



Saúde bucal coletiva

Saúde bucal coletiva

Élcio Ferreira Trentin

© 2017 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Alberto S. Santana

Ana Lucia Jankovic Barduchi

Camila Cardoso Rotella

Cristiane Lisandra Danna

Danielly Nunes Andrade Noé

Emanuel Santana

Grasiele Aparecida Lourenço

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Paulo Heraldo Costa do Valle

Thatiane Cristina dos Santos de Carvalho Ribeiro

Revisão Técnica

Silvana Pasetto

Editorial

Adilson Braga Fontes

André Augusto de Andrade Ramos

Cristiane Lisandra Danna

Diogo Ribeiro Garcia

Emanuel Santana

Erick Silva Griep

Lidiane Cristina Vivaldini Olo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Trentin, Elcio Ferreira
T795s Saúde bucal coletiva / Elcio Ferreira Trentin. – Londrina :
Editora e Distribuidora Educacional S.A. 2017.
176 p.

ISBN 978-85-522-0159-5

1. Saúde bucal. I. Título.

CDD 362.1976

2017
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 Política nacional da atenção básica em saúde e saúde bucal	7
Seção 1.1 - Política nacional de atenção básica	9
Seção 1.2 - Estratégia saúde da família e competências das equipes	21
Seção 1.3 - Educação em saúde bucal	33
Unidade 2 Ações e serviços nos diferentes níveis de atenção do SUS	49
Seção 2.1 - Atenção primária do SUS	51
Seção 2.2 - Atenção secundária do SUS	61
Seção 2.3 - Atenção terciária à saúde	73
Unidade 3 Ações específicas da saúde bucal coletiva e política nacional de saúde bucal	87
Seção 3.1 - História das políticas nacionais de saúde bucal no mundo e no Brasil	89
Seção 3.2 - Diretrizes da saúde bucal coletiva	101
Seção 3.3 - Programa Brasil Sorridente	113
Unidade 4 Levantamentos e índices epidemiológicos em saúde bucal	127
Seção 4.1 - Indicadores de saúde	129
Seção 4.2 - Índices e levantamento epidemiológico em saúde bucal no Brasil	143
Seção 4.3 - Avaliação de risco em saúde bucal	155

Palavras do autor

Prezado aluno, vamos dar início ao estudo de um tema muito importante, amplo e abrangente em nossas vidas: a saúde, mais especificamente a saúde bucal coletiva. A insatisfação popular e profissional atualmente com o caos em que se encontra o sistema de saúde público nos leva a propostas de transformações: como fazer para melhorarmos essa situação caótica? Por meio da compreensão de que saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim condições vitais, sujeitas a diversas e constantes mudanças e de que saúde, em seu conceito amplo, é o bem-estar físico, mental, socioeconômico e cultural do indivíduo; e de que, nesse complexo contexto, o processo educativo é fundamental para a conscientização dos cidadãos, no sentido de reivindicarem melhores e boas condições de saúde e de vida.

A saúde bucal é parte integrante e indissociável da saúde geral. As doenças bucais implicam restrições de atividades nas escolas, no trabalho e na vida doméstica, ocasionando a perda de milhões de horas dessas atividades a cada ano em todo o mundo. Ademais, o impacto, psicológico dessas doenças reduz significativamente a qualidade de vida das pessoas. Portanto, a saúde bucal torna-se também um conceito amplo e complexo, que não pode ser reduzido somente à saúde dos dentes. Nesse sentido, apresentaremos nas próximas quatro unidades, a importância do estudo da saúde bucal coletiva na promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde bucal e no cuidado integral da saúde do indivíduo. Na Unidade 1, estudaremos de que maneira, os profissionais de odontologia podem e devem atuar para promover, prevenir, proteger e recuperar a saúde bucal e geral na estratégia da saúde da família, interagindo com espaços sociais das comunidades. Na Unidade 2, estudaremos, quais ações e serviços que os profissionais cirurgiões dentistas podem e devem desenvolver nos diferentes níveis de atenção do SUS: primário, secundário e terciário. Na Unidade 3, estudaremos e abordaremos um histórico e um panorama geral e nacional das políticas de saúde bucal, focando as diretrizes da saúde bucal coletiva e a situação atual da odontologia no serviço público, após a implantação do Programa Brasil Sorridente. Na Unidade 4, aprenderemos o conceito e a história

da epidemiologia e os indicadores de saúde geral e bucal. Também abordaremos os principais índices epidemiológicos em saúde bucal e a avaliação de risco relacionada ao acesso. Ao término desse percurso e com todas essas informações, você, aluno, terá maior capacidade em usar os conhecimentos adquiridos na prática das políticas de saúde bucal coletiva.

Política nacional da atenção básica em saúde e saúde bucal

Convite ao estudo

Nesta unidade de ensino abordaremos a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB, através da Portaria nº 648/2006 GM-MS, portanto, caro aluno, vamos começar a nos familiarizar e conhecer as diretrizes gerais da atenção básica, com ênfase na Estratégia da Saúde da Família. Apresentaremos também os conceitos e os componentes dos programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação à saúde bucal e geral, com foco nas ações de saúde bucal coletiva. Abordaremos as competências comuns das equipes de saúde da família – ESF, como o médico, a enfermeira, as técnicas de enfermagem, as agentes comunitárias, o núcleo de apoio à saúde da família – NASF, com foco principal na equipe de saúde bucal, no dentista e a auxiliar de saúde bucal. Vocês também desenvolverão como competência de fundamento de área os conhecimentos dos aspectos relacionados à importância da intersetorialidade das ações de educação em saúde bucal, na estratégia da saúde da família e no Programa Saúde na Escola.

Em cada seção desta unidade, você acompanhará o aluno César Augusto em seu aprendizado e em sua jornada. Na Seção 1.1, estudaremos a PNAB, na Seção 1.2, a estratégia da saúde da família, e as competências comuns e específicas de suas equipes, dando ênfase às equipes de saúde bucal e suas modalidades; e na Seção 1.3, a educação em saúde bucal e geral, priorizando o Programa Saúde na Escola.

Mas como nosso foco é a Unidade 1, vamos então nos familiarizar, com esses assuntos a partir de situações hipotéticas vivenciadas pelo estagiário de odontologia César Augusto na Clínica de Odontologia de um Posto de Saúde da Família (PSF).

César Augusto, estudante do último ano de graduação em odontologia, foi aprovado e selecionado para estagiar, acompanhando as ações e procedimentos gerais e, principalmente, procedimentos básicos de saúde bucal de um PSF, que atende a dois bairros carentes, numa cidade com aproximadamente 22 mil habitantes, sendo mil famílias cadastradas e acompanhadas pelas agentes comunitárias de saúde. César Augusto sempre quis conhecer e entender, na prática, quais são as políticas e ações na atenção básica, os serviços desenvolvidos e prestados nas unidades básicas de saúde, além de acompanhar os procedimentos ali executados. Analise a seguir a situação/relato de caso vivenciado pelo aluno e resolva as questões para ampliar seu conhecimento.

Vamos iniciar nossa jornada pela saúde bucal coletiva e desvencilhar seus mistérios. Esses conhecimentos serão importantes para você ter um bom desempenho em sua atividade profissional.

Já nos primeiros dias de atendimento dos pacientes do serviço de saúde bucal, ele acompanhou, juntamente com o cirurgião dentista e a auxiliar, as avaliações e anamneses de vários pacientes, com diferentes queixas, sendo a eles destinadas condutas diferentes. Alguns deles tiveram o tratamento realizado e finalizado no mesmo dia. Outros necessitavam de mais 4 ou 5 consultas/retornos para concluir o tratamento. Outros, ainda, foram encaminhados para as especialidades odontológicas, como endodontia, pacientes especiais, cirurgia bucomaxilofacial e periodontia. Aqueles pacientes que não necessitavam de tratamentos ou encaminhamentos eram orientados a respeito de ações preventivas.

Ao finalizar as Unidades 1, 2, 3 e 4, você conhecerá as ações específicas da saúde bucal coletiva propostas pela Política Nacional de Saúde Bucal. Diante dessa e de outras situações que virão, vamos aos estudos!

Seção 1.1

Política nacional de atenção básica

Diálogo aberto

Seja bem-vindo! Antes de iniciarmos o estudo, vamos retomar a situação hipotética apresentada no início da unidade, quando falamos de César Augusto, estudante do último ano de graduação em odontologia, aprovado e selecionado para estagiar e acompanhar as ações e procedimentos de saúde bucal de um PSF, que atende a dois bairros carentes em uma cidade com aproximadamente 22 mil habitantes, sendo mil famílias cadastradas e acompanhadas pelas agentes comunitárias de saúde. Como César Augusto sempre quis conhecer e entender, na prática, quais são as políticas e ações na atenção básica, os serviços desenvolvidos e prestados nas unidades básicas de saúde, além de acompanhar os procedimentos ali executados, nesta Seção 1.1 de estudo, vamos entender melhor as dúvidas que desafiaram o aluno César Augusto na busca do conhecimento das ações e procedimentos de saúde bucal, ao estagiar numa equipe de saúde bucal de um PSF. Já nos primeiros dias de atendimento dos pacientes do serviço de saúde bucal, ele acompanhou, juntamente com o cirurgião dentista e a auxiliar, as avaliações e anamneses de vários pacientes, com diferentes queixas, sendo a eles destinadas condutas diferentes. Alguns deles tiveram o tratamento realizado e finalizado no mesmo dia. Outros necessitavam de mais 4 ou 5 consultas/retornos para concluir o tratamento. Outros ainda foram encaminhados para as especialidades odontológicas, como endodontia, pacientes especiais, cirurgia bucomaxilofacial e periodontia. Aqueles pacientes que não necessitavam de tratamentos ou encaminhamentos eram orientados e encaminhados às práticas educativas e preventivas. Pensando nos atendimentos desses pacientes, responda: quais conceitos são importantes de se conhecer e entender na atenção básica frente às políticas de atendimento, fluxo, acolhimento e tratamento de um posto de saúde da família?

Para responder a essa e outras dúvidas, vamos estudar temas e conceitos da PNAB do SUS, Portaria nº 648/2006, com seus princípios e diretrizes, a educação em saúde, educação permanente e continuada, a promoção, prevenção e saúde na escola.

Bom estudo!

Não pode faltar

Vamos conhecer a Portaria nº 648/2006 GM-MS e Portaria nº 2.488/2011 GM-MS, e estudar os temas, princípios, fundamentos, diretrizes e conceitos da PNAB. A PNAB é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ou seja, ocorre no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.



Assimile

A atenção básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS.

A atenção básica, com a Estratégia Saúde da Família, tem como fundamentos: Portarias nº 648/2006 GM/MS e nº 2.488/2011 GM/MS.

I - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade;

II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação;

VI - Estimular a participação popular e o controle social.

As Unidades Básicas de Saúde, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham um papel central na garantia à população do acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar essas unidades da infraestrutura necessária a esse atendimento é um desafio que o Brasil enfrenta.

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolve-se por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. Portanto, deve ser a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, quer seja público ou suplementar, sendo que no público, SUS, possibilita um acesso universal e contínuo aos serviços de saúde a todos, de forma igual e integral, com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

O Programa de Saúde da Família vem como estratégia prioritária, para reorientar e reorganizar a atenção básica, como modelo assistencial, de acordo com os preceitos do SUS.



A atenção básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS: Portaria nº 2.488/2011 GM/MS:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.

Caro aluno, este vídeo exemplifica e recorda a PNAB e a saúde da família, de acordo com preceitos do SUS, por meio de um relato de um Secretário de Saúde.

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=hBcX-qx3VAk>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

A adscrição dos usuários é vincular pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde.

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos; vigilância à saúde, tratamento e reabilitação.

Caro aluno, novamente, acesse o link para assistir ao vídeo que traz conceitos e diretrizes da saúde da família.

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=NMtLp8qJsTE>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. A política nacional de atenção básica considera os termos "atenção básica" e "atenção primária à saúde", nas atuais concepções, como termos equivalentes.



Pesquise mais

Caro aluno! A PNAB considera os termos "atenção básica" e "atenção primária à saúde", como concepções e termos equivalentes.

Acesse o link e assista ao vídeo, pois ele facilitará sua compreensão; trata-se de uma breve, simples e objetiva entrevista com uma gerente da atenção básica de uma capital do Brasil que ratifica princípios, fundamentos e diretrizes da atenção básica, estudados até aqui, com foco na Estratégia Saúde da Família.

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=Vw9wBPiTtio>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

Figura 1.1 | Visita Domiciliar – PSF



Fonte: <<http://www.parnamirim.rn.gov.br/newsItem.jsp?p=4043>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

Vamos aprender mais! Acesse o link para ler o trabalho científico que relata como é a visão dos alunos do último ano de graduação de Odontologia da importância de educação em saúde bucal.

Fonte: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392012000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2017.

Já no link a seguir, você pode conferir ações coletivas em saúde bucal em uma equipe de saúde bucal da família.

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=x8BnMIVnDU>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

Figura 1.2 | Ação coletiva de saúde bucal



Fonte: <<http://www.cotiatododia.com.br/usp-leva-conscientizacao-de-saude-bucal-as-escolas-municipais-de-cotia/>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

Figura 1.3 | Ação coletiva de saúde bucal



Fonte: <<http://www.alhandraemfoco.com.br/acoes-educativas-e-de-saude-foram-realizadas-na-comunidade-de-sobradinho/>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

Sem medo de errar

Na situação hipotética apresentada nesta Seção 1.1, falamos sobre César Augusto, um estudante do último ano de graduação em odontologia, estagiando em um posto de saúde da família e entusiasmado em conhecer e entender, na prática, quais são as políticas e ações na atenção básica, os serviços desenvolvidos e prestados nas unidades básicas de saúde da família, além de acompanhar os procedimentos ali executados, mais focados e voltados à saúde bucal coletiva.

Vamos lembrar que os principais conceitos aplicados na atenção básica e com as famílias atendidas no PSF de maneira preventiva e educativa são orientações e ações contínuas que visam e proporcionam mudanças de hábitos, posturas, práticas saudáveis, como caminhadas, alimentação saudável, exercícios físicos contínuos e frequentes, uso das academias ao ar livre instaladas normalmente em praças e lugares apropriados, para se viver com a melhor saúde possível e livre de doenças. Já nas voltadas à saúde bucal, o dentista e a auxiliar, no PSF, além do atendimento clínico propriamente dito, por meio da primeira avaliação, podem e devem dar encaminhamentos devidos às especialidades odontológicas de níveis mais complexos que não se realizam na rede básica, como cirurgia bucomaxilofacial, periodontia avançada, endodontia, pacientes especiais etc. Além disso, consideramos que a equipe de saúde bucal pode e deve realizar também programas de combate e prevenção ao câncer bucal e outras patologias bucais. Frente às políticas de atendimento, fluxo, acolhimento e o tratamento em um posto de saúde da família, o dentista e a auxiliar também devem organizar e priorizar, na agenda, os atendimentos de urgências e emergências bucais que quase sempre vêm acompanhado de edema, inchaço e dor aguda; realizar e incentivar práticas coletivas educativas e preventivas de saúde bucal, como escovação supervisionada em escovódromos, fluoroterapia, ensino e práticas de uma correta escovação com técnicas apropriadas, orientações sobre o uso inadequado de chupetas e mamadeiras nas crianças, bem como, exposição ao excesso de açúcar, através de balas, doces e chicletes; fazer triagem, por meio da classificação de risco em crianças, adolescentes e adultos, para organizar na agenda os atendimentos para tratamento odontológico necessários.

Grupo de educação em saúde

Descrição da situação-problema

No mesmo PSF que César Augusto, estava estagiando, a equipe resolveu implantar um Grupo de educação em saúde com ênfase em promoção e prevenção em saúde bucal. O dentista do posto e a auxiliar faziam parte desse grupo, além do médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e das agentes comunitárias. Também faziam parte desse grupo algumas pessoas das comunidades que pertenciam e eram cadastradas nesse PSF; era um grupo composto por trabalhadores, usuários, gestores de algumas instituições dos bairros, como igrejas, associações de bairros, escolas e clubes de serviços. Tratava-se, portanto, de um grupo bem formado, organizado, atuante, com boa representatividade. Reflita sobre o assunto e responda: quais são as possibilidades de atuação deste grupo, voltadas às práticas individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação em saúde bucal e geral na atenção básica?

Resolução da situação-problema

O trabalho em equipe das equipes da saúde da família é muito importante, contribuindo para a compreensão, por parte da população ou das comunidades, do processo saúde/doença em uma visão mais ampla. Também estimula, por meio de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, práticas de saúde saudáveis, com mudanças de hábitos e posturas, proporcionando o compromisso de parcerias e ações intersetoriais, fazendo com que a saúde bucal e a qualidade de vida sejam reconhecidas como um direito de cidadania, estimulando a organização das comunidades do PSF para o efetivo exercício do controle e participação social. A equipe de saúde bucal, composta pelo dentista e a técnica de saúde bucal – TSB, também exerce papel importante e relevante, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e pelo mesmo território de abrangência da equipe de saúde da família. Ações de promoção e prevenção à saúde bucal podem e devem ser desenvolvidas, como escovação supervisionada, fluoroterapia, orientações sobre o uso correto de chupetas e mamadeiras, sobre o excesso do açúcar nos doces,

balas, chicletes etc., orientação às práticas e hábitos saudáveis para a saúde bucal, como prevenção e controle do câncer bucal, incentivando que esse Grupo de educação em saúde constituído promova e realize ações e práticas coletivas nesse sentido, por exemplo, nas escolas e igrejas, com palestras e atividades lúdicas, entre outros. Incrementar e melhorar a questão dos atendimentos das emergências bucais no consultório do posto, como acesso direto e prioritário na agenda do dentista, desde que realmente seja urgência. Tentar implantar alguns procedimentos de tratamentos odontológicos mais complexos, como próteses, por exemplo, apesar de sabermos que, no PSF, a atenção deve ser primária, isto é, atenção básica.

Faça valer a pena

1. Atenção básica caracteriza-se pelos seus princípios gerais por um conjunto de ações de saúde, individual e coletiva, que visam à promoção e prevenção da saúde, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à manutenção. Analise as afirmativas sobre atenção básica em saúde:

- I. Atenção básica é desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas participativas sob a forma de trabalho em equipe.
- II. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da responsabilização das pessoas envolvidas, da humanização do atendimento, da equidade, integralidade do cuidado em saúde e da participação social.
- III. Atenção básica é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, em consonância com o princípio da equidade.
- IV. A atenção básica tem a saúde da família como prioritária de acordo com os preceitos do SUS, para o seu fortalecimento e reorientação como modelo de assistência.
- V. Na saúde da família, a atenção básica desenvolve relações de vínculo, intersetorialidade e responsabilização entre as equipes e a população adscrita daquelas comunidades.

Após análise das afirmativas, é correto apenas o que se afirma em:

- a) I, II, III, IV e V.
- b) I, II e III.
- c) II, III e IV.

- d) II e III.
- e) I, II e IV.

2. A política da atenção básica tem a saúde da família como prioritária para sua organização e reorientação como modelo assistencial, de acordo com os preceitos do SUS.

Analise as afirmativas sobre atenção básica em saúde:

I- O posto de saúde da família presta na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde por meio das visitas domiciliares contínuas das agentes comunitárias e das equipes multidisciplinares de saúde.

II- A saúde da família elege a família e o seu espaço social e de convívio do dia a dia, como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

III- Humaniza as práticas de saúde, através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, proporcionando o estabelecimento de parcerias e compromissos por meio de ações intersetoriais.

IV- Contribui para o conhecimento do processo saúde/doença, fazendo com que a saúde e a qualidade de vida, sejam reconhecidas como um direito de cidadania, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle e participação social.

V- A saúde da família contribui para a reorientação do modelo a partir da atenção básica.

Após análise das afirmativas, é correto apenas o que se afirma em:

- a) II, III e IV.
- b) I, II e III.
- c) I, II, III, IV e V.
- d) II e III.
- e) I, II e IV.

3. As equipes de saúde da família (ESFs) têm importante papel na reorganização da atenção básica.

Analise as afirmativas sobre as equipes da saúde da família:

I- As equipes da saúde da família contribuem, qualificam, fortalecem, e consolidam a atenção básica por favorecerem uma reorganização do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da rede básica.

II- A equipe multiprofissional de saúde da família, básica e primordial, é composta por no mínimo: 1 médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico da família e comunidade; 1 enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; 1 técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

III- Também é composta e agregada a essa equipe básica, a equipe de saúde bucal, composta por: 1 dentista generalista ou especialista em saúde da família, 1 auxiliar de consultório dentário e ou técnico de saúde bucal.

Após análise das afirmativas, é correto apenas o que se afirma em:

- a) II.
- b) III.
- c) I e III.
- d) II e III.
- e) I, II e III.

