risco* e destina-se a qualquer pessoa (BRASIL, 2017). Não há previsão de agenda para o atendimento às urgências, pois a própria condição é imprevisível.

Destaca-se também que não há número limite de urgências por período. Assim, os casos caracterizados como urgência pelo profissional são prioritários e, se necessário, o tempo destinado às consultas agendadas será diminuído, realizando-se menos procedimentos nesta hipótese. Em um dia em que eventualmente o número de urgências seja muito elevado, pode-se reagendar para outro dia algum usuário do atendimento programado. Após o primeiro atendimento, o cidadão deverá ser orientado a dar continuidade ao tratamento (BRASIL, 2017).

Em muitos casos, os profissionais não dispõem de recursos diagnósticos auxiliares (a exemplo dos aparelhos de raio-X), reforçando-se a necessidade de uma anamnese acurada, que auxilie na tomada de decisão. A anamnese direciona o exame clínico e permite a escolha da melhor terapêutica para cada caso. É preciso elucidar que muitas condições associadas aos atendimentos de urgência têm diagnóstico eminentemente clínico, prescindindo de qualquer meio diagnóstico auxiliar para que se possa realizar a abordagem ambulatorial. Assim como não se solicita um ECG de um paciente que se encontra em parada cardiorrespiratória, não se deveria condicionar o atendimento de demandas urgentes, classificadas como vermelho ou amarelo, a qualquer meio auxiliar diagnóstico.

Sabe-se que a dor de origem dental é um significativo preditor de utilização dos serviços. A maioria das urgências odontológicas envolve casos de infecções agudas com origem endodôntica ou periodontal. Existem ainda as urgências decorrentes do comprometimento da função mastigatória, de traumatismos dentários e afecções agudas da mucosa bucal. Faz-se necessária a realização efetiva de procedimentos odontológicos, tais como acesso endodôntico, exodontias, drenagens de abscessos, entre outros, e não apenas medicação e encaminhamento. O cidadão deve ser atendido mediante as suas necessidades de forma resolutiva, com um adequado primeiro contato e, acima de tudo, reduzindo seu sofrimento (BRASIL, 2017).

É importante assegurar e pactuar de modo consciente com os usuários que a forma de organização visa a facilitar a identificação de prioridades e dar resposta a todos que procuram a unidade, e não transformar o serviço em uma unidade de pronto-atendimento, em que tudo será traduzido como prioridade. A maneira de organização da demanda deverá ser permanentemente avaliada e, se necessário, adaptada. Com o tempo, a equipe aumenta a capacidade de intervenção, aumenta o vínculo com a população adstrita, e as demandas dessa população podem mudar, exigindo outras intervenções ou a programação de atividades que possam contemplar de forma mais adequada as necessidades daquela população (BRASIL, 2017).

Atendimento às urgências em outros pontos da RAS

Unidades de pronto atendimento (UPAs)

De acordo com o Anexo III da Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, as unidades de pronto atendimento 24 horas (UPAs) são os estabelecimentos de saúde de densidade tecnológica intermediária entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. Ajudam a reduzir a demanda pelos prontos-socorros, ampliando e melhorando o acesso dos brasileiros aos serviços de urgência no SUS.

As UPAs devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade de encaminhamento a serviços hospitalares de maior densidade tecnológica ou a continuidade do tratamento em nível de menor densidade tecnológica. Dentre as principais urgências odontológicas acolhidas pelas UPAs, podemos destacar casos de dor de origem dentária (pulpites, abscessos periodontais ou periapicais, alveolites e pericoronarites), traumas dentários, hemorragias, luxação mandibular, restos radiculares infectados, etc.

A função precípua e mais nobre das UPAs 24 Horas é fornecer acesso resolutivo a demandas de urgência e emergência odontológicas quando os usuários necessitarem de acesso em um horário no qual a UBS não esteja funcionando, como por exemplo à noite e nos finais de semana. Assim, os serviços de odontologia das UPAs devem funcionar, preferencialmente, após as 19:00 em dias úteis, Sábados e Domingos. Compete a gestão local, em última instância, determinar os horários nos quais os usuários de seu território tenham maior necessidade de acesso, levando em consideração realidades epidemiológicas e movimentações sazonais.

Pronto-socorro dos hospitais regionais

De acordo com o Anexo III da Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, as unidades de odontologia que contam com o serviço de Pronto-Socorro (PS) devem seguir a mesma lógica das UPAs 24 Horas na atenção à saúde bucal: servir preferencialmente como alternativas de acesso a casos de urgência e emergência, quando este não estiver disponível nas UBSs.

A Atenção à Saúde Bucal dos Prontos-Socorros hospitalares deve-se pautar pela Classificação de Risco e não deve ter acesso restrito por motivo algum. Também não se confunde com o atendimento secundário ambulatorial referenciado para o Centro de Especialidades Odontológicas, que eventualmente estejam no mesmo espaço físico da estrutura hospitalar.

As condições urgentes que, por características clínicas, puderem ser acolhidas e resolvidas na APS, não devem ser encaminhadas aos PSs hospitalares, a não ser que o perfil epidemiológico do território assim o exija ou em horários em que não haja possibilidade de atendimento nas UBSs.

Acesso e Acolhimento em Saúde Bucal

A Portaria SES/DF nº. 77, de 14 de fevereiro de 2017 definiu que “ (...) as UBSs deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada dos usuários, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável, de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas pela Secretaria de Estado de Saúde do DF”.

O acolhimento é atribuição de todos profissionais de saúde da Atenção Básica. A Portaria nº 77 ratifica no seu artigo 27:

“O acolhimento ao usuário deverá ocorrer durante todo o período de funcionamento da UBS, por qualquer trabalhador da unidade.

§ 1º Os profissionais de saúde deverão realizar o acolhimento do usuário, com escuta ampliada e qualificada, que inclui reconhecer riscos e vulnerabilidades buscando facilitar o acesso, realizar ou acionar intervenções necessárias conforme protocolos clínicos vigentes.

§ 2º A equipe deverá definir o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento.

§ 3º Os Agentes Comunitários de Saúde devem promover o vínculo entre as equipes e os usuários, dentro da UBS ou em visita domiciliar, por meio do acolhimento em tempo oportuno, de forma a ampliar a capacidade de trabalho das equipes, considerando os determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades presentes no território”.

Qualquer que seja a modalidade de acolhimento adotada pela UBS, para que o acolhimento às situações de saúde bucal possa ocorrer adequadamente, é fundamental que atuem, em conjunto, todos os profissionais da unidade, bem como os apoiadores e gestores, os trabalhadores que atuam na regulação e em outros serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Dessa forma, todos os profissionais da Atenção Primária, quando no espaço de escuta, devem estar atentos também às necessidades de saúde bucal do usuário e ter ciência tanto da classificação de risco das urgências odontológicas, quanto do fluxo de encaminhamento desse usuário para a equipe de retaguarda, para necessidades odontológicas (BRASIL, 2013).

Após o acolhimento inicial realizado pelos profissionais da eSF, a equipe de Saúde Bucal (eSB) pode realizar a escuta mais específica do usuário, discutir seu Plano Preventivo-Terapêutico (PPT), fazer os encaminhamentos, quando necessário, para os serviços especializados e garantir o acesso para a continuidade de seu cuidado na Unidade Básica de Saúde.

Em síntese, a realização da escuta qualificada não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente de toda a equipe, de acordo com a disponibilidade e a possibilidade da rotina de serviço. Pode-se organizar uma escala para que esses profissionais participem efetivamente do acolhimento da equipe, de forma a integrar progressivamente todos os componentes da eSB a lógica de assistência da eSF respectiva. Adaptações podem ser realizadas conforme a realidade de cada local, e caso haja necessidade, o cirurgião-dentista pode compor o acolhimento e participar da rotina da unidade, de forma a dinamizar o serviço, sem comprometer, no entanto, o atendimento clínico dos usuários (BRASIL, 2013; FRANCO, *et al.*, 1999).

Ademais, enquanto parte essencial da Atenção Básica, a eSB compartilha ações de seu núcleo de saber nas reuniões, avaliações e educação permanente da equipe (BRASIL, 2012a), devendo também realizar matriciamento, permitindo que toda equipe esteja capacitada para acolher as demandas de saúde bucal e dar respostas adequadas ao usuário.

Processo de classificação de risco

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea. A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas (BRASIL, 2012b).

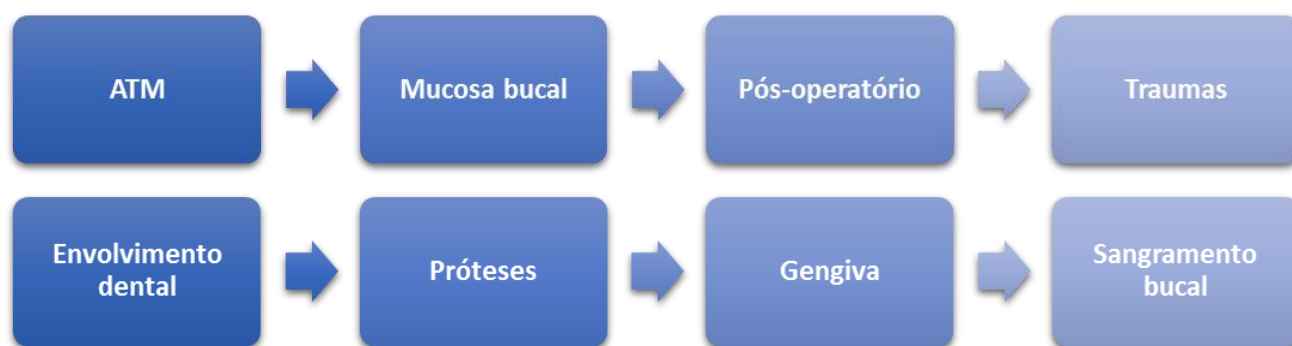
Torna-se importante definir prioridades para o atendimento, buscando promover a equidade, isto é, priorizar situações cujas necessidades clínicas são mais imediatas ou que apresentam mais necessidades de tratamento (MINAS GERAIS, 2006). Portanto, não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de resguardá-las, de inseri-las em planos de cuidado (BRASIL, 2013).

Direcionamento pelo acolhimento da equipe

Os profissionais da UBS recebem o usuário, escutam sua necessidade e o direcionam para um espaço adequado de acolhimento. Nesse local, verifica-se as necessidades odontológicas por meio do *“Instrumento de Auxílio a Classificação da Demanda Espontânea em Odontologia na Atenção Primária em Saúde adaptado para profissionais que não sejam da eSB”* (APÊNDICE B), desenvolvido na Gerência de Odontologia da SES-DF, respaldado, entre outros, no Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde e na Portaria SESDF nº 77/2017 (BRASIL, 2013; DISTRITO FEDERAL, 2017).

O instrumento estabelece um método de perguntas que permite a qualquer um dos profissionais da APS fazer o acolhimento do usuário, ainda que este não detenha o conhecimento odontológico necessário, e determine o risco provável que o paciente apresenta. Assim, pode-se orientar o fluxo de encaminhamento para a equipe de saúde bucal, que realizará a classificação de risco e o diagnóstico definitivo do usuário, com auxílio da Classificação Estruturada a partir do Caderno 28, Volume II, MS (APÊNDICE C). Além disso, permitirá que sejam acionadas intervenções odontológicas em tempo ideal para cada uma das demandas espontâneas.

O *“Instrumento de Auxílio a Classificação da Demanda Espontânea em Odontologia na Atenção Primária em Saúde adaptado para profissionais que não sejam da eSB”* contém itens referentes às necessidades mais frequentes no atendimento odontológico em demanda espontânea com queixa clínica, e utiliza o sistema universal de cores adequado a realidade da saúde bucal. O instrumento sintetiza as queixas de urgência odontológica em 8 tipos:



Para cada uma dessas queixas há um fluxograma específico com perguntas que guiarão o profissional no direcionamento a ser dado ao usuário (atendimento imediato, no mesmo turno, no mesmo dia ou agendamento).

Sugere-se que o Cirurgião-Dentista faça uma reunião explicativa do instrumento, demonstre como aplicá-lo e reforce quais são os casos mais graves de urgência ou situações que possam gerar interpretação dúbia. Convém ressaltar que em casos de dúvida, a equipe deve ser estimulada a consultar o Cirurgião-Dentista sempre que necessário.

Usuários com necessidades urgentes (classificados pelo instrumento em vermelho ou amarelo): deverão ser direcionados para a equipe de Saúde Bucal imediatamente. Assim, o profissional que aplicou o instrumento deverá informar a Equipe de Saúde Bucal o fato que motivou o atendimento imediato.

Usuários com necessidades não-urgentes (classificados pelo instrumento como verde ou azul): deverão ser encaminhados até o turno seguinte ao comparecimento ou em momento oportuno, respectivamente, a critério da disponibilidade da agenda da equipe de Saúde Bucal, levando em consideração as especificidades de cada caso e os grupos prioritários.

Cabe à Equipe de Saúde Bucal, após o acolhimento e escuta qualificada, nos pacientes a ela direcionados, realizar minimamente o Exame Clínico, a Classificação de Risco e os procedimentos

ambulatoriais necessários à resolução efetiva da demanda, de acordo com a avaliação do cirurgião-dentista. Mais detalhes estão indicados no APÊNDICE C.

Sugere-se que todos os usuários que tiveram acesso à atenção à saúde bucal em demanda espontânea e forem da área de abrangência da equipe, passem pela estratificação de risco (ver item C, a frente), o que se denomina “estratificação de oportunidade”, desde que as condições de atendimento no momento permitam e a estratégia de estratificação determinada pela equipe seja respeitada (ver “possibilidade de abordagem a estratificação de risco”, mais a frente).

O objetivo da estratificação de risco é o de permitir, no planejamento terapêutico com consultas programadas, a priorização do atendimento aos que tem maior risco e atividade de doença (PARANÁ, 2016).

Classificação de risco pela Equipe de Saúde Bucal

A etapa de Classificação de Risco deverá ser necessariamente realizada por um cirurgião-dentista, com apoio do técnico de higiene dental. O CD fará o exame clínico do paciente, o diagnóstico clínico e a classificação. A partir da classificação nas cores vermelha, amarela, verde ou azul, o usuário é direcionado ao atendimento clínico, para que posteriormente seja agendado para continuidade do cuidado, com o profissional responsável por sua área de abrangência.

A Classificação de Risco a ser adotada nesta normativa baseia-se no Caderno de Atenção nº. 28 (BRASIL, 2012b), com algumas adaptações. São elas:

- A mudança de definição da cor amarela, de *atendimento imediato* para atendimento no *mesmo turno*, excetuado o trauma bucal, em que o atendimento deve ser realizado em, no máximo, 60 minutos;
- A mudança de cor verde para cor amarela dos casos de alveolite com presença de dor intensa, indicando atendimento no *mesmo turno*.

O APÊNDICE C traz a tabela com a classificação de risco consolidada.

Processo de estratificação de risco e planejamento do Plano Preventivo-Terapêutico

As ações programadas de assistência devem levar em conta o risco de adoecimento, seja ele individual ou familiar. Para definição das atividades educativo-preventivas e curativo-reabilitadoras é importante considerar também a atividade da doença. A adoção deste critério, embora priorize esta situação, não significa a exclusão dos indivíduos sem atividade de doença dos grupos de controle ou manutenção coletiva. Os protocolos técnicos podem contribuir para a definição de prioridades (BRASIL, 2008).

A estratificação de risco é um instrumento que permite a programação do atendimento aos usuários que possuem maior risco e vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças.

Nesse sentido, as informações originadas do diagnóstico das principais demandas e necessidades dos usuários devem promover reflexão, subsidiando a análise e as mudanças da prática e dos resultados do trabalho e, conseqüentemente, o planejamento em saúde (BRASIL, 2006). A estratificação da população permite sua diferenciação por risco e definição de diretrizes clínicas de diferentes tipos de atenção a cada grupo populacional, em vez de ofertar uma atenção única para todas as pessoas usuárias (PARANÁ, 2017).

Sobre a demanda por cuidados, propõe-se que a realização do diagnóstico da área de abrangência inclua a análise das famílias sobre o perfil de risco e vulnerabilidade, não apenas de forma regionalizada, demarcada por ruas ou bairros, mas de acordo com o histórico de seus membros:

desemprego, pessoas acamadas, pessoa com deficiências que inviabilizem o autocuidado bucal entre outros. Tal conduta favorece o planejamento de cuidados e a abordagem familiar, que deve anteceder a procura pelo atendimento por demanda espontânea (BRASIL, 2012b).

Existem fortes evidências da relação de alguns fatores de risco ao desenvolvimento de doenças bucais. Em relação à doença cárie, alguns desses fatores mostram um papel importante neste processo como a experiência passada e presente de lesões cáries, a frequência do consumo de açúcar, a presença de biofilme, a atividade da doença, a exposição ao flúor e a qualidade da saliva (fluxo salivar e capacidade tampão) (MOYSÉS, 2008).

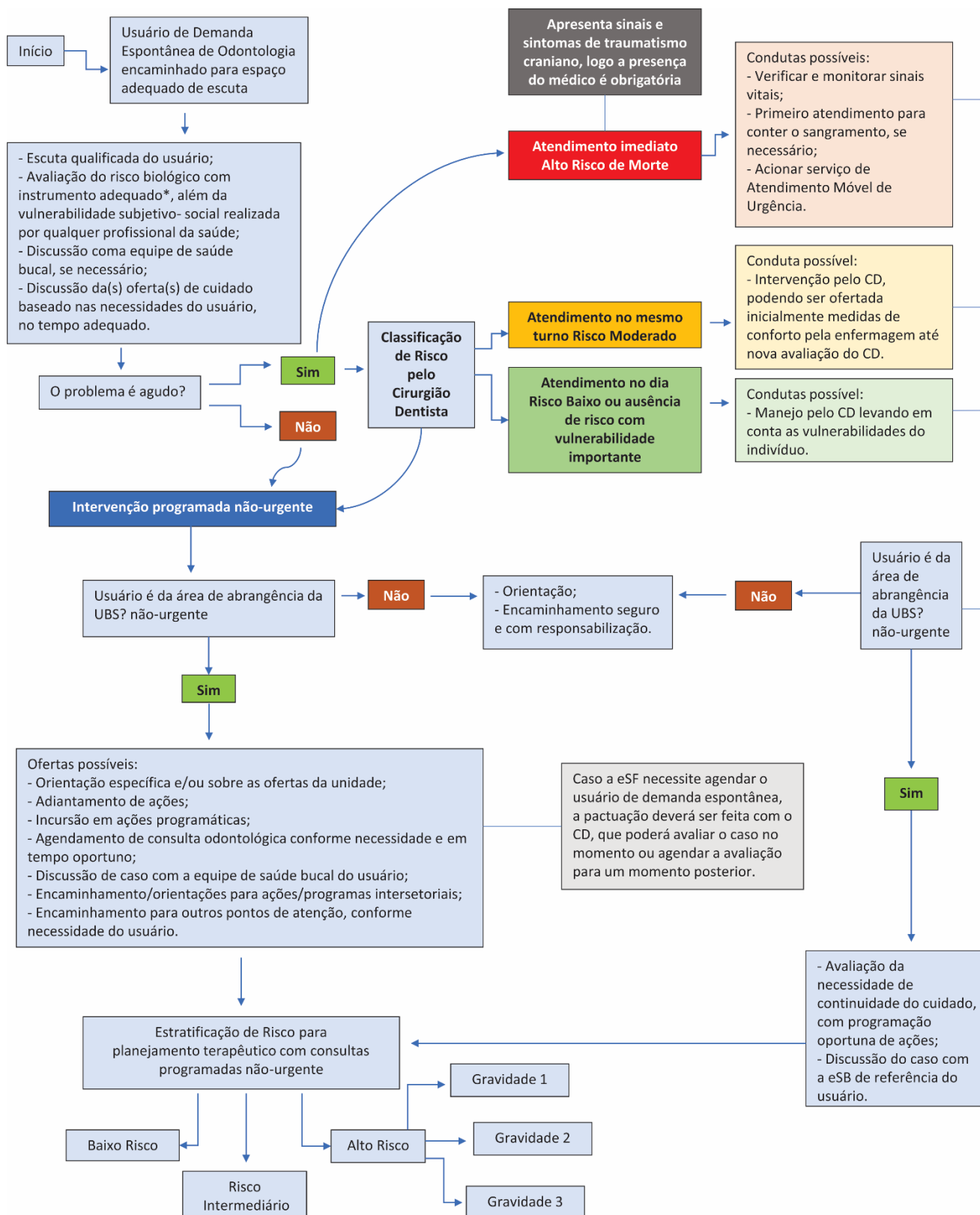
Associados aos fatores biológicos, os fatores de autocuidado também precisam ser considerados na composição da estratificação de risco da população (PARANÁ, 2017).

No APÊNDICE D, segue o instrumento para auxílio da Estratificação de Risco em saúde bucal.

Sugerem-se duas possibilidades para abordar a Estratificação de Risco como estratégia de planejamento a demanda programada no território adscrito:

- Estratificação de risco por grupos: após a territorialização com o respectivo mapeamento dos grupos de risco do território (gestantes, crianças de 0 a 3 anos, diabéticos e hipertensos, por exemplo), executa-se a estratificação de risco de uma dessas populações e planeja-se o atendimento prioritário dos classificados como Alto Risco daquele grupo, com menor espaço de agenda destinado aos de médio e baixo riscos dessa mesma população. Após estabilização da condição de saúde do primeiro grupo passa-se ao próximo, e assim sucessivamente;
- Estratificação de risco por território: após a territorialização, de comum acordo com a eSF, a eSB identifica uma área vulnerável específica do território e estratifica o risco de um número limitado de famílias da área geográfica definida. Planeja-se o atendimento dos classificados como Alto Risco daquele território, com menor espaço de agenda destinado aos de médio e baixo riscos desta mesma região e, após estabilização da condição de saúde, passa-se à próxima área geográfica.

Figura 1. Fluxo do usuário de demanda espontânea de saúde bucal na APS



Agenda e Programação

A Portaria SES/DF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, define a Agenda de Trabalho da seguinte forma:

Art. 32. Todos os agendamentos serão feitos com horário marcado, vedado agendamento por turno, devendo haver diariamente alocação de horários para atendimento a demanda espontânea, inclusive casos agudos, e demanda programada, respeitados os protocolos vigentes e de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades da população, sendo recomendado um percentual de 50% dos horários de cada equipe para atendimento à demanda espontânea.

Art. 33. As agendas deverão contemplar atendimentos individuais, coletivos, visitas domiciliares, reunião de equipe e atividades de matriciamento e educação em saúde.

Art. 34. § 3º Os profissionais deverão atender as demandas de atendimento imediato em função da classificação de risco, independentemente da quantidade de atendimentos programados ou já realizados.

A organização das atividades da eSB deverá ser orientada de forma a garantir que 75% a 85% das ações sejam voltadas ao atendimento clínico individual em consultório odontológico enquanto 15% a 25% devem ser direcionadas a atividades coletivas (BRASIL, 2004).

Sugere-se a reserva semanal de um período da manhã e outro a tarde para as atividades coletivas, de forma a dar oportunidade para participação do cirurgião dentista/eSB nas atividades da UBS, bem como atingir os espaços sociais (ex.: Programa Saúde nas Escolas). Além disso, devem ser reservados espaços na agenda para as demandas de visitas domiciliares de acordo com a organização da equipe da UBS e para as reuniões de equipe e de matriciamento (BRASIL, 2004).

Os profissionais de saúde bucal devem participar com os demais profissionais da APS de reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração a ser definida de acordo com as demandas, mas buscando não usar todo o turno de atendimento. Esse momento deve ser utilizado para discutir questões referentes a organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outros (BRASIL, 2017).

Segue abaixo sugestão de agenda semanal para o cirurgião-dentista. Vale ressaltar que a agenda foi baseada no Protocolo de Acesso da SES-DF e é adaptável de acordo com a realidade do território, sendo responsabilidade da Gestão Local organizá-lo.

- Reuniões de equipe: 2h/semanais
- Atendimentos coletivos: 2h/semanais ou a cada 15 dias
- Atenção domiciliar: 4h/semanais
- Atividade de matriciamento e de educação em saúde: 2h/semanais
- Atendimentos individuais: 30h/semanais (15h para demanda espontânea e 15h para demanda programada).

Tabela 1. Sugestão de organização da agenda do CD

1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia
Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento
Consultas programadas	Ações coletivas (UBS/espços sociais)	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas
Intervalo				

Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento	Consultas de pronto atendimento
Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas
Visitas domiciliares	Reunião de equipe	Visitas domiciliares	Atividade de matriciamento e educação em saúde	

Fonte: BRASIL, 2017.

Após a primeira consulta programática e a elaboração do Plano Preventivo-Terapêutico (PPT), o profissional indicará as consultas de retorno para realização e conclusão do tratamento. Após o tratamento concluído, poderá marcar consulta de manutenção. A execução deste PPT deve incluir atenção integral às necessidades identificadas, diversificando atividades de acordo com as funções de cada profissional da equipe (CD e THD) (BRASIL, 2008).

A alta clínica consiste na consulta que finaliza um período de tratamento previsto no PPT do usuário e diz respeito ao encerramento de determinado “período de tratamento”, ou seja, realizaram-se todas as ações que foram propostas no Plano Preventivo-Terapêutico na primeira consulta odontológica programática (BRASIL, 2008).

Parametrização do Processo de Trabalho

Para otimizar o tempo clínico e maximizar a resolubilidade da eSB em seu território, sugerem-se as seguintes ações: (PARANÁ, 2016)

- Atendimento de consultas programáticas de 4 a 6 pacientes por período de 4 ou 5 horas, e as demais demandas espontâneas;
- Priorizar procedimentos por quadrantes, de modo a qualificar o tempo clínico e reduzir o número de sessões necessárias para controle do caso;
- Priorizar o controle dos agravos mais prevalentes (doença cárie, com a utilização do ART (Tratamento Restaurador Atraumático) e a doença gengival, com o controle do biofilme supragengival);
- Agendamento familiar, preferencialmente realizado pelo Agente Comunitário de Saúde, para organizar a demanda, de acordo com a disponibilidade do usuário;
- Criação de agenda integrada na UBS, com a integração da saúde bucal na atenção médica (Agenda integrada entendida como o planejamento conjunto entre eSF e eSB acerca da abordagem, forma de estratificação do atendimento e tratamento a demanda programada dos usuários da respectiva área de abrangência);
- Utilizar prontuário único entre áreas médicas e odontológicas;
- Incentivar o estabelecimento de horário estendido, visando o aumento da cobertura e a facilidade de acesso aos usuários;
- Utilizar o espaço das reuniões de grupos específicos (hipertensos, diabéticos, tabagistas, idosos, crianças de 0 a 5 anos e gestantes) para ações de prevenção e controle das doenças bucais;
- Utilizar o CPO-D e o Índice Periodontal Comunitário (CPITN) no planejamento das ações. No CPO-D, dar ênfase ao C, que significa a demanda de atenção ainda requerida. Deve-se avaliar ainda o uso de um índice mais sensível que possa medir a severidade e a atividade da lesão, como o Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST);
- Estabelecer metas, como **por exemplo**:
 - ✓ Realizar atendimento a 100% das gestantes cadastradas, com primeira consulta de

- saúde bucal entre 12 a 24 semanas de gestação;
- ✓ Garantir para 100% das crianças de 0 a 36 meses a primeira consulta de saúde bucal em 12 ou 24 meses;
- ✓ Crianças nascidas em 2018: zero cárie em 2025.

Ações de assistência à saúde bucal na APS

O levantamento mais recente do “Global Burden of Disease” (GBD, 2016), maior estudo observacional em epidemiologia em todo o mundo, descreve mortalidade e morbidade das doenças mais prevalentes, acidentes e fatores de risco a saúde em níveis globais, nacionais e regionais. Tal estudo examina as tendências desde 1990 até o tempo presente e realiza comparações entre populações. Esta ferramenta permite entender as mudanças nos desafios em saúde que as populações ao redor do mundo enfrentam ao longo do século XXI. A condição de “cárie dentária em dentes permanentes” foi ratificada como a doença mais prevalente do mundo (34,1%), atingindo cerca de 2.4 bilhões de pessoas no globo e as doenças periodontais aparecem como a 11ª condição mais prevalente, afetando aproximadamente 751 milhões de pessoas.

É evidente que a dieta e os hábitos em geral influenciam a instalação e perpetuação de ambas as condições mais prevalentes, tornando indispensável uma abordagem constante, intensa e criteriosa dos fatores de risco comprovadamente relacionados a doença cárie e as doenças periodontais.

Ações de promoção e proteção

Educação em saúde

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) destacam que o principal aspecto da educação em saúde bucal é fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde–doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde–doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida.

A educação em saúde deve ser parte das atribuições comuns a todos os membros da eSB. O Agente Comunitário de Saúde tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a eSB orientar o seu trabalho. A presença do CD é fundamental no planejamento das ações.

São aspectos significativos a serem observados na educação em saúde bucal: respeito à individualidade; contextualização nas diversas realidades; respeito à cultura local; respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática; ética; autopercepção de saúde bucal; autocuidado apoiado (capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde); além do uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário (BRASIL, 2017).

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da saúde e educação, foi instituído em 2007 e modificado pela Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de Abril de 2017, que redefiniu as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios.

Dentre as ações definidas pela Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de Abril de 2017, está a promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor (Art. 10, VII).

O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas brasileiras. Este programa implica ofertas de serviços num mesmo território embasado na sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos à saúde e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2011).

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 equipes de Saúde da Família, tornando possível a interação entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, unidade básica de saúde, 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 Distrito Federal que estiverem localizadas em seus territórios ou área de abrangência, independente de terem aderido ou não ao PSE.

Nas primeiras visitas, após pactuação com a direção da instituição educacional e com o corpo docente da escola, a eSB deverá realizar as primeiras ações de educação e promoção em saúde com o levantamento das necessidades dos alunos, a fim de embasar o planejamento das ações a serem desenvolvidas naquela unidade educacional.

Conforme o levantamento de necessidades, deverá ser construído um cronograma das atividades de educação/promoção em saúde bucal respeitado o calendário escolar. Faz-se imprescindível que a direção e o corpo docente estejam de acordo com o aludido cronograma e o insira no Projeto Político Pedagógico da instituição escolar.

As ações a serem executadas nas escolas abrangem: levantamento de necessidades, escovação bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor quando houver necessidade, palestras educativas para alunos e seus familiares, tendo como parceiro na execução dessas atividades o corpo docente da escola.

A frequência com que tais atividades serão executadas dependerá do levantamento de necessidades de modo que atinja um mínimo de uma ação por ano e contemplem todos os alunos da escola. Será levada em conta a disponibilidade de recursos humanos em saúde bucal da Secretaria de Saúde. As atividades deverão ser planejadas levando-se em consideração a faixa etária dos alunos, quando da elaboração das atividades, a fim de que estejam de acordo com o interesse daqueles atendidos.

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

A unidade de saúde 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.

Hábitos e qualidade de vida

Alimentação e nutrição

A alimentação e a nutrição adequadas possibilitam o pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2013). Dentro da abordagem dos fatores de risco comuns, as doenças crônicas não transmissíveis e as doenças bucais são determinadas pelos mesmos fatores de risco, especialmente o alto consumo de alimentos ricos em açúcar, que é o principal determinante dietético da cárie dentária (FREIRE *et al.*, 2012).