Seção 1.2

Estratégia saúde da família e competências das equipes

Diálogo aberto

Seja bem-vindo à Seção 1.2! Antes de iniciarmos o estudo, vamos relembrar a situação apresentada no início da unidade, quando falamos sobre César Augusto, estudante do último ano de graduação em odontologia, que foi selecionado para estagiar e acompanhar as ações e procedimentos de saúde bucal de um posto de saúde da família. César Augusto participou do atendimento do paciente AAC, 58 anos, obeso, com histórico de hipertensão, diabetes e fumante; que relatou, durante a anamnese, estar com muita dor. Ao exame clínico, observaram-se péssimas condições de higiene bucal; edema bucal bem avermelhado referente a um abscesso dentoalveolar na região dos pré-molares 44 e 45; além da ausência dos elementos 46, 47, 48, 36, 37 e 38; tártaro em excesso na região subgingival dos elementos 41, 42, 43, 31, 32 e 33. Na arcada superior, paciente desdentado, apresentava uma prótese total. Os elementos 34 e 35 apresentavam condições precárias de estruturas dentais, praticamente sem coroa, somente raízes residuais, com indicações para exodontias. Os dados apontaram para cáries, crônicas, profundas e extensas e doença periodontal avançada, com bolsas periodontais e úlceras necrosantes. Analisando a situação, e diante dos fatos, ajude o estagiário César Augusto a responder aos questionamentos: quais condutas devem e podem ser tomadas pela equipe de profissionais do posto de saúde da família, (composto por médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de dentista e dentistas) para resolver a situação do paciente? Fique atento, esse paciente requer cuidados especiais, e necessita de intervenções bucais rápidas e emergenciais, mas se lembre de que o PSF é voltado para atenção básica e primária. Pensando nisso, quais são as condutas específicas que devem ser adotadas pelo cirurgião dentista e sua auxiliar, levando em consideração o plano de tratamento a ser desenvolvido no PSF? Quais ações e precauções

em comum os profissionais que pertencem às equipes devem tomar no atendimento integral à saúde desse paciente, antes, durante e depois de qualquer intervenção odontológica invasiva, por exemplo, exodontias (extração) dos elementos dentários indicados, procedimentos de raspagem, curetagem periodontal, referente aos cuidados e posterior manutenção periodontal devido ao excesso de tártaro e doença periodontal?

Para responder a essas e outras dúvidas, vamos estudar, na sequência, sobre a ESF: sua origem, conceitos, objetivos, finalidades, e diretrizes operacionais. A composição da equipe mínima e básica para se implantar uma unidade de saúde da família (USF); as demais equipes, com ênfase à equipe de saúde bucal (ESB), bem como, as competências, funções e atribuições comuns e específicas de cada profissional pertencente às equipes, frente ao atendimento das famílias cadastradas e pertencentes àquela área adscrita.

Você tem muito a conhecer! Vamos ao estudo!

Não pode faltar

Vamos iniciar nossos estudos falando da implantação do SUS, que surgiu a partir da Constituição Federal de 1988, resultado das lutas do movimento pela Reforma Sanitária, e que foi regulamentado posteriormente pelas Leis nº 8080 e nº 8142, de 1990, e determinou grandes mudanças e avanços nas políticas de saúde do Brasil (KEINERT, T.M.M., 1997), um marco na história do país uma Constituição que reservou um conteúdo único, dirigido à saúde, determinando que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação". Esta Constituição foi denominada Cidadã por apresentar conquistas sociais avançadas, e que proporcionavam a todos os brasileiros um resgate da dignidade no setor saúde (Art. 196, M.S.).

O Programa de Saúde da Família, PSF, teve seu início, em 1994, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) para dar sequência ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado oficialmente pelo MS em 1991, que tinha como elemento de intervenção a família e já apresentava consequências esperadas, especialmente na diminuição

dos indicadores de mortalidade de crianças e materna, indicadores muito sensíveis à qualidade de saúde. Em 2000, viu-se a necessidade de incorporar a equipe de saúde bucal à saúde da família, e em 2004, com o lançamento do “Programa Brasil Sorridente”, as implantações das equipes de saúde bucal, modalidades I, II, III cresceram muito na Estratégia da Família (RODRIGUES; BOMFIM, 2010).

As principais e essenciais atividades das equipes de saúde bucal na ESF são atividades que visam a promover, proteger, e recuperar a saúde bucal, principalmente da cárie dentária e doença periodontal, também a prevenção, controle e combate ao câncer bucal; a reorganização e o incremento na resolução da emergência/urgência odontológica, garantindo total acesso e maior resolutividade, e a inclusão de procedimentos mais complexos, como próteses dentárias na saúde da família. Independentemente da modalidade adotada, recomenda-se que os profissionais de saúde bucal compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (PORTAL, [s.d.]).

As atividades e atribuições comuns aos profissionais dentista, auxiliar e ou técnico em saúde bucal, médico, enfermeiros e agentes comunitários, são voltadas à melhoria no autocuidado dos indivíduos, trabalhando com comprometimento e responsabilização, promovendo e fortalecendo as ações intersetoriais. Elas deverão acontecer ativamente, sendo avaliadas de forma constante por meio do acompanhamento dos índices de saúde em cada área de desempenho, conhecendo a realidade e o dia a dia das famílias pelas quais são encarregados, detectando as disfunções de saúde mais comuns, e as situações de riscos a que essas famílias estão expostas para, assim, elaborar, em equipe, uma estratégia para comparar os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença naquela área e população adscrita. Presta-se, dessa forma, uma assistência integral e contínua à demanda organizada, por meio de uma correta utilização do sistema de referência e contra referência dos problemas predominantes que foram identificados.

Hoje, após décadas da sua criação, a ESF transformou-se na intervenção de maior relevância e impacto nas políticas públicas de saúde, e a principal tática de reestruturação da atenção básica no

Brasil, mostrando uma nova prática de atuação nas unidades básicas de saúde, estabelecendo responsabilidades entre os serviços de saúde e os habitantes, humanizando as técnicas de saúde por meio de elos entre os profissionais de saúde e os cidadãos, com humanização do cuidado em saúde, proporcionando, dessa forma, a implantação de cooperações por meio de ações entre os diferentes setores.

Sobre as **Diretrizes Operacionais**, devemos saber que a USF nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, pertinentes ao nível primário de atenção à saúde. Ela deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade; representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contrarreferência, para os diferentes níveis do sistema. Caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes (BRASIL et al., 2005).

Esse critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade socioeconômica e cultural das regiões, levando-se em consideração fatores como densidade populacional e acesso aos serviços de saúde, além de outros considerados relevantes.



Assimile

Caro aluno, amplie seu conhecimento lendo sobre cadastramento das famílias na ESF:

Os agentes comunitários da saúde, das ESF, deverão cadastrar as famílias por meio de visitas aos seus domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida. Nesse processo, serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento básico, hábitos, costumes, e condições vulneráveis e ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas.

As USF deverão ser **instaladas** nos postos saúde, centros de saúde ou UBSs já existentes no município. Por sua vez, a área física das unidades deverá ser adequada à nova dinâmica a ser implementada. O número de profissionais de cada unidade deve ser definido de acordo com os seguintes princípios básicos: capacidade instalada da unidade; quantitativo populacional a ser assistido; enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença e a integralidade da assistência e as possibilidades locais (Ministério da Saúde, 1997).

É recomendável que a **equipe mínima ou básica de uma unidade de saúde da família** seja composta no mínimo por: 1 médico de família ou generalista, 1 enfermeiro, 2 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a essas unidades, como a equipe de saúde bucal, composta por 1 dentista, 1 auxiliar e ou técnico de saúde bucal, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. Os profissionais que compõem as equipes serão responsáveis pela população relacionada à sua área de trabalho e devem, preferencialmente, morar no mesmo município em que atuam e trabalham em regime de dedicação integral (Portaria 703 de 21 de outubro de 2011. MS)



Pesquise mais

Planejar é preciso! Caro aluno, acesse o link a seguir e aprenda mais sobre planejamento, organização e plano de ação de uma ESF.

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=IEgBDJdeBMg>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

Quer conhecer quais são as atribuições específicas de cada profissional na ESF, inclusive da equipe de saúde bucal? Então acesse o link.

Fonte: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. p. 154-158. Acesso em: 6 abr. 2017.

A inclusão de cirurgiões dentistas nas equipes de saúde da família denota a preocupação com a atenção à saúde bucal no país. Com isso, a população brasileira passou a ter maior compreensão e

cuidado com sua saúde bucal, agora inserida no conceito amplo de saúde, integrada às demais práticas de saúde coletiva e como parte integrante da saúde geral do indivíduo e essencial para sua qualidade de vida.



Exemplificando

Para facilitar sua compreensão sobre a **equipe de saúde bucal na família**, conheça um pouco do Programa Brasil Sorridente, lançado oficialmente em 2004 e que provocou um impacto bastante positivo, pois ampliou em 86% o crescimento de implantações das ESB na família, com as modalidades I, II e III, que representam a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho, em saúde bucal, por meio de ações de caráter coletivo e o estabelecimento de vínculo territorial. As modalidades devem ser compostas por:

Modalidade I: 1 dentista e 1 auxiliar ou técnico de saúde bucal.

Modalidade II: 1 dentista, 1 auxiliar e 1 técnico de saúde bucal.

Modalidade III: 1 unidade móvel odontológica e profissionais da saúde bucal. (Portaria nº 822/GM, de 17 de abril de 2006, M.S.)

Figura 1.4 | Ação terapêutica saúde bucal, modalidades I e II



Fonte: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+bucal>>
Acesso em: 23 mar. 2017.

Figura 1.5 | Unidade móvel odontológica, modalidade III



Fonte: <<http://www.diversidades.com/vida/saude/igreja-cria-projeto-odontologico>>. Acesso em: 23 mar. 2017.



Pesquise mais

Quer conhecer mais sobre o Programa Brasil Sorridente, que está mudando a vida de milhões de brasileiros? Acesse os links e vibre com essa conquista.

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=sCOaBkdfGyl>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=BmU64MkS2Ow>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

Figura 1.6 | Logomarca do Programa Brasil Sorridente, 2004



BRASIL
SORRIDENTE
A SAÚDE BUCAL LEVADA A SÉRIO

Fonte: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/21/doc2-211013.pdf>>. Acesso em: 7 abr. 2017.



Caro aluno, com esse link, você acessará um vídeo com imagens e uma entrevista sobre o dia a dia de um dentista no SUS, inserido em uma UBS. Não perca tempo, confira!

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=AUNtkOT3noE>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

Sem medo de errar

No caso relatado, César Augusto, estudante do último ano de graduação em odontologia e estagiário de uma unidade de saúde da família, acompanhou o atendimento do paciente AAC, 58 anos, que procurou ajuda, pois estava com muita dor devido a um abscesso dentoalveolar na região de pré-molares. Antes, devemos nos lembrar, mais uma vez, de que as ações odontológicas em PSF são sempre em nível primário (atenção básica), assim, o dentista, conforme sua avaliação inicial, planejou e realizou um tratamento emergencial para drenagem do abscesso dentoalveolar na região dos pré-molares 44 e 45, seguido de prescrição de antibioticoterapia, analgésico e anti-inflamatório, o que aliviou a dor e o edema.

Como o paciente também apresentava tártaro em excesso na região subgingival dos elementos 31, 32, 33, 41, 42 e 43, o dentista executou, durante as consultas/retornos, um tratamento gengival/periodontal, em específico, nas regiões citadas, efetuando raspagens e curetagens periodontais, complementadas e associadas a bochechos com colutórios periodontais apropriados.

Além dos problemas já relatados, o paciente apresentava outros. Devido às péssimas condições de higiene bucal, alguns elementos dentais apresentavam condições precárias das estruturas dentais, dentes praticamente sem coroa, somente com raízes residuais devido às lesões de cáries profundas e extensas, portanto, exodontias dos pré-molares 34, 35, 44 e 45 foram realizadas, mantendo-se apenas os elementos anteriores, 31, 32, 33, 41, 42 e 43, que apresentavam pequenas lesões cariosas, as quais foram restauradas com resina composta. Posteriormente a esses tratamentos, o dentista indicou para o plano de tratamento final a instalação de uma prótese parcial

removível (PPR), inferior, completando os dentes faltantes, e a instalação de uma prótese total superior nova, pois a antiga estava em péssimas condições devido ao uso crônico de fumo. Vale reforçar que, no contexto da saúde da família, hoje, não há necessidade de encaminhar o paciente ao CEO (Centro de especialidades odontológicas) para resolver esse caso de prótese, pois esse problema, pode ser resolvido por completo na unidade e faz parte do rol de atribuições da saúde bucal da saúde da família.

Na descrição do caso, o paciente em questão, AAC, apresentava obesidade, diabetes, hipertensão e fumava, assim, algumas ações e precauções que os profissionais das equipes de saúde da família tomaram frente ao atendimento integral às queixas agudas e crônicas que trouxeram este paciente ao serviço de odontologia da saúde da família foram no sentido de controlar a pressão arterial e nível glicêmico, tanto pelo médico quanto pelas enfermeiras. Além disso, todos os profissionais envolvidos puderam informar o paciente sobre os cuidados com sua saúde por meio de ações educativas.

Avançando na prática

Doenças crônicas

Descrição da situação-problema

Na mesma unidade de saúde da família, em que César Augusto, estava estagiando, a partir do Grupo de educação em saúde, foram criados subgrupos ou grupos específicos de doenças crônicas, tais como: grupo de hipertensos, grupo de diabéticos, prevenção e controle da cárie dental e doença periodontal, grupo de prevenção, controle e combate ao câncer bucal, e também outros grupos, como de gestantes e doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS. Quais seriam as ações, intervenções e colaborações que esses grupos poderiam trazer para o paciente em questão, atendido pela equipe de saúde bucal do PSF, relacionado ao sucesso do tratamento odontológico, bem como na prevenção e manutenção de uma boa saúde bucal ao paciente?

Resolução da situação-problema

Esses grupos específicos, como o de prevenção à cárie dental, doença periodontal e câncer bucal, planejam-se por meio de um

cronograma mensal, trimestral, semestral e anual, com eventos e práticas em ações coletivas, de educação, orientação, prevenção, com avaliações periódicas dos dentistas e dos demais profissionais do grupo. O intuito de prevenir e tratar as patologias citadas, principalmente em pacientes de risco, como é o caso do paciente AAC, 58 anos fumante, com hábitos de higiene bucal precários que necessitava de várias intervenções. As ações referentes à prevenção e controle da cárie dental e doença periodontal estão voltadas às práticas de escovação supervisionada, com técnicas apropriadas de escovação, uso correto e adequado do fio dental, aplicação de flúor, alimentação saudável, além de mudanças de comportamento frente ao uso de fumo. Em relação ao câncer bucal, orientações educativas explicando sobre autoexames, além de exames realizados pelos profissionais, são de extrema importância para sua prevenção e, se necessário, tratamento.

Na mesma sequência de raciocínio e planejamento, os subgrupos de hipertensos e diabéticos também realizam ações coletivas contínuas, no sentido do combate e prevenção da hipertensão e diabetes, que são de grande valia, por exemplo, para o mesmo paciente, AAC, na manutenção da sua saúde bucal, antes, durante e após o tratamento concluído. Vale enfatizar que ações específicas do médico da saúde da família e das enfermeiras também foram importantes para que o dentista e sua auxiliar pudessem realizar as intervenções bucais de emergência invasivas com segurança, mediante o controle da pressão arterial e do diabetes do paciente AAC, e também durante o tratamento odontológico realizado a partir do plano traçado. Essas ações devem ser constantemente aplicadas aos pacientes que procuram atendimento. Com essas ações citadas, vemos a importância do trabalho em equipe da estratégia da saúde da família.

Faça valer a pena

1. O Programa da Estratégia Saúde da Família, que tem como principal foco de atenção e ação a família, foi criado oficialmente em 1994, pelo Governo Federal, em complemento ao Programa de Agentes Comunitários (PAC).

Qual é o Ministério da União responsável pela criação oficial da Estratégia da Saúde da Família, através de portarias e normas operacionais?

a) Ministério da Educação.

- b) Ministério da Indústria e Comércio.
- c) Ministério da Fazenda.
- d) Ministério da Saúde.
- e) Ministério da Cultura.

2. A equipe mínima ou básica recomendável e necessária para se implantar uma Unidade de Saúde da Família deve ser composta por: 1 médico generalista ou da família, 1 enfermeiro generalista ou da família, 2 auxiliares ou técnicos de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de saúde.

É recomendável que esta equipe no âmbito de abrangência da unidade seja responsável por uma área:

- a) Onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 pessoas. Esse critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade socioeconômica, cultural das regiões, levando-se em consideração fatores como densidade populacional, acesso aos serviços de saúde, além de outros considerados como de relevância.
- b) Onde residam 3 mil famílias, com limite máximo de 15 mil pessoas, sem flexibilização de critérios e sem levar em consideração fatores como o acesso aos serviços de saúde.
- c) Onde residam qualquer número de famílias, sem limite, sem qualquer critério, sem adscrição de território e sem vínculo da equipe de profissionais com as famílias.
- d) Onde residam acima de 5 mil famílias, sem limite de pessoas.
- e) Onde residam apenas 100 famílias, sem qualquer vínculo com a equipe de profissionais.

3. No ano 2000, viu-se a necessidade de incorporar as equipes de saúde bucal à saúde da família. Com o lançamento oficial, pelo Ministério da Saúde (MS), em 2004, do Programa Brasil Sorridente, a implantação das equipes de saúde bucal de saúde da família cresceram em aproximadamente 84%. Quais as modalidades de equipes de saúde bucal existem na estratégia da saúde da família?

- a) Modalidades I e II.
- b) Modalidade I.
- c) Modalidades I, II, III e IV.
- d) Modalidades I, II e III.
- e) Modalidades I, II, III, IV e V.

Seção 1.3

Educação em saúde bucal

Diálogo aberto

Seja bem-vindo à Seção 1.3! Antes de iniciarmos o estudo, vamos relembrar a situação apresentada no início da unidade, quando falamos sobre César Augusto, estudante do último ano de graduação em odontologia, que foi selecionado para estagiar e acompanhar as ações e procedimentos de saúde bucal de um posto de saúde da família. Cesar Augusto participou do atendimento e acompanhou algumas crianças de 5 a 7 anos da EMEI Municipal Ester Nogueira que apresentavam, em sua maioria, boas condições de higiene bucal, com todos os molares permanentes, 16, 26, 36 e 46, preservados, sem cavidades, livres de cáries. Porém, JJM, de 7 anos, destacou-se, pois mostrava cavidades de cáries profundas nos elementos dentários permanentes 46 e 36 atingindo a polpa dentária, já com indicação endodôntica, e os elementos 16 e 26 apresentavam restaurações classe III. O dentista e sua auxiliar explicaram ao estagiário que, nesta pré-escola infantil, eram realizadas, quinzenalmente, visitas e ações da equipe do Projeto Boquinha para aplicação de flúor gel, bochechos com flúor, além da escovação supervisionada para a criançada. Então, analisando a situação, e diante dos fatos, ajude César Augusto a responder às seguintes questões: quais ações, condutas coletivas e sociais de um programa de saúde na escola devem ser tomadas nas creches, escolas infantis, e de ensino fundamental para prevenção de saúde bucal?

O programa de saúde na escola e educação em saúde bucal são muito importantes. Portanto, devido ao grande benefício que esse programa traz e à sua relevância, nesta Seção 1.3, vamos conhecer e entender esses projetos que ajudam as crianças e os brasileiros a terem qualidade em saúde bucal e preservarem um sorriso bonito.

Não pode faltar

Vamos iniciar nossos estudos fazendo uma retomada global e reflexão mais ampla sobre o tema educação voltado à saúde geral e , em específico, à **saúde bucal**.

Começamos falando sobre a necessidade de defender o SUS como projeto de um sistema universal, que atende ao público e deve ser integral e democrático. Assim, existe a necessidade de se buscar uma concepção da relação educação e saúde como resultado da ação política, de indivíduos e da coletividade, com base na compreensão da saúde e da educação em todas as suas dimensões, quer seja social, política, ética, científica ou cultural. As ações de educação em saúde bucal para a assistência odontológica podem ser aquelas direcionadas diretamente às pessoas ou voltadas para ações sobre o meio-ambiente em que vivem, mas que possam repercutir sobre a saúde bucal, quaisquer que sejam as ações, elas devem ser orientadas por meio dos programas de saúde bucal. Como todos sabemos, a saúde bucal é uma parte complementar da saúde geral, e os programas existentes de saúde bucal devem ser notados como constituintes imprescindíveis para os programas de saúde globais. Os programas de saúde coletiva, independentemente de sua simplicidade, devem prover meios de suprir as carências de saúde bucal. Assim, para que as ações de saúde bucal sejam realizadas em conjunto com ações de outras áreas técnicas, aconselha-se que, nas diferentes comunidades e espaços sociais, como nos municípios, bairros, pré-escolas, escolas, igrejas etc., sejam estipulados programas integrados de saúde, que devem ser desenvolvidos durante um período de tempo estipulado e que seja reservado para isso, uma quantidade de recursos, quer sejam humanos, materiais e financeiros. O andamento de um programa de saúde integrado, em qualquer comunidade, exige que os responsáveis tenham conhecimento das condições de saúde e doença da comunidade para que se possa avaliar e planejar todos os recursos necessários ao bom atendimento da população. A saúde pode ser definida como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Infelizmente, mas muitas vezes, as condições de saúde de uma população são conhecidas pelo seu oposto, isto é, por meio da doença nela existente em determinado período. Isso acontece porque, a saúde e a doença fazem parte de um

processo único em que o "máximo de saúde" pode ser considerado o completo bem-estar, e o "máximo de doença" seria a morte.

As ações coletivas em saúde bucal podem ser consideradas planos para melhorar as condições de saúde bucal da população, são desenvolvidas com o objetivo de atingir o maior número de pessoas, por meio de procedimentos que são realizados em alguns espaços sociais com a finalidade de prevenir danos e promover a saúde bucal, por meio da **educação**. As ações coletivas em saúde bucal incluem os procedimentos e as ações de educação em saúde, realizadas com grupos específicos nas UBS, no domicílio ou em outros espaços comunitários.

De forma abrangente, deve-se pensar em saúde bucal, separando-a da seguinte forma: a) identificação dos problemas, ou seja, **diagnosticando** a situação; b) definição dos métodos ou propostas de **intervenção**, com a situação já diagnosticada, organizando, assim, a oferta de serviços, sendo que, em todas as fases, tanto de promoção, como prevenção, proteção e de recuperação (tratamento) pode haver abordagens individuais e/ou coletivas de educação em saúde bucal tanto públicas como privadas. O conceito de saúde bucal representa um conjunto de práticas que tem por finalidade prevenir, promover, proteger, recuperar e manter a integridade dos tecidos e as estruturas anatômicas e funcionais, ou estruturas a elas relacionadas. Podemos considerar a saúde bucal como parte integrante da saúde coletiva, sendo que a saúde bucal deve ser compreendida pelas relações que os homens estabelecem ao conviverem em sociedade. O diagnóstico de saúde bucal deve estar sempre presente nos diagnósticos de saúde coletiva e os principais problemas a serem identificados na cavidade bucal de maior interesse do ponto de vista da saúde coletiva são: a cárie dentária; doença periodontal, câncer bucal; más-oclusões e fissuras labiopalatais.

Uma vez diagnosticada a condição de saúde bucal de determinada comunidade, cidade, bairro, escola etc., relativa aos seus principais focos e problemas, como a cárie dentária ou doença periodontal, em seguida deve-se elaborar um plano de ação baseado nos recursos disponíveis, quer sejam humanos, materiais e financeiros, para iniciar a intervenção/ação, enfocando a oferta e o acesso aos serviços, lembrando que em todas as fases das intervenções, as abordagens individuais e/ou coletivas de educação em saúde bucal podem e devem acontecer. Para que essas

práticas educativas e preventivas em saúde bucal tornem-se contínuas, fazendo parte da metodologia e do calendário escolar, é necessário que se transformem em **Programas efetivos**.

O Programa Saúde na Escola (PSE) representa uma política intersetorial do Ministério da Saúde e da Educação, que foi instituído em 2007 por decreto presidencial e que possui ações previstas como imprescindíveis de acordo com o nível de ensino e estão compreendidas em três componentes: Componente I: avaliação das condições de saúde; Componente II: promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos; Componente III: capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação (Programa Saúde na Escola, MS/ME, 2013).



Assimile

Os municípios brasileiros (todos) possuem atenção básica em saúde, que pode ser composta por: equipes de unidades básicas de saúde; equipes de saúde da família e equipes de agentes comunitários de saúde. Com a adesão do município ao PSE (Programa de Saúde na Escola), cada escola indicada passa a ter uma equipe de saúde da atenção básica de referência para executar conjuntamente as ações. O PSE acontece com a interação dessas equipes de saúde da atenção básica com as equipes de educação no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos (Saúde na Escola, M.S. 2009).

No Componente I, para análise das situações de saúde, estão previstas ações no âmbito das saúdes: nutricional, ocular, auditiva, clínica e **saúde bucal**, por meio das vacinações e doenças e saúde psicossocial. No Componente II, para a promoção da saúde e prevenção de doenças, são necessárias ações nas áreas da: nutrição saudável, exercícios físicos, saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso de drogas, saúde mental e ambiental e desenvolvimento sustentável. E no componente III, para a capacitação permanente dos profissionais de saúde e competências para tratamento dos questionamentos dos componentes I e II devem acontecer as seguintes ações: Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI); Formação de Jovens Protagonistas para o PSE; Formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao Programa

Saúde na Escola; Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas e Rede e Formação em Educação em Saúde. Brasil. Quando a escola passa a integrar o PSE, ela precisa qualificar seu projeto pedagógico para inclusão de novas do programa, de maneira que a abordagem dos conteúdos do PSE já esteja prevista no projeto pedagógico, podendo, então, ser classificadas como ações do programa. É recomendado que as equipes de saúde da atenção básica na relação com a escola se façam presentes desde o planejamento das ações até suas realizações, conjuntamente com a escola, e quando necessário, participando da avaliação das ações e mantendo a equipe da escola notificada em relação à saúde dos alunos.



Refleta

Caro aluno, apesar da prática odontológica ainda se concentrar no atendimento individualizado cirúrgico-restaurador, a prevenção de doenças bucais tem se apresentado como uma forma mais eficaz de promover a saúde bucal. Muitos trabalhos educativos e preventivos vêm sendo realizados dentro de instituições de ensino, transmitindo informações sobre o cuidado de sua higiene bucal. A escola é, por excelência, um local adequado para o desenvolvimento de programas em saúde e higiene bucal por reunir escolares com faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas e preventivas. A importância da introdução sobre os cuidados com a higiene bucal nos primeiros anos de vida escolar é justificada pelo fato de as crianças estarem em fase de descobertas e em processo de aprendizagem, e conclui-se que a educação em saúde, adoção de hábitos como higienização bucal e alimentação saudável e outros devem fazer parte do cotidiano escolar desde a pré-escola.

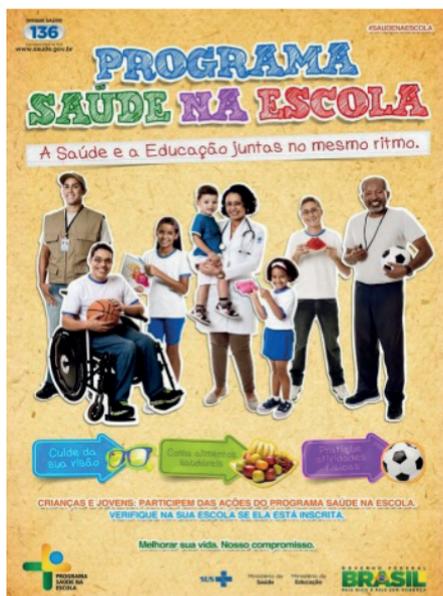
Como as ações de educação e prevenção em saúde bucal, se integram no cotidiano da escola? (Programa Saúde na Escola, MS/ME, 2013).



Exemplificando

O PSE resulta do trabalho entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o intuito de aumentar as ações de saúde aos alunos do ensino (público) fundamental, médio, Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, educação de jovens e adultos (Programa Saúde na Escola, MS/ME, 2013).

Figura 1.7 | Logomarca do Programa Saúde na Escola



Fonte: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0saudemental/Apresentacao_PSE_Tykanori.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2017.

Educação em saúde bucal na escola

Os temas mais abordados no processo educativo em saúde bucal tratam da importância da saúde bucal e geral; da placa bacteriana; dos hábitos de higiene bucal: escovação supervisionada, técnicas de escovação, uso do fio dental; hábitos alimentares saudáveis x cárie; uso do flúor e hábitos indesejáveis, como sucção não nutritiva de chupetas e dedo. De acordo as deficiências e fatos vivenciados pelas crianças nas escolas, outros temas podem surgir, por exemplo, pode-se falar sobre a dengue. É um programa em que os estudantes podem escolher como estudarão os temas em sala de aula, sem deixar de estudar os assuntos básicos. O projeto também faz ações de prevenção para evidenciar a placa bacteriana e motivar as crianças a removê-las com a aprendizagem de técnicas de escovação corretas.

Particularmente, a idade pré-escolar, (primeira infância) é o grupo prioritário de trabalho, com especial atenção para a odontologia, por essas crianças apresentarem alto risco ao desenvolvimento da cárie,

(levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em 2004, que mostrou que o predomínio da cárie precoce na infância ainda é um problema de saúde pública). Sabendo que as crianças possuem capacidade enorme de imitar ações que presenciam e apresentam a facilidade em mudar hábitos errados, o projeto se faz importante pois, nesse caso, o dentista e graduandos de odontologia influenciam positivamente o desenvolvimento cognitivo e afetivo das crianças, e elas, por sua vez, influenciarão hábitos corretos em seus familiares. Na educação para pré-escolares, é importante que o dentista, no papel de educador, tenha conhecimento técnico e atue como agente de saúde, envolvendo, nesse processo, os professores, cuidadores e pais como agentes multiplicadores, frisando que esse envolvimento é significativo para que o programa tenha êxito e cumpra com seus objetivos. A relação entre o dentista e todos os envolvidos deve ser fundamentada na conversa aberta, na troca de experiências, havendo sempre uma interligação entre o saber científico e a linguagem adequada e popular.

Além do mais, os professores e cuidadores são elementos fundamentais durante as ações, pois são eles que melhor conhecem as crianças e auxiliam os profissionais na sua abordagem. Os professores podem cooperar com a educação em saúde, pois convivem diariamente com os escolares e estudantes, favorecendo o desenvolvimento de orientações relacionadas aos cuidados com a saúde bucal. Uma forma efetiva e eficiente no desenvolvimento de atividades educativas em escolas ocorre pelas parcerias entre profissionais de saúde e professores, pois introduz aspectos relacionados à saúde bucal e reforça conteúdos discutidos em sala anteriormente (SANTOS; PACHECO FILHO; GARBIN, 2012).

Como a criança é capaz de influenciar sua família, o programa atingirá seus objetivos, mas para isso, o processo de ensino-aprendizagem deve ser cuidadosamente trabalhado. Cada criança tem uma história, sua individualidade e um saber próprio: cada indivíduo tem suas histórias pessoais, e delas fazem parte outras histórias, como a da família, da escola e outras, as quais, conectadas, protegem-se mutuamente. Outro ponto significativo é o uso de dinâmicas lúdicas e pedagógicas, como por exemplo, teatros e apresentações criativas, que são facilitadoras desse processo e que ocupam um papel importante na educação infantil. Com essa visão, os programas de educação em saúde bucal contribuem para modificar a realidade das crianças.

É cabível ainda dizer que hoje a educação superior, por meio de projetos de extensão e extramuros, dá oportunidades aos acadêmicos

para realização de ações educativas e preventivas, para promoverem ações e pesquisas voltadas à saúde das crianças e estabelecerem vínculos entre a universidade e a comunidade. O conhecimento em trabalhos comunitários fora do ambiente acadêmico tradicional é significativo na formação do profissional, é onde o aluno tem a oportunidade de vivenciar experiências únicas, além de desenvolver sensibilidade social e humana por meio de uma participação dinâmica junto à população.



Pesquise mais

Caro aluno, vamos conhecer mais! Veja um exemplo de ações de educação em saúde bucal na escola para prevenção à cárie dentária e à doença periodontal.

Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=Zmc87JG_q9s>.

Acesso em: 5 abr. 2017.

Este vídeo sobre atuação dos dentistas na escola é realmente esclarecedor. Assista!

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=-PgJidYsyT0>>.

Acesso em: 5 abr. 2017.

Não perca tempo, assista à reportagem sobre trabalhos comunitários e voluntários dos dentistas do BEM.

Fonte: <<https://www.youtube.com/watch?v=sNLXOmDmyTg>>.

Acesso em: 5 abr. 2017.

Sem medo de errar

Vamos relembrar a situação apresentada no início da unidade, quando falamos sobre César Augusto, estudante do último ano de graduação em odontologia, que foi selecionado para estagiar e acompanhar as ações e procedimentos de saúde bucal de um posto de saúde da família. Cesar Augusto participou e acompanhou o atendimento de algumas crianças de 5 a 7 anos de uma EMEI Municipal Ester Nogueira que, em sua maioria, apresentavam boas condições de

higiene bucal, com todos os molares permanentes, 16, 26, 36 e 46, preservados, sem cavidades, livres de cáries. Porém, JJM, de 7 anos, mostrava cavidades de cáries profundas nos elementos dentários permanentes 46 e 36 atingindo a polpa dentária, já com indicação endodôntica, e os elementos 16 e 26 apresentavam restaurações classe III. Quais as ações, condutas coletivas e sociais de um PSE devem ser tomadas nas creches, escolas infantis e de ensino fundamental para prevenção de saúde geral e bucal e para essa criança?

Lembre-se de que as práticas coletivas em educação e prevenção realizadas nas creches e EMEIs, como: bochechos com flúor, aplicação tópica de flúor gel, escovação supervisionada, técnicas corretas de escovação, estímulo e o comprometimento com hábitos saudáveis de higiene e alimentação correta, aprendidos com atividades lúdicas, colaboram e mostram-se eficientes no dia a dia das crianças, as quais certamente terão mais qualidade em saúde bucal.

E qual é o plano de tratamento elaborado para a criança JJM?

Como JJM, de 7 anos, apresentava molares superiores com restauração classe III e cáries profundas nos molares inferiores permanentes, já atingindo a polpa dentária, com indicação de endodontia dos mesmos e como as tentativas de pulpotomias resultaram em insucessos, a criança foi encaminhada para especialidade de endodontia, com posterior restauração após o retorno da contrarreferência do endodontista do CEO.

Vale ressaltar que, em casos como de JJM, as chances de sucesso de pulpotomias em molares permanentes é alta. Relembrando o conceito de pulpotomia, a técnica consiste na remoção por curetagem da dentina cariada até a exposição da polpa dentária, em seguida, faz-se a limpeza da cavidade com um corticoide, líquido ou pomada, e aplica-se uma camada de hidróxido de cálcio, pó puro ou em cimento, em contato direto com o tecido pulpar exposto para que provoque a formação de nova camada de dentina secundária, fechando ("cicatrizando") assim a exposição da polpa e não havendo mais necessidade de endodontia. Nas duas ou três primeiras sessões da pulpotomia, são feitas restaurações provisórias, e após dois a três meses, confirmando com Rx a formação de dentina reacional secundária, faz-se a restauração definitiva nesses molares, classe I, II, ou III, conforme a extensão dos tecidos cariados entre esmalte e dentina. Lembre-se também, de que a mesma criança apresentava os molares decíduos,

54, 55, 64, 65, 74, 75, 84, 85, com cáries oclusais, e todas foram removidas e restauradas, classe I. Os molares permanentes superiores já haviam tido suas cáries removidas e restauradas, com classe III. JJM também recebeu aplicações de soluções que evidenciam a presença da placa bacteriana, com posterior remoção com escovação supervisionada, sessões de profilaxia com aplicação tópica de flúor gel; orientações com demonstração de técnicas corretas de escovação e uso do fio dental, estimulando as práticas de uma boa higiene bucal. Os problemas de saúde bucal de JJM foram solucionados e, certamente, hoje ele cuida melhor de seus dentes.

Avançando na prática

Projeto Boquinha

Descrição da situação-problema

Vamos agora ajudar César Augusto a resolver o problema da EMEI Palmeirinha I, localizada no Sítio (região rural) que pertence à área adscrita do posto da família em que ele estagiava. Essa pequena comunidade rural, com precárias condições socioeconômicas e ambientais, padecia de assistência médico/odontológica devido à dificuldade de acesso ao posto. As crianças precisavam de conhecimento, atendimento e tratamento odontológico. Como fazer chegar a prevenção e a promoção em saúde bucal a essa EMEI rural? Essa população não pode ficar sem atendimento.

Resolução da situação-problema

O Projeto Boquinha, com sua personagem “Boquita”, iniciou suas atividades nessa área rural com práticas de educação e prevenção em saúde bucal para as crianças da EMEI. É importante frisar que o Projeto Boquinha privilegia a parceria entre diversas áreas, em especial a odontologia, fonoaudiologia, nutrição e educação, trabalhando de maneira interdisciplinar, contribuindo para a promoção de saúde bucal e geral. A equipe realiza ações e práticas de promoção, prevenção e proteção da saúde bucal; desenvolve um trabalho, planejado em conjunto com a secretaria de educação com o objetivo de educar e preparar a população

para o autocuidado em saúde bucal por meio de um programa educativo, terapêutico e preventivo e, dessa forma, busca melhorar as condições de saúde bucal, prevenindo principalmente a cárie e a doença periodontal, além de outras alterações bucais. Esse projeto requer estudo, planejamento, estratégia de ação e avaliação constante para que seus objetivos sejam atingidos. Como já dissemos, a saúde bucal faz parte da saúde geral do indivíduo, mas ela não se restringe à ausência de cárie e de doença periodontal. Aqueles que se preocupam com a saúde coletiva e com a qualidade de vida não devem esquecer-se disso.



Faça você mesmo

Caro aluno, até essa etapa de seus estudos, você obteve o conhecimento sobre a PNAB em saúde e saúde bucal e, mais especificamente, você conheceu as normas e como funciona a PNAB, Estratégia de Saúde da Família e competências da equipe e sobre a educação em saúde bucal.

Dessa forma, agora, convidamos você a elaborar/construir um mapa conceitual sobre promoção, prevenção, proteção e recuperação à saúde geral e bucal (atenção básica), dentro da estratégia da saúde da família. Para isso é importante que você realize uma revisão das três seções da Unidade 1.

Boa sorte!

Faça valer a pena

1. O Programa Saúde na Escola resulta do trabalho integrador e da perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino. Quando voltado à saúde bucal, assuntos e conceitos básicos são abordados: como a importância da saúde bucal; a relação saúde bucal e geral; hábitos de higiene bucal, escovação supervisionada, técnicas de escovação, uso do fio dental; hábitos alimentares saudáveis, relação dieta/cárie; placa bacteriana, uso do flúor e outros.

Esse programa resulta de ações educativas e preventivas graças à união:

- a) Do esporte e cultura.
- b) Da indústria e comércio.
- c) Da segurança e trânsito.

- d) Da saúde e educação.
- e) Do esporte e educação.

2. Por saúde bucal deve-se entender: o conjunto de práticas que objetivam promover, prevenir, proteger, recuperar e manter a higidez dos tecidos e estruturas anatomofuncionais da cavidade bucal ou a ela relacionados.

Os principais problemas a serem identificados ou as doenças de maior ocorrência na cavidade bucal de maior interesse do ponto de vista da saúde coletiva são:

- a) Estética dental, dentes tortos, mau hálito, tamanho dos dentes e fissuras lábio palatais.
- b) Cárie dentária, doença periodontal, câncer bucal, má oclusão e fissuras labiopalatais.
- c) Bochechas grandes (bichectomia), mau hálito, xerostomia (excesso de saliva), dentes tortos, tamanho dos dentes.
- d) Xerostomia (excesso de saliva), dentes tortos, mau hálito, estética, bochechas grandes (bichectomia).
- e) Dentes supranumerários, mau hálito, fissuras labiopalatal, xerostomia (excesso de saliva), e bochechas grandes (bichectomia).

3. A cárie dentária afeta esmalte, dentina e polpa tanto em dentes decíduos como permanentes. Ela se inicia no esmalte, podendo chegar até a polpa, parte vital e sensível do dente. Pensando em saúde coletiva, tratamentos ou intervenções em dentes decíduos ou permanentes jovens podem ser realizados com uso do hidróxido de cálcio para se estimular a formação de dentina reacional ou secundária, "cicatrizando" a exposição da polpa quando a cárie a atinge, com intuito de se evitar o tratamento de canal (endodontia) precoce dos dentes e preservá-los na cavidade oral.

Qual é o nome do tratamento ou intervenção feita em dentes decíduos ou permanentes jovens, recém-erupcionados que tem por finalidade evitar o tratamento de canal (endodontia) precoce e preservá-los na cavidade oral?

- a) Pulpotomia conservadora.
- b) Restauração classe I.
- c) Restauração provisória.
- d) Tratamento de canal (endodontia).
- e) Restauração classe II.