A alimentação e nutrição são fundamentais para a manutenção da saúde bucal, influenciam o desenvolvimento craniofacial, o surgimento das neoplasias orais e as doenças infecciosas orais. Deficiências no estado nutricional podem resultar em defeitos na estrutura dos dentes durante o seu período de formação e atraso na erupção dentária, além de alterações nas glândulas salivares. Após a erupção, por um efeito local direto, os açúcares e ácidos da dieta podem causar cárie dentária e erosão dentária, respectivamente. Estudos mostram também o papel protetor de certos elementos da dieta sobre o câncer bucal, e o efeito de deficiências nutricionais e dietas inadequadas, além do fumo e do álcool, no risco de desenvolver a doença. Os tecidos periodontais também são beneficiados com uma nutrição adequada (FREIRE *et al.*, 2012).

Por isso, é imprescindível implementar o aconselhamento nutricional, abordando não só os aspectos gerais de saúde em se ter bons hábitos alimentares, mas também enfatizar os aspectos diretamente ligados com a saúde oral (OMS, 2018).

Açúcar

Para a OMS, existe evidência convincente da associação entre o consumo de açúcar e o risco de cárie. A redução do consumo de açúcar, refrigerantes, balas e outras guloseimas, além de outros alimentos considerados não saudáveis é recomendada. A sacarose é o açúcar mais utilizado pelas populações. Existem evidências de que o excesso de outros tipos de adoçantes como a glicose e a frutose e o mel, usados como substitutos da sacarose, são também cariogênicos, além de potencialmente calóricos e devem ser igualmente evitados.

O estudo clínico desenvolvido por FELDENS e colaboradores, em 2010, elucidou a efetividade da orientação nutricional às mães, no primeiro ano de vida da criança, na prevenção da cárie aos 4 anos de idade em um município brasileiro. Constatou a redução de 22% na incidência de cárie e também menor número de dentes com experiência de cárie, em comparação ao grupo controle.

Orientar as famílias quanto a necessidade de observação da tabela de informação nutricional nos rótulos dos alimentos é importante, a fim de selecionar aqueles com menores percentuais de gorduras, açúcares e sal. É válido ressaltar que o açúcar simples não é necessário ao organismo humano, pois pertence ao grupo dos carboidratos simples e a energia fornecida por eles pode ser obtida por meio dos carboidratos complexos (grãos e cereais integrais, leguminosas, vegetais e frutas).

Recomendações para as famílias (FREIRE *et al.*, 2012):

- Evite a ingestão de bolos, biscoitos doces e salgados de farinhas refinadas, sobremesas e doces;
- Evite o consumo de refrigerantes, bebidas industrializadas, bebidas açucaradas e produtos de confeitaria, pois contêm muito açúcar e favorecem o aparecimento de cáries, de sobrepeso e obesidade, e não são nutritivos;
- Procure não adicionar açúcar ao café ou a outras bebidas, valorize o sabor natural dos alimentos;
- Após ingestão de medicamentos que possuam, em seu veículo de administração, açúcares de qualquer tipo (muito comum em xaropes expectorantes ou antibióticos de uso infantil), procure realizar a higiene oral.

Erosão

O consumo frequente e constante de alimentos sólidos (como algumas frutas cítricas) e líquidos altamente ácidos, principalmente refrigerantes e alguns sucos de frutas cítricas, tem sido o principal fator dietético para o desenvolvimento da erosão dental (ALMEIDA *et al.*, 2004).

A fonte de ácidos geralmente está em alimentos e bebidas, mas outras fontes incluem algumas medicações (ex.: vitamina C mastigável, tabletes de aspirina), piscinas sem monitoramento de pH, regurgitação involuntária (ex.: hérnia de hiato, esofagite, alcoolismo crônico, gestação), regurgitação voluntária (ex.: distúrbios psicológicos, bulimia, ocupações que requerem baixo peso corporal) e exposição a dejetos industriais no ambiente (NEVILLE, 2009).

Aleitamento materno

Bons hábitos alimentares são iniciados com aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses de vida e sua manutenção até os 2 anos de idade com a complementação de outros alimentos, seguindo a recomendação da OMS, sendo a oferta de chás e água desnecessária até o 6º mês. As lesões de cárie precoces da primeira infância são causadas pela frequente e prolongada exposição dos dentes ao açúcar, que comumente se inicia com hábitos deletérios como deitar-se a noite ingerindo alguma bebida açucarada ou o consumo sob livre demanda das mesmas bebidas durante todo o dia.

O aleitamento materno exclusivo, nesse sentido, evita o primeiro contato da criança com a mamadeira, que é o principal veículo promotor dos episódios acima exemplificados, tornando-se fator protetor para as lesões de cárie precoces da primeira infância.

A afirmação de que o aleitamento materno noturno e em livre demanda está associado com a doença cárie não é fundamentada e não há evidências científicas que a comprovem. Essa relação complexa é confundida por muitas variáveis. O açúcar contido no leite, a lactose, é um dos menos cariogênicos. Além disso, contém altas concentrações de cálcio, fósforo, proteínas, caseína e gorduras que são elementos protetores e ajudam a prevenir a dissolução do esmalte e contribuem para sua remineralização (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004). Assim, o aleitamento materno deve ser encorajado por todos os profissionais de saúde, incluindo os de saúde bucal.

Em recente revisão sistemática (PERES, CASCAES, *et al.* 2015), os autores analisaram a relação entre o aleitamento materno e a prevalência de maloclusões. Concluiu-se que o aleitamento materno foi associado com um menor risco de desenvolvimento de maloclusões, embora tenha-se levantado algumas questões metodológicas nos estudos analisados (PERES, CHAFFEE *et al.* 2017).

Os autores sugeriram que o aleitamento materno, quando comparado com a ausência do aleitamento diminuiu em 66% as chances de desenvolvimento de maloclusões inespecíficas; o aleitamento materno exclusivo em comparação com o aleitamento materno não-exclusivo diminuiu em 46% as chances de desenvolvimento de maloclusões inespecíficas; e um período de aleitamento materno prolongado diminuiu em 60% as chances de desenvolvimento de maloclusões inespecíficas (PERES, CHAFFEE *et al.* 2017).

Frutas e hortaliças

Dentre as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, estão as ações de incentivo ao consumo de frutas e hortaliças, sendo recomendado o consumo diário de frutas ou legumes e verduras em todas as refeições diárias. Têm-se algumas conclusões sobre as frutas frescas. Da maneira como são consumidas, parecem ter baixa cariogenicidade, enquanto frutas secas são altamente cariogênicas devido a sua alta concentração de sacarose. Ademais, ao longo tempo, ficam retidas na

boca (RUGG-GUNN, 1996). Portanto, o aumento do consumo de frutas pode ser uma forma indireta de reduzir o consumo de alimentos açucarados e de baixo teor nutritivo pelas crianças.

Alimentos naturais como frutas, grãos e vegetais possuem ainda fatores protetores que atuam como agentes anticariogênicos. Estes fatores são predominantes nos alimentos não refinados e temos como exemplos os fosfatos orgânicos, fosfatos inorgânicos, polifenóis, fitatos e outras fibras não digeridas. Alimentos fibrosos estimulam o fluxo salivar e, como parte de uma dieta saudável, contribuem para a saúde bucal (MOBLEY, 2003).

Deficiência nutricional

Deficiências nutricionais e dietas inadequadas tornam o indivíduo mais vulnerável ao desenvolvimento do câncer bucal. Uma dieta rica em gorduras, álcool e ferro ou pobre em proteínas, vitaminas (A, E, C, B2) e alguns minerais, tais como cálcio e selênio, são considerados importantes fatores de risco (INCA, 2002). Alguns elementos da dieta podem ter também um papel protetor sobre o câncer. O baixo risco de câncer de boca verificado entre indivíduos que consomem altos índices de frutas cítricas e vegetais ricos em beta-caroteno é outro ponto que enfatiza a importância dos fatores nutricionais. O beta caroteno é o precursor da vitamina A e é encontrado principalmente em alimentos como a cenoura, mamão, abóbora, batata doce, couve e espinafre (LATINO-MARTEL et al., 2011).

Outro problema bucal que pode ser influenciado pela dieta é a doença periodontal. Em casos de escorbuto (deficiência de vitamina C), os tecidos periodontais de humanos são efetivamente afetados, dificultando a resposta inflamatória à irritação local. Contudo, de maneira geral, o periodonto é beneficiado com uma nutrição adequada. Um estudo longitudinal realizado em idosos no Japão mostrou uma correlação negativa entre o consumo de vegetais e a ocorrência de doença periodontal (YOSHIHARA, 2009). A importância do consumo de leite e derivados é enfatizada para todas as fases da vida. Em relação à saúde bucal, a OMS (2002) afirma que há uma provável evidência da associação entre o consumo de queijo e a redução da cárie. Alguns alimentos derivados do leite, como iogurtes e bebidas lácteas industrializadas com sabores, que contêm uma grande quantidade de açúcar adicionado em sua preparação, devem ser substituídos por iogurtes naturais.

Água

A água é indispensável ao funcionamento adequado do organismo. Quando fluoretada, torna-se uma poderosa estratégia dentro da promoção à saúde bucal. A capacidade do flúor de atuar no desenvolvimento da cárie é considerado um dos principais fatores que contribuíram para o declínio da cárie no país bem estabelecida para a prevenção da cárie dentária, entretanto a elevada ingestão de flúor nos primeiros anos de vida, principalmente durante as fases de maturação do esmalte o excesso de flúor pode acarretar a fluorose (PEREIRA; BITTAR, 2009).

Impacto da saúde bucal na alimentação

A alimentação e nutrição também podem ser afetadas por problemas na saúde oral. No estudo realizado por Gomes, em 2005, sobre a avaliação do impacto das condições bucais no desempenho diário em uma amostra representativa de 276 funcionários públicos com idades entre 35 e 44 anos, por meio do índice Oral Impact on Daily Performances – OIDP, o desempenho diário mais afetado foi comer e apreciar a comida (48,6%) (GOMES, 2005).

Uma avaliação do impacto causado na qualidade de vida pela perda de dentes no desempenho de atividades diárias mostrou que 76% dos entrevistados relataram que o ato de

mastigar e saborear os alimentos foi a atividade diária que sofreu maior impacto, seguida por 46% que apontaram a atividade falar e pronunciar palavras claramente e sem dificuldade (TAUCHEN, 2006). A mastigação é extremamente importante na digestão, que começa sempre pela boca. Os alimentos são triturados pelos dentes e misturados à saliva para formar o bolo alimentar. A divisão dos alimentos e sua umidificação são primordiais: elas vão facilitar a passagem para o esôfago e a ação dos sucos digestivos no nível do estômago. Quanto mais mastigado o alimento, mais enzimas digestivas grudam em sua superfície e a digestão fica mais rápida e fácil; por outro lado, se a mastigação for rápida e o alimento for logo engolido, as enzimas perdem a função e o estômago fica sobrecarregado porque recebe o alimento quase inteiro. Uma função mastigatória deficiente pode não dar origem a um estado nutricional comprometido, mas pode ter implicações na escolha de alimentos, no conforto oral e na qualidade de vida (MAGALHÃES, 2011).

Hábitos nocivos

Um hábito oral consiste num ato neuromuscular de natureza complexa, um estímulo aprendido que se torna inconsciente, estando diretamente relacionado com as funções do sistema estomatognático (sucção, deglutição, mastigação e fonética) (MOYERS, 1998). Tais hábitos, quando persistem após a fase oral da criança, que corresponde aos dois primeiros anos de vida, podem promover alterações nos tecidos dentários, ósseos e musculares, resultando em alterações no padrão de crescimento orofacial. Os resultados dessas práticas estão diretamente relacionados a três importantes fatores: intensidade, frequência e duração do hábito (MELO; PONTES, 2014).

Por isso, deve-se realizar orientações sobre a eliminação dos hábitos bucais deletérios em época oportuna, pois as alterações esqueléticas e dentárias ocorridas em consequência da persistência desses hábitos podem prejudicar de forma significativa o crescimento e desenvolvimento craniofacial (BRASIL, 2018).

Álcool e tabaco

Os danos causados pelo consumo de bebidas alcoólicas são diversos, e há evidência da sua associação cocarcinogênica no trato gastrointestinal superior, como a boca, a orofaringe e o esôfago, além do fígado e mama. Estudos apontam o etilismo como o segundo mais importante fator ambiental causador do câncer bucal, principalmente nos casos de câncer de língua e assoalho de boca, ainda que não esteja associado ao tabagismo (INCA, 2002). Reis *et al.* (1997) demonstram que substâncias tóxicas produzidas pelo etanol interagem com o DNA, provocando erros durante a multiplicação das células, o que pode acarretar no aparecimento do câncer. Quando a divisão celular é rápida e desordenada, devido à ação destas substâncias, o núcleo celular pode perder algumas porções de DNA, expondo as células a estas substâncias que alteram o padrão de multiplicação celular e produzem lesões que podem levar ao desenvolvimento do câncer.

O etanol pode ter um efeito direto sobre a mucosa, alterando a homeostase das células epiteliais, alterando a estrutura da mucosa ou induzindo um aumento da permeabilidade do epitélio. Dessa forma, o etanol atua como agente facilitador para a penetração de carcinógenos, tornando os tecidos mais suscetíveis à sua ação (HOWIE *et al.*, 2001).

Como fatores ambientais predisponentes ao câncer bucal, o tabagismo constitui o fator primordial (90%), sendo que os tabagistas apresentam uma probabilidade de 4 a 15 vezes maior de desenvolver a doença do que os indivíduos não tabagistas (LEITE *et al.*, 2005).

O tabaco é extremamente agressivo, como também as substâncias cancerígenas que o compõem, aliadas à alta temperatura alcançada pelo cigarro aceso. Embora o tabaco sem fumaça (rapé e tabaco para mascar) também possa favorecer o aparecimento da doença, uma vez que os

resíduos deixados entre bochecha e língua apresentam um contato mais prolongado, favorecendo desta maneira a ação das substâncias cancerígenas do tabaco sobre a mucosa bucal. No entanto, o uso de cachimbos e charutos também é considerado um importante fator de risco para o câncer bucal e de faringe. O tabagismo é fator de risco independente para o desenvolvimento do câncer bucal, aumentando o risco relativo em sete a dez vezes em comparação com os não fumantes (LEITE *et al.*, 2005). O aumento do risco de aparecimento do câncer bucal, associado ao tabagismo, tem uma relação que varia tanto com a intensidade do consumo de cigarros por dia como pela duração em longo prazo do hábito de fumar.

Quando os usos crônicos de tabaco e álcool são associados, o risco para o câncer bucal é potencializado drasticamente. A literatura estudada evidencia a estreita correlação entre os casos de câncer bucal e fatores considerados de risco, como o tabagismo e o alcoolismo, usados isoladamente, e, ainda, mais acentuados, se ambos os fatores estiverem associados entre si (FREITAS, *et al.*, 2016).

Além do câncer oral, há evidências sobre a correlação entre a prevalência e a severidade da doença periodontal com o tabagismo. A doença periodontal pode ter seu processo evolutivo agravado por questões relacionadas ao hábito de fumar, ao número de cigarros fumados por dia, a história de tabagismo e o número de anos que o paciente fez uso do tabaco tendo como consequência a perda óssea, profundidade de sondagem aumentada, perda de inserção clínica, formação de bolsas periodontais, maior prevalência de cálculos subgingivais e, consecutivamente, perda de elementos dentários (SANTOS *et al.*, 2016).

Malocclusão

Os hábitos orais deletérios apresentam-se com uma prevalência significativa e estão, muitas vezes, associadas a anomalias oclusais (MACHO e al., 2012).

As alterações que podem ocorrer nas estruturas dentoalveolares podem ser: mordida aberta anterior ou posterior, mordida cruzada anterior ou posterior, interferência na posição normal e erupção dos dentes e alteração no crescimento ósseo (WARREN *et al.*, 2001).

O ato de sucção não nutritiva é tido como normal nos primeiros meses de vida da criança, sendo que após os três anos de vida, a sua continuidade torna-se nociva (DIMBERG *et al.*, 2015).

A descontinuação tardia de hábitos prejudiciais está associada à manutenção de má oclusão na dentição decídua e na dentição permanente. Há evidências de que a mordida aberta anterior tende a desaparecer com o início descontinuação dos hábitos de sucção, entretanto o mesmo não é verdade para mordida cruzada posterior e overjet (DIMBERG *et al.*, 2015).

São apontados como importantes fatores etiológicos de mal oclusões o desmame incorreto ou o abandono precoce do aleitamento natural que provocam na criança uma procura de substitutos maternos (AMARAL *et al.*, 2017). Ainda segundo estudo de Amaral e colaboradores (2017), a admissão na UTI de crianças e neonatos com escores de Apgar menores que 7 apresentaram maior risco de desenvolver algum tipo de má oclusão.

O hábito de respirar pela boca pode interferir no crescimento crânio facial, favorecendo as seguintes características físicas: face alongada, olhos caídos, olheiras, flacidez de toda a musculatura da face, lábios entreabertos e ressecados, bochechas caídas, língua hipotônica em posição inferior ou entre os dentes, má oclusão dentária e palato estreito, profundo e ogival (CINTRA *et al.*, 2000).

A intervenção para o uso da respiração nasal deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar e, se a causa da respiração oral for consequência de alterações dentárias ou crânio faciais, deve-se indicar consulta com um ortodontista para que se realizem os procedimentos necessários às devidas correções (MELO; PONTES, 2014).

Onicofagia é o termo utilizado ao hábito de roer as unhas e surge quase sempre associado às emoções da criança, como por exemplo, ansiedade, frustração e stress. Esta situação desencadeia-se

normalmente entre os quatro e os cinco anos de idade, podendo acompanhar a criança ao longo da vida e provocar alterações na arcada dentária (CUNHA, 2001; GIMENEZ *et al.*, 2008).

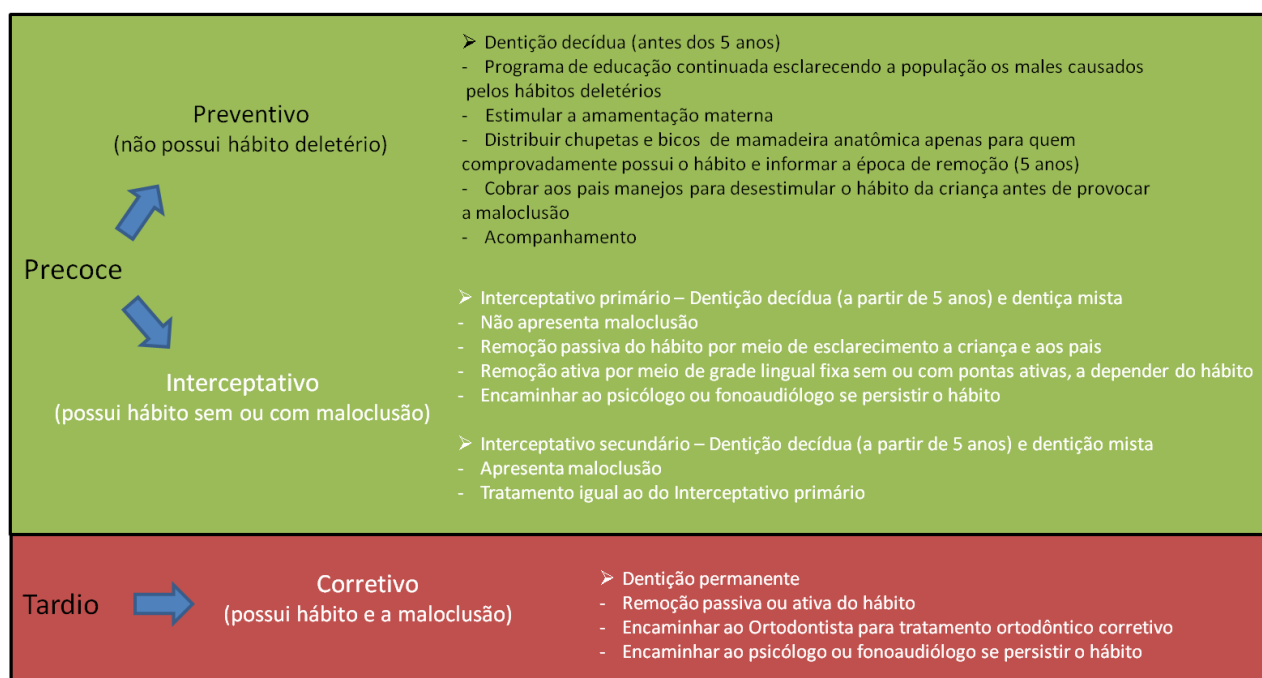
Esse hábito poderá afetar os dentes e os tecidos da cavidade oral de diversas formas. Por exemplo, a criação de mordida cruzada ou a intrusão de elementos dentais, com maior incidência nos incisivos superiores. Para Westling (1988), esse hábito poderá ocasionar dor e disfunção na articulação temporomandibular (ATM), resultado da sobrecarga criada pelo hábito. Para pacientes que apresentam onicofagia a princípio, a terapia deve como objetivo principal a conscientização para que haja o desejo em abandonar tal prática.

Traumatismo

O traumatismo é uma lesão que pode ocorrer em qualquer parte do corpo produto do efeito mecânico de um agente ou objeto externo que acontece de forma abrupta ou violenta. Os traumatismos dão origem a um trauma ou uma ferida. São recomendadas as seguintes medidas preventivas para as injúrias traumáticas (LEVIN; ZADIK, 2012):

- Promover a adequação das condições físicas dos locais de circulação da comunidade, incluindo principalmente os espaços coletivos como creches, escolas, instituições de longa permanência, centros de saúde e calçadas;
- Informar a comunidade sobre como proteger os elementos dentais. Esse trabalho pode ser realizado por professores, funcionários de escolas, esportistas, policiais e socorristas, inclusive enquanto prestam socorro a um trauma dessa natureza;
- Utilizar protetores bucais e faciais adequados a cada esporte durante a atividade física;
- Evitar hábitos deletérios como roer unhas, morder objetos, usar piercing oral ou morder gelo ou alimentos muito duros – tais como milho de pipoca – que podem gerar sobrecarga e fratura do elemento dental;
- Realizar correção ortodôntica.

Quadro 1: Esquemático do protocolo de diagnóstico e tratamento dos hábitos bucais deletérios



Fonte: BRASIL, 2017.

Ações de recuperação e reabilitação

As ações de recuperação e reabilitação descritas a seguir são voltadas para os principais agravos à saúde bucal: cárie dentária, doença periodontal, traumatismo dentário, fluorose dentária, má oclusão e as anomalias de tecidos duros e moles. Sintetiza os fatores de risco relacionados a cada um dos problemas, indicando os sinais e exames complementares que podem facilitar o diagnóstico e as formas de tratamento recomendadas para cada um.

Cárie dentária

O termo “cárie dentária” é usado para descrever os resultados (sinais e sintomas) de uma dissolução química da superfície dentária causada por eventos metabólicos que ocorrem no biofilme que recobre a área afetada. A destruição pode afetar o esmalte, a dentina e o cimento, e as lesões podem se manifestar clinicamente de maneiras variadas (FEJERSKOV, 2017). Em outra definição, cárie dentária é o nome da doença resultante de uma mudança ecológica dentro do biofilme dental, de uma população microbiana balanceada (harmônica) para uma população microbiológica acidogênica, acidúrica e cariogênica, desenvolvida e mantida por um consumo frequente de carboidratos fermentáveis. A mudança na natureza da atividade microbiana no biofilme é associada com o desequilíbrio entre desmineralização e remineralização, levando a uma perda líquida de mineral dentro dos tecidos dentários mineralizados, cujos sinais e sintomas são as lesões de cárie (SCHWENDICKE *et al.*, 2016). Consequentemente, a doença cárie dental não é infectocontagiosa e não precisa ser “curada” por meio da eliminação de bactérias ou, menos ainda, de uma espécie bacteriana específica. Ao contrário, a **cárie dental pode ser tratada abordando o comportamento das pessoas, por meio do controle dos fatores causais (especificamente, o suprimento de carboidratos fermentáveis e a presença e maturação dos biofilmes dentários)**. Se, entretanto, tal tratamento não for provido nem aprendido pelo paciente (isto é, se a atividade da lesão de cárie não é controlada), o biofilme microbiano remanescente promove a progressão da lesão, o que pode certamente levar tanto a inflamação pulpar crônica quanto aos estágios pulpares irreversíveis (necrose pulpar e periodontite apical) (BJØRNDAL; RICUCCI, 2014).

A prevenção e o tratamento das lesões cariosas e de suas sequelas ocupam a maior parte da prática odontológica ao longo da vida em todo o mundo, e o custo dos cuidados de saúde dental representa um importante ônus para a sociedade. A maioria das restaurações dentárias é realizada em decorrência de cáries, sendo estas e as falhas no tratamento restaurador as principais causas de perda dentária em todas as populações (FEJERSKOV, 2017).

Epidemiologia

Em 2010, lesões de cáries não tratadas em dentes decíduos foi a 10ª condição mais prevalente, afetando aproximadamente 9% da população mundial (aproximadamente 621 milhões de pessoas). Cáries não tratadas em dentes permanentes foi a condição mais prevalente, afetando aproximadamente 35% da população mundial (2.4 bilhões de pessoas). Achados indicam ainda que 15 e 27 novos casos de lesão de cárie em dentes decíduos e permanentes, respectivamente, surgirão num grupo de cada 100 pessoas, anualmente. A doença cárie é a quarta mais cara doença crônica para se tratar, segundo a OMS (KASSEBAUM *et al.*, 2015). Segundo o SB 2010, a proporção de indivíduos livres de cárie (CEO/CPO = 0) diminui em função da idade. Aos 5 anos de idade, 46,6% das crianças brasileiras estão livres de cárie na dentição decídua e, aos 12 anos, 43,5% apresentam a mesma condição na dentição permanente. Nas idades de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, os percentuais foram 23,9%, 0,9% e 0,2%, respectivamente.

Diagnóstico

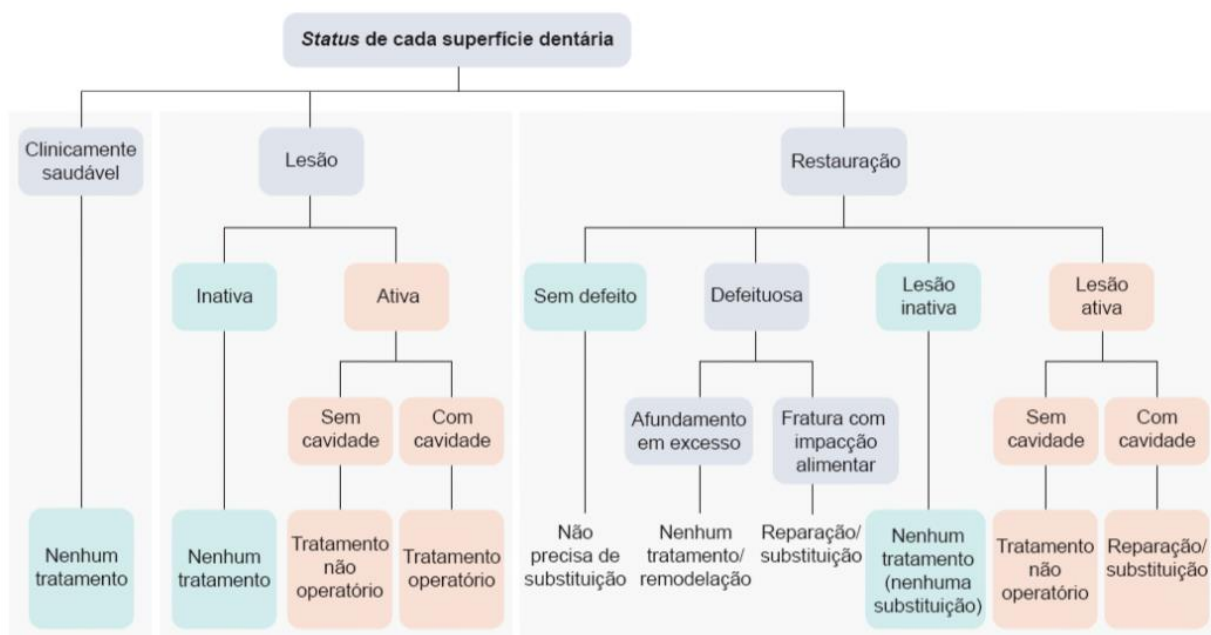
O método diagnóstico de escolha deve ser o visual-tátil, e requer boa iluminação e dentes limpos e secos. A iluminação adequada é uma parte essencial do diagnóstico da atividade das lesões de cárie. As características superficiais típicas das lesões de cárie não cavitadas, como perda do brilho, rugosidade e alteração da coloração, podem ser observadas somente com luz direta. Uma secagem completa é realizada com o jato de ar à intensidade média de uma seringa triplice. Os dentes são examinados com a ajuda de um espelho clínico odontológico e uma sonda exploradora. A sonda serve a dois propósitos: remover o biofilme (usando a lateral da sonda) a fim de verificar os sinais de desmineralização e a ruptura da superfície; e para “sentir” a textura da superfície da lesão. A avaliação histológica tem demonstrado que a sondagem suave não perturba a integridade da superfície das lesões não cavitadas. Um exame clínico para detecção de cáries realizado de acordo com esses princípios leva cerca de 5 a 10 min, dependendo do status das cáries do paciente (FEJERSKOV, 2017).

Nos últimos anos, foi adicionada uma nova dimensão ao exame de cáries visual-tátil clássico: o conceito de avaliação da atividade da lesão. Assim, demonstrou-se que, além de determinar a integridade superficial de uma lesão (cavitada ou não cavitada), é sensato classificar as lesões de acordo com seu estado de atividade com base nas características superficiais (ativas ou inativas). A avaliação da atividade da lesão enfoca as características superficiais das lesões. Duas características distintas são abordadas: atividade, conforme refletido pela textura superficial da lesão; e integridade, conforme expresso pela ausência de uma cavidade ou microcavidade na superfície (FEJERSKOV, 2017).

Importante haver diagnóstico diferencial de outras condições que tem características clínicas semelhantes as lesões de cárie, como fluorose (caracterizada pela distribuição simétrica das lesões em dentes homólogos, hipomineralizações / hipocalcificações, bem como os casos de hipomineralização molar-incisivo (MIH: hipomineralização de origem sistêmica, de um a quatro primeiros molares permanentes, frequentemente associada a incisivos afetados).

A decisão restauradora a partir do diagnóstico criterioso das lesões de cárie presentes no usuário deve seguir a lógica da odontologia minimamente invasiva, nos seguintes termos:

Figura 2: Árvore de tomada de decisões para as cáries dentárias, incluindo a avaliação da atividade como fator importante no processo de decisão.