Referências

BRASIL. Constituição Federal. **Artigo 196**. Seção II da Saúde, p. 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anosus/legislacao/constituicaoofederal.pdf>. Acesso em 25 de maio de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 5 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. 1997. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. 34 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 25 de maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**, p. 1-26. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2017.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 822/GM, de 17 de abril de 2006**. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/822.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

_____. Portal da saúde SUS. **Logomarca Brasil Sorridente**. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/comunicacao/leiamais-comunicacao/6127>>. Acesso em: 7 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 703 de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0703_21_10_2011.html>. Acesso em 25 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 750/GM, de 10 de outubro de 2006**. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/07502729120110sesmt.pdf>>. Acesso em 25 maio 2017.

_____. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 7 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Programa da saúde na escola**. 2013. Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/10492670>>. Acesso em: 25 maio 2017.

_____. Ministério da saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação da saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2004.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Saúde na escola. **Caderno de atenção básica**. Brasília, 2009. 93p. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/theoslim/caderno-de-ateno-basica-na-escola>>. Acesso em: 25 maio 2017.

OLIVEIRA, A. C. B. de. et.al. O papel do fisioterapeuta do Programa Saúde da Família do Município de Sobral – Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 1, 2005, p. 3-6. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40818102.pdf>>. Acesso em: 25 maio de 2017.

C1OW canal 1oweb. Saúde bucal nas escolas municipais de União da Vitória. 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Zmc87JG_q9s>. Acesso em: 5 abr. 2017.

IGREJA cria projeto odontológico. **Revista diversidade (on-line)**, 14 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.diversidades.com/vida/saude/igrejacia-projeto-odontologico>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

JEFERSONEP. Atenção primária à saúde. 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Vw9wBPITio>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

JUNQUEIRA, S. R. **Competências profissionais na estratégia saúde da família e o trabalho em equipe**. Unidade 9. UNA-SUS – UNIFESP Disponível: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2017.

KEINERT, T. M. M. Política pública de saúde, inovação e o plano de atendimento à saúde do município de São Paulo. **Rev. Adm. Empres.** v. 37, n. 3. São Paulo, jul./set. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901997000300009>. Acesso em: 25 de maio 2017.

PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva em odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009, 704 p.

PORTAL da Saúde SUS. **Profissionais de saúde bucal**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esb>. Acesso em: 25 maio 2017.

PREFEITURA Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde bucal**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=sau+de+bucal>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

REDE SP saudável. Somos o SUS: dentista. 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=AUNtkOT3noE>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

RODRIGUES, A. A. A. de O.; BOMFIM, L. S. Saúde bucal no Programa Saúde da Família e Município do Semiárido Baiano. (Feira de Santana): organização e micropolítica. **Rev. APS**, v. 13, n. 1, Juiz de Fora. 2010. p. 96-108. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/32158159-Saude-bucal-no-programa-saude-da-familia-em-municipio-dosemiarido-baiano-feira-de-santana-organizacao-e-micropolitica.html>>. Acesso em: 25 maio 2017.

SANTOS, T. K.; PACHECO FILHO, A. C.; GARBIN, C. A. S. Educação em saúde bucal na visão de acadêmicos de Odontologia. **Arq. Odontol.**, v. 48, n. 2. Belo Horizonte, 2012. 96-101. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-09392012000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SBTINTERIOR. Dentistas voluntários visitam escolas públicas para atender crianças e adolescentes de graça. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=sNLXOmDmyTg>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

SIMONE Pereira. Ações coletivas das equipes de saúde bucal do município de Muqui/ES. 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=x8BnMlVlnDU>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

TVE Jundiá. Secretaria de saúde leva dentista à escolas para prevenção da cárie. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-PgJidYsyT0>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

TVNBR. Brasil sorridente é o maior programa de atendimento odontológico público do mundo. 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=sCOaBkdfGyl>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

TVNRB. Programa Brasil Sorridente auxilia na saúde bucal com tratamento gratuito. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BmU64MkS2Ow>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

UNASUSUFSC. Processo de trabalho das equipes de saúde da família e planejamento em saúde. 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=lEgBDJdeBMg>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

Ações e serviços nos diferentes níveis de atenção do SUS

Convite ao estudo

Nesta unidade de ensino, abordaremos as ações e serviços de saúde bucal e geral nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): primário, secundário e terciário. Portanto, caro aluno, apresentaremos também os conceitos e os componentes dos programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde bucal e geral, com foco nas ações de saúde bucal coletiva, nos três níveis de atenção do SUS. Abordaremos as competências das unidades de saúde dos três níveis de atenção, com ênfase nas ações e serviços de saúde bucal. Na Seção 2.1, retomaremos e nos refamiliarizaremos, com a atenção primária, abordando os temas, conteúdos e conceitos da Portaria 2488/2011 PNAB; da educação em saúde; e das práticas de saúde bucal nas unidades de saúde primária do SUS. Na Seção 2.2, estudaremos as práticas odontológicas no SUS; de atenção secundária, desenvolvidas nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), por exemplo. Já na Seção 2.3, vamos abordar a estrutura do CEO e das unidades hospitalares voltadas às ações terciárias em saúde bucal, por exemplo, implantes, cirurgias de traumas bucomaxilofaciais, atendimento a pacientes especiais, e a aplicação e uso dos conceitos de acolhimento, na clínica odontológica ampliada do SUS.

Em cada seção desta unidade, acompanharemos situações hipotéticas vivenciadas, por um grupo de futuros cirurgiões dentistas (último ano de graduação de odontologia), estagiários nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), com ou sem estratégia da família, centro de especialidades médicas, CEOs) e unidades hospitalares.

Vamos iniciar nossa jornada pela saúde bucal coletiva e desvencilhar seus mistérios! Esses conhecimentos serão importantes para você ter um bom desempenho em sua atividade

profissional. Esse grupo de alunos de odontologia apendeu muito com o estágio curricular, ao acompanhar o dia a dia de uma UBS numa cidade de pequeno porte por meio de estágio curricular, localizada em um bairro periférico e carente de uma pequena cidade do interior do oeste do estado de São Paulo, com 25 mil habitantes aproximadamente. A área de abrangência dessa unidade atingia três bairros adjacentes, totalizando, aproximadamente, uma população de nove mil habitantes. Vamos refletir sobre quais conceitos da atenção primária devemos conhecer, observando as políticas de atendimento, entre outros, voltados para a saúde bucal nessa UBS.

Ao finalizar as Unidades 1, 2, 3 e 4, você conhecerá as ações específicas da saúde bucal coletiva propostas pela Política Nacional de Saúde Bucal, diante dessa e outras situações que virão. Anime-se, vamos aos estudos!

Seção 2.1

Atenção primária do SUS

Diálogo aberto

Seja bem-vindo! Antes de iniciarmos o estudo, vamos imaginar uma situação hipotética, em que um grupo de estudantes do último ano de Odontologia acompanhava o dia a dia da UBS Ester Nogueira, localizada em um bairro periférico e carente de uma pequena cidade do interior do oeste do estado de São Paulo, com 25 mil habitantes aproximadamente. A área de atendimento e de abrangência dessa unidade atingia três bairros adjacentes, totalizando, aproximadamente, uma população de nove mil habitantes. Quais conceitos são importantes para se conhecer e entender a atenção primária, frente às políticas de atendimento, de fluxo, de ações e serviços, de acolhimento e tratamento em uma UBS?

Para responder a essas e outras dúvidas, vamos estudar temas e conceitos da atenção primária do SUS, como os serviços e as ações de saúde bucal prestados pelas unidades de saúde, no SUS, de atenção primária, a Política Nacional da Atenção Básica do SUS, Portaria nº 2.488/2011, com seus princípios e diretrizes, a educação em saúde e a prevenção e saúde na escola.

Vamos ao estudo!

Não pode faltar

A atenção primária em saúde (APS) é essencial para os sistemas de saúde. Essa constatação justifica-se nos indícios de sua repercussão na saúde e no desenvolvimento da população nos diversos países que a adotaram como eixo estruturante para seus sistemas de saúde. A APS exhibe duas vertentes diferentes e interdependentes: é uma tática de organização e reorganização dos métodos de saúde, em que apresenta o primeiro nível de atenção, e também uma referência de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de **atributos essenciais**: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade,

integralidade e coordenação; e **atributos derivados**: orientação familiar e comunitária. O primeiro contato é o lugar a ser buscado pelos usuários. A longitudinalidade é a relação pessoal entre paciente e profissionais da atenção primária ao longo do tempo. A integralidade é a segurança dada pelo sistema de saúde de que o cuidado integral de saúde será fornecido ao paciente/população. No gerenciamento do cuidado, a equipe se responsabiliza pelo cuidado necessário ao usuário, quer seja feito na UBS ou em qualquer outro ponto de atenção. Na orientação familiar, além do problema de saúde do indivíduo, a equipe tem de conhecer a dinâmica familiar para definir suas necessidades particulares e garantir a assistência integral. No Brasil, foi eleita a nomeação atenção básica para contrapor-se à possibilidade assumida por vários países e instituições internacionais, que compreendem a atenção primária como um agregado de ações de saúde de baixa dificuldade, dedicada a populações de ganho monetário reduzido. A denominação atenção básica, tomada pelo governo brasileiro, objetiva, portanto, contrapor-se à proposta político-ideológica da atenção primária exclusiva destinada às populações mais carentes, e sim buscar retomar o caráter global da Declaração de Alma-Ata, enfocando o papel de reorientação do modelo de assistência para um conjunto global incorporado de atenção à saúde, que associa diferentes setores, públicos e privados. Legalmente, a Constituição de 1988 foi o marco conceitual que fortaleceu a nova percepção social de promoção de saúde, e que originou o SUS, a maior aquisição do movimento sanitário brasileiro. A solidificação do SUS apoia-se na compreensão de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados planejada, com fluxos conhecidos, cujo objetivo é considerar as necessidades que são sentidas pela população usuária, pelos gestores e pela sociedade.



Assimile

Acolhimento.

O acolhimento, ao ampliar o acesso dos usuários ao SUS na APS, quando associado à presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, a cidadania, a corresponsabilização e o comprometimento na produção do cuidado à saúde. Também, pode realmente contribuir para superar

o fato de que as ações de saúde oferecidas pelos serviços públicos não possuem a qualidade esperada, que seus profissionais não têm qualificação e que os serviços de "ponta" são encontrados no serviço privado. De outra forma, quando o acolhimento é visto como um pronto atendimento, a identificação de risco ou triagem realizada na porta do serviço pode perdurar a exclusão da população usuária e das comunidades ao SUS, dificultando a ligação ao projeto terapêutico e a corresponsabilização. Portanto, o acolhimento, em suas diferentes conformações, mostra-se como um processo em desenvolvimento no SUS, que deve ser capaz de inserir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo, fortalecer os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a estruturação de um novo modelo de assistência. Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), é uma conduta ética que implica ouvir as queixas do usuário, na constatação da sua "história" de saúde e adoecimento e no comprometimento da sua resolução. Acolher é uma promessa de resposta às necessidades da população que procurou e procura os serviços de saúde. É necessário que a equipe de saúde sempre faça reuniões para discutir como é realizado o atendimento no serviço: qual é o "caminho" do usuário desde que ele chega ao serviço de saúde, por onde entra, quem o recebe, como o recebe, quem o orienta, quem o atende, para onde ele vai depois do atendimento, resumindo, todos os passos que o usuário percorre. Essa conversa com a equipe vai apontar o que pode ser modificado para que o usuário seja mais bem acolhido. Assim, a partir das reuniões, pode haver alterações, por exemplo, na entrada e na sala de espera, para que tenha um profissional de saúde que receba o usuário antes da recepção, dê as primeiras orientações e o encaminhe para o local adequado. É importante, ainda, aumentar a competência técnica de todos os profissionais da saúde para proporcionar essa escuta qualificada e humanizada dos usuários. As oportunidades de acolhimento são muitas, e a participação de toda equipe de trabalho é importante para que as melhorias aconteçam.

No território brasileiro, o sistema de saúde é dividido e estruturado por níveis de atenção, e é essa estruturação a encarregada por favorecer um melhor atendimento à população, pois cada um desses níveis é relativo a um determinado agregado de serviços de assistências acessíveis aos usuários (alguns com alta complexidade e outros mais básicos).



Essas categorias (níveis de atenção básica) foram determinadas pela OMS e buscam promover, restaurar e manter a saúde do ser humano.

Assim, precisaram constituir uma resposta às necessidades e às solicitações das comunidades, certo? Isso mesmo, e os diferentes níveis de atenção à saúde são divididos em primário, secundário e terciário.

Estudaremos os três níveis, mas, nesta seção, vamos falar do **Primário**, em que estão alocadas as UBSs, conhecidas como postos de saúde. As UBSs cumprem o papel de promover políticas voltadas tanto para a prevenção de doenças como para a preservação da saúde da população. Vale enfatizar que essas ações são de responsabilidade e organizadas no âmbito municipal. No nível primário de atenção, os profissionais de saúde interagem para atuar não apenas nas UBSs, mas também em diferentes locais da comunidade, como centros comunitários e escolas, além de visitarem as famílias em seus domicílios. As ações de cada UBS devem ser integradas para que tenham contiguidade. Algumas das medidas que são possíveis, por exemplo, são os programas educativos que enfocam a higiene pessoal, os hábitos saudáveis e a conscientização sobre vacinação. Pode-se entender esse nível primário de atenção como a porta de entrada para o SUS. Nessa etapa, são agendadas consultas e exames básicos (hemograma, citopatológico etc.), e procedimentos básicos, como curativos, inalação e liberação de medicamentos podem ser realizados. Aqui, a tecnologia disponível não precisa ser avançada. Os equipamentos disponíveis são para diagnóstico e terapêutica (aparelhos de raio-X e de ultrassonografia). Já a aqualificação dos profissionais de saúde precisa ser mais ampla, com a presença indispensável de médicos de saúde da família e clínicos gerais e generalistas. Mesmo com todas as limitações, a resolução dos casos que chegam ao nível primário de atenção deve ficar em torno de 80% a 85%. Assim, devemos concluir que a maior parte das situações recebidas nessa etapa pode sim ser solucionada por meio do atendimento prestado pelos profissionais envolvidos, mostrando que o objetivo da divisão da atenção básica por níveis está sendo cumprido, evitando, dessa maneira, que os centros de especialidades tenham que atender a uma grande demanda de casos de simples solução e

sem particularidades, que representem uma situação de urgência. A atenção primária à saúde tem a saúde da família como tática principal para sua organização. Mas o que se vê hoje é a rede básica com sua capacidade de resolução muito baixa, quer seja por problemas de infraestrutura, ou pela dificuldade dos profissionais médicos em praticarem a clínica com êxito, ou também pela deficiência no gerenciamento das equipes de gestores e coordenadores. Os serviços básicos têm normalmente funcionado como pronto atendimento, direcionados para o cuidado dos sintomas, portanto, encaminhando e sobrecarregando os serviços médicos especializados.

Atenção primária, organizada e resolutiva

Além da Estratégia da Saúde da Família (ESF), quais seriam os princípios básicos para se ter uma atenção básica resolutiva?

O correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde se dá pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, a integralidade e a orientação familiar e comunitária.

Como já falamos, a **longitudinalidade** é a relação pessoal entre paciente e profissionais da atenção primária ao longo do tempo; o **primeiro contato** é o lugar que os usuários buscam primeiramente; a **integralidade** representa a certeza de todos os cuidados de saúde de que o usuário necessitar; a **coordenação do cuidado** representa a equipe responsável pelo cuidado na UBS ou outro local ao usuário e na **orientação familiar**, a equipe deve conhecer e compreender a dinâmica familiar para carências particulares para garantir a assistência total, pois a família representa o sujeito da ação.



Exemplificando

Odontologia no SUS

Como fazer para dar mais acesso à população à saúde bucal?

Uma boa condição de saúde bucal está associada a sorrisos e vitórias. Esses são os sentimentos e as expressões demonstradas pelos pacientes que têm admissão nos consultórios odontológicos privados,

mas infelizmente, muitos não sabem que no, SUS, eles podem ter atendimento odontológico. O atendimento público odontológico teve sua organização iniciada em 1983, com o atendimento às crianças da rede de ensino municipal e estadual em idade escolar, enfocando o tratamento curativo e ações para promoção e prevenção da saúde bucal, estimulando atividades educativas e aplicação tópica de flúor. A saúde teve seu direito garantido na Constituição de 1988, pela Lei nº 8.080/90, e com isso, a odontologia também seguiu as mudanças e os novos caminhos na saúde coletiva. Em 2004, o governo federal apresentou as "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal", objetivando a organização da odontologia no SUS. Esse documento é usado para organizar a assistência odontológica do ponto de vista da atenção integral da população nos municípios. O cirurgião-dentista, na atenção básica, cuida do paciente que ali chega, suprimindo suas necessidades básicas odontológicas, como exame clínico diagnóstico, ações educativas e preventivas. Além desses serviços e ações, ele também participa de programas que são fundamentais para a população, como o Programa Saúde na Escola, que tem uma representatividade extraordinária na comunidade escolar. A UBS oferece os serviços odontológicos básicos, como profilaxia, raspagem de cálculo dentário, restaurações, extrações dentárias, orientações, aplicação tópica de flúor, urgências, entre outros. No entanto, muitas vezes, existe a necessidade de serviços especializados, e nesses casos, o profissional encaminhará o paciente para as unidades de saúde de maior complexidade visando a garantir o cuidado integral do paciente.



Pesquise mais

O Dr. Dráuzio Varella explica sobre o sistema de saúde no Brasil, o SUS e a saúde suplementar.

Fonte: Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=brnUrUU81Ow>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

Princípios do SUS – Parte I. Conexão SUS. Fonte: Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=L9hk1WRL84s>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

Sem medo de errar

Vamos lembrar a situação hipotética em que um grupo de estudantes do último ano de Odontologia acompanhava o dia a dia da UBS, Ester Nogueira, localizada em um bairro periférico e carente de uma pequena cidade do interior do oeste do estado de São Paulo, com 25 mil habitantes. A área de atendimento e de abrangência dessa unidade atingia três bairros adjacentes, totalizando aproximadamente, uma população de nove mil habitantes. Quais conceitos são importantes para se conhecer e entender a atenção primária, frente às políticas de atendimento, de fluxo, de ações e serviços, de acolhimento e tratamento em uma UBS?

Sobre esses questionamentos, as UBS e os Postos de Saúde da Família (ESF), são os principais equipamentos da Atenção primária e são a porta de entrada do usuário do SUS no sistema de saúde. O Programa de Saúde da Família transformou-se em estratégia devido a sua importância no fortalecimento e na reorganização da rede básica, como modelo assistencial de saúde. As equipes de saúde da família vêm somar-se às equipes de profissionais já existentes nas UBS. Como as UBSs ou postos de saúde são já pré-existentes na rede de saúde de todos os municípios, normalmente, o que ocorre é que a estrutura do prédio físico da UBS abriga também a implantação de 1 ou 2 equipes de saúde da família, com algumas ampliações e adequações necessárias no mesmo prédio. Ou, dependendo das condições, podem ser implantadas também uma ou outras unidades de saúde da família isoladas em locais mais distantes, onde ainda não existam UBSs. A partir daí, ocorre a implementação da atenção primária, com a vinda da ESF, com conceitos ampliados de vínculo, territorialização, cuidado integral à saúde das famílias, melhoria do acesso aos serviços de saúde, as visitas domiciliares das agentes comunitárias e outros profissionais.

Como a nossa situação hipotética traz a UBS Ester Nogueira, atendendo a uma população de aproximadamente nove mil moradores e que abrange quatro diferentes bairros na periferia de uma cidade de 25 mil habitantes, podemos entender e lembrar que as ações e serviços prestados nessa UBS são voltados para atendimentos básicos, de promoção, prevenção, recuperação e manutenção à saúde das pessoas e às principais queixas e problemas de saúde detectados. Serviços de consultas, de médicos e enfermagem,

triagens, classificação de risco, exames básicos, de patologia clínica, RX e imagem (como ultrassom), curativos, inalações, aferição de pressão arterial, controle de glicemia (diabetes), grupos de hipertensos, diabéticos, e de gestantes. Atendimento de pré-natal e saúde da mulher, com médico ginecologista, atendimento de puericultura para recém-nascidos e usual para crianças de 0 a 14 anos, com médico pediatra, atendimento de saúde bucal, com o dentista e TSB. Como a UBS Ester Nogueira atendia praticamente a uma população grande, algumas ações estavam prejudicadas, como a classificação de risco e as triagens, devido à alta procura e às filas e demandas reprimidas para acesso aos médicos e dentistas era muito alta, assim, muitas pessoas ficavam sem acesso algum. Essa UBS, por meio de sua coordenação, acenou à equipe gestora da saúde do município a necessidade urgente da implantação de uma ou duas equipes de saúde da família junto a essa UBS com o intuito de, qualificar e ampliar o acesso, reorganizando a atenção básica oferecida àquela população.