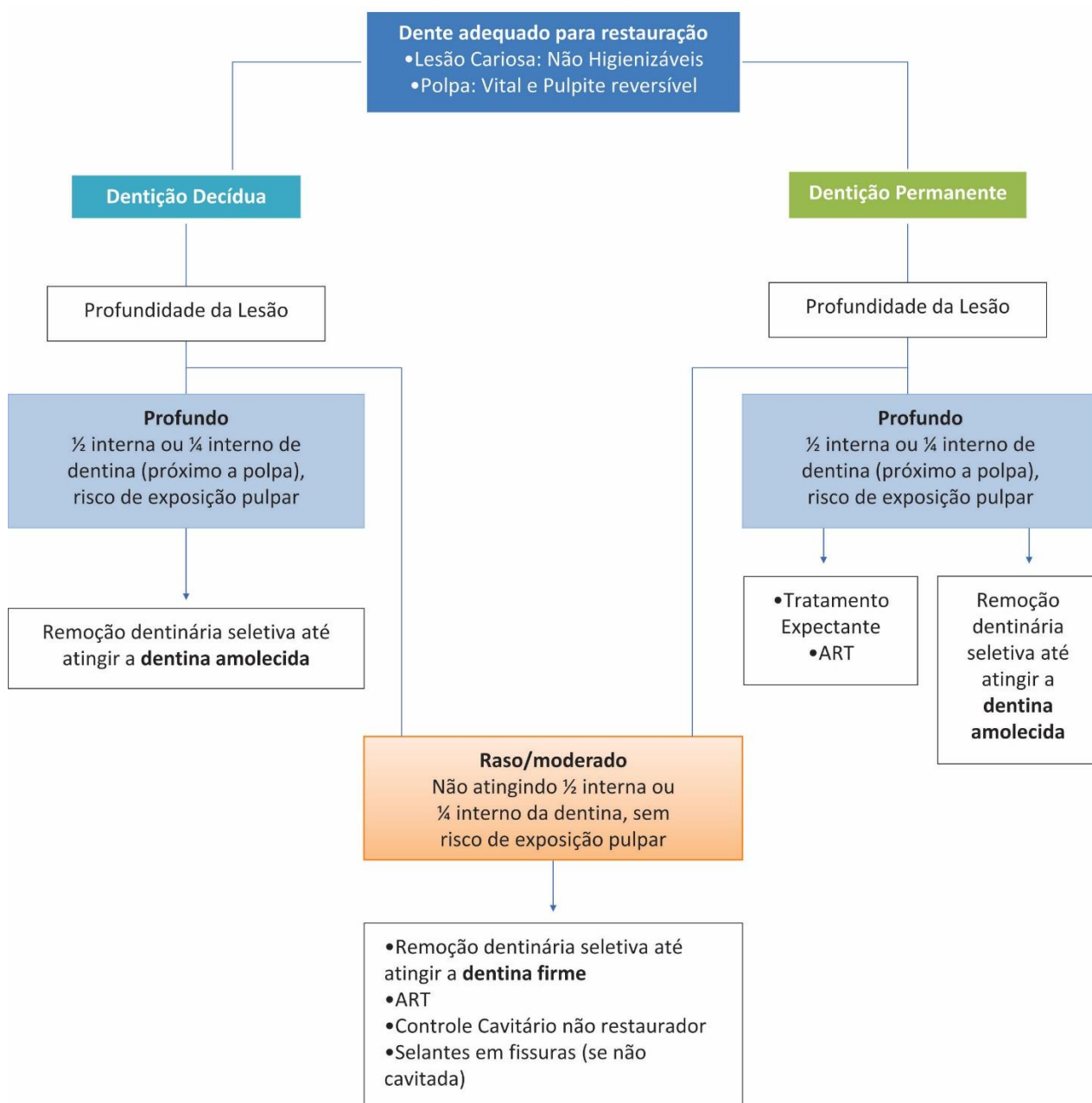


Fonte: Modificada de Nyvad e Fejerskov, 1997. Reproduzida, com a autorização de John Wiley & Sons.

O fluxograma promove o conceito de que as lesões ativas – cavitadas ou não, bem como as recorrentes- precisam de manejo profissional, enquanto as lesões inativas não necessitam de nada além da escovação dentária autorrealizada com pasta de dente fluoretada. O fluxograma não considera os fatores individuais que podem influenciar a modalidade ou a intensidade do tratamento profissional (FEJERSKOV, 2017). Quanto se tem acesso aos métodos auxiliares diagnósticos, como radiografias periapicais ou, principalmente, as interproximais, pode-se direcionar a forma de remoção de tecido cariado.

A Colaboração Internacional de Consenso sobre a Doença Carie (International Caries Consensus Collaboration - ICCC) definiu algumas recomendações simples, de pratica baseada em evidencias científicas que devem ser seguidas pelos profissionais da APS, potencializando a lógica da odontologia minimamente invasiva, sem negligenciar aspectos importantes para o tratamento da doença e suas sequelas (SCHWENDICKE *et al.*, 2016).

Figura 3: Tomada de decisão para lesão cariosa não-higienizáveis em dentes adequados para restauração com polpa vital. ART, Tratamento Restaurador Atraumático (SCHWENDICKE *et al.*, 2016).



Lesões cariosas cavitadas “não-higienizáveis” em dentina são aquelas que NÃO podem ser controladas apenas pela remoção do biofilme, remineralização ou selamento (SCHWENDICKE *et al.*, 2016).

- Na dentição decídua, essas lesões cariosas cavitadas “não-higienizáveis” podem ser transformadas em lesões higienizáveis e paralisadas por meio do controle não restaurador da lesão.
- Prevenir o surgimento das lesões de cárie significa tratar a doença cárie. Para lesões existentes, os cirurgiões-dentistas devem trabalhar com o paciente para tratar a doença e, em consequência, controlar a atividade das lesões – visando a paralisação / inativação da lesão, preservando tecidos mineralizados dentário, evitando o início do ciclo restaurador (ELDERTON 1993; QVIST 2015), e preservando o dente pelo maior tempo possível.
- Quando as lesões de cárie forem “não-higienizáveis” e o uso do selante não for mais uma opção, intervenções restauradoras estão indicadas.
- Tratamentos restauradores são executados com o intuito de controlar o biofilme, proteger o complexo dentino-pulpar e restaurar a função, forma e estética do dente, enquanto não causarem nenhum dano desnecessário ao mesmo. A etapa de remoção de tecido cariado tem os objetivos de criar condições para uma restauração duradoura, preservando tecido sadio e remineralizável, promovendo um selamento efetivo, manutenção da saúde pulpar e de maximizar o sucesso da restauração. Entretanto, isso não necessariamente significa que, próximo a polpa, todos os tecidos contaminados ou desmineralizados devam ser removidos.
- Em lesões mais profundas em dentes com polpas ainda vitais, a preservação da saúde pulpar deve ser priorizada sobre o sucesso da restauração, enquanto nas lesões rasas ou moderadamente profundas, a longevidade da restauração pode ser um fator mais importante.
- Para dentes com lesões rasas ou moderadamente profundas, deve-se executar a remoção seletiva até atingir a dentina firme.
- Em lesões profundas (radiograficamente se estendendo ao terço ou quarto final da dentina) nas dentições permanente ou decídua, deve-se executar a remoção seletiva até atingir a dentina amolecida.
- Em dentes permanentes, a remoção tecidual em duas etapas (duas consultas ou tratamento expectante) pode também ser uma opção para lesões mais profundas.
- A consistência (por exemplo, amolecida, em lascas”, firme ou “que se possa arranhar”, dura) da dentina deve ser o primeiro critério para avaliação, descrição ou definição do tecido cariado e para sua remoção.
- A umidade (molhada, úmida ou seca), a cor (pálida / amarela, escurecida ou preta) e características óticas adicionais da dentina ou medidas de diferentes produtos metabólicos bacterianos podem ser úteis como indicadores adicionais.
- Não há evidências suficientes para recomendar nenhum método específico para remoção do tecido cariado, em detrimento de outro. A remoção manual ou por escavação químico-mecânica pode reduzir a dor e o desconforto durante o tratamento e podem, portanto, ter um impacto positivo na ansiedade do paciente, especialmente quando se tratam crianças.
- Os procedimentos de desinfecção da cavidade (como tratamento com clorexidina ou fluoreto estanhoso) atualmente não tem evidência de benefícios ao paciente para apoiar ou indicar seu uso.
- A inserção de materiais forradores não é necessária para controlar uma lesão com adaptação marginal efetiva, mas pode impedir a penetração de monômeros e evitar

fratura de dentina remanescente quando a resina composta é o material restaurador de escolha.

- A escolha do material restaurador deve ser guiada pela localização e extensão da lesão, pelo risco de cárie, pela atividade da lesão e pelo contexto e condições específicas dos pacientes. Não há evidência definitiva que ampare que um material em particular é mais adequado do que outros para restauração dentária após a remoção seletiva até a dentina firme ou amolecida.
- O retratamento das restaurações deve visar o reparo por meio da recuperação da integridade marginal, reanatomização / remodelação ou repolimento onde for possível, e a troca da restauração deve ser o último recurso.

Flúor

O fluoreto (F) vem sendo utilizado como instrumento eficaz e seguro na prevenção e controle da cárie dentária. Desse modo, o F consiste em um importante elemento estratégico nos sistemas de prevenção da cárie dentária, quando corretamente aplicado (BRASIL, 2009). É importante avaliar em cada contexto a oportunidade e consequências da associação de um método sistêmico com vários métodos tópicos. Uso de métodos tópicos (bochechos, géis ou vernizes) em conjunto ao uso regular de dentifrício fluoretado tem pouco efeito adicional na redução de cáries (MARINHO *et al.*, 2004a). É imperativo jamais associar dois métodos cujo modo de aplicação seja sistêmico (água e sal de cozinha, por exemplo) (BRASIL, 2009). No contexto brasileiro, a base dos sistemas de prevenção de cárie, segundo a lógica da associação de métodos, assenta-se na associação da água com os dentifrícios fluoretados, buscando-se permanentemente a universalização do acesso regular a esses meios de obtenção de flúor (BRASIL, 2009). Na ausência de água fluoretada, recomenda-se o uso regular de dentifrício fluoretado em conjunto com uma forma de uso tópico (bochecho, gel ou verniz).

Não há necessidade de se utilizar aplicação tópica de flúor em alta concentração de forma preventiva em pacientes hígidos, visto que o tecido dentário cariado é muito mais reativo ao flúor do que o esmalte hígido, incorporando mais íons fluoreto à sua estrutura e formando maior reservatório de fluoreto de cálcio em aplicações de flúor em alta concentração. Para pacientes sem atividade de cárie, são suficientes a instrução de higiene com escovação e o uso de dentifrício fluoretado para prevenção e controle de lesões incipientes (BRASIL, 2009). A aplicação tópica de flúor de forma preventiva (semestral ou quadrimestralmente) está indicada apenas a pacientes considerados de alto risco, ou seja, aqueles que apresentem pelo menos uma destas condições:

- Sem exposição à água de abastecimento fluoretada;
- Com exposição à água de abastecimento com teores de fluoretos abaixo da concentração indicada (até 0,54 ppm F);
- Cujo CPOD médio for maior que 3 aos 12 anos de idade;
- Com condições sociais e econômicas que indiquem baixa exposição a dentifrícios fluoretados (BRASIL, 2009).

A opção pelo uso do método tópico adicional deve levar em consideração aspectos operacionais e de custos, já que a eficácia desses métodos é semelhante. De maneira geral, a eficiência (custo – benefício) do gel fluoretado é maior que a dos bochechos e verniz, apresentando eficácia e efetividade semelhantes (BRASIL, 2009).

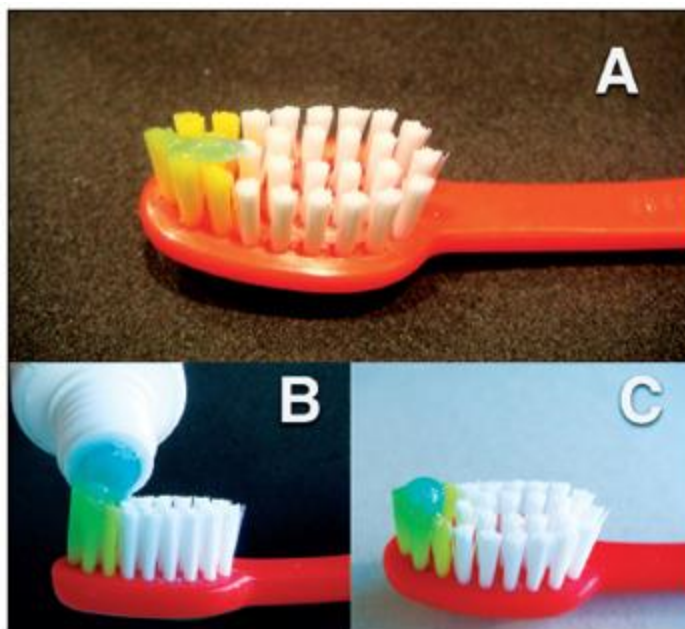
Figura 4: Quantidade de dentifrício não recomendada para pré-escolares



Fonte: <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/48/uso-de-dentifricios-fluoretados-por-pre-escolares--o-que-os-pediatras-precisam-saber->

Toda a população, em especial crianças menores de nove anos de idade, deve usar o dentifrício fluoretado em pequenas quantidades (cerca de 0,3 gramas, equivalente a um grão de arroz), devido ao risco de fluorose dentária.

Figura 5: Quantidade de dentifrício recomendada para pré-escolares. Quantidade correspondente ao tamanho de um grão de arroz (aprox. 0,1g) equivalente a uma "lambuzadela"/"smear" (A) para crianças de até 4 anos e quantidade semelhante a um grão pequeno de ervilha (0,25g a 0,3g) equivalente ao que é obtido com a técnica transversal de colocação de dentifrício na escova para crianças com 4 anos ou mais (B e C).



Fonte: <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/48/uso-de-dentifricios-fluoretados-por-pre-escolares--o-que-os-pediatras-precisam-saber->

Dentifrícios com baixa concentração de fluoretos ou não fluoretados não são recomendados. Além de não haver evidências científicas de que dentifrício de baixa concentração de F tenha a mesma eficácia anticárie que o de concentração convencional (1.000–1.100 ppm F), uma importante redução da eficácia desses produtos na prevenção de cáries foi encontrada, principalmente em crianças com atividade de cárie (BRASIL, 2009).

Selantes

Trata-se de uma das formas de prevenção, representada pela obliteração mecânica dos defeitos estruturais do esmalte dental, por meio da aplicação adequada de um selante de fóssula e fissuras resinoso, ionomérico ou ionomérico-resinoso. Recente Revisão Sistemática concluiu que houve redução da incidência de lesões cáries nas faces oclusais de molares decíduos e permanentes com uso de selantes quando comparados com dentes sem selantes oclusais ou com verniz fluoretado (WRIGHT *et al.*, 2016). Além disso, em pacientes de alto risco, os selantes podem ser usados em conjunto com outras intervenções preventivas para controlar o processo da doença cárie.

Apesar dos selantes serem mais efetivos que os vernizes na prevenção do desenvolvimento de novas lesões de cárie oclusal (HIIRI *et al.*, 2010), as condições para sua aplicação requerem maior tempo de trabalho e melhor infraestrutura, o que pode não ser viável em populações com alta prevalência de cárie e em atividades em ambiente escolar. Nesses casos, recomenda-se o uso do verniz fluoretado (NEIDELL *et al.*, 2016).

ART

O Tratamento Restaurador Atraumático (ART, do original em inglês Atraumatic Restorative Treatment) foi criado na Tanzânia nos anos 1980s em resposta à dificuldade de tratar os pacientes de maneira convencional, pois em muitas localidades do país não havia energia elétrica para acionar os motores odontológicos. Assim, os precursores do ART preconizaram o uso de escavadores manuais para remover o tecido dentinário cariado e o preenchimento da cavidade com cimento de poliacrilato (FRENCKEN *et al.*, 2012).

O ART atualmente é entendido como uma abordagem minimamente invasiva que compreende medidas preventivas em relação à cárie dental e o controle dessa doença (FRENCKEN *et al.*, 2002; ESTUPIÑÁN-DAY *et al.*, 2013). Assim, os pacientes são esclarecidos a respeito da doença cárie dental, como preveni-la e controlá-la, e o tratamento é feito apenas com a utilização de instrumentos manuais e com material restaurador adesivo, via de regra o cimento de ionômero de vidro, aplicado para o selamento de cicatrículas e fissuras em risco de cárie e na restauração de dentes com cavidades nas quais as fissuras adjacentes também são seladas (LEAL; NAVARRO, 2012).

As indicações das restaurações de ART são: dentes com lesões cáries envolvendo dentina cuja abertura cavitária seja de no mínimo 1,6 mm ou que seja suficiente para acesso do menor escavador (NAVARRO *et al.*, 2015), ou que possam ser abertas com uso do opener ou do machado para esmalte, para permitir a introdução do menor escavador e escavação da dentina cariada. Os dentes devem ainda demonstrar ausência de comprometimento pulpar severo, caracterizado pela presença de sintomatologia dolorosa, abscesso, fístula ou mobilidade. **Se a lesão de cárie não for acessível com o uso dos instrumentos manuais ou se houver história de sintomatologia dolorosa ou presença de fístula, abscesso ou mobilidade dental, o ART está contraindicado** (FRENCKEN *et al.*, 2012). Importante salientar que grande parte das falhas do procedimento derivam das extrapolações da técnica, advindas dos erros de indicação do procedimento.

Considerando o ambiente odontológico e os procedimentos específicos realizados pelo dentista, é sabido que a agulha associada à anestesia local e o alta-rotação são os principais fatores indutores de medo. Uma vez que o ART é realizado apenas com o uso de instrumentos manuais, tanto para a abertura quanto para a limpeza da cavidade e a anestesia local é raramente empregada, esta abordagem parece ser uma excelente opção de manejo de lesões com cavidades em dentina em especial para pacientes infantis e/ou ansiosos, independentemente da idade. (NAVARRO *et al.*, 2015)

O ART tem sido proposto como tratamento eficaz para abordagem a pessoas com deficiência como alternativa preventiva e terapêutica. Por suas características técnicas, o ART possibilita a quebra de algumas das barreiras inerentes à abordagem clínica a esses pacientes, como

a infiltração anestésica, vibração e som dos instrumentos rotatórios. Tais aspectos podem desencadear reações desproporcionais de desconforto no paciente, que terminam com a oposição e falta de colaboração ao tratamento. Além disso, a falta de coordenação motora da musculatura orofacial, força lingual e excessiva salivação sem deglutir (babar), comprometem o seguimento de um minucioso protocolo clínico, de procedimentos restauradores que requerem técnicas sensíveis, levando ao fracasso das restaurações no curto prazo (NAVARRO *et al.*, 2015).

Resumo técnica restauradora ART (BUSSADORI *et al.*, 2018):

Procedimento	Realização em Campo	Realização em Consultório
Limpeza da superfície	Escovação profissional; fricção com aplicador descartável	Profilaxia com escova Robinson, pedra-pomes e água
Acesso à lesão de cárie caso haja esmalte esteja sem suporte	Machado, enxada ou recortador de margem gengival	Pode associar o uso de alta rotação com ponta diamantada, somente em esmalte
Remoção de dentina cariada	Uso de curetas afiadas, iniciando pelas margens da cavidade, mantendo a dentina que sai em lascas ou escamas na porção mais próxima à polpa (dentina afetada)	Uso de curetas afiadas, iniciando pelas margens da cavidade, mantendo a dentina que sai em lascas ou escamas na porção mais próxima à polpa (dentina afetada)
Limpeza da superfície	Uso do líquido do material restaurador, com aplicador descartável previamente úmido, por 15 segundos na superfície, para remover a lama dentinária	Uso do líquido do material restaurador, com aplicador descartável previamente úmido, por 15 segundos na superfície, para remover a lama dentinária
Lavagem	Aplicador descartável úmido (mínimo 3)	Seringa tríplex, uso de sugador
Secagem	Aplicador descartável seco ou papel absorvente	Aplicador descartável secos ou papel absorvente
Dosagem do material restaurador	criteriosa e de acordo com a recomendação do fabricante. Não deve ultrapassar 30 segundos no total	criteriosa e de acordo com a recomendação do fabricante. Não deve ultrapassar 30 segundos no total
Inserção na cavidade	Com o material apresentando brilho, com espátula de inserção, preferencialmente em incrementos. Opcionalmente, utilizar seringas injetoras. Deixar com ligeiro excesso.	Com o material apresentando brilho, com espátula de inserção, preferencialmente em incrementos. Opcionalmente, utilizar seringas injetoras. Deixar com ligeiro excesso.
Pressão Digital	Com dedo e vaselina, pressionar a superfície da restauração e manter em posição por 10 a 30 segundos	Com dedo e vaselina, pressionar a superfície da restauração e manter em posição por 10 a 30 segundos
Remoção dos excessos	Utilizar Hollenback ou cureta afiada	Utilizar Hollenback ou cureta afiada
Proteção superficial	Vaselina sólida, esmalte de unha transparente ou verniz cavitário	Pode-se fazer uso de materiais fotopolimerizáveis (adesivo dentinário e selantes de superfície sem carga)
Checagem da oclusão	Utilizar papel carbono para checagem da oclusão	Utilizar papel carbono para checagem da oclusão
Remoção de contatos prematuros	Com Hollenback ou cureta afiada	Pode-se adicionalmente utilizar alta rotação, SEM REFRIGERAÇÃO

Escovação supervisionada (individual e coletiva); Selantes; Aplicação tópica de flúor; Evidenciação de placa bacteriana; Restauração de dente permanente anterior; Restauração de dente permanente posterior; Restauração de dente decíduo.

Doença periodontal

As doenças periodontais, compreendendo gengivite e periodontite são, provavelmente, as doenças mais comuns da humanidade (TONETTI *et al.*, 2017). Caracterizam-se como um conjunto de condições inflamatórias, de caráter crônico, e de origem bacteriana, que começa afetando o tecido gengival e pode levar, com o tempo, à perda dos tecidos de suporte dentários. A doença periodontal pode comprometer tanto os tecidos de revestimento (gengiva) como os de sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso) dos dentes. Caracteriza-se pela perda de inserção do ligamento periodontal e consequente destruição dos tecidos ósseos adjacentes. A continuidade e evolução deste processo leva à perda dos dentes, devido ao acúmulo de cálculo dentário e à inflamação destas estruturas (com seu consequente comprometimento e destruição pela ação bacteriana e pela reação do hospedeiro) culminando na formação de bolsas periodontais e na mobilidade dentária. A doença periodontal tem o seu desenvolvimento mais acelerado em pacientes diabéticos, imunossuprimidos e em fumantes.

No Brasil, 62,9% das crianças de 12 anos apresentaram todos os sextantes hígidos. No grupo de 15 a 19 anos, 50,9% dos examinados apresentaram todos os sextantes hígidos; Presença de cálculo foi a alteração periodontal mais marcante nesse grupo etário (28,4%). Cerca de um quarto dos adolescentes de 12 anos de idade, um terço dos adolescentes de 15 a 19 anos, aproximadamente a metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade e menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento gengival (BRASIL, 2012). Como a periodontite é a maior causa de perda dentária na população adulta no mundo, os indivíduos que desenvolvem a condição estão sob o risco de perdas dentárias múltiplas, edentulismo e disfunções mastigatórias, afetando sua nutrição, qualidade de vida e autoestima, bem como impondo grandes impactos socioeconômicos e custos nos cuidados com a saúde (CHAPPLE, 2014; CHAPPLE *et al.*, 2015; PETERSEN e OGAWA, 2012; PIHLSTROM *et al.*, 2005). A prevalência global aumenta com a idade, e a incidência aumenta gradualmente em adultos de 30 a 40 anos (JEPSEN *et al.*, 2017; KASSEBAUM *et al.*, 2014b; TONETTI *et al.*, 2017). A periodontite afeta desproporcionalmente o segmento mais vulnerável da população e é uma fonte de desigualdade social (JEPSEN *et al.*, 2017; JIN *et al.*, 2011).

Periodontite é uma doença crônica não transmissível (DCNT) que compartilha determinantes sociais e fatores de risco com as maiores DCNTs, condições essas responsáveis por cerca de 2/3 das mortes do mundo, como doenças cardíacas, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (EZZATI; RIBOLI, 2012).

Tabagismo, obesidade, má-nutrição (tanto em termos de ingestão calórica insuficiente quanto de qualidade dos componentes nutricionais ingeridos) e inatividade física foram todos fatores associados com o risco aumentado de periodontite (CHAPPLE *et al.*, 2017). O aumento do tabagismo em países em desenvolvimento combinado com a epidemia de obesidade/diabetes impulsionará ainda mais a incidência de periodontite (TONETTI *et al.*, 2017).

Além dos fatores de risco compartilhado com outras DCNTs, o acúmulo de biofilme dental, resultado de hábitos de higiene oral inadequados, tais como a má-escovação e o não uso de meios auxiliares de limpeza interdental contribui para o início e a progressão das doenças periodontais na população. Tais biofilmes, se não bem controlados, interagem com o perfil de susceptibilidade único de cada indivíduo e podem gerar uma disbiose, iniciando e perpetuando o processo de doença, que é caracterizado pela destruição inflamatória do aparato de suporte periodontal e do osso alveolar (DARVEAU, 2010; KORNMAN, 2008).

Os principais sinais das doenças periodontias em estágios iniciais são o sangramento gengival, recessão da margem gengival e halitose. A disfunção mastigatória, como estágio terminal da periodontite, compromete a nutrição e a saúde geral. Indivíduos com disfunções mastigatórias mudam seus hábitos dietéticos, usualmente incorporando mais amidos e gorduras e menos frutas e vegetais em sua dieta. O grau de inflamação sistêmica e a má-nutrição, consequências da periodontite severa, pode contribuir para o surgimento de outras DCNTs (TONETTI; KORNMAN, 2013).

Entretanto, os estágios iniciais da periodontite são frequentemente assintomáticos, e um número significativo de pacientes não buscam acompanhamento profissional. A silenciosa natureza dos estágios iniciais da doença combinados com a baixa preocupação com a saúde periodontal leva muitos pacientes a procurarem cuidados quando já há sintomas de estágios avançados da doença, por meio de um tratamento periodontal especializado, quando disponível e acessível em termos financeiros (JIN, 2015). Consideráveis evidências também apontam para o fato de que os efeitos da periodontite vão além da cavidade oral e, que o corpo é afetado pela disseminação sanguínea tanto das bactérias quanto de seus produtos, originários do biofilme oral e dos mediadores inflamatórios derivados do periodonto inflamado (TONETTI *et al.*, 2017).

Por meio desses mecanismos, a periodontite interage com as várias doenças sistêmicas, notavelmente a diabetes, a arteriosclerose, artrite reumatoide e infecções pulmonares (TONETTI *et al.*, 2017). A periodontite pode ser prevenida, facilmente diagnosticada, tratada e controlada com sucesso seguindo cuidados profissionais adequados e prevenção secundária de longo prazo.

Prevenção

A periodontite é prevenível por meio do efetivo tratamento da gengivite e da promoção de estilos de vida saudáveis, tanto em nível populacional quanto individual (CHAPPLE *et al.*, 2015; JEPSEN *et al.*, 2017). Isso pode ser alcançado através da instrução profissional para o autocuidado em higiene oral, abordando escovação e higiene interdental, bem como uma abordagem integrada de base populacional de educação em saúde.

A forma da prevenção deve ser adaptada de acordo com o diagnóstico e o perfil de risco de cada indivíduo. Sugerem-se as seguintes ações no âmbito do território de cada equipe de saúde da família, baseadas em larga escala: (TONETTI *et al.*, 2017).

- Campanhas e momentos de instrução profissional abordando a relevância do sangramento gengival como importante fator preditor da presença de algum grau de doença periodontal, estimulando a auto percepção e alertando que, na presença desse sinal, deve-se procurar auxílio profissional;
- Motivação do indivíduo e detalhada instrução de higiene oral, com ênfase no papel da remoção mecânica do biofilme dental;
- Incentivo ao controle dos principais fatores de risco sistêmicos, como o tabagismo, com ações

integradas a grupos que já são constituídos para o tratamento de outras doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes ou a hipertensão;

- Efetivo exame periodontal e diagnóstico adequado por meio da equipe de saúde bucal, incluindo avaliação dos fatores de risco em nível individual;
- Esclarecimentos aos usuários que o tratamento profissional sozinho não controlará o curso da doença periodontal já instalada de forma adequada e é fundamental que haja mudança nos hábitos de higiene e estilo de vida do paciente;
- Esclarecer que o uso de substâncias para o controle químico da placa na presença de sangramento gengival pode mascarar a presença de focos subjacentes de doenças periodontais.

Diagnóstico

Aliado ao exame clínico visual, o principal exame para detectar a presença da doença periodontal é a sondagem periodontal, feita com um instrumento específico, a sonda periodontal. A sondagem periodontal, por apresentar alta sensibilidade e custo inexpressível, deve ser considerada um procedimento obrigatório em qualquer consulta programada como ação necessária para elaboração de um plano de cuidados do usuário. Quando a sondagem periodontal revelar perdas ósseas, formando as bolsas periodontais, é comum que radiografias odontológicas periapicais sejam solicitadas, para auxiliar o diagnóstico e avaliar a extensão da doença periodontal (MOREIRA, 2000).

Uma abordagem em 3 passos é fundamental para o bom diagnóstico periodontal (TONETTI *et al.*, 2017):

1. Autodetecção dos sinais e sintomas das doenças periodontais pelo usuário, para que ele tenha a consciência de que precisa procurar ajuda profissional.
2. Exame periodontal pela Equipe de Saúde Bucal para segmentar a população nos estratos: saúde periodontal, gengivite (planejando os cuidados preventivos respectivos) e periodontite
3. Exame periodontal abrangente e diagnóstico apropriado para planejar o adequado tratamento da periodontite.

Também é útil classificar-se o usuário quanto a extensão e a gravidade da periodontite, assim como apontar a presença de disfunção mastigatória, porque as necessidades de tratamento tendem a ser distintas (TONETTI *et al.*, 2017).

- Estagio 1: Periodontite leve ou moderada: refere-se à condição caracterizada por inflamação gengival e certo grau de destruição de inserção periodontal compatíveis com a função oral regular;
- Estagio 2: Periodontite severa: refere-se à condição caracterizada por inflamação gengival, destruição avançada da inserção periodontal e presença de defeitos por perda óssea vertical e/ou envolvimento de furca;
- Estagio 3: Periodontite Severa complicada por Disfunção mastigatória: refere-se à condição caracterizada por inflamação gengival, destruição avançada da inserção periodontal e presença de defeitos por perda óssea vertical e/ou envolvimento de furca, assim como perda de função mastigatória consequência de hiper mobilidade dental e/ou perda dentária.

Tratamento

O tratamento periodontal visa o controle da gengivite e da periodontite, evitando a progressão da lesão que levaria a perda dentária, a manutenção de uma dentição funcional por toda a vida e a preservação da autoestima e melhorar a qualidade de vida do usuário (TONETTI *et al.*, 2017).

As evidências científicas indicam que o tratamento periodontal, conduzido em uma série de fases sequenciais de cuidado, é efetivo (TONETTI *et al.*, 2017). Tais fases são:

- FASE 1: Controle dos fatores de risco (ex.: tabagismo e diabetes) e promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo auto higiene oral adequada combinada com o controle da inflamação periodontal via remoção profissional de biofilme dos ambientes supra e subgengival. Isto é obrigatório para todos indivíduos que tenham diagnóstico de periodontite. Sua efetividade para cada paciente deve ser verificada e conduzida para atingir níveis adequados de controle de placa, inflamação gengival e presença de bolsas periodontais residuais. Pode ser o único tratamento requerido para a periodontite do Estágio 1.
- FASE 2: Indivíduos que respondem bem ao tratamento da FASE 1, mas apresentam bolsas periodontais persistentes podem ser abordados com correção cirúrgica das lesões causadas pelo processo de doença de modo a recobrar a saúde periodontal, permitir uma adequada auto higiene oral a minimizar o risco de recidiva. É frequentemente necessária nos Estágios 2 e 3 da periodontite.
- FASE 3: Uma vez que a saúde periodontal foi atingida, a reabilitação da função mastigatória e/o estética podem estar indicadas nos casos mais avançados que sofreram perdas dentárias, disfunções mastigatórias, migrações dentárias ou comprometimento estético. É frequentemente necessária nos casos de Estágio 3 de periodontite.
- FASE 4: Participação num programa de manutenção preventiva guiado ao paciente periodontal que apresenta maior risco de recidiva. Esses pacientes requerem um monitoramento mais criterioso, e um nível maior de cuidados. É necessário para a preservação a longo prazo da dentição após a conclusão da terapia periodontal ativa (Fases 1 a 3) de todos os pacientes periodontais.