Avançando na prática

Implantação da ESF com equipe de saúde bucal

Descrição da situação-problema

Na UBS Ester Nogueira, a fila de espera para atendimento de primeira consulta ou avaliação com o médico clínico, enfermagem, dentista e outros profissionais de saúde era muito longa. O mesmo acontecia com as crianças para atendimento com o médico pediatra, e para as mulheres com o médico ginecologista. A área de abrangência dessa UBS, além do bairro periférico onde ela se situava, incorporava mais três bairros adjacentes, totalizando uma população a ser atendida de nove mil habitantes. A demanda era muito maior que a oferta, fazendo com que, muitas pessoas e famílias que pertenciam àquela UBS não tivessem qualquer tipo de atendimento, nem sequer uma triagem e ou acolhimento. O grupo de alunos do último ano de Odontologia constatou essa demanda reprimida ou fila de espera para todos os serviços, em especial o acesso à saúde bucal.

Refleta sobre a situação e ajude os alunos a resolverem esse caso: como essa situação pode ser resolvida? Quem pode ajudar a

modificar a falta de atendimentos à população? Ajude a solucionar esses problemas.

Resolução da situação-problema

A equipe gestora de saúde de atenção básica da Secretaria de Saúde desse município do oeste do interior paulista de 25 mil habitantes aproximadamente, resolveu, mediante às necessidades já detectadas de demandas reprimidas e falta de acesso, implantar uma ESF com uma equipe de Saúde Bucal Modalidade I a essa UBS, de imediato, e outra equipe a curto e médio prazo. Com a implantação dessa ESF junto à UBS, a tendência é melhorar o acesso das pessoas e das famílias à unidade e aos serviços de saúde, pois a nova equipe de profissionais, com um médico generalista, especialista em saúde da família, uma enfermeira especialista em saúde da família, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, uma dentista de saúde da família e uma técnica de saúde bucal, vem somar aos profissionais já existentes na unidade básica. Como uma ESF, abrange uma área adstrita de aproximadamente mil famílias ou 4.500 pessoas, agora a população de nove mil pessoas passou a ter mais possibilidades de ser atendida em suas necessidades e também em ações de promoção, prevenção e manutenção da saúde, realizadas por todos os profissionais da UBS/ESF, além de um atendimento mais perto pelas agentes comunitárias, com as visitas domiciliares. Em especial, o acesso à saúde bucal melhorou significativamente, sendo possível até para implantar acolhimento por classificação de risco de cárie. Antes, sem a equipe de saúde bucal da família, não existia possibilidade de planejamento de atendimento pelo dentista e auxiliar da UBS, fazendo atendimento, espontâneo, com agenda aberta, sem condições de fazer triagem devido à enorme procura de emergências odontológicas. Portanto, com o tempo, as agendas passaram a ficar sem planejamento, com demanda espontânea devido à alta procura das pessoas com queixas e problema agudos.

Faça valer a pena

1. O atendimento pelo SUS é direito garantido a qualquer cidadão brasileiro. Ele se dá, a partir de um modelo baseado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidades. A proposta é que casos de menor urgência possam ser resolvidos em instâncias que não cheguem a centros especializados de alta complexidade, melhorando a eficiência e a eficácia de todo o sistema.

Estamos falando de um modelo que pode ser garantido na:

- a) Atenção secundária à saúde.
- b) Atenção terciária à saúde.
- c) Atenção básica, ou primária, à saúde.
- d) Atenção hospitalar.
- e) Atenção quaternária à saúde.

2. A primeira abordagem de atendimento e também de escuta do usuário, referente às suas reclamações sobre os problemas de saúde, é uma postura ética que implica o reconhecimento da sua "história" de saúde e adoecimento, além do compromisso e da responsabilização em responder às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

A essa abordagem inicial e humanizada que o usuário recebe em todos os encontros e níveis de atendimento que ele percorre, damos o nome de:

- a) Acolhimento.
- b) Integralidade do cuidado em saúde.
- c) Equidade.
- d) Acesso universal à saúde.
- e) Visita domiciliar.

3. As ações de cada UBS devem ser integradas e ter continuidade. Para isso, programas de caráter educativo, voltados para a higiene pessoal, para a conservação de hábitos saudáveis e, por exemplo, para a conscientização a respeito da vacinação, são algumas das medidas possíveis e desejáveis. Nesse nível de atenção, são feitas consultas e exames básicos (hemograma, citopatológico etc.), além serem realizados procedimentos básicos, como curativos, inalação e dispensação de medicamentos, por exemplo).

Nesse nível, a resolutividade dos casos deve ser alta (até 85%). Sobre qual nível estamos falando?

- a) Terciário.
- b) Secundário.
- c) Hospitalar de grande porte.
- d) Hospitalar de pequeno porte.
- e) Primário.

Seção 2.2

Atenção secundária do SUS

Diálogo aberto

Seja bem-vindo! Antes de iniciarmos o estudo, vamos recapitular e acompanhar, por meio das situações hipotéticas vivenciadas por um grupo de alunos estagiários do último ano de graduação de Odontologia nas UBSs, com ou sem estratégia da família, centro de especialidades médicas, CEOs e unidades hospitalares. No dia a dia de estágio na UBS/ESF da cidade de pequeno porte, os alunos observaram que os casos de tratamentos odontológicos realizados, na maioria das vezes, não tinham continuidade, quando, por exemplo, havia a necessidade de encaminhar os pacientes para tratamentos especializados. Assim, viu-se a importância da implantação de um CEO, por meio do Programa Brasil Sorridente do Governo Federal, para atender não somente à demanda de especialidades bucais oriundas da UBS/ESF em questão, mas também de toda a rede bucal básica do município. Pense na sua cidade, se nela não há CEOs, como se dá a implantação de um deles? Quais são as especialidades odontológicas envolvidas no CEO? Como funcionam os encaminhamentos da rede básica para o CEO? E a contrarreferência?

Para responder a essas e outras dúvidas, vamos estudar e conhecer melhor a atenção secundária do SUS, em especial a saúde bucal. Também vamos conhecer as práticas odontológicas no SUS na atenção secundária e o Programa Brasil Sorridente, através dos CEOs.

Vamos ao estudo!

Não pode faltar

A atenção secundária do SUS é formada por ações e serviços especializados tanto nas categorias ambulatorial quanto na hospitalar. Historicamente, ela é considerada como um conjunto de procedimentos de média complexidade. Desse nível de atenção fazem parte os serviços médicos/odontológicos especializados, por exemplo, ortopedia, cardiologia, endocrinologia, oftalmologia,

urologia, psiquiatria, neurologia, dermatologia, entre outras, além dos atendimentos das especialidades odontológicas como: endodontia (tratamento de canal), a periodontia (cuidados e tratamentos com os periodontos de sustentação e proteção), diagnóstico de patologias bucais (prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal), a odontologia para pacientes especiais e as cirurgias orais menores, como as cirurgias para remoção do dente do “siso” (3º molar permanente) por exemplo. Também fazem parte outros serviços especializados, como exames diagnósticos de apoio, como a tomografia, endoscopia, colonoscopia e exames de laboratório, como de hormônios, além dos atendimentos de urgências e emergências nas UPAs e/ou pronto atendimentos.

A atenção secundária exerce um relevante papel na resolução e no cuidado absoluto em saúde, estendendo o acesso a consultas e aos procedimentos especializados. O grau de tecnologia das ações e serviços, bem como dos equipamentos, é intermediário entre a atenção primária e a terciária, que são interpretados como serviços de média complexidade. As dificuldades, no entanto, muito comuns e quase sempre identificadas na reorganização e reestruturação do modelo de atenção, no que tange à assistência, estão relacionadas às articulações entre a atenção básica (primária) e a atenção secundária. As precárias intercomunicação e integração entre os dois tipos de atenção, associadas à deficiência de fluxos formais para atenção terciária, são consideradas problemas graves quanto à garantia do cuidado integral e que tornam esse processo na rede inacabado.

A classificação de risco nos serviços de pronto atendimento tem como objetivo cuidar prioritariamente daquele paciente em perigo ou agravo de saúde e até mesmo grau de sofrimento, isso, segundo a gravidade clínica, me vez de atender à procura por ordem de chegada. Os serviços de urgência e emergência, quando bem organizados na rede, reforçam a ação da atenção primária, fazendo, com que, por meio da triagem por classificação de risco (Protocolo de Manchester), as urgências e emergências sejam priorizadas, e os casos que não são classificados como urgências sejam contrarreferenciados, isto é, são devolvidos à rede básica para atendimento e resolução. Das estratégias essenciais para a melhor integração dos níveis assistenciais, estão incluídas a formação e consolidação de normas regulatórias, inseridas nas secretarias municipais de saúde, com descentralização de funções em nível local, a organização dos fluxos, a introdução de

um sistema informatizado em rede e o aumento da oferta de serviços especializados nos municípios, inclusive com investimento financeiro maior. Pensando no sistema integrado de saúde, a oferta de serviços especializados, de atenção secundária, deve acontecer de preferência em local próprio e bem localizado, mais adequado, normalmente, em ambientes extra-hospitalares e extra UBS/ESF.

Como já dito anteriormente, um dos principais instrumentos para integrar as atenções primária, secundária e terciária, é a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de consultas e exames em todos os centros de saúde, descentralizando-os, ou em um local centralizado, como o sistema SISREG (Sistema Nacional de Regulação) do Ministério da Saúde. O aumento da resolução dos casos na atenção primária está intrinsecamente relacionado ao acesso a consultas e procedimentos disponíveis na atenção secundária. A interação entre as atenções primária e secundária é uma das condições para as resoluções, por isso a necessidade de mais investimentos financeiros na atenção secundária incrementa a resolutividade da atenção primária. Ao contrário, havendo pouca resolução dos casos da atenção primária, aumenta a demanda para a atenção secundária.



Refleta

Caro aluno, a falta de resolutividade da atenção básica, a existência de demanda reprimida, a restrição de acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência e a não implementação de linhas de cuidado apresentam-se como limitações de um serviço em rede, comprometendo o seu funcionamento.

No entanto, ainda há necessidade de melhorar as ferramentas de planejamento, da rede de assistência determinando protocolos para que, a cada dia, aumente a eficiência dos serviços em relação à sua oferta e ao acesso do usuário. A implantação e o aperfeiçoamento, constante dos fluxos, contrafluxos, referência e contrarreferência auxiliam a organizar a "andança", a "peregrinação" e o percurso do paciente pela rede de saúde, propiciando-lhe sempre um bom acesso e acolhimento, garantindo sempre a oferta de cuidados em saúde

contínuos. As principais unidades de saúde de atenção secundária do SUS são: os centros de especialidades médicas/odontológicas, os centros de reabilitação física, psicomotora, os ambulatórios de saúde mental, os centros de atenção psicossocial (CAPs), os centros de diagnósticos e de imagem, os laboratórios de exames especializados, os prontos socorros ou P.A. 24 horas, e as unidades hospitalares de baixa e média complexidade. Por muitos anos, a odontologia esteve em segundo plano, no que se refere às políticas públicas de saúde bucal no Brasil. Os brasileiros tinham acesso limitado à saúde bucal pública e gratuita, fazendo com que as pessoas somente procurassem atendimento odontológico quando sentiam dor. Devemos levar em consideração também a demora no atendimento que, aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos, fazia com que os principais tratamentos odontológicos oferecidos pela rede pública fossem apenas os procedimentos simples e extrações dentárias que eram muito frequentes, mostrando, dessa forma, a “imagem” de uma odontologia mutiladora e de que o dentista atuava apenas clinicamente. Hoje, esse quadro mudou, temos um atendimento gratuito de qualidade, com continuidade dos tratamentos.

Então, a partir de agora, vamos estudar e conhecer melhor as ações e práticas odontológicas do SUS na atenção secundária, o Programa Brasil Sorridente.



Assimile

Para mudar esse quadro ruim de atendimento odontológico, em 2003-2004, o Brasil Sorridente, Programa do Governo Federal foi implantado como uma referência regulatória e “divisor de águas” para a Saúde Bucal no Brasil. O programa, engloba uma quantidade de atitudes que aumentam o acesso ao tratamento odontológico, principalmente na atenção secundária, bem como na atenção primária, ofertando procedimentos odontológicos especializados e gratuitos por meio do SUS. O Brasil Sorridente, integra algumas ações que têm como principal objetivo garantir muitas intervenções de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. As principais vertentes de ação do Brasil Sorridente são: a reorganização e o fortalecimento da atenção básica em saúde bucal, aliados, principalmente, ao crescimento do número de implantação e implementação de equipes de saúde bucal (ESB) na ESF, qualificação da atenção especializada, principalmente,

com a implantação de CEOs e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). O Brasil Sorridente também assegura a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

(BRASIL. Ministério da saúde. **Brasil sorridente**. Portal do Departamento da Atenção Básica DAB, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>. Acesso em: 6 maio 2017.)

Os CEOs também englobam os procedimentos odontológicos especializados no âmbito hospitalar, além da periodontia, endodontia, pacientes especiais, cirurgia oral menor, diagnóstico e patologia bucal. Os dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do ano de 2003 mostraram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano eram de especialidades, mostrando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados. Baseado nessa grande discrepância de mínimos procedimentos especializados em relação aos básicos foi, que, por meio do Brasil Sorridente, foram implantados os CEOs. Os CEOs oferecem serviços especializados de saúde bucal, como suporte e apoio para a rede básica bucal até então carente desses serviços a serem referenciados. Em função do tamanho da população, dos recursos estruturais e financeiros pré-existentes, bem como das demandas a serem assistidas, os CEOs podem ser classificados em três tipos. Tipo I: com três cadeiras e/ou equipos odontológicos; Tipo II: com quatro a seis cadeiras e equipos odontológicos; e Tipo III: com mais de sete cadeiras e equipos odontológicos e devem funcionar 40 horas semanais, ou seja, 8 horas diárias, de segunda a sexta-feira. Esses centros odontológicos devem cumprir uma meta mensal de procedimentos exigidos: CEO tipo I, com no mínimo 80 procedimentos do subgrupo atenção básica; 60 procedimentos do subgrupo periodontia; 35 procedimentos do subgrupo endodontia e 80 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor; no CEO tipo II, com no mínimo 110 procedimentos do subgrupo atenção básica; 90 procedimentos de periodontia; 60 procedimentos de endodontia e 90 procedimentos de cirurgia oral menor; e, no CEO tipo III, com 190 procedimentos de atenção básica; 150 procedimentos de periodontia; 95 procedimentos de endodontia e 170 procedimentos do subgrupo cirurgia oral menor (Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011).



Referência e contrarreferência com os CEOs: o papel e o intuito do serviço de atenção secundária em saúde bucal correspondem tanto à oferta de tratamento em especialidades odontológicas quanto à elaboração pelos dentistas especialistas de planos de tratamento aos pacientes encaminhados da rede básica. A realização do tratamento se dá na atenção primária, e após a conclusão dos procedimentos especializados no CEO, o paciente é reencaminhado à rede básica para a finalização e manutenção do tratamento básico. Esse encaminhamento da UBS/ESF para o CEO e vice-versa, ou seja, a referência e contrarreferência são utilizadas com sucesso.

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2016,



O Programa Brasil Sorridente colaborou e continua colaborando na reorganização da saúde bucal básica, através do aumento das implantações das equipes de saúde bucal da saúde da família, e das implementações dessas equipes, oferecendo, inclusive, serviços de próteses dentárias. A atenção especializada e secundária odontológica, através dos CEOs, avançou muito na política de saúde bucal: mais de sete milhões de pessoas passaram a ter acesso à água tratada e fluoretada, com 600 novos sistemas de fluoretação. Em 13 anos de existência, o Programa Brasil Sorridente vem garantindo a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde bucal da população brasileira. Os últimos dados de 2016 mostram a saúde bucal, que faz parte da ESF, com cerca de 25 mil equipes, tratando aproximadamente 40% da população brasileira na saúde bucal básica. O Brasil ultrapassou a atenção básica e hoje atua também na atenção especializada, com mais de 1.100 CEO em 900 municípios, que atendem a pacientes com necessidades especiais, endodontia, periodontia e cirurgias. (BRASIL, 2016, [s.p])



Exemplificando

"Para atender uma parte da população que sofre com a perda dentária, existem 1.771 laboratórios regionais de próteses dentárias. Só em 2015, 626.662 mil próteses foram entregues em todo o país" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Como grande parte das doenças bucais estão diretamente relacionadas ao uso do fumo, ao consumo de álcool e à má higiene bucal, e essas doenças, por sua vez, podem causar ou agravar doenças como as cardiovasculares e diabetes, as orientações sobre higiene bucal diminuem o risco de desenvolvimento de doenças bucais e dentárias.



Pesquise mais

Conheça mais sobre o Programa Brasil Sorridente, tão importante para a população brasileira.

Programa Brasil Sorridente auxilia na saúde bucal com tratamento gratuito. TVNBR. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BmU64MkS2Ow>>. Acesso em: 6 maio 2017.

Conheça mais sobre o Brasil Sorridente, lendo o artigo *Do Brasil sem dentes ao Brasil Sorridente*. Disponível em: <www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/download/112/81>. Acesso em: 6 maio 2017.

Programa Brasil Sorridente reorganiza e fortalece a saúde bucal na atenção básica, aumentou o número e implementou, aprimorando, as equipes de saúde bucal da saúde da família, oferecendo serviços de próteses dentárias. Veja o exemplo do município de Pará de Minas. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=IG6lrG9bD20>>. Acesso em: 6 maio 2017.

Sem medo de errar

Vejamos a situação hipotética em que um grupo de estudantes do último ano de Odontologia (o mesmo citado na Seção 2.1) acompanhou o dia a dia de uma UBS numa cidade de pequeno porte e detectou, nessa UBS já incorporada à saúde da família, que os casos de tratamentos odontológicos realizados, na maioria das vezes, não

tinham uma continuação, mesmo quando havia necessidade de serem encaminhados, por exemplo, para as especialidades odontológicas. Portanto, foi implantado um CEO por meio do Programa Brasil Sorridente do Governo Federal para atender não só à demanda de especialidade bucal oriunda dessa UBS/ESF, como de toda a rede básica bucal do município. Assim, perguntamos: como se dá a implantação de um CEO? Quais são as especialidades odontológicas envolvidas no CEO? Como funcionam os encaminhamentos da rede básica para o CEO? E a contrarreferência?

A implantação do CEO ocorre a partir de critérios mínimos exigidos pelo Departamento de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, em que o município deverá possuir uma rede de atenção primária à saúde organizada e deverá manter a produção mínima mensal exigida na Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Existem três tipos de CEO, e cada um deles recebe um valor de incentivo financeiro inicial e único para implantação e um repasse mensal de custeio, repassado pelo Ministério da Saúde:

Incentivo financeiro inicial e único de implantação – para construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos odontológicos: R\$ 60 mil para CEO Tipo I (com 3 cadeiras-equipos odontológicas); R\$ 75 mil para CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras-equipos odontológicas); e R\$ 120 mil para CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras-equipos odontológicas). Incentivo de custeio – mensal: R\$ 8.250 mil para CEO Tipo I; R\$ 11 mil para CEO Tipo II; R\$ 19.250 para CEO Tipo III (Ministério da Saúde, Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012).

Os CEOs estão preparados para oferecer à população os seguintes serviços odontológicos especializados: diagnóstico bucal e patologia bucal, com ênfase no diagnóstico precoce do câncer de boca para maior sucesso em seu tratamento posterior; periodontia especializada em tratar e manter preservada a gengiva, que é o periodonto de proteção do dente, e também do osso dentoalveolar, que é o periodonto de sustentação do dente; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, responsável por tratar, curar e manter todos os tecidos moles e duros da cavidade oral sadios; endodontia, que realiza os tratamentos de canais dos dentes, ou seja, da polpa infectada, a parte vital dos dentes; e atendimento a portadores de necessidades especiais. O tratamento oferecido nos CEOs é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica, no caso dos municípios que estão na ESF,

pelos ESB. Os profissionais dentistas da atenção básica/e ou dentista da saúde da família são os responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento aos centros especializados apenas dos casos mais complexos e necessários. Da mesma forma, a devolutiva do paciente (contrarreferência) para a rede básica também é responsabilidade dos dentistas especialistas do CEO para que, na rede básica, seja concluído e completado o tratamento com a manutenção do mesmo.

Avançando na prática

Tratamento odontológico completo

Descrição da situação-problema

Antes da vinda do Programa Brasil Sorridente em 2003-2004, no SUS, as crianças, os adolescentes, os jovens, os adultos e as pessoas de maior idade, ou idosos, que necessitavam de procedimentos especializados em odontologia para completarem ou concluírem seus tratamentos odontológicos, na maioria das vezes, eram encaminhadas aos serviços particulares, pois os serviços públicos municipais não disponibilizavam de tais ações e serviços. Essa falta de sequência, ou seja, a descontinuidade dentro do serviço público odontológico e da conclusão do tratamento odontológico quando se necessita encaminhar para especialidades odontológicas, prejudicava a saúde bucal e geral do paciente.