O papel das unidades de atenção primária compreende a informação sobre saúde periodontal; promoção de saúde; instrução quanto ao autocuidado em higiene oral; e cuidados preventivos para a população em geral; diagnóstico e monitoramento para garantir detecção precoce da periodontite; efetivo tratamento das formas leves e moderadas da doença; identificação precoce dos indivíduos que não respondem ou respondem insatisfatoriamente ao tratamento básico padrão com o efetivo encaminhamento ao serviço especializado. O papel dos serviços secundários inclui o manejo das formas mais avançadas de periodontite (estágios 2 e 3), casos de periodontites que não respondem ao tratamento periodontal básico e o tratamento da periodontite em usuários com complexas co-morbidades sistêmicas (TONETTI *et al.*, 2017).

Pode-se intervir no curso da doença atuando-se tanto na promoção quanto na prevenção e no tratamento das condições. Desta forma, espera-se que na APS exerça-se em larga escala ações de promoção e prevenção na saúde periodontal, devendo-se “intervir nos fatores modificadores da doença periodontal, raspagem e alisamento supragengival e subgengival, remoção de outros fatores de retenção de placa e orientações de higiene bucal. Também deverão ser realizados os tratamentos de urgência (gengivites e periodontites necrosantes; gengivoestomatite-herpética aguda e abscessos periodontais)” (BRASIL, 2017).

Os pacientes encaminhados para atenção secundária deverão ter obtido na atenção primária elucidações sobre a etiologia de agravos em saúde bucal, bem como ter passado por sessões de motivação ao autocuidado, sendo importante que se promova a apropriação destes conhecimentos.

O usuário encaminhado deverá apresentar como pré-requisito condições de saúde bucal que favoreçam e facilitem o tratamento periodontal especializado. Usuários com atividade de cárie deverão receber, previamente ao encaminhamento, tratamento de fluoterapia e orientações acerca de higiene bucal e dieta, a fim de estabilizar a progressão e paralisar a atividade da doença. Os dentes cavitados por história de cárie deverão sofrer preferencialmente remoção total do tecido cariado e selamento com material restaurador provisório e/ou definitivo. A adequação do meio bucal deve ser realizada previamente ao encaminhamento, objetivando a remoção de focos infecciosos, remoção de excesso de restaurações e remoção de cálculo dentário por meio de raspagens supra e subgengivais.

Dessa maneira, possibilitar que o usuário realize o correto controle de placa, estimulando-o para o autocuidado a fim de manter as condições do meio bucal apropriadas para a manutenção da saúde bucal (BRASIL, 2017).

Escopo de Serviços APS

Evidenciação de placa bacteriana; Atividade educativa/orientação em grupo; Profilaxia/remoção da placa bacteriana; Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante); Raspagem alisamento subgengivais (por sextante).

Edentulismo / perdas dentárias

O edentulismo é uma realidade, principalmente entre adultos e idosos, e suas consequências têm gerado sérios distúrbios funcionais, psicológicos e sociais na vida desses pacientes. A perda total de dentes prejudica a função mastigatória, a fonética e a estética e, constitui-se um problema de Saúde Pública (CALDAS JÚNIOR, 2005).

No último levantamento conduzido em nível nacional, o SB BRASIL 2010, 19,8% da população brasileira na faixa entre 65 e 74 anos apresentavam necessidade de uso de próteses totais maxilares e mandibulares (BRASIL, 2010).

A perda dentária também é decorrente da falta de acessibilidade e utilização de serviços públicos odontológicos, de atitudes errôneas dos profissionais da Odontologia, como a forma mutiladora de prestação de serviços odontológicos e da falta de informação da população quanto à importância e necessidade de manter a saúde bucal (CALDAS JÚNIOR, 2005).

Diferentemente do que alguns consideram, as próteses dentárias estão incluídas no rol de procedimentos da Atenção Primária de Saúde. Dentro desta visão estratégica, cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a realização da parte clínica da prótese, prioritariamente as próteses totais maxilares ou mandibulares e próteses fixas de baixa complexidade (como coroas totais, parciais ou núcleos em um único dente), com a realização dos passos clínicos que vão desde a moldagem, os registros interoclusais até a instalação da prótese e o monitoramento do paciente ao longo do tempo (BRASIL, 2017).

Escopo de Serviços APS

Adaptação de prótese dentária; Cimentação de prótese dentária; Instalação de prótese dentária; Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária

Maloclusão

O tratamento de maloclusões pode ser classificado como preventivo, interceptativo e corretivo, dependendo da sua complexidade e estágio de desenvolvimento. A APS pode ser resolutive no tratamento preventivo e interceptativo, por meio da realização de diferentes abordagens, com o objetivo de diminuir a incidência e reduzir a severidade de maloclusões nas dentições decídua e mista, assim como minimizar a necessidade de tratamento ortodôntico corretivo na dentição permanente.

A equipe de Saúde Bucal, em conjunto com outros profissionais da UBS, deverá planejar e realizar ações preventivas e educativas com ênfase no acesso à informação sobre os fatores de risco e formas de se evitar o desenvolvimento das maloclusões.

- Orientações sobre amamentação, dieta, higiene oral, aspectos gerais sobre erupção dos dentes, hábitos nocivos, importância da manutenção e higiene dos dentes e funções orofaciais;
- E ainda realizará procedimentos clínicos simples que evitem ou agravem a maloclusão;
- Realização de restaurações adequadas, exodontias somente quando necessárias e ulctomia quando indicada; eliminação de interferências oclusais; manutenção de dentes decíduos até esfoliação natural; remoção de hábitos; observação da cronologia, sequência eruptiva e anomalias dento-esqueléticas; encaminhamento para otorrinolaringologista e fonoaudiólogo diante de problemas funcionais e/ou musculares, entre outros).

A participação do cirurgião-dentista nos programas de acompanhamento e aconselhamento de gestantes é importante para orientar e informar as futuras mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, o qual possui papel fundamental no crescimento e desenvolvimento craniofacial. É importante ressaltar que, além das inúmeras vantagens que o aleitamento materno propicia, também contribui de forma significativa para diminuição dos índices de maloclusão na dentição decídua. Caso não seja possível o aleitamento materno exclusivo, deve-se orientar quanto a escolha dos acessórios para amamentação. Os bicos ortodônticos com orifícios pequenos, para estimular a sucção e deglutição adequadas, e a abertura voltada para o palato, e não para a região posterior, são os mais indicados.

Outro aspecto relevante se refere às orientações sobre a eliminação dos hábitos bucais deletérios em época oportuna, principalmente aos relacionados à sucção de chupeta e digital. As alterações esqueléticas e dentárias ocorridas em consequência da persistência desses hábitos podem prejudicar de forma significativa o crescimento e desenvolvimento craniofacial.

É importante que se enfatize que o sustento de uma dieta e higiene bucal adequadas é fator primordial na manutenção da higiene da dentição, prevenindo a ocorrência de problemas oclusais causados por mesializações e extrusões dentárias, diminuição do perímetro do arco e desenvolvimento de hábitos bucais deletérios.

A respiração bucal ou predominantemente bucal pode causar alterações esqueléticas e dentárias significativas, como atresia maxilar e mordida cruzada posterior. Deve-se avaliar o padrão de respiração do paciente por meio da anamnese e exame clínico, encaminhando-o para tratamento com otorrinolaringologista caso tenha dificuldade em respirar normalmente pelo nariz.

No que tange aos dados epidemiológicos disponíveis, o SB Brasil constatou que aos 12 anos de idade, a presença de oclusão considerada normal, segundo o Índice de Estética Dental (DAI), foi semelhante em todas as regiões do país, com prevalência de cerca de 60%. As prevalências de oclusopatias severa e muito severa dos 15 aos 19 anos de idade foram iguais a 6,6% e 10,3%, respectivamente, não sendo encontradas diferenças significativas entre as regiões brasileiras. (BRASIL, 2012).

Ações Primárias

Ações de Ortodontia Preventiva (orientações quanto a hábitos deletérios, sequências eruptivas, mantenedores de espaço, exodontias sequenciais, etc.).

Traumatismo

As injúrias traumáticas geralmente são decorrentes de quedas, brigas, acidentes esportivos ou automobilísticos e de maus tratos. Elas influenciam a função e a estética bucal do indivíduo, podendo afetar também o seu comportamento.

Os dentes mais acometidos por traumatismos dentários são os incisivos centrais e laterais superiores, em ambas as dentições. Alguns fatores podem aumentar a predisposição dos indivíduos a essas injúrias, como oclusão do tipo classe II de Angle, overjet maior que 4 mm, mordida aberta anterior, lábio superior curto ou hipotônico e respiração bucal. Somam-se ainda fatores de enfraquecimento das estruturas dentárias, como amplas restaurações, lesões de cárie e dentes tratados endodonticamente. Em relação às avulsões dentárias, a fragilidade do tecido ósseo infantil favorece uma maior frequência nessa população do que na população adulta (UFSC, 2013).

A violência contra crianças é um problema muito grave e que pode ser detectado pelo cirurgião-dentista durante uma avaliação diagnóstica, ao atender um evento agudo de trauma dental. Muitas vezes, a anamnese e o exame clínico podem indicar que o caso não foi decorrente de um acidente, mas sim de um ato deliberado de agressão contra a criança. Dessa forma, os profissionais de saúde não devem excluir esta possibilidade, investigando mais profundamente a situação e, se for o caso, realizando os encaminhamentos pertinentes (SOUZA, 2002).

O papel do cirurgião-dentista, efetivamente, é o de reconhecer a possibilidade de agressão, fornecer a assistência odontológica adequada, e informar as autoridades responsáveis, seguindo os protocolos vigentes. Todos os membros da Equipe de Saúde da Família (eSF) devem ser informados e o caso deve ser discutido em conjunto, de forma multiprofissional. A abordagem interdisciplinar, juntamente com o apoio dos profissionais da assistência social e da psicologia, se faz necessária. Assim, todos são responsáveis pela garantia da integridade da criança e do cuidado familiar, incluindo pais e responsáveis (SOUZA, 2002).

Epidemiologia

Ao redor do mundo, 16 a 40% das crianças na idade entre 6 e 12 anos são afetadas pelo trauma dental, devido a parques e escolas inseguros, além de acidentes de trânsito ou violência (OMS, 2012). Para o Brasil, a prevalência de traumatismo dentário foi 20,5%. O tipo de lesão mais frequente foi a fratura de esmalte (16,5% ou 80% dos casos). A fratura de esmalte e dentina foi identificada em 4,0% da amostra (19,0% dos casos de trauma), não havendo diferença entre as regiões. Apenas 0,2% dos examinados apresentaram fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar. A ausência dentária devido a traumatismo foi de 0,1% (BRASIL, 2012).

Classificação

Quadro 2: Classificação das lesões dentoalveolares e de mucosa oral proposta por Andreasen e Andreasen (2001)

CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES DENTOALVEOLARES E DE MUCOSA ORAL PROPOSTA POR ANDREASEN E ANDREASEN [2001]	
LESÕES AOS TECIDOS DUROS DOS DENTES E À POLPA	Fratura incompleta de esmalte: lesão na estrutura dental sem perda de estrutura.
	Fratura de esmalte: lesão na estrutura dental com perda de estrutura restrita apenas ao esmalte dentário.
	Fratura não complicada de coroa: lesão com perda de estrutura envolvendo esmalte e dentina sem exposição do complexo pulpar.
	Fratura complicada de coroa: lesão com perda de estrutura envolvendo esmalte e dentina com exposição do complexo pulpar.
	Fratura corono-radicular: lesão com perda de estrutura envolvendo esmalte, dentina e o cimento sem exposição do complexo pulpar.
	Fratura complicada de coroa e raiz: lesão com perda de estrutura envolvendo esmalte, dentina e cimento, com exposição do complexo pulpar.
	Fratura radicular: lesão envolvendo cimento, dentina e polpa identificada que pode ser classificada de acordo com o deslocamento do fragmento coronário em cervical, média ou apical.
LESÕES AOS TECIDOS PERIODONTAIS	Concussão: lesão às estruturas de suporte dentário, sem mobilidade ou deslocamento anormal do dente, mas com aumentada sensibilidade à percussão.
	Subluxação: lesão às estruturas de suporte dentário, com mobilidade anormal, mas sem deslocamento dentário.
	Extrusão: deslocamento parcial incisal do elemento dentário em relação ao alvéolo.
	Luxação extrusiva: deslocamento parcial do dente para fora do seu alvéolo.
	Luxação lateral: deslocamento do dente em uma direção diferente da direção axial, sendo acompanhado por cominuição (espedaçamento) ou fratura da cavidade alveolar.
	Luxação intrusiva: deslocamento do dente para dentro do osso alveolar.
CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES DENTOALVEOLARES E DE MUCOSA ORAL PROPOSTA POR ANDREASEN E ANDREASEN [2001]	
LESÕES NA GENGIVA OU NA MUCOSA ORAL	Laceração da gengiva ou da mucosa oral: lesão rasa ou profunda na mucosa resultante de um corte, geralmente produzida por um objeto pontiagudo.
	Contusão da gengiva ou da mucosa oral: contusão geralmente produzida por impacto com objeto rombo, não acompanhada de rompimento da mucosa e com hemorragia submucosa.
	Abrasão da gengiva ou da mucosa oral: lesão superficial produzida por atrito da mucosa, que deixa uma superfície exposta e com sangramento.

(UFSC, 2013)

Lesões aos tecidos duros dos dentes e à polpa (UFSC, 2013)

Fratura incompleta de esmalte (trinca): realiza-se o controle da sensibilidade pulpar na sexta e na oitava semanas após a ocorrência do trauma dentário.

Fratura de esmalte: realiza-se plastia do esmalte (regularização) ou restauração direta em resina composta. Indica-se controle radiográfico e da sensibilidade na sexta e na oitava semanas após a ocorrência do trauma dentário.

Fratura não complicada de coroa (sem exposição pulpar): procede-se à proteção da dentina exposta por colagem de fragmento dental, por restauração direta em resina composta ou, ainda, por

capeamento pulpar indireto com hidróxido de cálcio e selamento com cimento de ionômero de vidro. Indica-se controle radiográfico e da sensibilidade na sexta e na oitava semanas após a ocorrência do trauma dentário.

Fratura complicada de coroa (com exposição): realiza-se capeamento pulpar direto, pulpotomia ou pulpectomia. Em seguida, procede-se à colagem do fragmento dental, à restauração direta em resina composta ou, ainda, ao selamento com cimento de ionômero de vidro. Indica-se controle radiográfico periódico na sexta e na oitava semanas após a ocorrência do trauma dentário.

Fraturas corono-radiculares: o nível da fratura determinará o tipo de tratamento indicado. O procedimento de urgência pode incluir a estabilização do fragmento coronário com resina composta. Nos casos de fraturas não complicadas de molares e pré-molares, indica-se a remoção do fragmento móvel e o selamento da dentina com cimento de ionômero de vidro. Fraturas verticais geralmente indicam a exodontia, entretanto, nos incisivos com rizogênese incompleta, muitas vezes a linha de fratura é incompleta e se estende até a crista alveolar ou levemente apical a ela. Nestes casos, o encaminhamento para terapia endodôntica e posterior tração ortodôntica produz bons resultados.

Fraturas complicadas de coroa e raiz: nesse caso, reúnem-se os procedimentos endodônticos, indicados nos casos de fratura complicada de coroa, e de estabilização (para fratura radicular). Recomenda-se o acompanhamento clínico e radiográfico, para verificação do nível de deslocamento do fragmento coronário (cervical, médio ou apical), bem como da necessidade de encaminhamento para terapia endodôntica.

Fratura radicular: nos dentes permanentes, a redução dos fragmentos coronários deslocados e a contenção rígida com resina composta constituem o princípio do tratamento. Nos casos de linhas de fratura próximas à região gengival, poderá ser indicada a remoção do fragmento coronário com posterior tratamento endodôntico e protético. Para os casos de fraturas do terço médio ao apical, institui-se o tratamento imediatamente após o traumatismo para uma maior facilidade no reposicionamento do fragmento. Quando houver dificuldade na realização do reposicionamento, existe uma grande chance de o trauma ter gerado também uma fratura da tábua óssea vestibular, o que indica a necessidade de redução da fratura óssea antes do reposicionamento dental. A contenção rígida permanecerá por um período de 2 a 3 meses, para assegurar a consolidação do tecido duro. Os dentes com rizogênese incompleta que apresentarem fraturas radiculares incompletas não necessitarão de contenção, entretanto, poderão ser incluídos na contenção em casos de traumatismos múltiplos. Indica-se acompanhamento radiográfico periódico.

Lesões aos tecidos periodontais (UFSC, 2013)

Concussão e subluxação: é realizado alívio da oclusão nos dentes traumatizados ou contenção, além da indicação de dieta pastosa e preservação do caso.

Extrusão e luxação extrusiva e lateral: em caso de necessidade de reposicionamento, deve-se proceder à anestesia local, ao reposicionamento do dente até a posição normal e a contenção rígida. O paciente deverá permanecer com a contenção rígida por 2 a 3 semanas em casos de extrusão e por 3 semanas em casos de luxação lateral, salvo quando ocorrer fratura do osso marginal, caso para o qual o período de contenção passa a ser de 6 a 8 semanas. O acompanhamento radiográfico deverá ser periódico por no mínimo 1 ano.

Luxação intrusiva: nos casos de rizogênese incompleta, realizar acompanhamento até a reerupção da reerupção dentária, com radiografias periódicas e encaminhamento para tração ortodôntica nos casos de rizogênese completa. Por apresentar risco de reabsorção da superfície radicular, há necessidade de 5 anos de acompanhamento.

Avulsão: nestes casos, se houver uma pessoa que tenha conhecimento para proceder à primeira intervenção no indivíduo que sofreu a avulsão, ela deverá tentar reposicionar o dente afetado dentro do alvéolo, desde que não haja risco de o paciente aspirá-lo ou engoli-lo. Nos casos de impossibilidade de reposicionamento no alvéolo, o dente pode ser mantido em leite ou soro fisiológico, podendo ser reimplantado até 6 horas após o trauma. Caso o dente tenha caído fora da cavidade bucal, deve-se apenas lavá-lo com soro fisiológico. Não se deve limpar a superfície dentária com gaze ou qualquer instrumental cortante. Logo que possível, o paciente deverá ser encaminhado ao cirurgião-dentista para estabilização do dente e tratamento endodôntico (curativo com hidróxido de cálcio).

Em todos os casos de lesões na gengiva ou na mucosa oral, deve-se proceder à limpeza e à antissepsia da região, à remoção de fragmentos dentários e corpos estranhos, ao reposicionamento dos tecidos e à sutura, quando necessário. A contaminação exógena das feridas se faz por meio do contato destas com o agente agressor. A antibioticoterapia está indicada nos casos de rompimento da continuidade tecidual envolvendo pele, mucosa, músculos e ossos. As classes recomendadas são as penicilinas ou metronidazol, devido à presença de placa subgengival, com padrão de microorganismos Gram-negativos e predominância de anaeróbios. A substituição em caso de alergia pode ser feita pela azitromicina ou clindamicina, entretanto a eritromicina também pode ser usada. A história prévia de imunização antitetânica e o tipo de ferida devem ser considerados para estabelecimento de esquema profilático. São consideradas feridas limpas aquelas com evolução menor que 6h, sem presença de corpos estranhos e com pequeno dano tecidual. As demais são consideradas feridas não limpas (UFSC, 2013).

Casos de fraturas na dentição decídua (UFSC, 2013)

Fraturas que envolvam somente o esmalte ou o esmalte e a dentina sem exposição pulpar: o tratamento indicado nesses casos é plastia de esmalte (regularização) ou restauração direta em resina composta. O controle radiográfico está indicado na sexta semana após o trauma.

Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar: quando a exposição pulpar ocorre, podem ser realizados capeamento pulpar e/ou pulpotomia, desde que o referido dente não esteja no período de esfoliação. Deve-se realizar acompanhamento periódico da evolução do caso.

Fraturas corono-radulares: o tratamento de eleição nesses casos é a exodontia.

Fraturas radulares: nos casos de fraturas radulares segue-se a mesma orientação recomendada para os dentes permanentes. Entretanto, se houver indicação de exodontia, o fragmento apical não deverá ser removido e a contenção poderá ser dispensada.

Concussão e subluxação: a conduta clínica é o acompanhamento do caso com controle clínico após o primeiro e o segundo mês, e preservação por 1 ano.

Extrusão: geralmente a exodontia é o tratamento de escolha nesses casos.

Luxação intrusiva e lateral: realiza-se o acompanhamento do reposicionamento natural do dente traumatizado. Nos casos de suspeita de envolvimento com o germe dental permanente, é indicada a extração do dente decíduo. Indica-se controle radiográfico após o primeiro e o segundo mês e acompanhamento por um ano.

Mais informações vide: dentaltraumaguide.org

Escopo de serviços APS

Restauração em dente permanente anterior ou posterior; Restauração em dente decíduo; Avulsão: Reimplante dental (redução cirúrgica da avulsão dental acidental, splintagem dos dentes acometidos, Ajuste oclusal, encaminhamento para endodontia).

Câncer oral

Câncer é a lesão maligna que afeta lábios e o interior da cavidade oral. Dentro da boca devem ser observados gengivas, mucosa jugal, palato duro, e língua (principalmente as bordas), assoalho. O câncer do lábio é mais comum em pessoas brancas e ocorre mais frequentemente no lábio inferior (INCA, 2002). O câncer de orofaringe é o 11º mais comum tipo de câncer ao redor do mundo; as taxas de incidência e mortalidade são maiores em homens do que em mulheres. Estima-se que o uso do tabaco, em qualquer de suas formas, e o consumo excessivo de álcool respondem por aproximadamente 90% de todos os cânceres orais (OMS, 2012). A incidência de câncer oral varia de 1 a 10 casos por 1000.000 habitantes em grande parte dos países. A prevalência de câncer oral é relativamente alta em homens, em pessoas idosas e entre pessoas com baixa instrução e baixa renda. O tabagismo e o consumo de álcool são os principais fatores causais.

Especial atenção deve ser dada a pacientes de maior risco: proteção (PARANÁ, 2016).

- Idade superior a 40 anos
- Alcoolistas
- Tabagistas
- Pacientes imunodeprimidos
- Portadores de distúrbios nutricionais gerais
- Pacientes com exposição constante a radiação solar sem

Ações primárias

- Diagnóstico Precoces;
- Educação em Saúde;
- Orientações quanto ao Autocuidado.

Pessoas com deficiência

Na odontologia é considerado paciente com necessidades especiais todo usuário que apresenta uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional (PARANÁ, 2016).

As razões das necessidades especiais são inúmeras e vão desde doenças hereditárias, defeitos congênitos, até as alterações que ocorrem durante a vida, como moléstias sistêmicas, alterações comportamentais, envelhecimento, etc. A porta de entrada de atenção a estes pacientes

é a APS. O atendimento destas pessoas na APS está diretamente relacionado ao seu grau de colaboração com o atendimento clínico, sendo o manejo desses pacientes por parte do profissional o ponto-chave do sucesso deste atendimento.

Pacientes que aceitam o manejo devem ser atendidos na Unidade de Atenção Primária, realizando procedimentos de promoção de saúde, prevenção de doenças e controle de doenças bucais. Por outro lado, pacientes que não respondem ao manejo, após duas tentativas na APS, devem ser referenciados ao Centro de Especialidades Odontológicas (PARANÁ, 2016).

Ações primárias

Todos procedimentos de atenção primária possíveis de se realizar mediante colaboração

Agravos e condições comuns em odontopediatria

A prática da clínica odontológica infantil evidencia que as crianças apresentam algumas peculiaridades, como crescimento e desenvolvimento, biodinâmica, respostas teciduais e orgânicas, comportamento e estrutura de personalidade. Essas peculiaridades fazem com que os métodos semiológicos e as técnicas de exame físico tenham uma abordagem diferente da realizada no adulto, apesar de possuírem a mesma finalidade diagnóstica e terapêutica. O recém-nascido apresenta boca pequena, retrusão mandibular, freio labial inserido na papila palatina e freio lingual inserido na ponta da língua.

Os processos alveolares estão recobertos por um espessamento da mucosa labial, denominado rolete gengival; na região anterior são recobertos por um cordão fibroso (tanto maxila como mandíbula), que vai desaparecendo, indicando a erupção dos primeiros dentes; A língua, quando em repouso, posiciona-se entre os roletes gengivais, ocupando o espaço que será ocupado pelos dentes decíduos. Relação normal entre a maxila e mandíbula: por ocasião do nascimento, como há uma retrusão mandibular, ocorre sobressaliência, em média de 4 mm, e sobremordida profunda, que vão sendo reduzidas até estabelecer uma relação “normal” de incisivos, mais comumente de topo a topo, aos cinco anos.

Ao nascimento, algumas condições podem estar presentes, como:

- (a) nódulos de Bohn - nódulos múltiplos ao longo do rebordo alveolar, na face vestibular ou palatina, longe da rafe palatina – são remanescentes de glândulas mucosas, lesões são inócuas e nenhum tratamento é necessário (VAZ, *et al.*, 2010);
- (b) cistos de lâminas dentárias – pequenos cistos queratinizados, normalmente bilaterais, na linha do rebordo alveolar na região de primeiro molar e são estruturas remanescentes da lâmina dentaria, lesões são inócuas e nenhum tratamento é necessário (VAZ, *et al.*, 2010);
- (c) Pérolas de Epstein - cistos queratinizados na região da rafe palatina, presentes em aproximadamente 80% 31 dos recém-nascidos. Nenhum tratamento é necessário, pois usualmente regredem dentro dos primeiros meses de vida, lesões são inócuas e nenhum tratamento é necessário (VAZ, *et al.*, 2010);
- (d) Dentes pré-decíduos, natais ou neonatais – 85% desses dentes são estruturas extranumerárias. As causas de sua erupção precoce não são conhecidas. Está indicada a extração quando houver grande mobilidade e risco de deslocamento e aspiração (LEMOS *et al.*, 2009).

Erupção dentária: a cronologia de erupção é determinada por fatores hereditários. No Brasil, onde ocorre uma grande mistura de raças, a cronologia torna-se bastante variável, mas pode-se dizer que, em média, inicia-se por volta do 7º ao 8º mês de vida estendendo-se até o 30º mês. Ressalte-se que a dentição decídua é de suma importância para o estabelecimento da dentição permanente, que

começa a se formar a partir do 5º mês de gestação, direcionando a erupção correta, mantendo os espaços para o correto posicionamento da dentição permanente e, especialmente, determinando uma função mastigatória equilibrada.

Há evidências da ocorrência de manifestações orgânicas locais ou gerais à época da erupção dentária decídua tais como irritabilidade, salivação aumentada e inflamação gengival. A erupção pode levar a um aumento de temperatura, mas não há evidências científicas suficientes quanto a relação entre erupção e febre (MASSIGNAN *et al.*, 2016).

- Deve-se utilizar analgésico em situações mais agudas;
- O uso de mordedores resfriados também está indicado, pois provoca isquemia na gengiva, o que diminui o desconforto;
- Medicação à base de camomila poderá ser administrada ou aplicada topicamente;
- Outro medicamento que poderá ser utilizado topicamente é a hidrocortisona a 0,12% aplicada de 2 a 4 vezes ao dia. O tratamento não deverá ultrapassar 14 dias (SÃO PAULO, 2007).

A esfoliação dos dentes decíduos inicia-se por volta do sexto ano de vida, pelo incisivo central inferior e completa-se entre 11 e doze anos de idade. As crianças estão em fase de dentição mista. A dentição mista inicia-se com a erupção dos primeiros molares permanentes, por volta dos cinco a seis anos; quando se dá o primeiro levantamento fisiológico da mordida. Especial atenção deve ser dada nessa época, alertando os pais que, via de regra, julgam que o mesmo é decíduo. Aos doze anos terão erupcionados também os segundos molares, quando ocorre o segundo levantamento fisiológico da mordida, concluindo-se a fase de dentição mista com a esfoliação dos molares decíduos.

Anomalias dentais podem ocorrer:

- Anadontia - ausência parcial ou total dos dentes, podendo ocorrer em uma ou ambas as dentições (decídua e permanente);
- Anomalias de número - dentes extranumerários, sendo o mais comum o “mesiodente”, que aparece entre os incisivos centrais superiores;
- Anomalias de forma – geminação e fusão e ainda anomalias de tamanho: microdontia, afetando mais comumente os incisivos laterais superiores e a macrodontia, dentes com tamanho maior que o considerado normal.

São comuns as situações na clínica odontopediátrica nas quais há a impacção de elementos dentários permanentes, fato que pode acarretar transtornos para a dentição em desenvolvimento, particularmente o atraso no processo de erupção dentária. Dentre essas situações destaca-se a presença de fibrose do tecido gengival na área edêntula correspondente aos elementos permanentes intra- ósseos, que ocorre em decorrência de traumas constantes ou por meios medicamentosos (LASCALA; LASCALA JÚNIOR, 1997). A ulectomia está indicada, além da fibrose gengival, para os casos em que, sem outro motivo aparente, o dente tem sua erupção retardada. Outra indicação é para dentes permanentes erupcionados e cuja erupção está lenta (ISSAO; GUEDES-PINTO, 1999). A ulectomia é uma técnica cirúrgica de fácil execução, cujos procedimentos envolvem: a anestesia local da mucosa gengival, a incisão circunferencial e exposição da coroa dentária, remoção da mucosa e hemostasia (LASCALA; LASCALA JÚNIOR, 1997).

O freio lingual, por vezes, pode apresentar alterações no seu tamanho, dificultando algumas tarefas da língua podendo restringir a sua mobilidade. As inserções anormais do freio provocam uma tração anormal dos movimentos labiais podendo causar alterações nos tecidos periodontais, aspecto estético desfavorável, afectar a fonação de algumas letras, induzir a hábitos viciosos e interferir na escovagem dentária. A anquiloglossia é uma das anomalias deste freio caracterizando-se por uma anomalia congênita, apresentando o freio lingual curto.

A frenectomia é uma técnica de remoção do freio, tendo como objetivo a eliminação do excesso de tecido livre interdentário, a redução da tensão dos tecidos gengivais marginais, auxiliar a estabilidade e prevenção da recidiva de diastemas e restabelecer a anatomia da região, podendo assim ser melhorada a estética e evitando problemas periodontais. Estas podem ser efetuadas de modo convencional com material cirúrgico como o bisturi e pinça ou com um laser de tecidos moles (HAYTAC; OZCELIK, 2006).

Por vezes, está recomendada a cirurgia, antes de se verificar a fala do paciente, sendo considerado nesta fase mais fácil, e podendo ser feita sem anestesia. Este procedimento, para alguns torna-se mais difícil com o desenvolvimento da criança, pois o freio vai ficando mais estreito, mais vascularizado, os dentes vão erupcionando podendo dificultar o acesso e o paciente odontopediátrico torna-se menos cooperativo (YEH, 2008).

A amamentação pode ser um desses problemas, pois com a alteração do freio lingual, o bebê pode ter problemas em succionar o leite do peito da mãe, podendo até interferir com o seu peso. Para estes casos pode estar indicada a frenectomia, apesar de ser uma indicação controversa, e dependendo da resposta funcional da língua nos movimentos desta durante a mamada (LEAL, 2010).

A língua geográfica caracteriza-se pelo aparecimento de áreas múltiplas de descamação das papilas filiformes da língua, de etiologia desconhecida; pode regredir espontaneamente após semanas ou meses e ser recorrente. Não existem tratamentos específicos; podendo ser necessária a abordagem sobre os sintomas, quando eles se manifestam. É importante que o profissional de saúde oriente o paciente quanto à característica benigna da lesão (ISHIBASHI *et al.*, 2010).

A fenda labial é uma malformação congênita causada pela falta de fusão do processo nasal medial com o processo maxilar, poderá ser uni ou bilateral. A fenda labial mediana poderá ocorrer com a falta de fusão dos processos nasais mediais. A fenda palatina resulta da falta de fusão das massas mesenquimais dos processos palatinos e do septo nasal. Ela poderá comprometer apenas a úvula, que se mostrará bífida, ou poderá se estender até o palato duro. Outros tipos de fendas faciais poderão ocorrer, porém, são extremamente raras. Essas malformações são causadas por uma combinação de diversos fatores: genéticos, pré-natais, ambientais, nutricionais e outros. A correção cirúrgica é feita pelo cirurgião plástico, sendo que a fenda dos lábios é realizada, geralmente, aos 3 meses quando unilateral, e aos 3 e 6 meses quando bilateral. A correção do palato é realizada, geralmente, aos 18 meses. A criança com fissura lábio-palatina pode ser amamentada normalmente no seio sendo que, um determinado posicionamento do bico do seio pode favorecer uma sucção mais eficiente. A mãe deve, junto ao bebê, encontrar a melhor posição. A alimentação pastosa e depois sólida será introduzida posteriormente, seguindo as orientações pediátricas usuais (SÃO PAULO, 2007).

O herpes simples orofacial primário (HSOp) é uma infecção sintomática que ocorre geralmente em crianças pequenas, ainda sem imunidade suficiente contra o HSV-1. Apresenta-se como uma gengivoestomatite oral, acompanhada por vesiculações pequenas e de rápida duração, intra e periorais, precedida por sintomas prodrômicos – formigamento, dor e queimação – que ocorrem devido à replicação inicial nas terminações nervosas sensitivas da epiderme e mucosa labial. As vesiculações se ulceram liberando um exsudado amarelado, formando lesões dolorosas localizadas, tipicamente à margem gengival. O quadro pode ser acompanhado de sintomas gerais: febre de 38,3 a 40o C, mal-estar, disfagia e adenopatia (WHITLEY; ROIZMAN, 2001; BENTLEY *et al.*, 2003).

Na maior parte dos casos o HSOp não ocorre, permanecendo a primoinfecção assintomática e, portanto, subdiagnosticada. São fatores deflagradores associados: exposição solar, febre, cirurgia, radiação UV, corticoterapia e ansiedade. A condição é autolimitada, perdurando de 7 a 14 dias. Todavia, a eliminação do HSV-1 persiste por até 23 dias. A autoinoculação pode resultar em conjuntivite e ceratite. Este quadro é seguido por infecção latente, que perdura por toda a vida.

A prevalência de infecção pelo HSV-1 é de 60% a 80% na população mundial, o que pode significar que há um vasto reservatório viral. Cuidados locais. Produtos de venda livre, gelo, álcool ou éter são utilizados como terapia paliativa local. Devem ser aplicados com cotonetes, para evitar a autocontaminação ou a contaminação do cuidador (FATAHZADEH; SCHWARTZ, 2007).

Farmacologia dos antivirais indicados no herpes simples orofacial; Valaciclovir, aciclovir e famciclovir são classificados como antivirais análogos sintéticos dos nucleosídeos purínicos (guanossina), tendo mecanismo de ação semelhante (FATAHZADEH; SCHWARTZ, 2007).

As mucocelos são cistos formados a partir da obstrução dos condutos excretores das pequenas glândulas mucosas acessórias da cavidade bucal. Dois fenômenos são responsáveis: o extravasamento de muco e o cisto de retenção de muco. Frequentemente, esta lesão é causada por um trauma (BALDANI *et al.*, 2005). As características clínicas podem variar. As lesões mais superficiais são de formato arredondado, flutuantes, ligeiramente azulados ou translúcidos, indolores. As lesões mais profundas apresentam coloração semelhante à da mucosa do local. O tratamento consiste na remoção cirúrgica. Durante a cirurgia, devem ser removidas também as glândulas salivares menores que circundam a mucocelo, visando evitar recidiva (LIMA *et al.*, 2002).

Rânula é o termo usado pela patologia para distinguir as mucocelos que surgem no soalho bucal. As rânulas podem originar-se do extravasamento de mucina do ducto submandibular ou das glândulas salivares menores do soalho da boca. Pode haver infecção bacteriana associada causando dor, febre e grande desconforto. Grandes cálculos salivares podem originar esta lesão. A manifestação clínica consiste em aumento de volume do soalho bucal, e assim como a mucocelo, sua cor pode variar de rosa a azul claro. Crianças que apresentam rânula de tamanhos médios e/ou grandes apresentam dificuldade na fala causada pela alteração do posicionamento da língua. O tratamento da rânula consiste na remoção e/ou marsupialização da glândula sublingual (YUCA *et al.*, 2005).

A candidose, ou “candidíase”, é a infecção fúngica mais frequente em pacientes pediátricos. É causada pela *Candida albicans*, fungo que é integrante da microflora oral em grande parte das pessoas saudáveis (KURNATOWSKA, 2001). Alguns fatores locais podem predispor ao desenvolvimento da candidíase bucal, como: xerostomia, higiene bucal deficiente, anemia, doenças crônicas, infecções virais, uso crônico de antibióticos e corticosteroides. Os recém-nascidos e as crianças são particularmente susceptíveis à doença (SAMARANAYAKE *et al.*, 2002).

Pode apresentar formas clínicas variadas, como (KURNATOWSKA, 2001):

- 1) Candidíase pseudomembranosa - É a forma mais comum da doença, popularmente conhecida como “sapinho”. Clinicamente, é possível observar a presença de placas brancas ou amareladas que são facilmente removidas. São mais frequentes na mucosa jugal, língua e palato. É comum em recém-nascidos, em decorrência do sistema imunológico ainda pouco desenvolvido.
- 2) Candidíase eritematosa - Mais prevalente em pacientes com doenças crônicas, debilitantes e baixa imunológica. O exame intrabucal mostra placas eritematosas com aspecto de pontilhado avermelhado, há predileção pela superfície dorsal da língua.
- 3) Candidíase crônica hiperplásica - Caracterizada por presença de placas brancas que não podem ser removidas pela raspagem. Essa é a forma menos comum. Tais lesões estão usualmente localizadas na região anterior da mucosa jugal, não podendo ser clinicamente distinguida da leucoplasia comum.
- 4) Candidíase mucocutânea - É uma forma bucal grave, sendo que a maioria dos casos é esporádica, embora tenha sido encontrado um padrão de herança autossômica recessiva em algumas famílias. Normalmente o problema imunológico torna-se evidente nos primeiros anos de vida, quando o paciente começa a desenvolver infecção por *Candida* na boca, unha, pele e outras regiões.

Pacientes pediátricos com candidíase queixam-se de dor e queimação nas regiões da lesão, com consequente dificuldade de alimentação. Quando exacerbadas, as lesões podem agredir a orofaringe e língua, dificultando também a fala. O tratamento consiste no uso de agentes antifúngicos

específicos. Em crianças, a Nistatina de uso tópico apresenta bons resultados terapêuticos (SAMARANAYAKE *et al.*, 2002).

Escopo de Serviços APS

Frenectomia, ulotomia/ulectomia; fluorterapia; exodontia de dente decíduo; restauração de dente decíduo.

Abordagem às sequelas dos agravos:

Ações cirúrgicas na APS, patologias pulpares e periapicais

As ações de natureza cirúrgica ou endodôntica que são demandadas a APS frequentemente são fruto da progressão da doença cárie ou doença periodontal, sequelas de episódios eventuais de traumatismo dentário ou consequência de processos fisiológicos ou patológicos de origem sistêmica (esfoliação de dentes decíduos, reabsorções interna ou externas, dentre outras). A maior parte dos procedimentos que têm a necessidade da realização de acesso cirúrgico e extrações dentárias de dentes permanentes e decíduos deverão ser realizados na APS.

Caso haja necessidade de atendimento especializado, eles deverão ser encaminhados para os serviços de atenção secundária, de acordo com os pressupostos citados abaixo:

- Receber, obrigatoriamente, ações para adequação do meio bucal por meio de medidas focadas no controle das infecções bucais que favoreçam e facilitem o tratamento cirúrgico especializado, tais como: remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e raspagem supragengival (RAP);
- Solicitar a realizações de exames radiográficos necessários para o correto diagnóstico do agravo em saúde bucal a ser enfrentado;
- Ter obtido, na Atenção Primária, elucidações sobre a etiologia de agravos em saúde bucal, bem como explicitados os motivos do encaminhamento para procedimento cirúrgico especializado;
- Receber, previamente ao encaminhamento cirúrgico, tratamento com fluorterapia (pacientes cárie ativos) e orientações acerca de higiene bucal e dieta, a fim de paralisar a atividade da doença;
- Quando necessário realizar pulpotomia/pulpectomia;
- Realizar remoção do tecido cariado e selamento com material restaurador provisório e/ou definitivo nos dentes cavitados por história de cárie (BRASIL, 2017).

Escopo de Serviços APS

Capeamento pulpar; Pulpotomia dentária; Acesso à polpa dentária e medicação por dente (pulpectomia); Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico; Drenagem de abscesso com fístula intra-orais; Selamento provisório de cavidade dentária; Exodontia de dente permanente; Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente); Tratamento de alveolite.

Quadro 2: Ações e Serviços e Códigos SIGTAP a serem realizados pela equipe de Saúde Bucal na APS	
0101020015	Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel
0101020031	Ação coletiva de escovação dental supervisionada
0101020040	Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica
0307020010	Acesso à polpa dentaria e medicação (por dente)
0301050023	Assistência domiciliar por equipe multiprofissional.
0301060037	Atendimento de urgência
0307020029	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico
0414020120	Exodontia de dente decíduo
0414020138	Exodontia de dente permanente
0301010153	Primeira consulta odontológica programática
0307030040	Profilaxia/ remoção de placa bacteriana
0307020070	Pulpotomia dentária
0307030016	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)
0307030024	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
0307010023	Restauração de dente decíduo
0307010031	Restauração de dente permanente anterior
0307010040	Restauração de dente permanente posterior
0101020090	Selamento provisório de cavidade dentária
0414020383	Tratamento de alveolite
0414020405	Ulotomia/ulectomia
0101010010	Orientação de higiene bucal
0101020066	Aplicação de selante
0101020082	Evidenciação de placa bacteriana
0307010015	Capeamento pulpar
0414020359	Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental
0401010031	Drenagem de abscesso
0401010082	Frenectomia
0414020243	Reimplante e transplante dental (por elemento)
0301100152	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)

CAPÍTULO III - SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefiniu a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece que:

Art. 2º (...)

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap)

Art. 6º A AD será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

Art. 8º Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso

Art. 18. A Emap terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS (cargas horárias) de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - cirurgião-dentista;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; ou

VIII - terapeuta ocupacional.

Assim, os usuários elegíveis para modalidade AD1 terão acesso a atenção a saúde bucal por meio das eSBs vinculada as eSFs que lhes dão apoio; os usuários elegíveis para modalidade AD2 e AD3 deverão ser encaminhados, pela eSF ou eSB de vinculação à Emap mais próxima da residência do usuário que conte com profissionais de saúde bucal.

Os usuários elegíveis para modalidade AD4 que se enquadram no Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Densidade Tecnológica (SAD-AC), serão referenciados, quando necessário, aos serviços de Atenção Secundária hospitalares, da seguinte forma:

Superintendência	Referência em Alta Densidade Tecnológica
Centro-Norte	HRAN
Centro-Sul	HBDF/UTI
Leste	HRL
Norte	HRS
Oeste	HRC
Sudoeste	HRT
Sul	HRSM

Atribuições do cirurgião-dentista

- Realizar diagnóstico de saúde bucal, incluindo lesões, alterações de mucosa e gengiva;
- Orientações sobre higiene oral, prevenção de doenças bucais, cuidado com próteses ao doente e/ou cuidador;
- Prescrição terapêutica;
- Aplicações tópicas de flúor (verniz ou gel);
- Escariação/selamento de cavidades com cimento provisório ou ionômero de vidro;
- Raspagem coronária e radicular;
- Capeamento pulpar direto/ selamento da cavidade (em situações de urgência);
- Exodontia de dente decíduo;
- Exodontia de dentes permanentes e restos radiculares, a critério do CD;
- Situações de urgência como: abscessos, dor, sangramentos, etc;
- Biópsia / citologia esfoliativa;
- Pequenas cirurgias em tecidos moles;
- Tratamento de complicações pós cirúrgicas, como alveolite e hemorragias;
- Remoção de sutura;
- Gengivectomia;
- Ulotomia / Ulectomia;
- Estabelecer redes de comunicação participativa com a família;
- Registrar os atendimentos.

Atribuições do Técnico em Saúde Bucal

- Estabelecer formas de comunicação participativa com a família.
- Orientar higiene oral, uso de flúor e cuidado com próteses à pessoa e/ou cuidador.
- Auxiliar o CD (cirurgião-dentista), na realização dos procedimentos.
- Registrar os atendimentos.

CAPÍTULO IV - SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

De acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, no Anexo XVI que regulamenta a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. As equipes de Consultório de Rua (ECR) integram o componente de atenção primária da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Primária, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica.

As ECR são multiprofissionais e podem contar em sua composição com CDs e o THDs. Lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, como por exemplo o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

As ECR devem realizar busca ativa, desempenhar suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às unidades básicas de saúde (UBS), utilizando, quando necessário, as instalações das UBS do território.

Quando as ECRs não contarem CDs e THDs em sua composição, cabe a gestão local definir e designar fluxos de referência em saúde bucal específicos para assistência à população de rua. Além disso, as eSBs devem desenvolver seu trabalho, quando necessário, também com as equipes dos centros de atenção psicossocial (Caps), dos serviços de urgência e emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

CAPÍTULO V - SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO À PESSOA EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA



A atenção em saúde bucal ao adolescente em cumprimento de medida socioeducativa é uma das ações prestadas pelo Estado que contribuem com a ressocialização do usuário nessa condição. É dos eixos organizativos previstos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI).

Os procedimentos realizados são os típicos em cada nível de atenção, e as referências das unidades de semiliberdade e de total restrição de liberdade devem seguir a mesma lógica de territorialização das UBS. Sugerem-se abaixo alguns pontos da rede de atenção à saúde bucal unidades como referência às unidades de cumprimento de medidas socioeducativas, nos diferentes níveis de atenção. A pactuação acerca de quais UBS e quais eSBs farão o atendimento aos usuários deve ser ratificada ou revista pelos gestores locais junto às diretorias das unidades de cumprimento de medidas socioeducativas, de acordo com a realidade de cada território. Importante notar que, após a definição da UBS e da eSB de referência, a equipe responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde em cada unidade socioeducativa deve informar à unidade socioeducativa o número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referente à equipe de Atenção Básica ou Equipe de Saúde da Família, com Equipe de Saúde Bucal. Idealmente, o atendimento aos adolescentes deverá ser marcado com antecedência e o primeiro acesso deverá dar-se pela Atenção Primária, mediante contato do responsável pela Unidade de Internação e o gerente de Atenção Primária a Saúde (Gsap) da UBS de referência.

Casos de urgência serão acolhidos na UBS de referência, respeitarão os critérios de classificação de risco e terão precedência sobre outros, de mesma gravidade ou risco. Nos casos de urgência em horários distintos dos de funcionamento da UBS, o atendimento se dará nas UPAs ou nas

unidades de odontologia dos hospitais regionais que contarem com serviço de pronto-socorro em saúde bucal. Em caso de necessidade de atenção especializada, o CEO responsável pela área de abrangência da UBS deverá ser contatado pela eSB responsável pelo primeiro atendimento, e a pactuação do atendimento seguirá os critérios estabelecidos nos protocolos de regulação.

Unidades socioeducativas	Atenção Primária	Atenção Secundária e Terciária
UAMAs	UBS de referência da residência do adolescente	De acordo com normas da Região de Saúde de referência da residência do adolescente
Semiliberdade Guará (Feminino)	Gsap 1 - Guará	Regulação, HRGu
Semiliberdade GAMA	Gsap 5 - Gama	Regulação, HRG
Semiliberdade Recanto das Emas	ESF Roxa – UBS 1 Recanto das Emas	Regulação, HRT
Semiliberdade Santa Maria *	Gsap 1 Santa Maria	Regulação, HRSM
Semiliberdade Taguatinga	Gsap 5 - Taguatinga	Regulação, HRT
UAI	CSB 14	Regulação, HRAN
UIPSS	A definir	Regulação, HRL
UISS	ESF Rosa – UBS 1 – São Sebastião	
Uibra	ESF Rosa – UBS 1 – São Sebastião	Regulação, HRL
UIP	Gsap 3 - Planaltina	Regulação, HRPL
Unire	ESF Roxa – UBS 1 Recanto das Emas	Regulação, HRT
Uniss	ESF Roxa – UBS 1 Recanto das Emas	
UISM	Gsap 1 Santa Maria	Regulação, HRSM

CAPÍTULO VI - SAÚDE BUCAL NO SISTEMA PRISIONAL

Em 2014, o Ministério da Saúde 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 do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passasse a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

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

As eSBs que prestam assistência nas unidades prisionais do Distrito Federal oferecem a população carcerária os serviços da Atenção Primária em Saúde Bucal e estão vinculadas a uma eSF do sistema prisional.

Nas unidades prisionais com mais de 100 presos, a equipe técnica mínima, para atenção a até 500 pessoas presas, obedecerá a uma jornada de trabalho de 20 horas semanais e deverá ser composta por: médico; enfermeiro; cirurgião-dentista; psicólogo; assistente social; auxiliar de enfermagem; e auxiliar de consultório dentário (ACD) (BRASIL, 2005).

UNIDADE DE SAÚDE PRISIONAL	Unidade de Odontologia Especializada de Referência Atual
Centro de Detenção Provisória (SS)	HRL / HRAN
Centro Internamento e Reeducação – Papuda (SS)	HRL / HRAN
Penitenciária do Distrito Federal I – Papuda (SS)	HRL / HRAN
Penitenciária do Distrito Federal II - Papuda (SS)	HRL / HRAN
Centro de Progressão Penitenciária – Região Centro Sul (SIA)	HRGu /CEO 712 Sul
Penitenciária Feminina do DF – Gama	HRG

CAPÍTULO VII - ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

A atenção secundária ambulatorial em saúde bucal é prestada por meio dos Centros de Especialidade Odontológicas (CEOs). Os CEOs são unidades regulamentadas pelo Ministério da Saúde e são uma das estruturas norteadoras fundamentais para a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal. Executam procedimentos em maior nível de densidade tecnológica com referência e contrarreferência reguladas, tendo por base a APS como direcionadora da demanda. Contam com financiamento de instalação e custeio por meio de repasse Federal e, para tanto, precisam cumprir metas de produção mínima.

A Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 estabeleceu os critérios para habilitação e credenciamento dos CEOs e definiu a unidade nos seguintes termos:

Os CEOs são estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como tipo clínica especializada/ambulatório de especialidade, com serviço especializado de odontologia para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

I - diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;

II - periodontia especializada;

III - cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;

IV - endodontia; e

V - atendimento a portadores de necessidades especiais.

Os tipos de CEOs são assim definidos:

	CEO Tipo I	CEO Tipo II	CEO Tipo III
Atividades	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.	Diagnóstico bucal, com ênfase ao câncer; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais.
Equipamentos e materiais	Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e três consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).	Aparelho de raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e quatro a seis consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).	Aparelho de Raios-X dentário; equipo odontológico; canetas de alta e baixa rotação; amalgamador; fotopolimerizador; compressor compatível com os serviços; instrumentais compatíveis com os serviços; e sete ou mais consultórios odontológicos completos (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor).
Outros recursos	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.	Mobiliário e espaço físico compatível com os serviços ofertados.

Recursos humanos	Três ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.	Quatro ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.	Sete ou mais cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário por consultório odontológico.
	Obs.: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independentemente do número de cirurgiões-dentistas que nele atuem.	Obs.: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independentemente do número de cirurgiões-dentistas que nele atuem.	Obs.: cada um dos consultórios odontológicos deve ser utilizado para a realização de procedimentos clínicos por, no mínimo, 40 horas semanais, independentemente do número de cirurgiões-dentistas que nele atuem.
	No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.	No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.	No mínimo de pessoal de apoio administrativo – recepcionista, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo.

Fonte: Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017

A Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 definiu os procedimentos que devem ser realizados por especialidade no CEO tipo I, II e III. De acordo com essa portaria, cada CEO para se manter habilitado, além de apresentar a estrutura especificada pelo Ministério da Saúde, deve apresentar uma produção mínima mensal, verificada por meio dos Sistemas de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), conforme tabela abaixo:

DESCRIÇÃO PROCEDIMENTOS	CEO I	CEO II	CEO III
BÁSICOS	80	110	190
PERIODONTIA	60	90	150
ENDODONTIA	35	60	95
CIRURGIA ORAL MENOR	80	90	170

Fonte: Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017

Ainda, segundo a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para o cumprimento da produção mínima mensal:

- Procedimentos básicos: é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 50% de procedimentos restauradores, quais sejam: 0307010023 - restauração de dente decíduo e/ou 0307010031 - restauração de dente permanente anterior e/ou 0307010040 - restauração de dente permanente posterior.
- Procedimentos de endodontia: é obrigatório que seja realizado, no mínimo, 20% dos seguintes procedimentos: 0307020053 - obturação em dente permanente com três ou mais raízes e/ou 0307020096 - retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes.
- Para a finalidade de monitoramento de produção, os Procedimentos Básicos a serem realizados em qualquer dos três tipos de CEO são exclusivos para o atendimento de pacientes com necessidades especiais.

A transferência de recursos pelo MS referente aos incentivos mensais do CEO será suspensão de maneira integral, quando a produção mínima mensal, em qualquer das especialidades acima citadas, não for atingida por dois meses consecutivos ou três meses alternados no período de um ano, e será mantida até a regularização da produção mínima mensal.

Como se pode verificar, não há, na legislação nacional, indicativo algum acerca da quantidade de CEOs por habitantes ou do número de horas que devem ser disponibilizadas por especialidade. Recomenda-se que tal dimensionamento siga critérios como dados epidemiológicos locais, carga horária suficiente em cada especialidade para que se consiga atingir as metas de procedimentos mínimos exigida pelo Ministério para manutenção da habilitação das unidades e filas de espera obtidas por meio do sistema de regulação.

Regulação

O Sistema de Centrais de Regulação (SISREG) permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional (DATASUS, 2018). No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do 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.

A regulação da assistência não consiste apenas no gerenciamento do número de vagas disponibilizadas pelos serviços de referências para a Atenção Primária. Deve ser um espaço de diálogo entre os profissionais dos diferentes pontos da rede, tomando a educação permanente como ferramenta central para problematização dos processos de trabalho a fim de integrar as diferentes etapas de atenção, 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 (BRASIL, 2017).

O objetivo é que as equipes de Atenção Primária realizem o encaminhamento para as referências e acompanhem o desenvolvimento do atendimento no tratamento especializado, retomando o acompanhamento desse usuário após o término desse tratamento e estabelecendo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Para isso, a promoção da comunicação de todos os pontos de atenção da rede com a implementação do registro eletrônico em saúde para avançar no desenvolvimento do prontuário eletrônico do paciente é uma meta a ser perseguida.

Além disso, devem-se realizar reuniões periódicas com as equipes dos diversos níveis para troca de experiências (atividades de matriciamento) e para que cada nível tenha conhecimento dos processos de trabalho e das facilidades e dificuldades de cada um.

Sugere-se uma reserva de 10 a 15% da carga horária total dos profissionais que compõe a atenção especializada para atividades de matriciamento com as equipes da APS e para pactuações dos fluxos e protocolos de encaminhamento dos usuários pela rede, desde que se garanta a carga horária mínima para manter a habilitação. O percentual pode ser revisto, de acordo com a realidade local. Assim, a interface ideal entre os serviços de Atenção Básica e da Atenção Secundária deve levar em consideração algumas características:

- Equidade: onde todos os casos, diagnosticados apropriadamente, devem ser referenciados a um nível de maior densidade tecnológica sem barreiras para este referenciamento;
- Integralidade: todo tratamento requerido deve estar disponível e acessível, seja no nível básico ou secundário, onde o fluxo entre os níveis é facilmente conseguido;
- Eficiência e efetividade desta interface: garantir que as referências sejam apropriadas e devidamente oportunas e com mecanismos de triagem adequados (BRASIL, 2017).

Condições gerais de encaminhamento

Deverão ser encaminhados para o CEO os casos em que haja maior complexidade de procedimento ou situações que não possam ser realizadas na APS, por se esgotarem as possibilidades de intervenção nesse ponto de atenção, seja por motivos técnicos e/ou de infraestrutura. Todos os pacientes deverão ser encaminhados com a adequação do meio bucal realizada (remoção de fatores retentivos de placa, restos radiculares e elementos dentários com acentuada mobilidade vertical, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia, controle do biofilme dental, controle de bolsa periodontal de até 4 mm), inclusive os pacientes com necessidades especiais, respeitando-se as possibilidades de manejo da situação sistêmica e de comportamento do mesmo. Cabe ao cirurgião-dentista da APS a seleção dos casos que serão encaminhados ao ponto da Atenção Secundária (CEO), sendo este encaminhamento responsabilidade da sua atribuição (BRASIL, 2017).

Fluxograma de Encaminhamento Geral



Critérios de encaminhamento de cada especialidade

Os critérios de inclusão e exclusão, áreas de abrangência dos CEOs, classificação de risco e parametrização de cada especialidade encontram-se nos protocolos de acesso regulado, a serem publicados em documento próprio pela SES/DF.

CAPÍTULO VIII: ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

Alta densidade tecnológica

Traumatologia e cirurgia oral maior

Os pacientes que necessitarem de intervenções em cirurgia oral maior, nos perfis indicados para cirurgias complexas eletivas, deverão ter como referência os centros de CTMBF de alta densidade tecnológica (HRSM, HRS, HRAN, IHBDF), para resolução em Centro Cirúrgico e serão regulados de acordo com os parâmetros construídos para os serviços escassos, dados pelo Complexo Regulador.

Os casos de urgências ou emergências em trauma de face deverão sempre ser encaminhados ao IHBDF, para estabilização e conduta terapêutica.

Deformidades de face

Os usuários que apresentarem defeitos de desenvolvimento e que se enquadrem no perfil de atendimento do centro de deformidades faciais do HRAN devem ser inseridos no sistema de regulação em qualquer ponto da rede e serão automaticamente regulados, de acordo com os parâmetros construídos para os serviços escassos, aos serviços de pacientes fissurados e deformidades de face do HRAN.

Pessoa com deficiência

Os pacientes nesse perfil que forem encaminhados pela APS e não colaborarem com o atendimento ambulatorial no Centro de Especialidades Odontológicas, deverão ser referenciados aos serviços hospitalares, para procedimentos em centro cirúrgico. A referência deverá obedecer a lógica da regionalização, de acordo com os parâmetros construídos pelo Complexo Regulador, por meio do sistema de regulação regional ou central.

Odontologia hospitalar

Unidades de odontologia nos hospitais regionais

No nível hospitalar, o cirurgião-dentista deve integrar as equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, etc.), atuando segundo os cuidados integrais requeridos pelos indivíduos assistidos.

A partir do reconhecimento da interação entre doenças bucais e sistêmicas, e sempre na perspectiva do “cuidado integral”, torna-se premente a atenção odontológica para pacientes hospitalizados portadores de doenças sistêmicas, seja por condições momentâneas em que o atendimento ambulatorial não é possível, seja por condições do indivíduo que requerem, mesmo para um procedimento simples, uma retaguarda hospitalar (ex.: pacientes com discrasias sanguíneas, oncológicos, entre outros). A abordagem dessas situações exige conhecimentos da fisiopatologia de doenças sistêmicas e métodos diagnósticos mais sofisticados acompanhando o avanço das ciências da saúde, sempre em benefício dos usuários.

Nas abordagens, do ponto de vista do tipo de procedimento realizado, as ações de assistência podem ter características primárias ou secundárias. Se a complexidade do procedimento permitir, a ação de assistência deve ser conduzida pela equipe responsável pela odontologia hospitalar da unidade. Se o tipo de procedimento necessário se enquadrar nos critérios de inclusão para o acesso à atenção secundária, o usuário deverá ser inserido no sistema regulação. Caso haja necessidade, pela

complexidade da comorbidade sistêmica, que a equipe de odontologia hospitalar esteja presente no atendimento junto ao cirurgião-dentista, que realizará o procedimento especializado em ambiente hospitalar, o fluxo deverá ser pactuado entre ambas as equipes.

São preconizadas algumas condutas para o atendimento de pacientes hospitalizados na rede:

- Produzir conhecimento relevante e útil na construção do sistema de saúde, pela integração do CD ao cuidado de pacientes hospitalizados;
- Oferecer atividade prática e científica que permita o entendimento dos mecanismos de interação entre as doenças sistêmicas e a saúde bucal;
- Promover a formação de profissionais capacitados ao trabalho junto à equipe multiprofissional levando em conta a realidade social, o respeito ao doente e a qualidade na prestação de serviços;
- Permitir melhor integração das relações entre profissionais de diferentes áreas do cuidado a saúde e criar um amplo senso de colaboração recíproca, que permita desenvolver condições de crescente otimização dos novos conhecimentos científicos no cuidado dos pacientes hospitalizados.

Unidades de odontologia nos hospitais especializados

Embora o encaminhamento a esses serviços não seja usualmente por motivos odontológicos, é de suma importância que os profissionais de todos os níveis de atenção saibam que existe a prestação da atenção à saúde bucal nestas áreas. Uma vez identificada a necessidade de atendimento no perfil abarcado pelas unidades odontológicas dos hospitais de perfil especializado, o cirurgião-dentista da APS, responsável pelo primeiro contato, deve acionar a equipe médica encarregada pelo acompanhamento da condição sistêmica do paciente para verificar se há o acompanhamento odontológico adequado ao agravado.

Hospital de Apoio de Brasília (HAB)

O serviço de odontologia do HAB é oferecido a pacientes com deficiência. Atende pacientes adolescentes e adultos que estão internados no hospital (vítimas de AVC, traumatismo raquimedular e doenças neurológicas que necessitem de reabilitação motora) e que estão em cuidados paliativos, internados ou em acompanhamento ambulatorial. Além disso, atende crianças e adolescentes que são acompanhados pelo ambulatório de genética SES/DF (ambulatório de triagem neonatal das seguintes doenças: fenilcetonúria, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase, galactosemia, aminoacidopatias, acidemias orgânicas e distúrbios de oxidação dos ácidos graxos, ambulatório de dismorfologias, de baixa estatura). Os pacientes recebem suporte preventivo e curativo, inclusive em relação a laserterapia. Todo dentista da rede da SES-DF que estiver com o paciente com o perfil do programa da genética poderá encaminhar para avaliação e conduta.