AMC, de 16 anos, em tratamento dentário no posto de saúde da família, foi diagnosticada com cárie dental, tártaro e problemas endodônticos. Todos os procedimentos básicos foram realizados, como restaurações, raspagem de tártaro, profilaxia, aplicação de flúor e orientações, mas, para concluir o plano de tratamento feito pelo dentista, restava o tratamento de canal dos dentes pré-molar (15) e molar (16), que apresentavam cárie profunda oclusal, com comprometimento grande da polpa dentária portanto, precisavam de endodontia antes de serem restaurados definitivamente. Sabendo que a família não tinha condições financeiras, o que era preciso fazer? Existiria a possibilidade de AMC ter esse tratamento gratuito se não houvesse um CEO implantado?

Resolução da situação-problema

Nesse caso hipotético da menina adolescente AMC, de 16 anos, comprometida com os elementos dentários 15 e 16, com indicação e necessidade de tratamento endodôntico e desprovida de condições financeiras para pagá-lo, como na cidade da paciente havia CEO, para solucionar o problema, a menina foi encaminhada a ele, parte do Programa Brasil Sorridente e então teve os tratamentos de canais realizados. Com a presença do CEO, o ciclo se completou e o tratamento odontológico foi concluído por completo. Em seguida, a paciente retornou (referência e contrarreferência) ao dentista da família para finalização e manutenção. Mas se não houvesse o CEO, e devido aos problemas financeiros, a menina não teria continuidade no tratamento permaneceria com seus dentes 15 e 16 infectados ou infeccionados, com trocas de curativos, pelo dentista, quando necessário, até o limite. Possivelmente, a adolescente teria os dentes extraídos.

Faça valer a pena

1. Os dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) do ano de 2003 revelaram que apenas 3,5% do total de procedimentos odontológicos realizados naquele ano foram de especialidades, mostrando a grande desproporção na oferta entre procedimentos odontológicos básicos e especializados.

Baseado nessa grande discrepância de mínimos procedimentos especializados em relação aos básicos, o Ministério da Saúde, em 2003-2004, através do Programa Brasil Sorridente, implantou:

- a) A Estratégia Saúde da Família.
- b) As equipes de saúde bucal da saúde da família.
- c) O programa de saúde bucal nas escolas.
- d) Os Centros de Especialidades Odontológicas, os CEOs.
- e) As equipes de saúde bucal da família na área rural

2. A atenção secundária do SUS desempenha um importante papel na resolutividade e integralidade do cuidado em saúde, ampliando o acesso a consultas e aos procedimentos especializados. Historicamente, é interpretada como procedimentos de média complexidade.

A atenção secundária do SUS é composta por quais serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar e ações? Analise as afirmativas a seguir

e assinale V para verdadeiro e F para falso:

() Pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Equipes de Saúde da Família (ESFs).

() Pelos hospitais de baixa e média complexidade e os CAPs (centro assistência psicossocial).

() Pelos centros de especialidades médicas /odontológicas.

() Pelos centros de imagem e diagnósticos e laboratórios de exame especializados.

() Pelos prontos socorros, de urgência e emergência 24 horas.

Após análise das afirmativas é correto apenas o que se afirma em:

a) V – V – V – V – V.

b) V – V – V – F – F.

c) F – V – V – V – V.

d) F – F – F – F – V.

e) F – V – V – F – F.

3. O Programa Brasil Sorridente colaborou e colabora até hoje na reorganização da saúde bucal básica por meio do aumento das implantações das equipes de saúde bucal da saúde da família e das implementações dessas equipes, oferecendo, inclusive, serviços de próteses dentárias.

Os CEOs, centros de especialidades odontológicas, do Programa Brasil Sorridente oferecem procedimentos especializados em odontologia em quais especialidades?

a) Endodontia, periodontia, diagnóstico bucal, cirurgia oral menor e atendimento aos pacientes especiais.

b) Endodontia, odontopediatria e dentística.

c) Periodontia, odontopediatria e dentística.

d) Odontologia estética, periodontia e dentística.

e) Endodontia, odontopediatria e odontologia estética.

Seção 2.3

Atenção terciária à saúde

Diálogo aberto

Caro aluno, seja bem-vindo! Nesta seção, continuaremos acompanhando o grupo de estudantes do último ano do curso de Odontologia em seu estágio curricular em um CEO, que você lembra, atende a procedimentos odontológicos especializados de alta complexidade, além da periodontia, endodontia, pacientes especiais, cirurgia oral menor, diagnóstico e patologia bucal (BRASIL, 2016). Nesse CEO, os alunos estagiários se depararam com diferentes demandas, e uma fila de espera de pacientes com desejos de implantes dentários e também alguns casos de cirurgias orais de grande porte e traumas bucomaxilofaciais, sendo que algumas destas cirurgias, e outras, como as ortognáticas, deveriam ser realizadas em hospitais.

Os alunos acompanharam o caso do paciente A.M.J, de 30 anos, que tinha sofrido um grave acidente de carro, com traumas oral e facial extensos, fraturas dos ossos da face e perda de quase todos elementos dentais. O plano de tratamento, bem como o tratamento emergencial, foram realizados no hospital, com cirurgias bucomaxilofaciais reparadoras de grande porte. Com esses detalhes expostos e juntamente com os alunos, você consegue responder: como foram o pós-operatório emergencial desse paciente, a sua recuperação e seu acompanhamento? Qual é o plano de tratamento bucal definitivo para esse paciente? Qual deve ser a estrutura do CEO voltada para realização de implantes dentários e cirurgias como as bucomaxilofaciais?

Para a realização dessas ações e serviços de saúde bucal, de atenção terciária e de alta complexidade no CEO e/ou Hospital, o Governo Federal também oferece incentivo financeiro? Ou o município tem que viabilizá-los e realizá-los com suas próprias capacidades físicas e financeiras?

A fim de reforçarmos e aprimorarmos nossos conhecimentos nos temas tão importantes, nesta seção, vamos conhecer a estrutura do CEO voltada à atenção terciária da saúde geral e bucal e a aplicação e uso dos conceitos de acolhimento e clínica ampliada no SUS.

Vamos ao estudo!

Não pode faltar

Prezado aluno, antes de falarmos sobre o nível de atenção terciária à saúde, vamos recapitular brevemente os três níveis de atenção. Lembre-se de que cada nível corresponde a um determinado conjunto de serviços disponibilizados aos usuários, dos mais básicos aos de maior complexidade e que visam promover, prevenir, recuperar e manter da saúde das pessoas.

No nível primário, estão as UBSs, em que os profissionais de saúde trabalham e se articulam para atuar não apenas nas UBSs, mas também em diversos espaços da comunidade. É a porta de entrada para o SUS, em que são realizados consultas e exames, além de procedimentos básicos, como curativos, aferição de pressão arterial e glicemia. Os equipamentos são mais simples, voltados para diagnóstico, como os aparelhos de raio-X e de ultrassonografia e os profissionais de saúde, tem uma formação mais ampla, com a fundamental presença de médicos de saúde da família. Espera-se que nesse nível, haja atendimento e resolução de aproximadamente 80% dos casos.

Já no nível secundário, estão as unidades de atendimento especializado ou de média complexidade, os centros de especialidades médicos/odontológicos, as Unidades de Pronto Atendimento e os hospitais de pequeno e médio porte, onde devem ser realizados os tratamentos propriamente ditos de situações crônicas e de doenças agudas. Neste nível, os equipamentos são mais sofisticados que os do nível primário para fazer endoscopias, colonoscopias e ecocardiogramas. Os profissionais, como médicos e dentistas, são mais especializados, como os cirurgiões bucomaxilofaciais, implantodontistas, cardiologistas, entre outros.

No nível terciário de atenção à saúde, são encontrados os hospitais de grande porte e é onde podem ser realizadas intervenções mais complexas, isto é, mais invasivas, mediando situações em que a vida do cidadão está em risco. Nesses locais, são disponibilizados equipamentos de alta tecnologia, como tomógrafos, ressonância magnética e equipamentos para hemodinâmicas. O objetivo nesse nível de atenção à saúde é assegurar, de forma incisiva, a manutenção e preservação da vida do usuário/paciente. Nessa fase, também encontramos os cirurgiões dentistas especializados, como nas cirurgias bucomaxilofaciais, e médicos especialistas

em áreas como da cirurgia cardiovascular, de transplantes de órgãos, neurocirurgias e nefrologistas. A perspectiva é que o nível terciário tenha suportes de tecnologia e profissionais capacitados para atender a situações que no nível secundário não puderam ser tratadas por serem mais complexas.



Assimile

Ficou claro que o **nível terciário** atua e entra em ação para os usuários que já passaram pelo nível secundário, mas não conseguiram resolver seus problemas. Portanto, o nível terciário atua como um suporte e/ou complemento do nível secundário e é o último e mais tecnológico nível em especialidade e complexidade, em que, entre as ações em serviço bucal, podemos elencar: os implantes dentários, com ou sem enxertos ósseos, e as cirurgias orais de grande porte, tanto de tecidos moles, como de tecidos duros. As cirurgias de neoplasias malignas, de tecidos moles/duros na cavidade oral, na maioria das vezes, são realizadas por médicos oncologistas, e os tumores benignos e as biópsias para se diagnosticar a malignidade são realizadas pelos cirurgiões dentistas especialistas.

Somente para lembrar, os CEOs, no nível secundário, oferecem, além das próteses dentárias, serviços especializados como de periodontia, endodontia, diagnóstico e patologia bucal e atendimento a pacientes especiais. Porém, podem e devem, de acordo com cada município, oferecer serviços de implantes dentários e cirurgias orais de maior porte, atingindo um maior nível de complexidade, que nesse contexto se refere ao nível terciário de atenção à saúde.

Os serviços especializados de odontologia terciários ou de alta complexidade, como implantes e cirurgias bucomaxilofaciais, são custeados por meio de incentivos financeiros pelo Brasil Sorridente do Governo Federal, via Portaria MS/SAS nº 718, de 20 de dezembro de 2010, o que possibilita a solicitação da inclusão de procedimentos de implantes dentários e aparelhos ortodônticos via CEOs, mas infelizmente, esses incentivos financeiros não são muito animadores e dependem da boa vontade técnica, política e financeira do gestor local. A estrutura dos CEOs, voltados à realização de implantes dentários, com ou sem enxertos ósseos alveolares, e cirurgias de traumas

bucomaxilofaciais é, basicamente, a mesma encontradas nos CEOs implantado por meio das normativas e portaria do Brasil Sorridente do Ministério da Saúde, mas a esse acrescentam-se os profissionais especializados em implantodontia e cirurgia bucomaxilofacial. Também recomenda-se que as salas e os consultórios para essas especialidades sejam equipadas com bombas a vácuo apropriadas para cirurgias orais, lembrando ainda, que nos CEOs, além das cirurgias de pequeno porte, também são realizadas exodontias de 3^{os} molares (siso); já os traumas bucomaxilofaciais e cirurgias ortognáticas devem ser realizadas em ambiente hospitalar, sob anestesia geral (Portaria MS/SAS nº 718, de 20 de dezembro de 2010).

Modelo de assistência ideal e piramidal e aplicação e uso dos conceitos e diretrizes do acolhimento na clínica ampliada do SUS

O modelo de assistência ideal e piramidal está diretamente relacionado à aplicação e ao uso dos conceitos e diretrizes de um bom acolhimento na clínica ampliada do SUS, pois contribui de forma efetiva para que aproximadamente 70% a 80% dos casos sejam acolhidos, atendidos e devidamente resolvidos na atenção primária à saúde, ou seja, na base da pirâmide. No modelo piramidal encontram-se distribuídos os três níveis de atenção à saúde da população. Na base (nível primário), deve ser resolvida a maioria dos casos, como já dissemos. Em seguida, temos o nível secundário, e no ápice da pirâmide, o nível terciário (com casos mais complexos) e que necessita de uma estrutura mais complexa para o atendimento do paciente. Nesse modelo assistencial, o que se preconiza é que o usuário seja atendido de forma humanizada, isto é, ele deve ser ouvido, o profissional deve “querer” saber por que ele adoeceu e como ele está se sentindo. Dessa forma, o profissional entenderá melhor o processo da doença e estará mais capacitado para conduzir o paciente para a saúde. Lembre-se, por exemplo, que se um paciente é diabético e está deprimido, obviamente essa depressão interferirá ainda mais no controle de sua doença, e ele precisa ser entendido e atendido de forma diferencial pelo profissional da saúde para melhor controle da doença e busca da saúde (BRASIL, 2010).



A clínica ampliada, parte das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), recomenda que o profissional de saúde busque não somente combater as doenças, mas procure cada vez mais ajudar as pessoas, mostrando que a doença não é o limite, isto é, que a doença não pode impedir o cidadão de viver outras coisas durante o processo da doença.

O acolhimento na clínica ampliada é um instrumento técnico-assistencial que favorece a ponderação e a mudança das formas de instrumentalizar a assistência à saúde dos cidadãos. Deve ser entendido como uma atitude prática nas ações de atenção e gerenciamento nas unidades de saúde, favorecendo um contato de credibilidade e compromisso da população com as equipes e os serviços prestados, colaborando para o incentivo de uma cultura de solidariedade e, dessa forma, legitimando o sistema público de saúde. Também propicia avanços na colaboração entre cidadãos/usuários, trabalhadores e gerentes da saúde em defesa do SUS, como uma política pública necessária para a população brasileira. Pode ser considerado como uma das diretrizes de maior importância em relação à ética na PNH do SUS e deve ser traduzido na recepção administrativa e no oferecimento de um ambiente agradável, e quando necessário, o usuário deve ser encaminhado para atendimento especializado, sempre explicando os motivos desse encaminhamento. Todo cidadão/paciente que procura ajuda no sistema de saúde deve ser acolhido pelo profissional com a intenção de resolver os problemas de saúde que o indivíduo está enfrentando, quando o profissional, como já dissemos, ouvirá as queixas do paciente, seus medos e suas expectativas. A avaliação de risco e de vulnerabilidade não podem ser desconsideradas, sendo importantes as percepções do usuário e do meio social em que ele vive. Analisar os riscos implica sempre estar atento ao grau de sofrimento físico, psíquico, social e econômico, pois muitas vezes o usuário aparentemente chega bem, sem sinais de problemas físicos, mas muito angustiado, e pode estar mais necessitado de atendimento do que outros pacientes que chegam aparentemente mais debilitados fisicamente.

Vale ressaltar que o acolhimento não ocorre somente entre profissionais e usuários, mas também entre os profissionais, pois na equipe, os profissionais da saúde também necessitam ser ouvidos e respeitados.



Caro aluno, imagine a seguinte situação: Paciente A.J., 17 anos de idade, chegou com uma amiga na unidade de saúde com semblante de alguém que está com dor. Disse que estava com muita dor “de dente” e na barriga. A profissional que a atendeu/acolheu disse, segundo sua avaliação, que ela deveria ficar na fila, pois tinha condições para esperar. Após quase 50 minutos de espera, a paciente, voltou à recepção e disse que a dor, principalmente, na barriga, tinha aumentado muito, tornando-se insuportável, mas lhe foi dito que deveria esperar ser chamada. Após aproximadamente 10 minutos, A.J. caiu, sendo imediatamente socorrida e levada para atendimento. Infelizmente ela já estava em estado de coma. A amiga relatou que A.J. tinha “tomado” uma dose altíssima de remédio para a dor de dente e um remédio (dose também alta) que disseram ser abortivo (a paciente estava grávida de 10 semanas), mas não era uma gravidez desejada.

O que esse relato nos indica é a falta de acolhimento/humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar os seus problemas, suas angústias e suas demandas; a mudança do foco da doença para a pessoa como um todo; uma abordagem integral a partir de indicadores humanitários de solidariedade e cidadania; o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e comprometimento dos graus de vínculo e confiança entre eles. A concepção de acolhimento se efetiva por meio da percepção qualificada e da habilidade de integração entre a procura pelo usuário e a resposta do serviço. Deve-se traduzir em qualificação da produção de saúde, complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética, atenciosa, educada, humana e mais resolutiva possível. Esse caso hipotético só faz reforçar a importância no acolhimento e que a avaliação de risco deve ser feita, pois se configura como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na implementação da promoção da saúde ao usuário da rede de saúde.

A PNH, do Ministério da Saúde – SUS – tem suas ações a partir de diretrizes clínicas, políticas, éticas e técnicas. Vale reforçar que a **clínica ampliada** é um conceito que norteia o trabalho da saúde humanizada,

sendo uma ferramenta teórica e prática cujo objetivo é favorecer uma abordagem que considere a peculiaridade e a simplicidade do indivíduo e a multiplicidade do seu processo de saúde e doença. Ao falarmos em clínica ampliada, compreendemos que, antes de qualquer definição, existe o princípio desse novo entendimento de fazer saúde, ou seja, a necessidade de o indivíduo ser tratado como sujeito biopsicossocial, sem ser fragmentado em partes. A clínica ampliada e compartilhada surge com a recomendação de que se deve compreender o que significa adoecer e como a doença deve ser tratada no contexto de vida. Portanto, sua proposta não é unicamente tratar a doença, mas sim, cuidar/tratar a pessoa de forma integral, como um “todo”.



Refleta

A clínica ampliada parte das diretrizes da PNH e recomenda que o profissional de saúde busque não somente combater as doenças, mas procure cada vez mais ajudar as pessoas, mostrando que a doença não é o limite, isto é, que a doença não pode impedir o cidadão de viver outras coisas durante o processo da doença.

Essa proposta, como já dissemos, valoriza as singularidades de cada usuário e não o vê fragmentado em partes ou pelas patologias que apresenta. Fazer clínica ampliada é derrubar barreiras e limites nos quais se esbarram no tratamento tradicional, é encontrar formas de articular os caminhos já existentes, com outros novos, a partir de diferentes enfoques. Trata-se de um exercício interdisciplinar, com vínculos e parcerias com outras práticas e outras formas de fazer saúde. Os recursos determinantes dessa prática de fazer saúde são constituídos pelas equipes de referências, pelos projetos terapêuticos e pelo apoio matricial, isto para que essa ampliação dos serviços de saúde aconteça e seja real quando em conexão com outros serviços ou práticas de saúde. O apoio da rede convida os serviços de saúde a utilizar outros serviços ou ações de saúde nela existentes, por meio da interdisciplinaridade, para chegar à transversalidade e integralidade do cuidado em saúde, como um caminho viável e essencial no tratamento da doença (BRASIL, 2014). Vamos finalizar dizendo que, na construção da clínica ampliada e compartilhada à saúde, a anamnese

isolada ou individual deve ser construída de maneira ampliada, a partir da integralidade e do contexto global e geral das pessoas e de tudo que as cercam.



Pesquise mais

Caro aluno! Para conhecer mais sobre atenção terciária, acolhimento e clínica ampliada, acesse os links.

Uma apresentação simples e didática da atenção terciária a saúde no SUS. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BCFlsyjcGmw>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

Clínica ampliada, aplicação e uso dos conceitos de acolhimento, clínica ampliada no SUS. Clínica ampliada. Thatiane Siqueira. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=noT1sMrcMmM>>. Acesso em: 15 maio 2017.

MOREIRA, M. C. N. A construção da clínica ampliada na atenção básica. Disponível em: <<https://goo.gl/0076Sw>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

Humaniza SUS – Clínica Ampliada - A odonto além da boca. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=HT4KXk4QjE0>>. Acesso em: 15 maio 2017.

Sem medo de errar

O paciente A.M.J, de 30 anos, acabou de sofrer um acidente de carro de grande proporção, com trauma bucal e oral forte e extenso, no qual a situação bucal, posterior ao acidente, ficou grave, com fraturas de ossos da face e conseqüente perda de quase todos elementos dentais. Como foi o pós-operatório emergencial desse paciente, a sua recuperação e acompanhamento? Qual o plano de tratamento definitivo bucal para esse paciente? Qual a estrutura do CEO, voltada para realização de implantes dentários e cirurgias de maior porte de traumatologia bucomaxilofacial?

Para a realização dessas ações e serviços de saúde bucal de atenção terciária e de alta complexidade, em nível de CEO e/ou hospital, o Governo Federal também oferece incentivo financeiro? Ou o município teria que viabilizá-lo e realizá-lo com suas próprias capacidades físicas e financeiras?