Hospital da Criança de Brasília (HCB)

O serviço de odontologia é responsável pelo atendimento dos pacientes que estão em acompanhamento médico no HCB e que sejam portadores de doenças crônicas graves. Nessas alterações sistêmicas incluem-se: coagulopatias hereditárias, síndromes genéticas, imunodeficiências, alterações reumatológicas, cardíacas, renais, neurológicas e pulmonares. Além disso, pacientes em tratamento oncológico, internados ou não, também recebem suporte tanto curativo quanto preventivo, inclusive a laserterapia. Cita-se ainda a disponibilidade de centro cirúrgico para PCD, necessariamente em acompanhamento médico no HCB. Há atendimento a pacientes transplantados e cirurgias odontológicas à laser. O centro cirúrgico abrange todos os pacientes da

odontologia que necessitem de atendimento em centro cirúrgico, seja por motivo de impossibilidade de atendimento em ambulatório seja devido à complexidade do tratamento.

Odontologia nas unidades de terapia intensiva

A Lei nº 5.744, de 09 de dezembro de 2016, estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na UTI e demais instituições públicas e privadas que mantenham pacientes sob regime de internação, em médios e grandes hospitais do Brasil, bem como a Resolução nº 7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento da UTI, a qual garante no Art. 18 a assistência odontológica à beira do leito. A infecção é uma complicação frequente e de elevada mortalidade nos pacientes internados em UTI (KAHN *et al.*, 2008).

Estes pacientes são usuários com absoluta restrição das necessidades diárias de higiene e cuidados bucais. Essa condição de deficiência de higiene bucal em pacientes críticos, que com frequência permanecem com a boca aberta, devido à intubação orotraqueal provocando a desidratação da mucosa bucal e diminuição do fluxo salivar, desencadeia frequentemente periodontites, gengivites, otites, rinofaringites crônicas, candidoses, halitose, pneumonia aspirativa por ventilação, entre outros. Ocorre interferência considerável na evolução do quadro sistêmico do paciente, em decorrência da higiene bucal, pois suas condições precárias apresentam retardo na evolução clínica sistêmica.

Sendo assim, faz-se necessária a manutenção da saúde bucal, além de maior integração da odontologia, medicina e enfermagem, visando o tratamento global dos pacientes, a prevenção de doenças e maior humanização no tratamento dos pacientes internados em UTI. A proporção ideal para o cuidado a beira em saúde bucal, nas unidades de terapia intensiva é de 1 CD para cada 8 a 10 leitos, de forma a maximizar a diminuição dos índices de pneumonia associada a ventilação mecânica, reduzir os focos infecciosos, diagnosticar e tratar lesões em mucosa bucal entre outras ações levando ao atendimento integral do paciente.

Ações de assistência à saúde bucal do CD na UTI

1. Consulta profissional de nível superior na atenção especializada;
2. Controle de placa e profilaxia
3. Restauração provisória;
4. Laserterapia em odontologia;
5. Exodontia de dentes permanente ou decíduos;
6. Exodontias múltipla com alveoloplastia;
7. Biópsia;
8. Escarificação;
9. Acesso a polpa;
10. Sutura de tecido mole/remoção de sutura
11. Drenagem de abscesso;
12. Raspagem supragengival;
13. Contenção de dente por splintagem;
14. Remoção de foco residual;
15. Tratamento cirúrgico de hemorragia;
16. Remoção de aparelho ortodôntico;
17. Remoção de corpo estranho;
18. Colocação de placa de contenção

CAPÍTULO IX - SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO

Radiologia odontológica

Os pontos de apoio que realizam exames radiológicos para fins de auxílio diagnóstico em odontologia são de fundamental importância na construção da rede de atenção à saúde bucal da SES/DF. Os centros de radiologia odontológica devem estar estruturados para realizar minimamente radiografias periapicais, interproximais e panorâmicas.

Idealmente, os cirurgiões-dentistas radiologistas devem utilizar a maior parte ou a totalidade de sua carga horária emitindo laudos de exames realizados por pessoal técnico habilitado.

O fluxo de encaminhamento aos centros diagnósticos em radiologia odontológica deve ser regulado em lógica local, regional ou central, respeitando-se grau de complexidade exigido pelo exame auxiliar, as áreas de abrangência e a parametrização estabelecidas no Protocolo de Acesso da Saúde Bucal na Atenção Especializada.

CAPÍTULO X - INDICADORES

O estabelecimento de indicadores, metas, pactuações e parâmetros é fator fundamental tanto para o planejamento das ações em saúde bucal quanto para o conhecimento do perfil dos usuários do território. Com registros e indicadores, torna-se mais simples visualizar o impacto das intervenções que estão sendo realizadas pela equipe de saúde bucal na sua área de abrangência, bem como identificar fragilidades e potencialidades das estratégias adotadas.

O sistema gerencial tem enorme importância para as organizações. Para a direção, possibilita traduzir os objetivos estratégicos em indicadores mensuráveis, desdobrados em metas a serem alcançadas. Possibilita aos gerentes medir o desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas, e implementar ações de prevenção, melhoria ou correção.

O sistema gerencial é composto por:

Indicador: unidade que permite medir o alcance do objetivo. É expresso por número absoluto ou por uma relação (percentual, coeficiente, taxa, entre outras). Deve ser balanceado, ou seja, ponderado em função dos resultados. O balanceamento deve analisar se o indicador tem alta, média ou baixa contribuição para o alcance dos resultados. O indicador possibilita a pactuação de meta com as equipes, que deve ser monitorada periódica e sistematicamente.

Meta: objetivo traduzido de forma qualitativa e quantitativa, num determinado lugar e tempo. É o indicador (o que se quer medir) com valores definidos (quanto) em um determinado tempo (quando) em um determinado local (onde). Uma meta tem como requisitos ser: específica, mensurável, atingível, realizável e temporal. É constituída por quatro partes: um objetivo (o que), um valor (quanto), um local (onde) e um prazo (quando). Exemplo: reduzir o coeficiente de mortalidade infantil (o que), no município de São Lucas (onde), de 10/1000 nascidos vivos para 9/1000 nascidos vivos (quanto), até dezembro de 2013 (quando).

Parâmetro: valor referencial para estabelecer comparabilidade para analisar a meta alcançada. A partir do parâmetro pode-se aferir se a meta está de acordo, abaixo ou acima do valor esperado. O parâmetro pode ser uma padronização previamente estabelecida, ou um valor médio de uma série histórica, ou uma meta pactuada;

Fonte: sistema, ou arquivo, ou planilha ou banco de dados a partir dos quais se pode obter a medição dos indicadores.

Periodicidade: frequência de medição do indicador a partir da fonte. Pode ser: diária, semanal, quinzenal, mensal, trimestral, semestral, anual.

Modo de exibição: é a forma de exibição dos valores dos indicadores (gráficos, tabelas, histogramas, entre outros). No painel de bordo, para facilitar a visualização rápida e a compreensão, a exibição é feita por cores: vermelho (ex: a meta alcançada está muito distante da meta pactuada), amarelo (ex: a meta alcançada está distante da meta pactuada) e verde (ex: a meta alcançada está próxima ou igual à meta pactuada).

Responsável: pessoa que tem a responsabilidade de monitorar o desempenho, ou seja, o alcance da (s) meta (s).

Fonte: BRASIL, 2009.

Para que se tenha controle dos indicadores e dados fidedignos de fonte, os profissionais responsáveis pela assistência devem alimentar o sistema de informação da atenção primária a saúde (eSUS - Sisab), devendo encarar o fato não como “mais uma tarefa a cumprir”, mas como oportunidade de otimizar o tempo despendido com as ações de assistência.

Todas as consultas e procedimentos realizados pela eSB deverão ser registrados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Para captar essas informações, existe o e-SUS AB, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam esta coleta dos dados que serão inseridos no Sisab. São eles: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Existem também aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponível: app AD (Atenção Domiciliar) (BRASIL, 2017).

Com o Sisab, que substituiu o Siab, é possível obter informações da situação sanitária e de saúde da população do território por meio de relatórios de saúde, bem como de relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe (BRASIL, 2017).

É fundamental o uso do prontuário de família em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, em especial nas UBS, pois é um instrumento de trabalho que garante o registro das informações dos profissionais da saúde e permite, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde, incluindo a de saúde bucal, além de servir para subsidiar a melhoria da qualidade no cuidado, contribuindo para a realização de diagnóstico precoce, evitando, assim, complicações desnecessárias. O prontuário de família é um elemento decisivo para melhor atenção prestada à família, reunindo as informações necessárias à continuidade dos cuidados à saúde de seus membros, representando, ainda, um indicador de qualidade da atenção ofertada (BRASIL, 2017).

Por tanto, esse tipo de prontuário é o instrumento que agrega a informação de todos os membros da família, possibilitando ir ao encontro do atributo da Atenção Básica que é a orientação da família (BRASIL, 2017).

Para mais informações sobre o preenchimento do CDS e PEC, acessar os manuais do sistema, disponíveis no site: <<http://dab.saude.gov.br/>>.

É importante lembrar que as informações coletadas pelo CDS/PEC também deverão ser enviadas para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) por meio dos relatórios do Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado e/ou Individualizado (BPA-C ou BPA-I). Estes relatórios são gerados pelo próprio Sisab (BRASIL, 2017).

Eixos e diretrizes

Os indicadores de saúde bucal na APS da SES/DF estão estruturados em 3 eixos, baseados nos indicadores estabelecidos pelo 3º ciclo do PMAQ-AB (MS, 2017).

1.1.Eixo: Acesso e continuidade do cuidado

1.1.1.Percentual de atendimentos de demanda espontânea

1.1.2.Percentual de atendimentos de consulta agendada

1.1.3.Cobertura de primeira consulta odontológica programática

1.2.Eixo: Resolutividade

1.2.1.Percentual de encaminhamentos para serviço especializado

1.2.2.Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas

1.3.Eixo: Abrangência da oferta de serviços

1.3.1.Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

CAPÍTULO XI - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES À SAÚDE BUCAL

As Práticas Integrativas e Complementares compreendem sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que possuem uma visão ampliada do processo saúde-doença, centrando-se na saúde do indivíduo e não na doença, estimulando o autocuidado, e mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

O desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Distrital de Práticas Integrativas tem caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no SUS a fim de que todos os serviços de saúde possam aplicar esses recursos terapêuticos, dentre esses serviços o de Atenção à Saúde Bucal (BRASIL, 2006; SILVA, 2009). Corroborando com esta ideia, o uso das práticas integrativas e complementares à saúde bucal pelo cirurgião dentista está regulamentado desde 2008 pela resolução 82/2008 do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2008).

De acordo com o que expõe Instrução Normativa 004/2010, pressupõe-se então que os cirurgiões-dentistas da Atenção Primária, tem a possibilidade de implementar na sua rotina de trabalho no SUS, **desde que com as formações necessárias**, a acupuntura, a fitoterapia, a terapia floral, a homeopatia, a hipnose e a laserterapia, que são as PIC que tem reconhecimento do exercício do profissional pelo Conselho Federal de Odontologia.

RESOLUÇÃO CFO-82/2008

Reconhece e regulamenta o uso pelo cirurgião-dentista de Práticas Integrativas e Complementares à Saúde Bucal.

Art. 1º. Reconhecer o exercício pelo cirurgião-dentista das seguintes práticas integrativas e complementares à saúde bucal: acupuntura, fitoterapia, terapia floral, hipnose, homeopatia e laserterapia.

Art. 2º. Será considerado habilitado pelos conselhos Federal e Regionais de Odontologia, para as práticas definidas no artigo anterior, o cirurgião-dentista que atender ao disposto nesta Resolução.

Art. 4º. De posse do certificado, o profissional poderá requerer seu registro no Conselho Federal de Odontologia e inscrição no Conselho Regional de Odontologia onde possui inscrição principal.

No DF, as ações e serviços de Práticas Integrativas em Saúde são exercidas por profissionais de saúde presentes no SUS-DF, desde que devidamente habilitados por meio de cursos de capacitação ou com formação específica, e ainda por profissionais aprovados em concurso público e contratados para esse fim. Cinco das modalidades de PIS somente poder ser exercidas por profissionais com especialização: acupuntura, antroposofia, arteterapia, homeopatia e musicoterapia. Dez modalidades podem ser exercidas por profissionais de saúde de todos os níveis de formação: automassagem, hatha yoga, lian gong em 18 terapias, meditação, plantas medicinais, reiki, shantala, tai chi chuan, terapia comunitária integrativa e terapias antroposóficas externas. **A fitoterapia é exercida por profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas e farmacêuticos** (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Homeopatia

A PNPIC define a homeopatia como “sistema médico complexo de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes” (BRASIL, 2006, p. 16), tratando-se de uma terapêutica que valoriza aspectos físicos, emocionais e espirituais do indivíduo (NARDY, 2007).

Vários são os estudos envolvendo a terapia homeopática na odontologia (NARDY, 2007; SILVA; FISCHER; TEREZAN, 2010). A exemplo disso, os estudos de Gonçalves e França (2007) e Silva (2001) demonstraram resultado satisfatórios com a terapêutica no controle da ansiedade frente ao tratamento. Chebel (2012) em seu estudo demonstrou a efetividade do tratamento homeopático sobre o placebo no tratamento de sintomatologia da ardência bucal. Silva, Fischer e Terezan (2010) concluíram que a homeopatia como terapia complementar ao tratamento periodontal mecânico teve resultados positivos na redução do número de sítios com bolsas, entretanto, ressaltam a importância de mais estudos clínicos controlados.

Acupuntura

A acupuntura, por meio de estímulos sensoriais em pontos específicos, estimula a liberação de mediadores químicos com ação analgésica, relaxante e anti-inflamatória (QUAGGIO *et al.*, 2002).

São diversas as aplicações dessa PIC na odontologia, entre elas a analgesia (o que leva a diminuição da utilização de medicamentos), a indução de anestesia, o tratamento de pacientes com bruxismo e até mesmo o auxílio de diagnóstico. Por outro lado, não se mostra eficaz em odontalgias (VIANNA *et al.*, 2008).

Vasconcelos e colaboradores (2011), destacam a grande valia do emprego da acupuntura nos tratamentos da dor facial crônica e miofascial. Os estudos de Zotelli, Meirelles e Sousa (2010) mostraram resultados positivos com a utilização da acupuntura no manejo da dor em pacientes com DTM. Vera e colaboradores (2013) observou que a utilização da acupuntura propiciou relaxamento muscular, reduzindo intensidade da dor orofacial e do tinido.

Fitoterapia

Os medicamentos fitoterápicos são aqueles produzidos exclusivamente com matérias-primas ativas vegetais. Assim como os outros medicamentos, estes têm sua eficácia e riscos conhecidos. Seus benefícios são variados, incluindo o poder cicatrizante, antimicrobiano, antisséptico, desinfetante e analgésico (ASSIS, 2009).

Em estudo *in vitro* Alves e colaboradores (2009), constatou que extratos da aroeira-do sertão, goiabeira e malva apresentaram atividade antimicrobiana e antiaderente 33 sobre microrganismos formadores do biofilme e atividade antifúngica sobre cepas de *Cândida* isoladas da cavidade oral. Em revisão de literatura, Bettega e colaboradores (2011) encontraram e elucidaram a aplicação de várias plantas que tem tido com sucesso na odontologia, como a *Syzygium aromaticum* (popularmente conhecida como cravo-da-índia) utilizada como antisséptico, adjuvante na inflamação gengival e medicação endodôntica, a *Malva sylvestris*, utilizada para cicatrização, a *Matricaria chamomilla* (conhecida como camomila) utilizada como antiinflamatório gengival, entre outros.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, L.F.D. *et al.* Cariogenic and erosive potential of industrialized fruit juices available in Brazil. *Braz J Oral Sci*, Piracicaba, v. 9, no.3, p. 351-7, jul./sep. 2010.
2. AMARAL, C.C. *et al.* Perinatal health and malocclusions in preschool children: Findings from a cohort of adolescent mothers in Southern Brazil. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. v. 152, n.5.p. 613-621. 2017.
3. ASSIS, C. Plantas Medicinais na Odontologia. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v.66, n.1, p.72-75, jan./jun. 2009.
4. BALDANI, M.H.; LOPES, C.M.L.; SCHEIDT, W.A. Prevalência de alterações bucais em crianças atendidas nas clínicas de bebês públicas de Ponta Grossa - PR, Brasil. *Pesq Odontol Bras*, v. 15, n. 4, p. 302-307, out./dez. 2001.
5. BENTLEY, J.M.; BARANKIN, B.; GUENTHER, L.C. A review of common pediatric lip lesions: herpes simplex/recurrent herpes labialis, impetigo, mucocelos, and hemangiomas. *Clin Pediatr (Phila)*, v. 42, n. 6, p. 475-82, Jul-Aug, 2003.
6. BETTEGA, P. *et al.* Fitoterapia: dos canteiros ao balcão da farmácia. *Archives Of Oral Research*, Curitiba, v.7, n.1, p.89-97, jan./abr. 2011.
7. BJØRNDAL, L. DEMANT, S. DABELSTEEN, S. Depth and activity of carious lesions as indicators for the regenerative potential of dental pulp after intervention. *J Endod*. v.40, n.4, p.76S–81S, Apr. 2014.
8. BRASÍLIA, Câmara Legislativa do DF. Projeto de Lei nº2776/08. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de Centrais de Regulação.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção 1 – Suplemento No - 190 - p.360.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº6/GM/MS, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção 1 – Suplemento No - 190 - p.569.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
13. 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).

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de Abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 2016.
16. BRASIL. Portaria Interministerial Nº 1, DE 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il.
20. BRASIL, Ministério da Saúde. Brasil Sorridente: Estratégia Saúde da Família – Equipe de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica, 2012a.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. II, 2012b, 290 p.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.: il.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 jul. 2011, Seção 1, p. 70.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46 p: il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios)

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
26. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 76 p.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.: il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS: material de apoio. 2006; p. 5-11.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 971 de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
33. BRASIL. Portaria Interministerial Nº 1777/GM de 9 de setembro de 2003
34. BRASIL. Lei n. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990.
35. BRASIL. Lei n. 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: DF. 1990.
36. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
37. BUSSADORI, S.K. *et al.* Odontologia de mínima intervenção um novo olhar sobre a odontologia.
38. CALDAS JUNIOR, A. de F. *et al.* O Impacto do Edentulismo na Qualidade de Vida de Idosos. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, v.14, n.3, p.229-238, Maio/Jun., 2005.
39. CARVALHO, B.K.F.*et al.* Laserterapia no Tratamento das Disfunções Temporomandibulares. *Revista Dor*, São Paulo, v.8, n.3, p.1055-1059, jul./set. 2007.

40. CAVALCANTI, T.M. *et al.* Conhecimento das propriedades físicas e da interação do laser com os tecidos biológicos na odontologia. *An Bras Dermatol.* Rio de Janeiro, v.86, n.5, p.955-60, Sept./Oct. 2011.
41. CHAPPLE, I. L. Time to take periodontitis seriously. *British Medical Journal*, v. 348, p.2645, Apr. 2014.
42. CHAPPLE, I. L.*et al.* Primary prevention of periodontitis: Managing gingivitis. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 42, n. S16, p. S71–S76, Apr. 2015.
43. CHAPPLE, I. L. *et al.* Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, v.44, n.18, p. S39–S51, Mar. 2017.
44. CHEBEL, I. F. O. Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto. 2012. 113 f. Tese (Doutorado) – Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
45. CINTRA, C.F.S.C.; CASTRO, F.F.M.; CINTRA, P.P.V.C. As alterações orofaciais apresentadas em pacientes respiradores bucais. *Rev Bras Alergia Imunopatol.* v.23, n.2, p.78-83. 2000.
46. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO-82/200 Regulamentação do uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal. out. 2008.
47. CUNHA, V. Prevenindo problemas na fala pelo uso adequado das funções orais: manual de orientação. Carapicuíba [São Paulo]: Pro-Fono Departamento Editorial. 2001.
48. DARVEAU, R. P. Periodontitis: A polymicrobial disruption of host homeostasis. *Nature Reviews Microbiology*, v.8, p. 481–490, Jun. 2010.
49. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde. PDPIS – Brasília: Fepecs, 2014. 73 p.: il.
50. DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília – DF, 15 de fev. 2017, Ano XLVI Edição nº- 33, p.4.
51. DIMBERG, L. *et al.* Prevalence and change of malocclusions from primary to early permanent dentition: a longitudinal study. *Angle Orthod.* v.85, n.5, p. 728-34. Sep. 2015.
52. ELDERTON, R.J. Overtreatment with restorative dentistry: when to intervene? *Int Dent J.*, v.43, n.1, p.17–24, Feb. 1993.
53. ESTUPIÑÁN-DAY, S.*et al.* Managing dental caries with atraumatic restorative treatment in children: successful experience in three Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica*, v.33, n. 4, p.237–43, 2013.

54. EZZATI, M.; RIBOLI, E. Can non-communicable diseases be prevented? Lessons from studies of population and individuals. *Science*, v.337, n. 6101, p. 1482–1487, Sep. 2012.
55. FACIOLI, F; SOARES, A.L.; NICOLAU, R.A. Terapia floral na odontologia no controle de medo e ansiedade – revisão de literatura. XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2010.
56. FATAHZADEH, M; SCHWARTZ, R.A. Human herpes simplex labialis. *Clin Exp Dermatol*. v.32, n.6, p.625-30. Nov. 2007.
57. FELDENS, C.A.; GIUGLIANI, E.R.J.; DUNCAN, B.B.; DRACHLER, M.L.; VÍTOLO, M.R. Long-term effectiveness of a nutritional program in reducing early childhood caries: a randomized trial. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.38, n. 4, p.324-32, Aug. 2010.
58. FDI, World Dental Federation. The Challenge of Oral Disease – A call for global action. *The Oral Health Atlas*. 2nd ed. Geneva; 2015.
59. FEJERSKOV, O. Cárie dentária: fisiopatologia e tratamento/Ole Fejerskov, Bente Nyvad, Edwina Kidd; tradução Ana Julia Perrotti-Garcia. – 3.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
60. FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. saúde pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.
61. FREITAS, R. M. *et al.* Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. *RBAC*. v.48, n.1, p.13-8. 2016.
62. FREIRE, M.C.M. *et al.* Guias Alimentares e Saúde Bucal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28 Sup, p.S20-S29, 2012.
63. FRENCKEN, J.E.; LEAL, S.C. The correct use of the ART approach. *J Appl Oral Sci*. v.18, n.1, p.1-4, Jan-Feb. 2010.
64. FRENCKEN, J.E. *et al.* WHO: Basic Package of Oral Care. Nijmegen, The Netherlands: WHO Collaborating Centre for Oral Care Planning and Future Scenarios. 2002.
65. FRENCKEN, J.E.; LEAL, S.C.; NAVARRO, M.F. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: a comprehensive overview. *Clinical Oral Investigations*, v.16, n. 5, p.1337-1346, Oct. 2012.
66. GIMENEZ, C. *et al.* Prevalência de más oclusões na primeira infância e sua relação com as formas de aleitamento e hábitos infantis. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, v.13, n.2, p.70-83. 2008.
67. GOMES, A.S; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p. 1707-1714, Jul. 2007.

68. GONÇALVES, E.C.S; FRANÇA, F.M.G. Avaliação do uso de ansiolítico homeopático em procedimentos odontológicos como droga alternativa aos benzodiazepínicos. *Rgo*, Porto Alegre, v.55, n.2 p.175-180, abr./jun. 2007
69. GONDIM, R. *et al.* Organização da atenção. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD, p. 97-123, 2009.
70. GOTTEMS, L. B. *et al.* O Programa de Gestão Regional da Saúde no Distrito Federal. Distrito Federal: X Congresso CONSAD de Gestão Pública, 2017.
71. GBD, 2016. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, www.thelancet.com Vol 390 September 16, 2017.
72. HAYTAC, M.C.; OZCELIK, O. Evaluation of patient perceptions after frenectomy operations: a comparison of carbon dioxide laser and scapel techniques. *J Periodontol*, v.77, n. 11, p.1815-1819, Nov. 2006.
73. HIIRI, A. *et al.* Pit and fissure sealants versus fluoride varnishes for preventing dental decay in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Ver*, v.3, n. CD003067, Feb. 2010.
74. HOWIE, N.M. *et al.* Short-term exposure to alcohol increases the permeability of human oral mucosa. *Oral Dis*.v.7, n.6, p.349-54. Nov. 2001.
75. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Falando sobre câncer de boca. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2002.
76. ISHIBASHI, M. *et al.* Geographic tongue treated with topical tacrolimus. *J Dermatol Case Rep*. v. 4, n. 4, p.57-9, 2010.
77. ISSAO, M.; GUEDES – PINTO, A. C. Manual de odontopediatria. 10. ed. São Paulo: *Pancast*, 1999.
78. JEPSEN, S. *et al.* Prevention and control of dental caries and periodontal diseases at individual and population level: consensus report of group 3 of joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 44 (Suppl 18), p. S85–S93, Mar. 2017
79. JIN, L. J. Interprofessional education and multidisciplinary teamwork for prevention and effective management of periodontal disease. *Journal of the International Academy of Periodontology*, v.17 (1 Suppl), p. 74–79, 2015.
80. JIN, L. J. *et al.* Global oral health inequalities: Task group-periodontal disease. *Advances in Dental Research*, v.23, n. 2, p.221–226. May. 2011
81. KAHN, S. *et al.* Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.6, p.1825-1831, 2008.

82. KASSEBAUM, N. J. *et al.* Global burden of severe tooth loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Research*, v.93 (7 Suppl), p.20S–28S, Jul. 2014b.
83. KASSEBAUM, N.J.*et al.* Global Burden of Untreated Caries: A Systematic Review and Metaregression, *Journal of Dental Research*. v.94, n.5, p. 650-8, May, 2015.
84. KORNMAN, K. S. Mapping the pathogenesis of periodontitis: A new look. *Journal of Periodontology*, 79 (8 Suppl), 1560–1568. Aug. 2008.
85. KURNATOWSKA, A.J. Search for correlation between symptoms and signs of changes in the oral mucosa and presence of fungi. *Mycoses*. v.44, p.379-82, Nov.2001.
86. LASCALA, N. T.; LASCALA JÚNIOR, N. T. Aspectos cirúrgicos na prevenção – frenectomia, bridectomia e ulectomia. In: LASCALA, N. T. Prevenção na clínica odontológica: Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 209-220.
87. LATINO-MARTEL, P.; DRUESNE-PECOLLO, N.; DUMOND, A. Nutritional factors and oral cancers. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, v.112, n.3, p.155-9, Jun. 2011.
88. LEAL, R.A.S. Frenectomia lingual e labial em Odontopediatria. 2010, 32p. Monografia de Investigação/Relatório de Actividade Clínica- Artigo de Revisão Bibliográfica. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.
89. LEAL, S.C.; NAVARRO, M.F.L.; FRENCKEN, J.E. Potencialização do Tratamento Restaurador Atraumático. *Pro-Odonto Prevenção*, v.5, p.103-139, 2012.
90. LEITE, A.C.E.; GUERRA, E.N.S.; MELO, N.S. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal. *Rev Clín Pesq Odontol*. v.1, n.3, p. 31-6. 2005.
91. LEMOS, L.V.F.M. *et al.* Dentes natal e neonatal. *Einstein*. v.7, n.1 Pt 1, p.112-3, 2009.
92. LEVIN, L.; ZADIK, Y. Education on and prevention of dental trauma: it's time to act! *Dental Traumatology*, Denmark,v. 28, p. 49–54, 2012.
93. LIMA, L.M. *et al.* Mucous extravasation phenomena em babies. *Braz J Oral Sci*. v.1, n.2, p. 92-4, 2002.
94. LINDHE, J. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. Grupo GEN. 5ª Edição. 2010.
95. LINO, A.P. Hábitos e suas influências na oclusão. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN, editores. Ortodontia/Ortopedia funcional dos maxilares. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 69-79.
96. MACHO, V. *et al.* Prevalência de hábitos orais deletérios e de anomalias oclusais numa população dos 3 aos 13 anos. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. v.53, n.3, p.143–147. 2012.
97. MAGALHÃES, L.M.R. Relação entre saúde oral e nutrição em idosos. 2011. 57p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Fernando Pessoa, Porto.

98. MARCHESAN, I.Q. Avaliação e terapia dos problemas da respiração. In: Marchesan IQ, editor. Fundamentos em Fonoaudiologia – Aspectos Clínicos da Motricidade Oral. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*; 1998. p. 23-36.
99. MASSIGNAN, C. *et al.* Signs and Symptoms of Primary Tooth Eruption: A Meta-analysis. *Pediatrics*. v.137, n.3, p.e20153501, 2016.
100. MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V. G. Atenção primária à saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde, v. 1, 2006.
101. MEADOWS, M. Pregnancy and the drug dilemma. *FDA consumer*, v.35, n.3, p.16-20, May-Jun. 2001.
102. MELO, P.E.D.; PONTES, J.R.S. Hábitos orais deletérios em um grupo de crianças de uma escola da rede pública na cidade de São Paulo. *Rev. CEFAC*. v.16, n.6, p.1945-1952. Nov-Dez 2014.
103. MENDES, E.V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.
104. MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
105. MENDES E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.
106. MENGUE, S.S. *et al.* Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública*. v.35, n.5, p.415-420, 2001.
107. MEROLA, Y.L. *et al.* O uso de medicamentos na gravidez: uma revisão científica. *Rev Soc Bra Clin Med*, v.6, n.2, p. 59-63, 2008.
108. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Linha Guia - Atenção à Saúde Bucal. Belo Horizonte: SAS/ MG, 2006.
109. MOBLEY, C.C. Nutrition and dental caries. *Dent Clin N Am*, v.47, n.2, p.319-36, Apr. 2003.
110. MOREIRA, M.M.S.M. Comparação entre o periodontal screening and recording e parâmetros clínicos e radiográficos associados às doenças periodontais. 2000. 187p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Odontologia de Araraquara, da Universidade Estadual Paulista.
111. MOYERS, R.E. Handbook of Orthodontics. 4th ed. Year Book Medical Pub; 1988.
112. MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: *Artes Médicas*, 2009.
113. NARDY, R. A homeopatia aplicada a desordem temporomandibular e a dor orofacial. *Cadernos Unifoa*, Volta Redonda, v.5, p.63-72, abr. 2007.