O plano de tratamento deve ser feito por um cirurgião dentista bucomaxilofacial (profissional da odontologia especializado), e pós-graduação com dedicação exclusiva em ambiente hospitalar. Ele conhece tudo sobre traumas de face e ossos do crânio, trata doenças e tumores da cavidade bucal e anomalias faciais da maxila ou mandíbula. No caso específico deste paciente, o pós-operatório após as intervenções emergenciais realizadas em nível hospitalar pela equipe de dentistas especialistas em traumas e cirurgias bucomaxilofaciais, é extremamente difícil, pois há necessidade de contenção e imobilização total do complexo maxilomandibular, também é bastante desconfortável, porém necessária, para a imobilização e contenção, mas está diretamente ligada ao sucesso do pós-operatório. Vencida a etapa hospitalar emergencial pós-acidente automobilístico, ou seja, a fase 1 emergencial, em que foram feitas intervenções e após o acompanhamento do pós-cirúrgico, com fisioterapias e retornos necessários, o paciente pôde ser encaminhado ao CEO para dar seguimento ao seu tratamento. Ali, ele foi avaliado pelos dentistas especialistas em implantes e bucomaxilofacial, que se depararam com somente 20% dos elementos dentais preservados, sendo que todos os demais foram perdidos decorrentes do trauma ou consequências desse. O plano de tratamento final e definitivo agora na (fase 2), foi a reabilitação total dentária, com uma série de implantes dentários, enxertos ósseos dentoalveolares, associados a próteses fixas ancoradas e fixadas nesses implantes.

Todo esse tratamento foi realizado no CEO, que possui estrutura para tal, com o trabalho conjunto dos cirurgiões dentistas de várias áreas. Para esclarecimento final quanto à estrutura do CEO, voltado à odontologia de alta complexidade ou terciária, podemos reafirmar que esses centros, de um modo geral, têm estrutura, porém, devem ser aprimorados com algumas adaptações complementares do CEO tradicional, do Programa Brasil Sorridente do Governo Federal, que são implantados, e custeados mensalmente com auxílio e incentivos financeiros da União, através da Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011, M.S, e principalmente com a inclusão dos profissionais especialistas em implantes e bucomaxilofaciais. A Portaria MS/SAS nº 718, de 20 de dezembro de 2010, também através do Brasil Sorridente, possibilita a solicitação da inclusão de procedimentos de implantes dentários e aparelhos ortodônticos via CEO, com repasses de incentivos financeiros para tal, apesar de valores menos

compensatórios que os demais, fazendo assim, que nesses casos, os municípios que disponibilizam esses serviços acabam arcando com uma contrapartida financeira bem alta.

Avançando na prática

Cirurgia ortognática de redução de mandíbula

Descrição da situação-problema

Paciente M.O.F., mulher, 51 anos, que possui mandíbula em protrusão, Classe III, acentuada em relação à maxila, relatava, que sofria continuamente com dores fortes e crônicas na articulação temporomandibular. O osso mandibular era visivelmente maior e desproporcional em tamanho em relação à maxila, apresentando uma face com características de “queixo” grande e avantajado, tipo “papa-chuva”. Porém, além da questão estética, o que mais estava incomodando era a questão funcional, com incorreta oclusão, provocando total desconfiguração da articulação temporomandibular. Qual o plano de tratamento para essa paciente, em qual nível de atenção ela deverá ser tratada?

Resolução da situação-problema

Como o plano de tratamento indicado foi cirúrgico, a paciente foi encaminhada para o nível de atenção terciária. Em ambiente hospitalar, sob anestesia geral, os cirurgiões bucomaxilofaciais realizaram a redução ortognática da mandíbula. A cirurgia, foi planejada, programada e agendada no centro cirúrgico de um hospital de atenção terciária, isto é, o nível que atende a casos de maior complexidade. No ato cirúrgico, a mandíbula foi reduzida, retirando-se partes dos corpos bilaterais da mesma, das regiões que correspondem aos pré-molares, 45, 44, 34, 35. Em seguida, recolocou-se a mandíbula na mais harmônica oclusão possível com a maxila e fez-se a contenção, amarração e imobilização, do complexo maxila e mandíbula, numa relação cêntrica de oclusão dental, de forma que se tornou mais confortável possível a ATM e suas estruturas. A paciente se recuperou e hoje está feliz com os resultados estéticos e principalmente de oclusão.

Faça valer a pena

1. Nosso sistema de saúde pública no Brasil, o SUS, é composto e organizado por três níveis de atenção. Cada nível corresponde a um determinado conjunto de ações e serviços disponibilizados aos usuários, dos mais básicos aos de maior complexidade.

Baseado em ações e serviços de alta complexidade realizados em hospitais de grande porte, como neurocirurgias, cardiocirurgias e transplantes, estamos nos referindo a que nível de atenção?

- a) Atenção primária.
- b) Atenção secundária.
- c) Atenção terciária.
- d) Atenção básica.
- e) Promoção e prevenção.

2. Em saúde bucal, as ações e procedimentos de maior complexidade, de atenção terciária, são desenvolvidas nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs, bem como em ambientes hospitalares.

As principais ações e procedimentos de alta complexidade em saúde bucal na atenção terciária são:

- a) Tratamento de canal (endodontia) e periodontia.
- b) Restaurações e extrações dentais.
- c) Aplicação de flúor e profilaxia.
- d) Implantes dentários e cirurgias de traumas bucomaxilofaciais.
- e) Próteses dentárias.

3. Na Política Nacional de Humanização, a proposta não é tratar a doença, mas sim a pessoa de maneira integral, como um “todo”. Essa proposta, valoriza as singularidades de cada usuário e não o vê por partes ou por patologias, ou seja, passa a ter a necessidade de o homem ser tratado como sujeito biopsicossocial, no seu “todo”.

Essa nova compreensão ou proposta de fazer saúde, com o homem sendo tratado no seu “todo”, sem ser dividido ou fragmentado em partes, é da:

- a) Clínica especializada.
- b) Clínica individualizada.
- c) Clínica básica.
- d) Anamnese individualizada.
- e) Clínica ampliada.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. BVS MS. 2. ed. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 15 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Brasil sorridente**. Portal do Departamento da Atenção Básica DAB, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>. Acesso em: 6 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica aplicada**. Biblioteca Virtual em Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.341, de 13 de junho de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html>. Acesso em: 31 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações da política nacional da saúde bucal**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_ceo.pdf>. Acesso em: 6 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 718, de 20 de dezembro de 2010**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nota_portaria718_sas4.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Disponível em: <www.cosemssp.org.br/downloads/PNAB.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para implantação do Humaniza SUS – Acolhimento**. Criado em: 29 de abril de 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/8y1JwI>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011**. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/4838/legislacao>. Acesso em: 6 maio 2017. **PORTARIA Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

Conexão SUS. Princípios do SUS – Parte I. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=L9hk1WRL84s>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

Humaniza SUS. Clínica Ampliada - A odonto além da boca. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=HT4KXk4QjE0>>. Acesso em: 15 maio 2017.

Jeu Lima. Atenção Terciária. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BCFlsjcGmw>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

ERDMAN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**. 21 (Spec): [08 telas]. 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em: 6 maio 2017.

FIGUEIREDO, E. N. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS**. Unasus/Unifesp, p. 12. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2017.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. p. 1-6. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

MOREIRA, M. C. N. A construção da clínica ampliada na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1737-1739, jul. 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/0076Sw>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

ROSEANA, C. S. **Clínica Ampliada e compartilhada**. Rede Humaniza SUS. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/85422-clinica-ampliada-e-compartilhada>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

SILVESTRE, J. A. C.; AGUIAR, A. S. W. de; TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil Sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 7, n. 2, p. 28-39, jul./dez. 2013. Disponível em: <www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/download/112/81>. Acesso em: 6 maio 2017.

SIQUEIRA, T. Clínica ampliada. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=noT1sMrcMmM>>. Acesso em: 15 maio 2017.

TVI Pará de Minas. Programa Brasil Sorridente 17 06 16. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=IG6lrG9bD20>>. Acesso em: 6 maio 2017.

TVNBR. Programa Brasil Sorridente auxilia na saúde bucal com tratamento gratuito. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BmU64MkS2Ow>>. Acesso em: 6 maio 2017.

VARELLA, D. Sistema de saúde no Brasil. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=brnUrUU81Ow>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

Ações específicas da saúde bucal coletiva e política nacional de saúde bucal

Convite ao estudo

Caro aluno! Vamos prosseguir nossos estudos! Começaremos agora a Unidade 3, na qual trataremos da história das políticas nacionais de saúde bucal no mundo e no Brasil; diretrizes da saúde bucal coletiva e, por fim, estudaremos o Programa Brasil Sorridente, que é tão importante para os cidadãos brasileiros. Na Seção 3.1, voltaremos à história e conheceremos a origem das políticas públicas em saúde bucal, seus avanços e conquistas gradativas até os dias atuais, traçando um panorama, das políticas nacionais em saúde bucal no Brasil e no mundo. Iniciaremos os estudos sobre os fundamentos da saúde bucal coletiva. Na Seção 3.2, vamos nos aprimorar nas diretrizes da saúde bucal coletiva, com ênfase no planejamento de suas ações e no diagnóstico da cárie dentária em uma visão ampla, além da saúde bucal propriamente dita. Também, nesta seção, reforçaremos conteúdos já estudados na unidade anterior sobre acolhimento e clínica ampliada no SUS. Na Seção 3.3, apresentaremos a situação atual da odontologia no serviço público, desde a implantação e a implementação do Programa Brasil Sorridente.

Em cada seção desta unidade, acompanharemos as situações vivenciadas por um grupo de alunos do último ano de graduação em odontologia em seus estágios nos serviços de saúde bucal públicos, desde a rede básica, especialidades, pelos programas de promoção e prevenção em saúde bucal, e também pelo setor administrativo e gerencial da coordenação de saúde bucal de um município de pequeno e médio porte. Esse grupo de estagiários, além de acompanhar in loco os serviços odontológicos, realizados nas UBSs/ESFs, e nos CEOs,

teve também a oportunidade de se reunir, com a equipe de gestão da saúde bucal do município, para acompanhar o trabalho gerencial e administrativo, observando, desde os levantamentos de índices e indicadores bucais, aos planos de ações e serviços, a partir de um pré-diagnóstico das necessidades e carências detectadas pela equipe de gestão.

Ao finalizar as Seções 1, 2 e 3, você, aluno, conhecerá, mais os fundamentos, as diretrizes e as ações específicas da saúde bucal coletiva propostos pela Política Nacional de Saúde Bucal, diante dessa e outras situações que virão. Vamos aos estudos!

Seção 3.1

História das políticas nacionais de saúde bucal no mundo e no Brasil

Diálogo aberto

Seja bem-vindo! Apresentamos uma situação hipotética vivenciada pelos estagiários do último ano de graduação de odontologia quando passaram pelos serviços de saúde bucal públicos, desde a rede básica, especialidades, pelos programas de promoção e prevenção em saúde bucal e também pelo setor administrativo e gerencial da coordenação de saúde bucal de um município de pequeno porte do interior do oeste do estado de São Paulo, com 25 mil habitantes aproximadamente. Os estagiários, além de acompanharem in loco os serviços odontológicos realizados nas UBSs/ESFs e nos CEOs, tiveram também a oportunidade de se reunirem com a equipe de gestão da saúde bucal do município, observando o trabalho gerencial e administrativo, desde os levantamentos de índices e indicadores bucais ao plano das ações e serviços, a partir de um pré-diagnóstico das maiores necessidades e carências detectadas pela equipe de gestão.

Os estagiários ficaram felizes com a oportunidade de participarem de algumas reuniões com o grupo gestor de saúde bucal do município. Mediante tal situação, o grupo elegeu um estagiário para representar o grupo, o aluno M. T. F., de 21 anos. Após as reuniões com os grupos gestores e de coordenação, a questão que mais chamou atenção e despertou a curiosidade dos alunos foi de que maneira, ou baseado em que, o grupo gestor fez e faz um diagnóstico situacional das condições gerais da saúde bucal, das comunidades, dos bairros e da cidade por faixa etária e por que, em suas ações, eles dão prioridade para a faixa pré-escolar, escola infantil e ensino fundamental? O representante do grupo elaborou os principais questionamentos que elencaram: como o grupo gestor e de coordenação de saúde bucal do município elabora projetos e programas de ação em saúde bucal para a rede e para toda a equipe de profissionais, como dentistas, ACDs e THDs atuarem, por um período, na **promoção e prevenção** em espaços institucionalizados, como creches, escolas infantis e

escolas de ensino fundamental, por meio de um calendário trimestral, semestral e/ou anual? Existe um projeto ou programa de promoção e prevenção em saúde bucal já constituído? Como tudo isso começou? E a parte **curativa e de recuperação** (tratamento odontológico, propriamente dito)? Como é feito, por exemplo, o planejamento, desses atendimentos nas UBSs/ESFs e CEOs, às crianças das creches, escolas infantis e de ensino fundamental?

Para responder a essas e outras dúvidas do grupo, vamos estudar conteúdos sobre a origem das políticas públicas em saúde bucal, com seus avanços e conquistas gradativas, até os dias atuais. Além de estudar e sedimentar os conhecimentos acerca das políticas nacionais em saúde bucal no mundo e no Brasil e iniciar os estudos de temas e conteúdos sobre os fundamentos da saúde bucal coletiva.

Vamos aos estudos!

Não pode faltar

Panorama mundial e nacional de saúde bucal: a prática de cuidar de doentes e dos males da boca na antiguidade teve início, não como uma profissão embasada nos princípios da ciência, mas como características laborais e artesanais. O desenvolvimento do “trabalho odontológico” da época ocorreu na primeira metade do século XIX, associado ao grande consumo do açúcar. A manifestação pandêmica da cárie dentária favoreceu a transformação do mercado de consumo da época à maior procura aos serviços odontológicos. A essa maior procura pelos cuidados dentários, convencionou-se denominar “arte dentária”. Embora, desde o século XVII se tenham evidências do “trabalho odontológico”, foi somente a partir do século XIX, que estudos científicos foram direcionados para a questão da organização do trabalho odontológico.

A Primeira Conferência Internacional (Alma-Ata) sobre Atenção Primária Saúde (APS) foi realizada em 1978, no Cazaquistão, na URSS, o que gerou um marco regulatório, a partir do qual se impulsionaram várias iniciativas, experiências e reformas do setor da saúde e ciências nos diferentes países do mundo. O período entre o final da 2ª Guerra Mundial (1939-1945) até a Conferência de Alma-Ata (1978) foi caracterizado pela necessidade e carência de recursos de ações e tecnologias em saúde para auxiliar na reconstrução do continente

européu, arrasado pela violência dos confrontos bélicos da guerra e consequências pós-guerra. Destaca-se também, nessa época, o surgimento, nos EUA, de um importante programa de financiamento de inovações e novidades nos cursos de odontologia nas universidades dos EUA, que resultou em um grande aumento do interesse dos pesquisadores pelo tema “odontologia”, proporcionando mudanças e evoluções, tanto na formação dos profissionais dentistas, como nas ofertas da assistência odontológica (PEREIRA, 2009).

Nesse mesmo período, pode-se citar a criação, nos EUA, da primeira cadeira odontológica, em que o paciente ficaria deitado; do primeiro mocho “rodante” e a primeira turbina de alta rotação, cuja implantação na assistência diminuiu o tempo operatório, porém aumentou a umidade na cavidade bucal, dificultando a visibilidade do profissional dentista do campo operatório, intensificando assim, o uso da cuspeira, que aumentava significativamente o tempo de trabalho perdido. Fatos, como esse, na época, levaram ao desenvolvimento do “sugador” de alta potência. Então a água, a saliva e os resíduos acumulados na boca eram rapidamente removidos, permitindo um campo operatório sempre limpo e visível, eliminando a necessidade e o tempo gasto para o paciente cuspir. Mesmo no passado, a eficiência dos serviços odontológicos eram questionadas e já indicavam a necessidade de planejar ambientes coletivos, com o objetivo de provocar melhoras nos quesitos relacionados a ruídos, iluminação, ventilação, circulação e fluxo da equipe de saúde bucal e também dos pacientes, além de atender aos princípios da ergonomia, da racionalização do trabalho odontológico, melhorando a posição tanto do profissional dentista, quanto da equipe no trabalho a quatro mãos e do paciente, assim como dos equipamentos auxiliares (PEREIRA, 2009).

A **Conferência de Alma-Ata** aconteceu no Cazaquistão e foi patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Infância (UNICEF), sendo considerada um marco na difusão, no conhecimento e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS). A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata (1978), expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. A Conferência Internacional sobre

Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional (PEREIRA, 2009).



Assimile

A Conferência de Alma-Ata convocou os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, organizações governamentais e financeiras e todos os que trabalham no campo da saúde, além da comunidade mundial, com o objetivo de apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. Com base nesse quadro, multiplicaram-se as propostas de reforma do setor da saúde em cada país, por organizações como a OMS e o Banco Mundial. Em cada país, esse quadro se caracterizou de modo particular. As propostas aprovadas em Alma-Ata estabeleciam a APS como parte de um sistema de saúde integrado nos seus vários níveis de atenção e em coordenação com outros setores (intersectorialidade). (PEREIRA, 2009).



Exemplificando

Diagnóstico e plano de ações: as doenças de maior ocorrência na cavidade bucal, ou seja, os principais problemas, e, portanto, os de maior interesse do ponto de vista da saúde coletiva são:

- cárie dentária;
- periodontopatias;
- maloclusões;
- fissuras labiopalatais;
- câncer bucal.

A tarefa a seguir é fazer um **diagnóstico**, frente aos principais problemas que acometem à saúde bucal e, na sequência, um **plano de ações**.

História das políticas nacionais de saúde bucal: no Brasil, a partir dos anos 1970, começou a ser difundido o uso de bochechos com

flúor, com ações programáticas de saúde bucal nas escolas. Com poucos recursos, eram alcançados, com auxílio dos professores e funcionários, um amplo número de estudantes. Nessa mesma época, surgiram também os cremes dentais (dentifrícios) com flúor e substâncias com maior concentração de flúor, como o flúor-gel. Mesmo com a odontologia simplificada da época, já havia movimentos, marcados pela ampliação nas ciências biológicas, nas clínicas, na especialização eminente e desejada e na adoção de práticas curativo-cirúrgicas e de reabilitação, numa perspectiva neoliberal de política de saúde bucal progressista.

O movimento da **Reforma Sanitária** nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970, e foi usado para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não eram apenas no sistema de saúde, mas em todo o setor de saúde, em busca de melhores condições de vida para a população. Médicos sanitaristas e outros profissionais, preocupados com a saúde pública, desenvolveram teses e integraram, decisivas e importantes discussões políticas. Esse processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. (8ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal). As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal junto com a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, ficou como referência dos avanços em política nacional em odontologia. Esse marco representou uma ruptura inédita com a história anterior das políticas sociais brasileiras, pois garantiu o acesso à saúde como direito social universal, isto é, a saúde como um direito de cidadania e também a criação do SUS, que representou um importante avanço relativo à descentralização da gestão do sistema de saúde, exigindo das autoridades sanitárias em cada esfera de governo suas responsabilidades no sentido de prover em nome do Estado, as condições para promover, prevenir e recuperar a saúde (Relatório Final. Brasília, DF, 10-12 de outubro de 1986, patrocinada pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/conep/biblioteca.html>>. Acesso em: 2 jun. 2017).

A organização e o planejamento das ações e serviços de saúde bucal passaram a fazer parte da agenda dos gestores municipais. Considerando o sistema de saúde bucal tradicional, no qual,

numa sala de apenas 10 metros quadrados, encontravam-se uma cadeira odontológica e um dentista atuando sozinho, sendo pouco produtivo, viu-se e recomendava-se a organização do processo de trabalho odontológico por meio de clínicas modulares, com vários equipamentos agrupados num ambiente maior, em que o trabalho pode ser a quatro ou seis mãos, dependendo da composição das equipes da clínica modular. Os princípios norteadores do trabalho odontológico a quatro mãos prosseguiram e foram objeto de várias publicações científicas da época, e continuavam a ser recomendados nos principais centros de ergonomia aplicada à odontologia.

Em relação às ações coletivas em saúde bucal, e baseado em evidências, recomendou-se, em 1989, o uso de flúor gel a 1,23%. Na sequência, o consumo de dentifrícios com flúor e a aprovação de incentivos financeiros para a realização de atividades de caráter educativo e de proteção e prevenção à saúde bucal no âmbito do SUS e, em 1991, gradativamente a escovação supervisionada com creme dental fluoretado foi ganhando importância nos programas de prevenção, como métodos eficazes no combate e prevenção à cárie dentária (PEREIRA, 2009).