114. NAVARRO MF, RIGOLON CJ, BARATA TJ, BRESCIANE E, FAGUNDES TC, PETERS MC. Influence of occlusal access on demineralized dentin removal in the atraumatic restorative treatment (ART) approach. *Am J Dent.*; v.21, n.4, p.251-4. Aug. 2008.
115. NAVARRO MFL, LEAL SC, MOLINA GF, VILLENA RS. Tratamento Restaurador Atraumático: atualidades e perspectivas. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* v.69, n. 3, p.289-301, 2015.
116. NEVES, L.C.P. A integralidade na terapia floral e sua possibilidade de inserção no sistema único de saúde. 2007. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Rio Dos Sinos, São Leopoldo, 2007.
117. NEVILLE, BRAD *et al.* Patologia Oral & Maxilofacial [tradução Danielle Resende Camisasca Barroso... *et al.*]. — Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
118. NEIDELL, M.; SHEARER, B.; LAMSTER, I. B. Cost-Effectiveness Analysis of Dental Sealants versus Fluoride Varnish in a School-Based Setting. *Caries Res.* v.50 (suppl 1), p.78–82, 2016.
119. NIEBYL, J.R. Uso de drogas na gravidez. 2. ed. São Paulo: *Livraria Roca*; 1989
120. OMS. Oral health - Policy basis. Geneva: World Health Organization.
121. OMS. Oral health - Risks to oral health and intervention - Diet and nutrition. Geneva: World Health Organization.
122. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia rede de saúde bucal. - Curitiba: SESA, 2016. 92 p.
123. PEREIRA, A.C.; BITTAR, T.O. Fluorose dentária: aspectos clínicos e epidemiológicos. In: Pereira AC, organizador. Tratado de saúde coletiva em odontologia. Nova Odessa: *Napoleão*; 2009. p. 358-71.
124. PERES, K.G; CHAFEE, B.W.; FELDENS, C.A.; FLORES-MIR, C.; MOYNIHAN P.; RUGG-GUNNN, A. Breastfeeding and Oral Health: Evidence and Methodological Challenges, *Journal of Dental Research*; 1-8 00(0) DOI:10.1177/0022034517738925
125. PERES, K.G; CASCAES, A.M.; NASCIMENTO G.G.; VICTORIA, C.G.; *Effects of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis.* Acta Paediatr. 104 (467); 54-61.
126. QUAGGIO, A.M. *et al.* A utilização da Acupuntura em desordens craniomandibulares. *Jornal Brasileiro de Oclusão ATM Dor Orofacial*; v.2, n.8, p.334-7. out./dez. 2002.
127. PETERSEN, P. E.; OGAWA, H. The global burden of periodontal disease: Towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology 2000*, v.60, n.1, p.15-39, Oct. 2012.
128. PIHLSTROM, B. L.; MICHALOWICZ, B. S.; JOHNSON, N. W. Periodontal diseases. *Lancet*, v.366, n.9499, p. 1809–1820. Nov.2005.

129. QVIST, V. Longevity of restorations: the “death spiral.” In: Fejerskov, O, Kidd, EAM, editors. Dental caries: the disease and its clinical management. 3rd ed. Oxford (UK): Blackwell Munksgaard. p. 388. 2015.
130. RAMPINI, M.P. *et al.* Utilização da Terapia com Laser de Baixa Potencia para Prevenção de Mucosite Oral: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v. 55, n.1, p. 59-68.2009.
131. RAMOS, M.M.B.*et al.* Associação entre a Doença Periodontal e Doenças Sistêmicas Crônicas - Revisão de Literatura. *Arch Health Invest*, v.2, n.1, p. 24-31. 2013.
132. REIS, S.R.A.A, *et al.* Fatores de risco do câncer da cavidade oral e da orofaringe. I. fumo, álcool e outros determinantes. *RPG Rev Pós-grad*.v.4, n.2, p.127-32. Abr. 1997.
- 133.
134. RIBEIRO, N.M.E.; RIBEIRO, M.A.S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. *J Pediatr*, v.80 Suppl 5, p.S199-210, 2004.
135. RUGG-GUNN, A.J. Diet and dental caries. In: Murray JJ, editor. Prevention of oral disease. 3rd Ed. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 3-31.
136. SAMARANAYAKE, L.P.; CHEUNG, L.K.; SAMARANAYAKE, Y.H. Candidiasis and other fungal diseases of the mouth. *Dermatol Ther*. v. 15: p.251-69. 2002.
137. SANTOS, V.T. A.; SIQUEIRA, L.C. B. Tabaco e Doenças Periodontais. *Rev. Cient. InFOC*. v. 1, n. 1, 2016.
138. SÃO PAULO. Nascendo e crescendo com saúde bucal Atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). Coordenação de desenvolvimento de programas e políticas de saúde CODEPPS área técnica de saúde bucal. 2007. 44p.
139. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
140. SCHWENDICKE, F. *et al.* Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. *Advances in Dental Research*, v.28, n.2, p.58–67, 2016.
141. SHINTOME, L.K. *et al.* Avaliação clínica da laserterapia no tratamento da hipersensibilidade dentinária. *Brazilian Dental Science*, Sao José dos Campos, v. 10, n.1, p.26-33, jan./mar. 2007.
142. SILVA, E.B. Controle da Ansiedade em Odontologia com Terapêutica Homeopática. *Homeopat. Bras.*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.22-25, 2001.
143. SILVA, M.P.S. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde Bucal: Conhecimento e interesse dos cirurgiões dentistas da Prefeitura de Belo Horizonte sobre essas práticas, com ênfase na Homeopatia. 2009. 61 f. Monografia (Especialização) – Instituto de Previdência dos Servidores de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

144. SILVA, E.B.; FISCHER, R.G.; TEREZAN, M.L.F. Homeopatia como coadjuvante na terapia periodontal de suporte em pacientes com periodontite crônica: Relato de caso clínico. *Revista Periodontia*, v.20, n.3, p.37-41, set. 2010.
145. SOUZA, E.A. Avaliação do conhecimento e conduta de médicos e cirurgiões-dentistas sobre maus – tratos e violência contra a criança e adolescente. 2002. 236p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, – UNESP - Campus de Araçatuba,
146. TAUCHEN, A.L.O. A contribuição da odontologia do trabalho no programa de saúde ocupacional: verificando as condições de saúde bucal de trabalhadores de uma agroindústria do sul do Brasil. 2006. 140 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo.
147. TOMÉ, M.C.; FARRET, M.M.B.; JURACH, E.M. Hábitos orais e maloclusão. In: Marchesan, IQ, Zorzi JL, Gomes ICD, editores. Tópicos em Fonoaudiologia III. São Paulo: Lovise; 1996. p.97-109.
148. TONETTI, M.S. *et al.* Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol.* v.44, n. 5, p.456–462, May. 2017.
149. TONETTI, M.; KORNMAN, K. S. Special Issue: Periodontitis and Systemic Diseases – Proceedings of a workshop jointly held by the European Federation of Periodontology and American Academy of Periodontology. *Journal of Clinical Periodontology*, v.40 (Suppl 14), p.S1–S209, 2013.
150. TORRES, H.F. Hipnose na Prática Clínica. 2009. 118 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2009.
151. TORTAMANO, N.; ARMONIA, P. Guia Terapêutico Odontológico. 14 ed. São Paulo: Santos, 2001.
152. THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Cariologia Clínica. 2ª ed. São Paulo: Santos, 1995, p. 307.
153. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Eventos agudos na atenção básica [recurso eletrônico]: trauma dental / — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.31p.
154. VASCONCELOS, F.H.P. *et al.* Acupuntura em Odontologia: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, São Caetano do Sul, v.9, n.28, p.38-42, abr./jun. 2011.
155. VAZ, P.R.M. *et al.* Alterações bucais mais frequentes no bebê: relato de dois casos de cistos de inclusão. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 22, n.2, p. 174-7, mai-ago. 2010.
156. VIANNA, R.S. *et al.* A Acupuntura e sua aplicação na Odontologia. *Ufes Rev Odontol*, Espírito Santo, v.10, n.4, p.48-52, 2008.
157. VEIGA JUNIOR, V.F.; PINTO, A.C.; MACIEL, M.A. M. Plantas medicinais: cura segura? *Quím. Nova*, São Paulo, v.28, n.3, p.519-528, Jun. 2005.
158. VERA, R. M.L.T. *et al.* Acupuntura no manuseio da dor orofacial e do tinido. Relato de caso. *Revista Dor*, São Paulo, v. 14, n.3, p.226-230, jul./set. 2013.

159. WARREN, J.J. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *J Am Dent Assoc.* v.132, n. 12, p.1685–93. Dec. 2001.
160. WESTLING, L. Fingernail biting: a literature review and case reports. *J. Cranio. Pract.* v.6, n.2, p.182-7. 1988.
161. WHITLEY, R.J.; ROIZMAN, B. Herpes simplex virus infections. *Lancet.* v.357, n.9267, p.1513-8, 2001.
162. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2002.
163. WRIGHT, J.T. *et al.* Evidence-based Clinical Practice Guideline for the Use of Pit-and-Fissure Sealants. American Academy of Pediatric Dentistry, American Dental Association. *Pediatr Dent*, v.38, n.5, p.E120-E36, 2016.
164. YEH, M. Outpatient division of tongue-tie without anesthesia in infants and children. *World J Pediatr.* v.4, n.2, p.106-108, 2008.
165. YOSHIHARA, A. *et al.* A longitudinal study of the relationship between diet intake and dental caries and periodontal disease in elderly Japanese subjects. *Gerodontology.* v.26, n.2, p.130-6. Jun. 2009.
166. YUCA, K. *et al.* Pediatric intraoral ranulas: an analysis of nine cases. *Tohoku J Exp Med.* v.205, n.2, p.151-5. 2005.
167. ZOTELLI, V.L.R.; MEIRELLES, M.P.M.R.; SOUSA, M.L.R. Uso da acupuntura no manejo da dor em pacientes com alterações na articulação temporomandibular (ATM). *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, São Paulo, v.22, n.2, p.185-188, mai./ago.2010.

APÊNDICE A – ATRIBUIÇÕES DOS COMPONENTES DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

(Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 – PNAB)

Atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica:

- I Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; -
- II Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; -
- III Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.). -
- IV Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- V Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- VI Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- VIII Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- IX Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- X Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- XI Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- XII Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

Atribuições específicas dos membros das equipes de saúde bucal

Cirurgião-dentista:

- I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
- III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);
- IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
- IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Técnico em Saúde Bucal (TSB):

- 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 - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII - Processar filme radiográfico;
- XVIII - Selecionar moldeiras;
- XIX - Preparar modelos em gesso;
- XX - Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE AUXÍLIO À CLASSIFICAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA EM ODONTOLOGIA NA APS PARA PROFISSIONAIS QUE NÃO SEJAM CIRURGIÕES-DENTISTAS

Esse fluxograma foi elaborado para os profissionais de saúde de outras áreas, de forma a auxiliar no acolhimento da demanda espontânea. Como primeiro passo, o profissional deverá realizar a escuta qualificada do usuário e categorizar a queixa em uma das opções abaixo:

Traumatismos dentários: O paciente sofreu alguma queda, teve alguma injúria física na região de face (causada por prática esportiva, violência, outros).

Sangramento: O paciente queixa-se de sangramento bucal; poderá relatar que houve cirurgia odontológica recente, trauma, entre outras causas.

Dentes: A dor de origem dental é um significativo preditor de utilização dos serviços de urgência odontológica. O paciente especifica um dente ou uma região.

Gengivas: O paciente relata dor ou alteração nos tecidos gengivais.

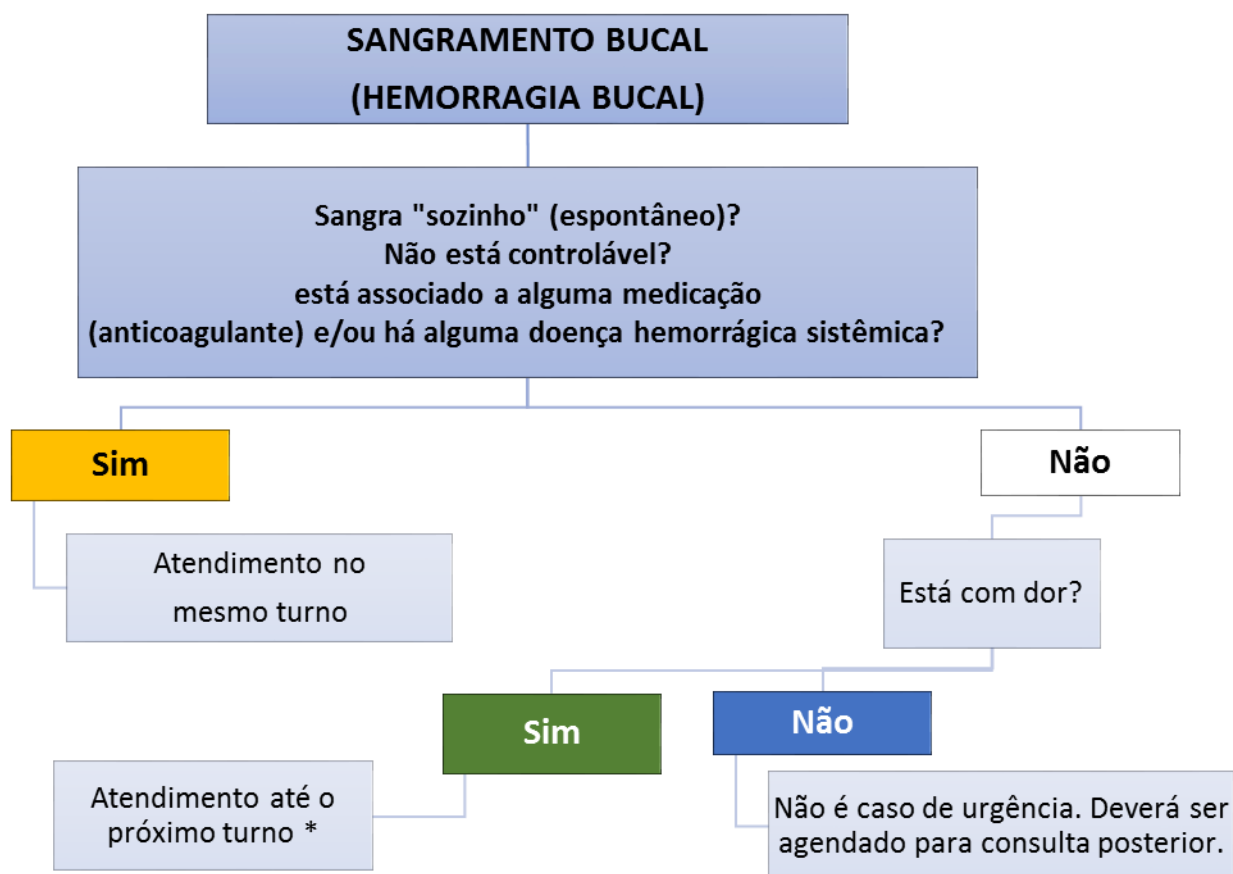
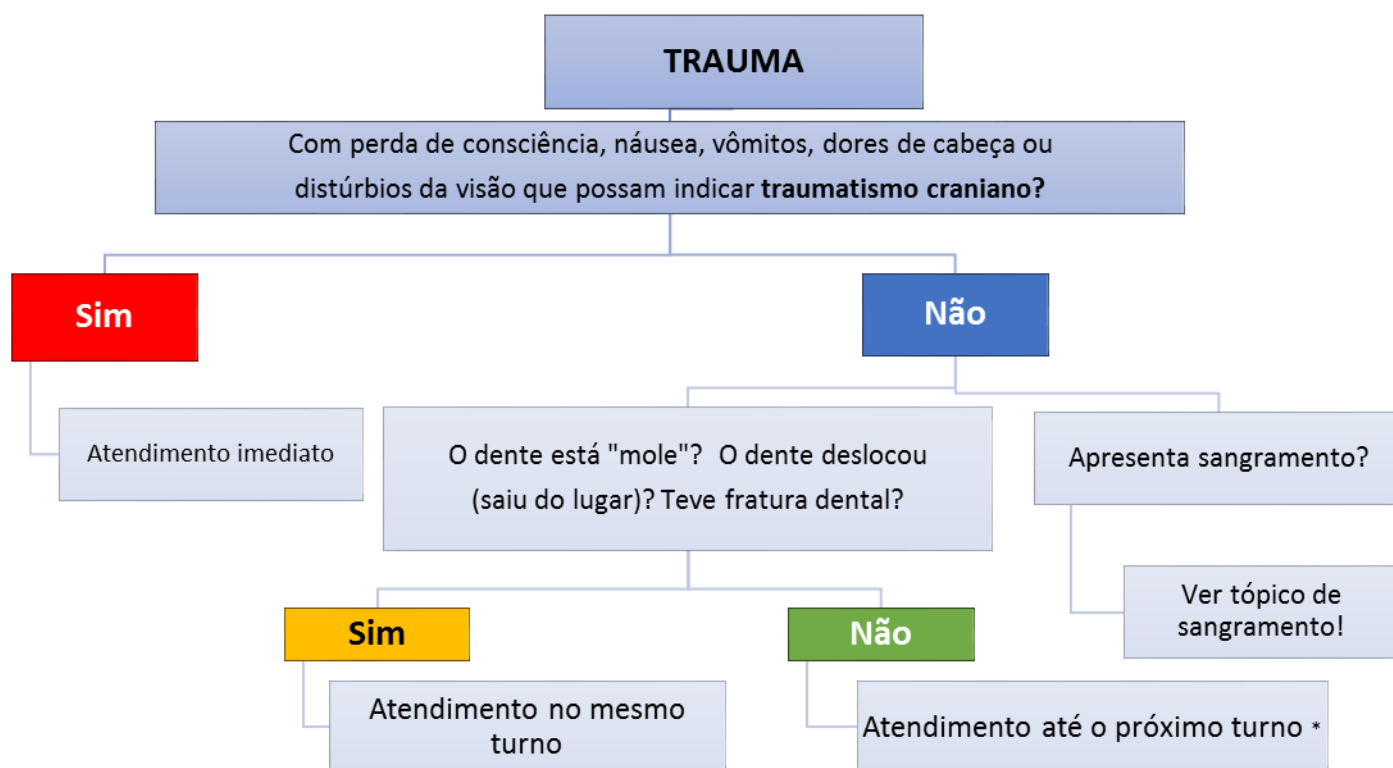
Próteses ou Restaurações: O paciente relata que a restauração ou a prótese caiu ou ainda quebrou.

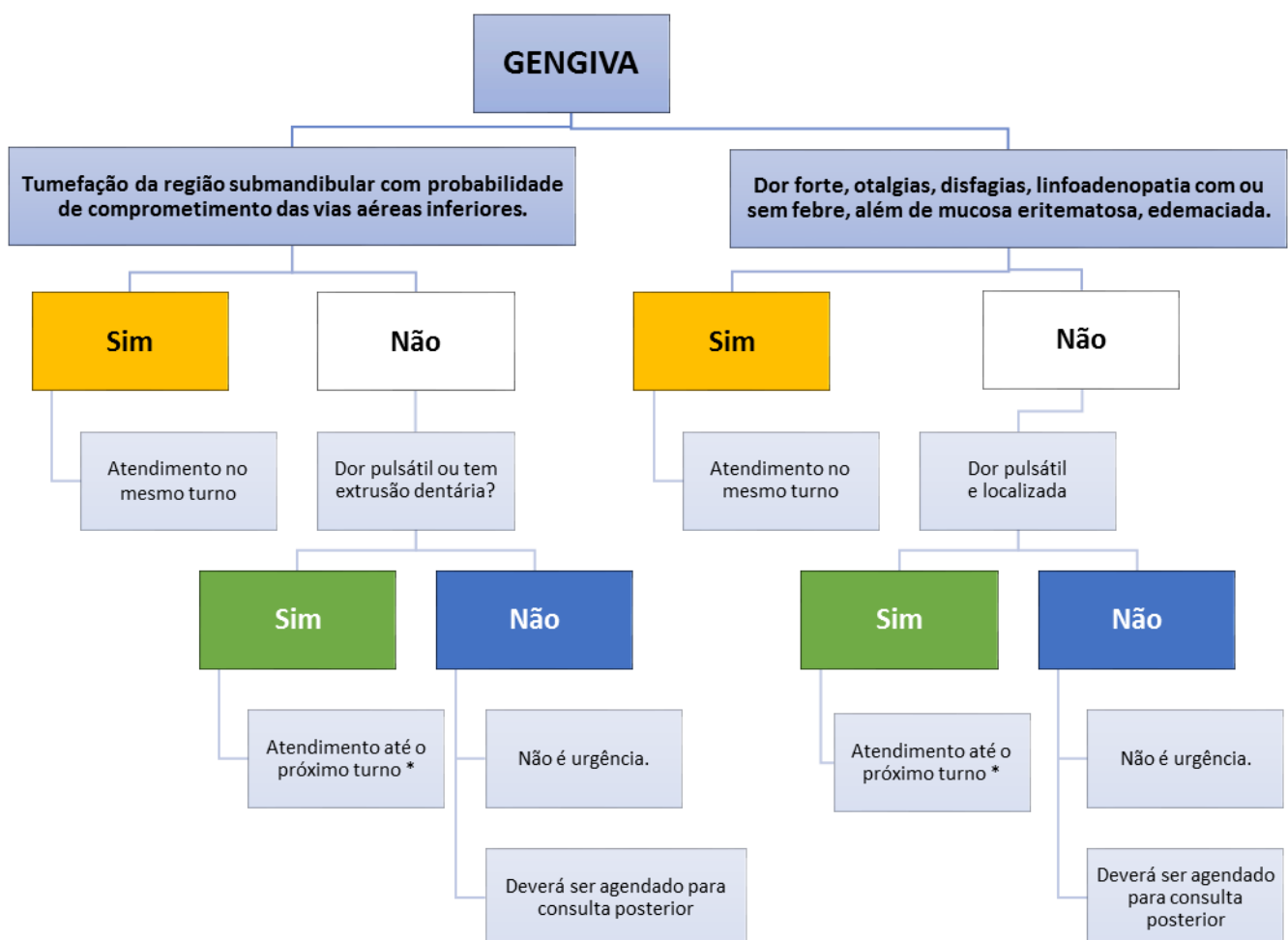
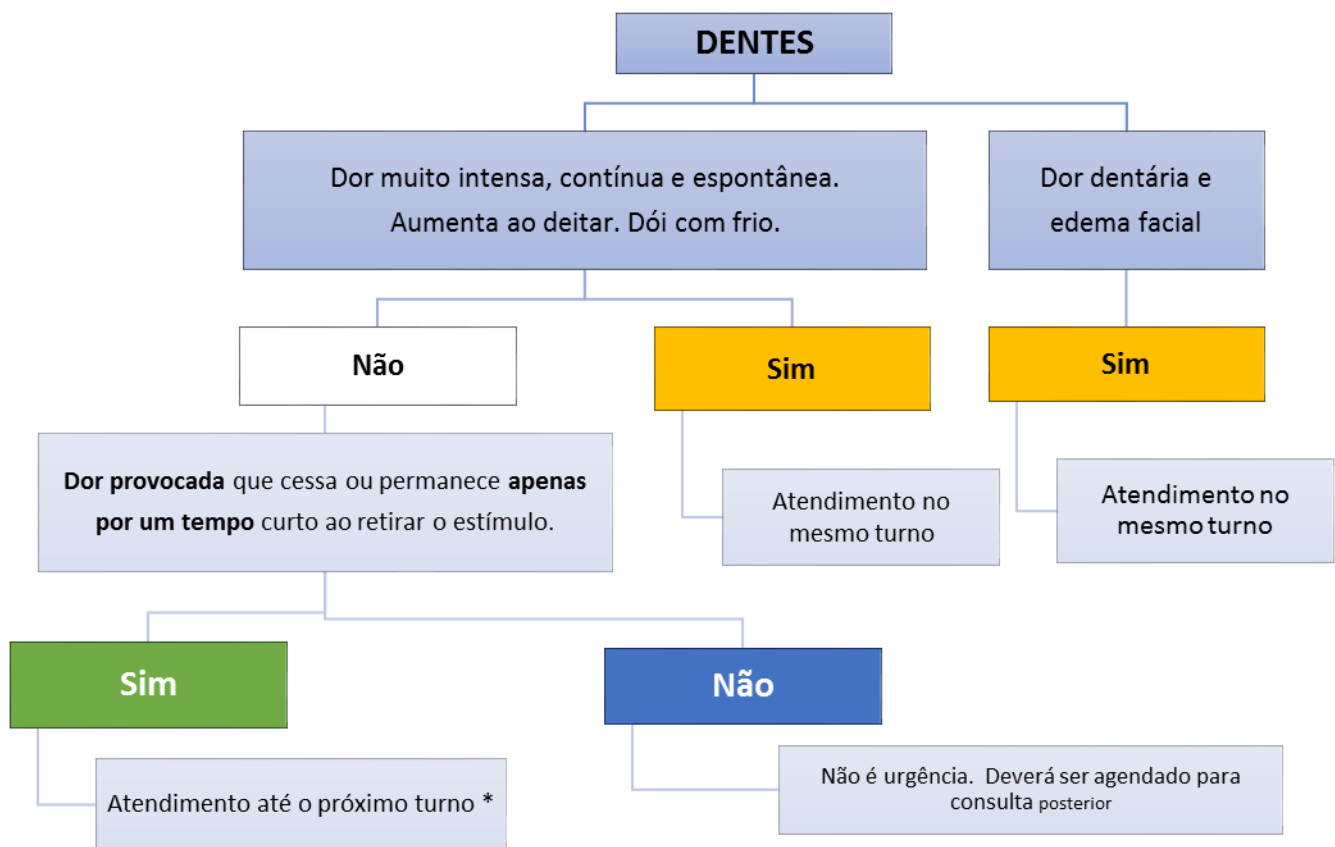
Articulação temporomandibular: o paciente relata dor na articulação que abre e fecha a boca. A dor ocorre na região anterior a orelha e ocorre durante os movimentos de abertura ou fechamento. Poderá em alguns casos queixar-se de não conseguir abri-la ou fechá-la.

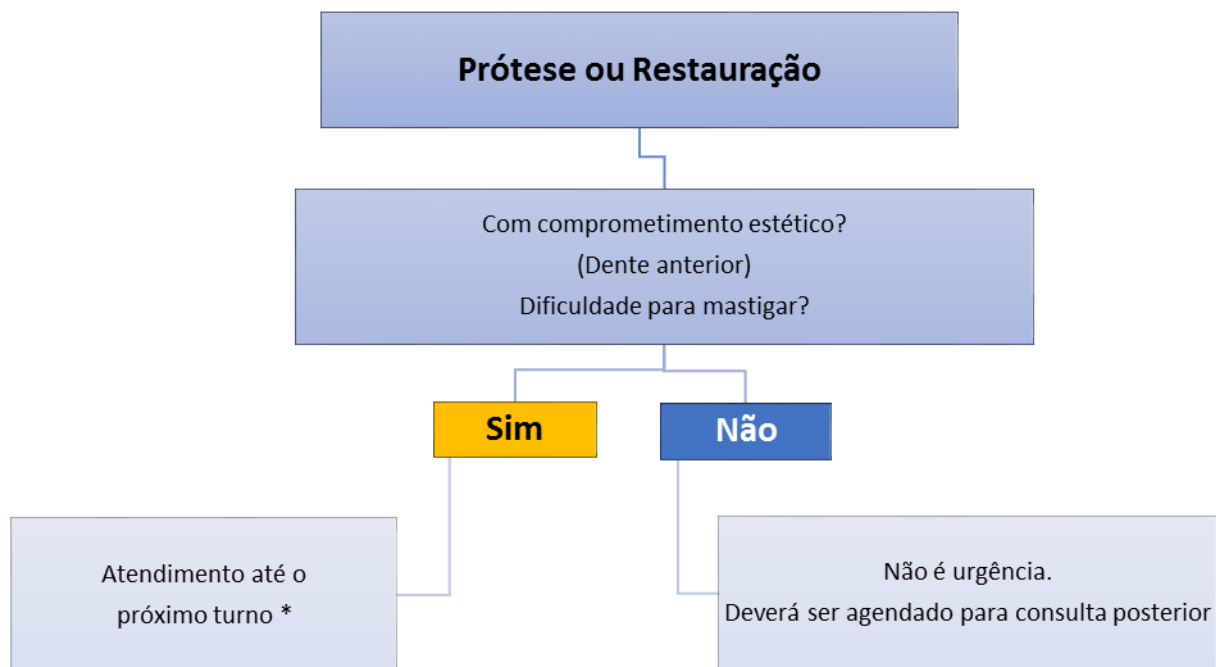
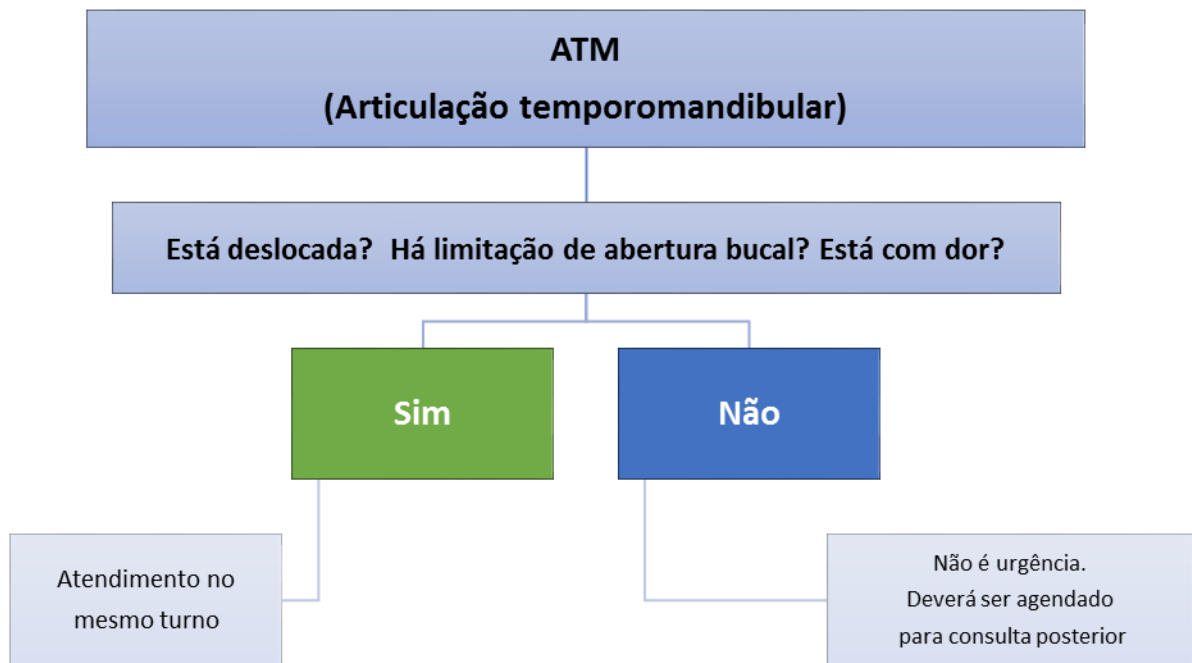
Dor relacionada com extração dentária: A dor/alteração está relacionada com o alvéolo (estrutura óssea) onde estava o dente que foi extraído em momento recente.

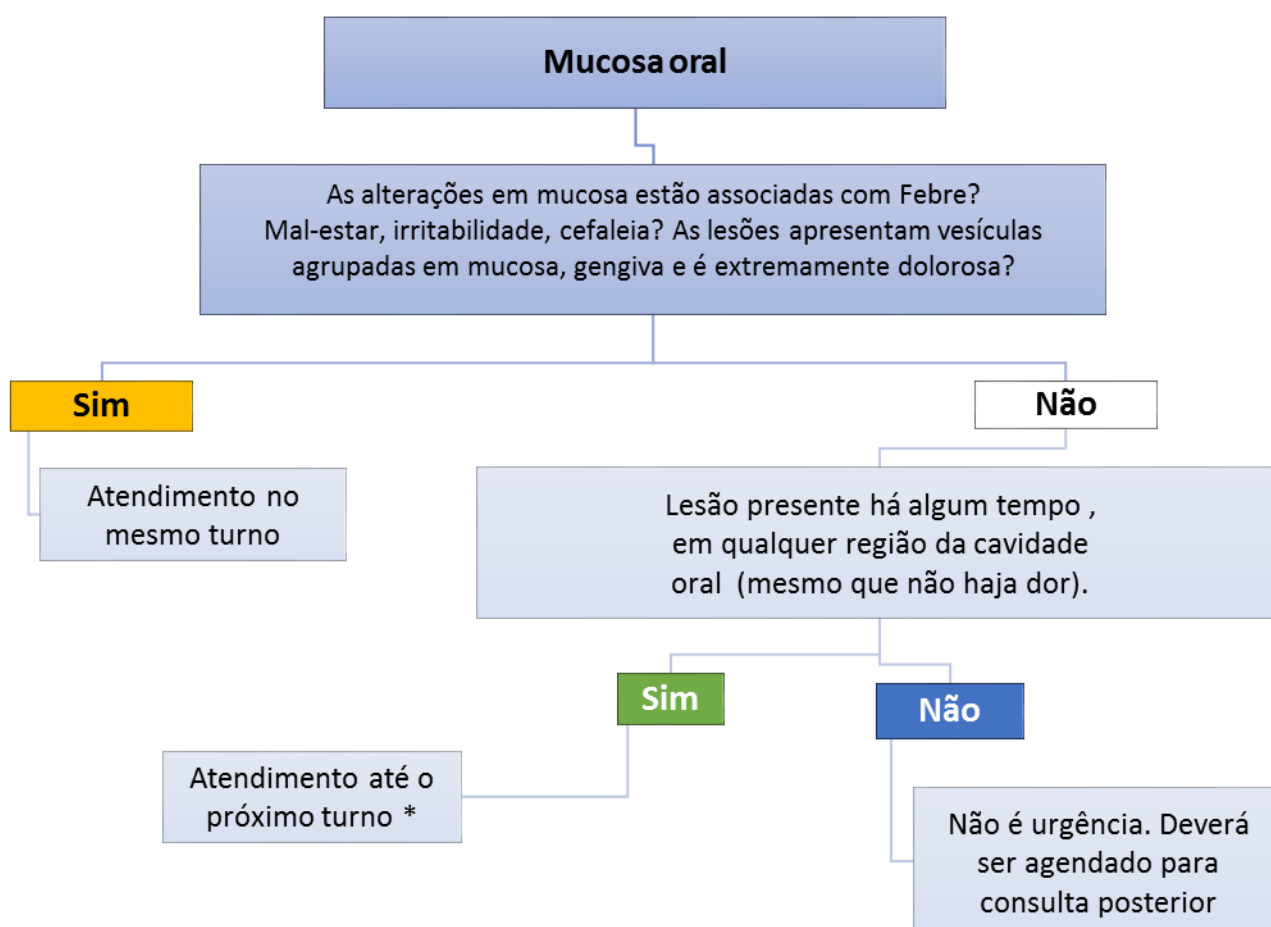
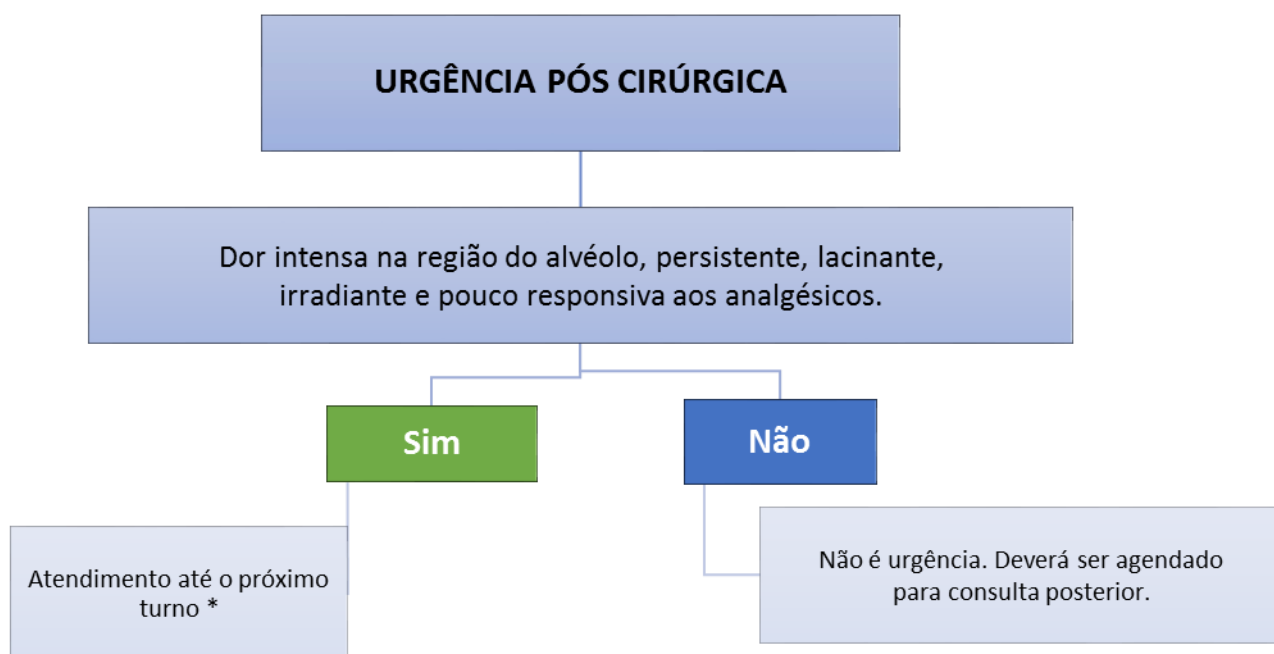
Mucosa bucal: O paciente relata dor ou alterações na mucosa bucal.

Queixa do paciente	Trauma?
	Sangramento?
	Dentes?
	Gengiva?
	A restauração ou a prótese caiu?
	Articulação temporomandibular?
	Pós-cirúrgico (pós-extração)
	Mucosa bucal









APÊNDICE C – ESQUEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA DEMANDA ESPONTÂNEA VOLTADA AO CIRURGIÃO-DENTISTA

Esquema de classificação de risco da demanda espontânea voltada ao Cirurgião-Dentista

Tipo de Urgência	Vermelho Atendimento imediato	Amarelo Atendimento no mesmo turno	Verde Atendimento até o próximo turno	Azul Intervenção programada – não urgente
Urgências traumáticas	Com perda de consciência, náusea, vômitos, dores de cabeça ou distúrbios da visão que possam indicar traumatismo craniano .	Trauma bucal, com mobilidade, deslocamento ou fratura dentária.	Histórico de trauma bucal, porém não há sintomas agudos no momento.	----
Dores dentinopulpare	----	Dor muito intensa , contínua e espontânea que aumenta em decúbito e é sensível a testes térmicos. - Pulpite irreversível.	Dor provocada que cessa ou permanece apenas por um tempo curto ao retirar o estímulo; - Pulpite reversível; OU Hipersensibilidade dentinária.	História de dor dentinopulpar, porém sem nenhum quadro agudo no momento; - Lesões cariosas sem sintomatologia dolorosa.
Dores periapicais	----	Tumefação da região submandibular com probabilidade de comprometimento das vias aéreas inferiores.	Dor, sensibilidade positiva à percussão e negativa a estímulos térmicos e químicos/ com ou sem mobilidade/ extrusão dentária e tumefação da região.	História de dor periapical, porém sem nenhum quadro agudo no momento.
Dores periodontais	----	Dor forte, otalgias, disfagias, linfadenopatia com ou sem febre, além de mucosa eritematosa, edemaciada.	Dor pulsátil e localizada, com resposta positiva aos testes de vitalidade pulpar.	Ausência de dor , porém há dentes com doença periodontal, deslocamento vertical e função.
Sangramento bucal	----	Sangramento espontâneo e não controlável e/ou associado a alguma medicação (anticoagulante) e/ou há alguma doença hemorrágica sistêmica.	Sangramento NÃO espontâneo (provocado por uma escovação por exemplo), e controlável, com dor associada.	História de sangramento, sem sintomas agudos no momento.
Problema no aparelho estomatognático – algias e disfunções	----	PRESENÇA DE: . Deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular.	----	AUSÊNCIA DE: . Deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular. AUSÊNCIA DE:

		. Sintomatologia dolorosa e limitação na abertura da boca.		. Sintomatologia dolorosa e limitação na abertura da boca.
Problemas da mucosa oral	-----	COM febre, mal-estar, irritabilidade, cefaleia, vesículas agrupadas em mucosa, gengiva extremamente dolorosa.	Lesão presente há mais de 15 dias, em qualquer região da cavidade oral, COM SINTOMATOLOGIA DOLOROSA OU NÃO, aspecto suspeito de lesão maligna. Úlceras, disfagia, queimadura local, mordidas.	SEM sintomas agudos no momento.
Problema protético/de restauração	-----		Descimentação de unidade protética ou perda de restauração, COMPROMETENDO a estética e funcionalidade da dentição.	Descimentação de unidade protética ou perda de restauração, NÃO COMPROMETENDO a estética e funcionalidade da dentição.
Urgências pós-operatórias – alveolite	-----	APRESENTA dor intensa na região do alvéolo, persistente, lancinante, irradiante e pouco responsiva aos analgésicos.	-----	NÃO APRESENTA dor intensa na região do alvéolo, persistente, lancinante, irradiante e pouco responsiva aos analgésicos.

Orientações gerais sobre o processo de classificação de risco:

- Classificação de Risco Amarela: o atendimento pela equipe de saúde bucal se dará no mesmo turno em que o paciente compareceu à Unidade Básica de Saúde. (Por exemplo, o usuário comparece à UBS na quarta-feira, às 14 horas. Ele deverá passar pelo processo de escuta e acolhimento, e uma vez classificado como risco amarelo, o cirurgião-dentista deverá atendê-lo, na quarta-feira à tarde, até o fim de seu expediente).
- Classificação de Risco Verde: o atendimento pela equipe de saúde bucal se dará até o próximo turno de dia útil. Nos casos em que o acolhimento e a classificação do usuário ocorrer em turno imediatamente anterior à finais de semana, feriados, férias do cirurgião-dentista ou qualquer outro impedimento ao atendimento, o profissional deverá ampliar os esforços para atendê-lo no mesmo turno em que o usuário compareceu. Quando ainda assim não for possível realizá-lo, a equipe deve providenciar atendimento na Rede de Urgência e Emergência, cabendo orientar o paciente quanto ao horário e endereço desse serviço, bem como contatar previamente a equipe da rede de urgência e emergência, a fim de explicar a razão de encaminhamento. A equipe de saúde bucal é responsável pela continuidade do cuidado desse usuário, devendo garantir os meios necessários para sua concretização

APÊNDICE D – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

CrITÉRIOS socioeconômicos e cultural	Escore
Desemprego do Responsável pela Família ou em Situação de extrema pobreza (Beneficiário da Bolsa Família)	2
Usuário ou Responsável pela família não é alfabetizado ou é analfabeto funcional	2
TOTAL	4
Pontuação máxima: 4	

CrITÉRIOS biológicos e sistêmicos	Escore
Diabetes Descompensado	3
Imunossuprimidos	3
Pessoa com deficiências que inviabilizem o autocuidado bucal	3
Paciente acamado	2
TOTAL	11
Pontuação máxima: 11	

Fatores de risco para patologias bucais	Escore
Usuário sem acesso à água fluoretada ou ao dentifrício fluoretado	2
Usuário não tem hábito de escovar os dentes diariamente	3
Consumo frequente de sacarose	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	2
TOTAL	10
Pontuação máxima:10	

Fatores de risco para crianças de 0 a 5 anos	Escore
A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior	3
A criança usa chupeta adoçada com açúcar ou mel	3
A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene	3
A criança faz sua higiene sem a supervisão/complementação de um adulto	3
A criança apresenta dentes hipocalcificados e/ou hipoplasia e/ou defeito congênito	2
TOTAL	14

Condições odontológicas	Escore
Presença de placa visível	1
O usuário apresenta lesão de cárie ativa	3
Presença de sangramento gengival	2
Presença de mobilidade de dente permanente	3
Presença de ferida na boca há mais de 15 dias	4
TOTAL	13
Pontuação máxima: 13	
PONTUAÇÃO TOTAL GERAL: 52	

CLASSIFICAÇÃO DA PONTUAÇÃO:

Baixo risco - 0 a 6

Risco intermediário - 7 a 16

Alto risco – 17 ou mais

ESTRATIFICAÇÃO NO ALTO RISCO:

Os usuários classificados como alto risco terão o acesso ao tratamento priorizado na seguinte medida, de acordo com a atividade e as sequelas da doença mais prevalente:

Gravidade 1 – Presença de atividade de doença bucal e sequelas da doença cárie em **até 4 dentes**.

Gravidade 2 - Presença de atividade de doença bucal e sequelas da doença cárie em **até 7 dentes**.

Gravidade 3 - Presença de atividade de doença bucal e sequelas da doença cárie **em 8 ou mais dentes**

Orientações gerais sobre a classificação de risco:

- A situação de extrema pobreza é constatada mediante o cadastro do usuário no Programa Federal Bolsa Família; a eSB deve manter o controle dos usuários do seu território nessa condição, por meio da territorialização e do cadastro executado pela eSF;
- O analfabetismo funcional é definido pela situação na qual o usuário sabe ler e escrever, mas é incapaz de interpretar o que lê e de usar a leitura e a escrita em atividades cotidianas;
- Diabetes descompensado: usuário cujos níveis glicêmicos variam de maneira acentuada, caracterizando a descompensação hiperglicêmica aguda ou a hipoglicemia;
- Imunossupressão: usuário transplantado ou sob qualquer condição ou tratamento que altere o sistema imune (corticoterapia crônica, síndrome da imunodeficiência adquirida, leucemia, entre outras);
- Pessoas com deficiência que inviabilize o autocuidado em saúde bucal: usuário portador de qualquer condição intelectual ou motora que prejudique os hábitos de higiene do próprio paciente ou a possibilidade da realização deste pelo cuidador;
- Paciente acamado é aquele paciente que se encontra na cama e, esporadicamente, por alguma necessidade, pode sair com cadeira de rodas;
- São considerados usuários de **álcool ou tabaco** pessoas que fazem uso diário destas substâncias ou de drogas ilícitas, independentemente da frequência;
- A mancha branca ativa deve ser vista com o dente seco, iluminado e limpo;
- Considera-se o sangramento gengival mesmo quando o paciente relata sangramento apenas durante a escovação ou uso do fio dental (PARANÁ 2016, com modificações);
- O consumo regular de **água fluoretada** (da rede de abastecimento) pode ser ou no preparo de alimentos ou na ingestão frequente. **As áreas que contam com águas de poços artesianos deverão estar identificadas na territorialização;**
- Quando o usuário não faz uso de creme dental fluoretado ao menos 1 vez ao dia, pontua no critério “Usuário sem acesso à água fluoretada ou ao dentífrico fluoretado”;
- Uso de mamadeira sem higiene, independentemente se é noturna ou diurna e se é adoçada ou não;
- A escovação sem supervisão/complementação de um adulto é quando em nenhum momento do dia o adulto ou responsável consegue acompanhar e/ou complementar a escovação da criança;

- Comportamento não colaborador da criança é quando esta impede que o adulto conclua a higiene dela quando necessário;
- Uso de chupeta adoçada com mel, açúcar ou qualquer outra substância com sacarose em algum momento do dia (PARANÁ, 2016, com adaptações).

QUANTIDADE DE CONSULTAS:

Baixo risco – sugere-se plano de necessidades concluído em única consulta, com indicação de uma consulta de manutenção anual. As possíveis ações previstas incluem atividades de educação em saúde, escovação supervisionada e fluorterapia, se necessário, visando sempre ao autocuidado apoiado.

Risco intermediário – sugere-se elaboração de plano de necessidades clínicas e tratamento concluído em até 2 consultas, sendo indicado retorno semestral para acompanhamento.

Alto risco – Dependendo do grau de atividade de doença bucal e do número de dentes atingido pelas condições ou suas sequelas, sugerem-se:

Gravidade 1 – 3 a 5 consultas, com retorno semestral.

Gravidade 2 – 5 a 7 consultas, com retorno semestral.

Gravidade 3 – 7 ou mais consultas, com retorno trimestral.

APÊNDICE E – FICHA e-SUS

	FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
				/ /
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
TURNO*		M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	
Nº PRONTUÁRIO																	
CNS DO CIDADÃO																	
Data de nascimento*	Dia/mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
	Ano																
Sexo* (F) Feminino (M) Masculino		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Local de atendimento* (ver legenda)																	
Paciente com necessidades especiais																	
Gestante																	
Tipo de atendimento*	Consulta agendada																
	Demanda Espontânea	Escuta inicial/Orientação															
		Consulta no dia															
		Atendimento de urgência															
Tipo de consulta**	Primeira consulta odontológica programática																
	Consulta de retorno em odontologia																
	Consulta de manutenção em odontologia																
Vigilância em Saúde Bucal*	Abscesso dentoalveolar																
	Alteração em tecidos moles																
	Dor de dente																
	Fendas ou fissuras labiopalatais																
	Fluorose dentária moderada ou severa																
	Traumatismo dentoalveolar																
	Não identificado																
Procedimentos (quantidade realizada)	Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)																
	Adaptação de prótese dentária																
	Aplicação de carióstático (por dente)																
	Aplicação de selante (por dente)																
	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)																
	Capeamento pulpar																
	Cimentação de prótese dentária																
	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico																
	Drenagem de abscesso																
	Evidenciação de placa bacteriana																
	Exodontia de dente decíduo																
	Exodontia de dente permanente																
	Instalação de prótese dentária																
	Moldagem dentogengival p/ construção de prótese dentária																
	Orientação de higiene bucal																

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Procedimentos (quantidade realizada)	Profilaxia/Remoção da placa bacteriana														
	Pulpotomia dentária														
	Radiografia periapical/interproximal														
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)														
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)														
	Restauração de dente decíduo														
	Restauração de dente permanente anterior														
	Restauração de dente permanente posterior														
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)														
	Selamento provisório de cavidade dentária														
	Tratamento de alveolite														
	Ulotomia/ulectomia														
	Outros procedimentos (código do SIGTAP)														
Fornecimento	Escova dental														
	Creme dental														
	Fio dental														
Condução/Desfecho*	Retorno para consulta agendada														
	Agendamento p/ outros profissionais AB														
	Agendamento p/ Nasf														
	Agendamento p/ grupos														
	Alta do episódio														
	Tratamento concluído														
	Encaminhamento	Atendimento a pacientes c/ necessidades especiais													
		Cirurgia BMF													
		Endodontia													
		Estomatologia													
		Implantodontia													
		Odontopediatria													
		Ortodontia/Ortopedia													
		Periodontia													
		Prótese dentária													
Radiologia															
Outros															

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

***Campo obrigatório**

****Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea**

e-SUS Atenção Básica	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE*	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO
/ /	:	:	_____	____-____
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES		_____	____-____
_____	_____		_____	____-____
LOCAL DE ATIVIDADES:			_____	____-____
			_____	____-____
			_____	____-____

ATIVIDADE (Opção Única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)*	
01	Reunião de Equipe	01	Questões Administrativas / Funcionamento
02	Reunião com outras Equipes de Saúde	02	Processos de Trabalho
03	Reunião Intersetorial / Conselho Local de Saúde / Controle Social	03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
		04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
		06	Educação Permanente
		07	Outros
04 Educação em saúde 05 Atendimento em Grupo 06 Avaliação / Procedimento Coletivo 07 Mobilização Social			

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)*		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)*	
01	Comunidade em geral	01	Alimentação Saudável
02	Criança 0 a 3 anos	02	Aplicação tópica de flúor
03	Criança 4 a 5 anos	03	Saúde Ocular
04	Criança 6 a 11 anos	04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas
05	Adolescente	05	Cidadania e Direitos Humanos
06	Mulher	06	Saúde do Trabalhador
07	Gestante	07	Dependência Química (Tabaco, Álcool e Outras drogas)
08	Homem	08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)
09	Famíliares	09	Escovação Dental Supervisionada
10	Idoso	10	Plantas Medicinais / Fitoterapia
11	Pessoas com Doenças Crônicas	11	Práticas Corporais / Atividade Física
12	Usuário de Tabaco	12	Práticas Corporais e Mentais em PIC
13	Usuário de Álcool	13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz
14	Usuário de Outras Drogas	14	Saúde Ambiental
15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	15	Saúde Bucal
16	Profissional de Educação	16	Saúde Mental
17	Outros	17	Saúde Sexual e Reprodutiva
18		18	Semana Saúde na Escola
		19	Agravos Negligenciados
		20	Antropometria
		21	Outros
		22	Saúde Auditiva
		23	Desenvolvimento da Linguagem
		24	Verificação da Situação Vacinal
		25	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 1
		26	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 2
		27	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 3
		28	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 4

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL
_____	_____	_____	_____	_____	

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
				PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o Grupo
1		/ /	☐			☐	☐
2		/ /	☐			☐	☐
3		/ /	☐			☐	☐
4		/ /	☐			☐	☐
5		/ /	☐			☐	☐
6		/ /	☐			☐	☐
7		/ /	☐			☐	☐
8		/ /	☐			☐	☐
9		/ /	☐			☐	☐
10		/ /	☐			☐	☐
11		/ /	☐			☐	☐
12		/ /	☐			☐	☐
13		/ /	☐			☐	☐
14		/ /	☐			☐	☐
15		/ /	☐			☐	☐
16		/ /	☐			☐	☐
17		/ /	☐			☐	☐
18		/ /	☐			☐	☐
19		/ /	☐			☐	☐

APÊNDICE F : PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA DURANTE A GRAVIDEZ

(Merola YL *et al.*, 2008)

A utilização de medicamentos por gestantes e seus efeitos sobre o feto passou a ser objeto de grande preocupação após a tragédia da talidomida ocorrida entre 1950 a 1960. Esta catástrofe que teve importante repercussão internacional instituiu um alerta sobre a questão da segurança na utilização de novos fármacos, a importância de normas mais rigorosas e a necessidade de criação de órgãos de farmacovigilância.

Um agente pode ser considerado teratogênico quando produz uma alteração maior ou menor, na morfologia e/ou fisiologia normais do feto (NIEBYL,1989). Tais alterações, principalmente as máis-formações congênitas, têm maior risco de acontecer quando o medicamento com potencial teratogênico é utilizado no primeiro trimestre de gravidez (período de diferenciação embriológica). Nos outros períodos podem ocorrer danos fetais decorrentes de alterações na fisiologia materna, efeitos farmacológicos sobre o feto e interferência no desenvolvimento fetal.

Classificação em cinco categorias adotada pelo Food and Drug Administration FDA- USA (MEADOWS,2001; MENGUE *et al.* 2010):

- CATEGORIA A: medicamentos para os quais não foram encontrados riscos para o feto em ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados;
- CATEGORIA B: medicamentos para os quais os estudos com animais de laboratório não demonstraram risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) e medicamentos cujos estudos com animais indicaram algum risco, mas que não foram comprovados em humanos em estudos devidamente controlados;
- CATEGORIA C: medicamentos para os quais os estudos com animais de laboratório revelaram efeitos adversos ao feto podendo causar risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) e medicamentos para os quais não existem estudos disponíveis. Esses medicamentos podem ser utilizados para pacientes;
- CATEGORIA D: medicamentos para os quais a experiência de uso durante a gravidez mostrou associação com o aparecimento de máis-formações, mas que a relação risco-benefício pode ser avaliada;
- CATEGORIA X: medicamentos associados com anormalidades fetais em estudos com animais e em humanos e cuja relação risco-benefício contra-indica seu uso na gravidez. Quando da necessidade de prescrição de medicamentos, esta deve ser feita em parceria com o médico, visto que, durante a gestação, os cuidados devem ser duplos: para a mãe e para o feto (FOURMOL FILHO,1998; WANNMARCHER; FERREIRA,1999). É muito comum o questionamento acerca do valor da reposição de flúor na gravidez. A suplementação de flúor sistêmico na gravidez não foi aprovada pela American Dental Association – ADA (CARVALHEIRO JÚNIOR *et al.*, 2002). Além disso, a Food and Drug Administration (FDA) mantém uma proibição do emprego do flúor em medicamentos de uso pré-natal, desde 1966, por admitirem que não existe documentação suficiente quanto à sua eficácia clínica, portanto não sendo recomendada (TORTAMANO; ARMONIA, 2001). No entanto, a utilização de fluoroterapia durante a gravidez deve ser feita por meio de aplicações tópicas e bochechos, devido a sua ação cariostática e alcance da redução do índice de cárie (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 2001).

Clorexidina	Categoria B (FDA)	Utilizado durante a gestação e lactação	*Controle de placa bacteriana *Tratamento de gengivites *Adequação do meio bucal da gestante	*Aplicação tópica do gel de clorexidina a 2% ou *Bochechos a 0,12%
--------------------	-------------------	---	--	--

Durante a lactação, alguns fármacos requerem interrupção temporária, enquanto outros devem ser utilizados nas menores doses cabíveis e com maior espaçamento entre elas. O tratamento deve ser realizado com a menor duração possível e a ingestão do medicamento deve ser após o término da mamada.

ANALGÉSICOS

Acetaminofenos (paracetamol)	Categoria B (FDA)	*Dores orofaciais durante a gestação	Dor leve e moderada	Utilizado em qualquer fase da gestação
Ácido Acetilsalicílico (Aspirinas)	Categoria C (FDA)	*Fármaco excretado pelo leite materno	Evitar durante a lactação	Não deve ser utilizado durante a gravidez e pós-parto, pode causar hemorragia

Opioides	*Dor aguda	*Usar cautelosamente *Passam pela barreira placentária, excretado pelo leite materno	*Uso prolongado pode resultar retardo do crescimento, dependência física do bebê, defeitos congênitos, defeitos cardíacos e de fissuras labiais e palatinas	
Dipirona	Dor aguda	Deve ser usado em casos de extrema necessidade nos outros períodos da gestação	Evitar o uso nos 3 primeiros meses e nas últimas 6 semanas da gestação	

ANTI-INFLAMATÓRIOS

Não esteróides (AINE)		*Contraindicação na gestação pela possibilidade de inércia uterina e/ ou fechamento prematuro do canal arterial do feto *Pode prolongar a gravidez	*Interfere na agregação plaquetária da gestante *Predispor a hemorragia, nos casos de cirurgias odontológicas	*Pode causar na infância: *hipertensão arterial *problemas respiratórios *disfunção renal
Corticosteróides	Categoria C	Categoria C (FDA)	*Fármaco excretado pelo leite materno	Evitar durante a lactação

DROGAS ANTIFÚNGICAS

Antifúngicos	Categoria B	Nistatina e Clotrimazol	Considerado seguro durante a gestação e lactação	O Cetoconazol é excretado pelo leite materno, pode causar insuficiência adrenal e hepatotoxicidade em recém-nascidos. Deve ser evitado pós-parto. Evitar durante a lactação.
	Categoria C	Cetoconazol e Fluconazol	Contraindicado durante a gestação	

SEDATIVOS E ANSIOLÍTICOS

Sedação com óxido nítrico	Não tem classificação pela FDA	Usado em odontologia é controverso para uso em gestante, devido a seus efeitos ainda não serem comprovados em grávidas e nos fetos	Causa vasoconstrição e pode reduzir o suplemento de sangue uterino. A exposição por auxiliares de consultório dentário (ACB) por mais de 3 horas teve diminuição da fertilidade e abortos espontâneos (ROWTLAND <i>et al.</i> 1995). Inibe a divisão celular (FINNELL <i>et al.</i> ,1998)
Antidepressivos	Categoria D	A administração de qualquer depressor do Sistema Nervoso Central é problemático por atravessar a barreira placentária (MOORE,1998)	Causa vasoconstrição e pode reduzir o suplemento de sangue uterino. A exposição por auxiliares de consultório dentário (ACD) por mais de 3 horas teve diminuição da fertilidade e abortos espontâneos (ROWTLAND <i>et al.</i> 1995). Inibe a divisão celular (FINNELL <i>et al.</i> ,1998)
Ansiolíticos		Contraindicado durante a gravidez	Pode causar fendas orais nos fetos se o uso for prolongado (SAFRA; OAKLEY JÚNIOR; SAXEN. 1975)

ANTIBIÓTICOS

Antibióticos (antimicrobianos)	Categoria B (FDA)	*Opção de 1ª escolha: Penicilina V ou Amoxicilina Cefalosporina	As penicilinas atravessam a barreira placentária	Não estão associadas a defeitos congênitos
	Categoria C (FDA)	*Opção de 2ª escolha: Eritromicina, Clindamicina e Azitromicina (Macrolídeos)	Atravessam a barreira placentária em quantidades pequenas	Recomendado para gestantes que são alérgicas à penicilina
		Claritomicina (Macrolídeo)	Recomendado para gestantes portadoras do HIV	Crescimento ósseo lento, dentes podem adquirir coloração amarela permanente, esmalte dentário pode ser mole e suscetível à

		Tetraciclina	Contraindicado durante a gestação pois atravessa a placenta e é armazenado nos ossos e nos dentes, onde combina com o cálcio	cárie O risco de anomalias dentárias é maior a partir da metade até o final da gestação
		Cloranfenicol e Amino-glicosídeos	Contraindicados durante a gravidez, pois atravessam a placenta	Podem causar toxicidade materna e falhas na circulação fetal

FONTE: Linha Guia de Saúde Bucal da SES/PR

ANESTÉSICOS LOCAIS

Os anestésicos locais durante o tratamento de gestantes podem ser utilizados pois a dose administrada em odontologia é muito pequena, no entanto, o profissional deve estar atento às seguintes condições da gestante, visto que é um “grupo especial”:

- Condições de saúde da gestante
- Dose máxima recomendada
- Utilização de vasoconstritor
- Avaliação do pré-natal
- Doenças preexistentes

Em geral, a maioria dos anestésicos locais não tem demonstrado ser teratogênicos em humanos e são considerados seletivamente seguros para serem usados durante a gravidez (MARTINEZ-ORTEGA *et al.*, 2004).

Recomendações importantes:

- Os anestésicos locais injetados na gestante podem atravessar a barreira placentária, no entanto a LIDOCAÍNA a 2% parece ser e é recomendada para pacientes gestantes, sendo considerada de primeira escolha;
- Usadas em baixa dose na odontologia provavelmente não afetam o feto independentemente do trimestre da gestação (BURROW; DUFFY, 1996; DIAZ *et al.*, 1987; JORGENSEN; HAYDEN JÚNIOR, 1982; LAWRENZ *et al.*, 1996);
- O uso de anestésicos locais com adrenalina para tratamentos odontológicos não é contraindicado, mas deve-se evitar as injeções intravasculares (LAWRENZ *et al.*, 1996; MOORE, 1998; PRADEL; HACKMAN, 2001).

O uso do vasoconstritor FELIPRESSINA é CONTRAINDICADO, pois, embora não haja comprovação de aumento da contração uterina, não deve ser o anestésico de primeira escolha (ANDRADE *et al.*, 2013).

Lidocaína a 2%	Categoria B	Parece ser segura sem evidência de risco para o feto	Recomendada em gestante e lactante	Considerada de primeira escolha, com epinefrina na concentração 1:100.000 ou 1:200.000 ou noradrenalina na concentração 1:50.000
Mepivacaína e Bupivacaína	Categoria C	Precaução	Dados obtidos de teratogenicidade em estudos realizados em animais (MARTINEZ- ORTEGA <i>et al.</i> , 2004)	Os efeitos deste medicamento não podem ser descartados em humanos, devido ao fato de que todos os anestésicos locais podem atravessar a barreira e causar depressão fetal
Prilocaina	Categoria B	Pouca vasodilatação. Pode ser utilizada sem vasoconstritor.	Indicado para gestantes que não podem utilizar vasoconstritor Contra- indicação: o risco de produzir metemoglobinemia, ocasionando quadro de cianose	Importante que o profissional avalie a presença de doenças preexistentes e a dose máxima recomendada

FONTE: Linha Guia de Saúde Bucal da SES/PR



Secretaria de Saúde