Fundamentos em saúde bucal coletiva: a Política Nacional de saúde bucal coletiva baseia-se em princípios, diretrizes e fundamentos, que visam a ofertar serviços de saúde bucal de qualidade, a saber: gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional. O princípio de gestão participativa refere-se à disponibilidade dos usuários/beneficiários e profissionais da área. O princípio da ética busca garantir tratamento eficaz com qualidade à população. O princípio do acesso possibilita a inclusão integral dos cidadãos na política de saúde bucal por meio da universalidade. O princípio de acolhimento constitui um aspecto inovador das políticas de saúde bucal, pois é baseado na visão humanista e holística para promoção da saúde bucal, garantida por uma equipe multiprofissional, que escuta, orienta, atende, encaminha e acompanha. O princípio do vínculo também remete à ideia de humanização, por fim, o princípio da responsabilidade profissional corresponde às práticas profissionais laborais e técnicas, sempre com respeito à identidade e as particularidades do usuário, disponibilizando o tempo necessário à escuta da sua queixa principal. Assim, a política nacional prevê o cuidado individual e coletivo na inserção do cuidado nas comunidades e famílias. A proteção e promoção da saúde bucal

no Programa Brasil Sorridente, em 2004, intensificou-se, com ações de fluoretação da água na rede de abastecimento e atividades de educação em saúde para ensino de uma boa e adequada higiene oral, destacando-se ações de escovação bucal supervisionada e aplicação de flúor (bochecho com flúor supervisionado) (PEREIRA, 2009).



Refleta

Caro aluno, você já pensou como a **Reforma Sanitária** no setor da Saúde em pleno regime ditatorial e de regime militar (1964 a 1984) teve êxito?

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal ocorreu junto com a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, quando propuseram claramente a inserção da saúde bucal no SUS por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal. Como produto e fruto da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, um conjunto de ideias e propostas que havia em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde bucal e geral da época foi elaborado. As principais ações de políticas públicas de saúde bucal coletiva, a partir dos fundamentos de promoção e proteção da saúde bucal, passaram a acontecer em virtude dos dados das seguintes variáveis:

1. Fluoretação da água.
2. Hábitos alimentares saudáveis.
3. Ação coletiva de bochecho com flúor.
4. Ação coletiva de escovação supervisionada.
5. Incidência de cáries e ocorrência de obturações ou extração de dentes (Dentes cariados, perdidos e obturados – CPO-D).

(8ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. Relatório Final. Brasília, DF. 10-12 de outubro de 1986. APRESENTAÇÃO. Patrocinada pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/conep/biblioteca.html>>. Acesso em: 2 jun. 2017).

No Governo Collor (1990-1992) foi também proposta a substituição da política de fluoretação das águas de abastecimento público pela fluoretação do sal de cozinha, propositura que não prosperou. Cabe ressaltar e salientar que a "Política Nacional de Saúde Bucal", aprovada em 25/10/1988 pelos Ministérios da Saúde, da Previdência

e Assistência Social, da Educação e pelas maiores entidades de profissionais de odontologia no Brasil, como o Conselho Federal de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia, Federação Nacional dos Odontologistas, Associação Brasileira de Ensino Odontológico e Academia Brasileira de Odontologia, havia afirmado a fluoretação das águas de abastecimento público como um dos pontos primordiais e básicos para a prevenção da cárie dentária. Collor sofreu impeachment em 1992, no governo que o sucedeu, do Presidente Itamar Franco, foi mantida a baixa prioridade para a “Política Nacional de Saúde Bucal”. Nos próximos anos de governo do então presidente F.H.C. (1995-2002), foram também poucos os avanços e iniciativas na área da saúde bucal, porém, os avanços nos processos de municipalização e descentralização dos sistemas de saúde foram decisivos e importantes, para organizar e aumentar as respostas aos problemas de saúde bucal na esfera municipal. (Programa de Saúde da Família/ Portaria nº 1444/GM, 2000. <www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>. A partir de 2002, as políticas públicas sociais e de saúde bucal continuaram avançando significativamente, ratificando com a 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal em que o tema central foi: “Saúde bucal é direito de cidadania”, realizada em 2003. Em 2004, finalmente, ocorreu o lançamento oficial do “Programa Brasil Sorridente”, na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, quando também se comemorou o crescimento de 84% das equipes de saúde bucal implantadas no Programa de Saúde da Família. Importante reforçar que, com essas equipes, o atendimento em saúde bucal atingiu em torno de (53 milhões de habitantes).



Pesquise mais

Amplie seus conhecimentos sobre a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde acessando esse link:

Reforma sanitária e a criação do sistema único de saúde. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

Estudantes de odontologia atenderão usuários do SUS. (Parceria da Saúde e Educação). Entrevista com o coordenador de saúde bucal do Ministério da Saúde. TVNBR. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=JW66lfqarqE>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

Segue também um artigo muito interessante sobre os fundamentos, e conceitos da saúde bucal coletiva: Caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633>. Acesso em: 2 jun. 2017.

Sem medo de errar

Você se lembra do grupo de alunos estagiários do curso de odontologia? Pois bem, recorda-se que, após participar de reuniões com gestores de saúde bucal, o grupo fez vários questionamentos?

1- Como o grupo gestor e de coordenação de saúde bucal do município elabora projetos e programas de ação em saúde bucal para a rede e para toda equipe de profissionais, para que os dentistas, ACDs e THDs possam atuar, por um período, na **promoção e prevenção** em espaços institucionalizados, como creches, escolas infantis e escolas de ensino fundamental, por meio de um calendário trimestral, semestral e/ou anual? Então, o grupo gestor e de coordenação de saúde bucal, faz um diagnóstico das condições gerais de saúde bucal de uma determinada comunidade, bairro e /ou cidade por faixa etária, por meio dos principais problemas que afetam a saúde bucal sanitariamente falando, ou seja, em termos de saúde bucal coletiva, como a cárie dentária, a maloclusão, as doenças da gengiva (periodontopatias), fissuras labiopalatais e câncer bucal. O levantamento epidemiológico para cárie – o CPOD (dente: cariado, perdido, obturado), traz, por faixa etária, o grau de risco à cárie e ou livres de cáries. Com esses dados em mãos, por exemplo, esse grupo gestor pode planejar ações e serviços. São executadas ações preventivas, educativas, de prevenção e proteção, bem como serviços de tratamento e recuperação da saúde bucal. Vamos exemplificar: num caso específico, o índice CPOD das crianças de uma escola de ensino fundamental, fase I, faixa etária de 7 a 10 anos, estava alto, com poucos dentes livres de cáries. O grupo de coordenação, com esses dados em mãos, acionou o Projeto Boquinha para imediatamente intensificar ações como palestras educativas, mais atividades de prevenção, bochechos com flúor, aplicação tópica de flúor. Para isso tudo acontecer, foi necessário alterar os calendários trimestral, semestral e anual. Também foi realizada uma triagem por classificação de risco de cárie para priorizarem os atendimentos para tratamento odontológicos das crianças com maior risco de cárie.

2- Existe um projeto ou programa de promoção e prevenção em saúde bucal já constituído? Como tudo isso começou? Sim, existe o Projeto Boquinha que foi criado há dois anos e privilegia a parceria entre diversas áreas do conhecimento, em especial a odontologia, fonoaudiologia, nutrição e educação, trabalhando de maneira interdisciplinar, contribuindo para a promoção e prevenção em saúde bucal, por meio de uma visão mais completa e unitária do indivíduo. Os programas de educação e prevenção em saúde bucal são importantes e funcionam, não se resumindo em fazer “teatro na escola” e “ensinar escovar dentes”; requerem sim, estudo, planejamento, estratégia de ação e avaliação constante. É preciso acreditar, ter paciência e persistência.

3- E a parte **curativa e de recuperação** (tratamento odontológico, propriamente dito) como é feita, por exemplo, o planejamento, desses atendimentos nas UBSs/ESFs e CEOs às crianças das creches, escolas infantis e de ensino fundamental? Veja bem, a parte curativa e de recuperação, ou seja, a parte do tratamento odontológico, é priorizada para as crianças das creches, escolas infantis e ensino fundamental, após uma triagem bucal consciente, feita pelos dentistas chamada de “classificação de risco à cárie”, então, as crianças, mais susceptíveis ou com mais cáries são atendidas antes, pois é imprescindível que o tratamento seja realizado o mais rápido possível, pensando na qualidade bucal da criança. Conforme o maior risco, realizam o tratamento o quanto antes, e assim sucessivamente, as de menores risco ou susceptíveis à cárie dentária.

Avançando na prática

Centro de referência câncer bucal

Descrição da situação-problema

Em um levantamento realizado pelos dentistas da rede pública, com pessoas de mais de 60 anos envolvendo todas as situações dentárias possíveis, desde desdentados totais, a parciais, com uso de próteses parciais ou totais, pode-se concluir que muitos desses pacientes idosos eram fumantes crônicos, (diferentes tipos de cigarros e com precária higiene bucal), outros tinham próteses bucais mal adaptadas, causando lesões cancerizáveis no mínimo possível de pacientes idosos sem problemas. Depois de esses levantamentos realizados por

meio de simples exames e avaliações clínicas bucais, pode-se resumir que, entre todos os idosos avaliados, aproximadamente 20% tiveram que realizar biópsias de lesões suspeitas, que posteriormente foram confirmadas como câncer bucal (70% desses 20% suspeitos), ou seja, um alto índice de câncer bucal foi detectado. Frente a essa situação, quais providências a equipe deveria tomar?

Resolução da situação-problema

A equipe de dentistas da rede tinha dois dentistas especialistas em cirurgia/traumas bucomaxilofaciais e em patologia e diagnóstico bucal que até então estavam subaproveitados com suas especialidades. A equipe de gestão odontológica reuniu-se com a equipe de gestão principal da secretaria de saúde e propôs a criação de um centro de referência no próprio CEO para câncer bucal, onde esses dois profissionais especialistas passariam a ficar à disposição para analisar qualquer caso suspeito de câncer bucal, não só do município em questão, como também de municípios vizinhos, e toda a população idosa do SUS dependente do município. Assim, ao menos uma vez ao ano, esses pacientes passariam por avaliações da saúde geral bucal, além das avaliações já feitas em campanhas anuais de câncer bucal por toda equipe dos dentistas. Com esta atitude, deve-se reduzir muito a incidência de câncer bucal na população de idosos do município.

Faça valer a pena

1. A prática de cuidar de doentes dos males da boca, na antiguidade, teve início, não como uma profissão embasada nos princípios da _____, mas sim como características laborais e artesanais. O desenvolvimento do “trabalho odontológico” da época ocorreu associado à alta evolução do consumo de _____.

Analise as alternativas e assinale a que corretamente completa as lacunas:

- | | |
|---------------------|----------------------|
| a) arte; leite. | d) educação; massas. |
| b) física; açúcar. | e) saúde; café. |
| c) ciência; açúcar. | |

2. Com o intuito de aumentar o acesso e a produção dos serviços odontológicos, viu-se a necessidade e recomendou-se a organização do processo de trabalho odontológico por meio de clínicas _____, com vários equipamentos agrupados num ambiente maior, onde o trabalho e a produção podem ser realizados a _____ ou _____ mãos.

Analise as alternativas e assinale, a que corretamente complete as lacunas:

- a) Simples, uma; duas.
- b) Individuais, duas; três.
- c) Individuais, duas; oito.
- d) Modulares, quatro; seis.
- e) Sem módulos, duas; seis.

3. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal ocorreu junto com a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, quando propuseram, claramente, a inserção da saúde bucal no SUS, por meio de um Programa Nacional de Saúde Bucal.

Fonte: 8ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. Brasília, DF. 10-12 de outubro de 1986. Apresentação. Patrocinada pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/conep/biblioteca.html>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

Qual é o nome do Programa Nacional Bucal que, ao decorrer dos anos, aprimorou-se e foi incorporado às ações e serviços de saúde bucal na Saúde da Família e que, em 2004, foi lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde?

- a) Sorria Sempre.
- b) Saúde Bucal Sempre.
- c) Sempre Sorrindo.
- d) Saúde Começa pela Boca.
- e) Brasil Sorridente.

Seção 3.2

Diretrizes da saúde bucal coletiva

Diálogo aberto

Seja bem-vindo à Seção 3.2! Para facilitar o aprendizado, vamos relembra e acompanhar a situação vivenciada por estagiários do último ano de graduação de Odontologia ao passarem pelos serviços de saúde bucal públicos (rede básica, especialidades, programas de promoção e prevenção em saúde bucal, setor administrativo e gerencial da coordenação de saúde bucal) de um município de pequeno porte do interior do oeste do estado de São Paulo, com aproximadamente 25 mil habitantes. Os estagiários, além de acompanharem in loco os serviços odontológicos realizados nas UBSs/ESFs e nos CEOs, tiveram também a oportunidade de se reunirem com a equipe de gestão da saúde bucal do município, observando o trabalho gerencial e administrativo desde os levantamentos de índices e indicadores bucais ao plano das ações e serviços, a partir de um pré-diagnóstico das maiores necessidades e carências detectadas pela equipe de gestão. Após as reuniões, para aprenderem mais, fizeram a seguinte pergunta: utilizando o diagnóstico da cárie dentária como exemplo, como é a política pública do Ministério da Saúde em saúde bucal em relação às diretrizes da saúde bucal coletiva, bem como o planejamento de ações em saúde bucal coletiva? para responder a esta e outras dúvidas, vamos estudar os conteúdos.

Anime-se, vamos ao aprendizado!

Não pode faltar

A saúde bucal coletiva é a parte da odontologia pública que se dedica à saúde bucal das populações e dos indivíduos, nos contextos sociais nos quais estão envolvidos, bem como aos serviços e sistemas de saúde disponíveis. Tem como base estruturante três grandes áreas, a saber: epidemiologia, planejamento e gestão, que são fundamentais para a compreensão e a intervenção sobre a saúde bucal coletiva e seus determinantes. A assistência odontológica pública antes do

programa Brasil Sorridente (2004) historicamente restringia-se aos serviços básicos, apresentando baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo a falta da sequência no sistema de referência e contrarreferência, portanto, não concluindo, muitas vezes, o tratamento, pois não tinha odontologia especializada nos níveis secundário e terciário para encaminhar os pacientes.

Com a política nacional de saúde bucal – Brasil Sorridente, ocorreu a expansão e criação desses serviços odontológicos especializados, houve reorganização total do modelo assistencial, iniciando-se a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, horizontal e vertical, que envolve não apenas os três níveis de atenção, mas principalmente as ações multidisciplinares e intersetoriais. Esse parece ser um dos grandes desafios da odontologia, constituir-se como uma área da integralidade, conformando uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades odonto-biológicas a quatro paredes. Com a implementação desse programa, desenvolveu-se um conjunto de ações no contexto individual e coletivo para melhorar a qualidade de saúde bucal.

A política nacional de saúde bucal é desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, contando com um trabalho em equipe e dirigida às populações que assumem a responsabilidade do cuidado com a saúde bucal, considerando o aspecto dinâmico do território em que se vive. O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e a qualificação do acesso da população às ações que têm como objetivo, promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida das pessoas. Entre dezembro de 2002 e junho de 2011, ou seja, em praticamente 10 anos, observa-se um aumento de **91,8%** no número de equipes de saúde da família, **387%** no número de equipes de saúde bucal e 40,8% no número de agentes comunitários de saúde. (PROGRAMA, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/10556-programa-brasil-sorridente-completa-10-anos>>. Acesso em: 2 jul. 2017).

Como já falamos na Unidade 2, na atenção secundária, foram criados os CEOs e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), que possibilitaram a criação e estruturação da rede de saúde bucal nos municípios, lembrando que, até então, os

serviços especializados de saúde bucal eram restritos quase que exclusivamente para aqueles que tinham recursos para pagarem por eles na rede privada de saúde. As ações e os serviços de saúde bucal para atender e chegar aos quadros populacionais não eram e não serão alcançados exclusivamente com ações dentro de consultórios odontológicos, mas sim, com ações intersetoriais que tragam impactos epidemiológicos positivos e que são produtos de ações multidisciplinares, em que a prática odontológica é parte integrante de um todo, que agrega outras ações setoriais, educacionais, ambientais e sociais. Ao trabalhar como principal linha de ação do cuidado, a reorganização da atenção básica, a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e também, a vigilância em saúde bucal, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual política de saúde no Brasil.

Em 2004, no Brasil, foram estabelecidas as diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). As diretrizes da PNSB e saúde bucal coletiva buscam contemplar o estabelecido pela Constituição Federal do Brasil de 1988, no Capítulo II, Seção II, Artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação" (DIRETRIZES da Política Nacional de Saúde Bucal, 2014).

Desse modo, tornou-se fundamental compreender saúde de um modo integral e universal, não apenas no que se refere ao acesso aos serviços, mas também considerando as desigualdades sociais, reduzindo as iniquidades ou a falta de igualdades sociais.

Vamos reforçar os estudos, abordando as diretrizes da saúde bucal coletiva, bem como o planejamento de ações em saúde bucal coletiva por meio do diagnóstico da cárie dentária, numa visão além da boca e a aplicação e uso dos conceitos de acolhimento e clínica ampliada em saúde bucal coletiva.

As diretrizes da saúde bucal coletiva: a eficiência e a eficácia da política em saúde bucal coletiva está diretamente relacionada à produção do cuidado em saúde bucal, por meio de uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção. O conceito do cuidado em saúde bucal, como eixo primordial do modelo, responde a uma concepção de saúde não centrada

somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e de intervenções multidisciplinares, pela incorporação das ações de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais. A produção do cuidado traz a proposta de humanização do processo, solucionando, se possível, seus problemas (dores) e preocupações de uma forma que não apenas gerem consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir autoconhecimento, responsabilização, comprometimento e autonomia em cada usuário. A linha do cuidado resulta num redirecionamento da ordem de trabalho que deve ser em equipe, e isso é um de seus critérios mais importantes (PUCCA Jr., 2006).



Refleta

Os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, segurança, indústria, emprego, educação, cultura, esportes, artes, assistência social, transporte, entre outras. No âmbito da assistência, **essas diretrizes** apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção ao cuidado em saúde bucal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O planejamento das ações em saúde bucal coletiva: a reorientação do modelo em saúde bucal traz os principais pressupostos, a saber: assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando **o planejamento das ações** e acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados. Assim, as ações e serviços devem resultar no conhecimento da realidade de saúde de cada local para, a partir disso, planejar e construir uma prática efetivamente eficaz e resolutiva. É necessário que, em cada território,

as pessoas se aproximem umas das outras e conheçam-se entre si, suas condições de vida, suas concepções acerca da sua saúde, seus costumes e as resoluções que tomam para solucionar os distúrbios quando adoecem, ou seja, tudo isso é o ponto inicial para o exercício da cidadania, a construção da consciência sanitária coletiva e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção, recuperação e manutenção. Para a sistematização desse padrão é essencial que as linhas do cuidado sejam minuciosamente consideradas, da criança, do adolescente, do adulto, da gestante, do idoso; centradas no princípio do acolher bem, informar bem, atender bem e encaminhar bem, usando a referência e a contrarreferência, em que o cidadão, por meio de um acesso que não lhe deve ser recusado, entenda cada ponto que constitui a essência do serviço e do sistema, a partir da sua vivência nele. Deve-se incorporar à saúde da família como uma importante estratégia na reorganização da atenção básica; definir política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, e estabelecer política de financiamento para o desenvolvimento de ações (BRASIL, 2004).

Diagnóstico da cárie dentária, uma visão além da boca: a cárie dentária é uma doença que pode ser considerada crônica e que provoca degeneração dos tecidos dentários; é caracterizada pela desmineralização da porção inorgânica e pela destruição da porção orgânica do dente. Durante muito tempo, a doença cárie foi entendida e tratada como sinônimo de uma cavidade na estrutura dentária que necessitava apenas de um procedimento cirúrgico/restaurador por parte do dentista para que fosse “curada”. Hoje, entretanto, sabe-se que a cárie é uma consequência de um processo multifatorial, portanto, complexo em seu entendimento. A cárie dentária é um problema de saúde que afeta o mundo, no entanto, as pessoas não são afetadas de forma igual nas diferentes regiões. Vários são os fatores que podem influenciar a incidência de cárie, como a saliva (quantidade e composição); equilíbrio hormonal e nutricional, a higiene da cavidade oral, a quantidade de flúor disponível na água potável, a raça, entre outros. A cárie é um dos problemas de saúde mais comuns, podendo ser comparável ao resfriado comum e doenças gengivais. No entanto, necessita de tratamento adequado, realizado pelo cirurgião dentista, pois, se não tratada, aumenta. Em última instância, uma lesão cariosa, se não for tratada, pode levar

à perda do “dente”. No mundo, praticamente não existem áreas geográficas onde a população não apresente alguma evidência da doença cárie. Para seu desenvolvimento não há distinção de sexo, idade, raça e poder socioeconômico. Geralmente, ela tem início logo após a erupção dos dentes na cavidade bucal.



Exemplificando

Cárie dentária: sabemos que os principais fatores envolvidos na instalação e evolução da **cárie** são a placa bacteriana cariogênica e o consumo frequente de sacarose (açúcar). A placa/biofilme dental é uma película/biomassa densa, bem estruturada, formada exclusivamente por bactérias que estão envolvidas por uma matriz intercelular. Para considerar a placa bacteriana como cariogênica, há necessidade da presença de bactérias capazes de causar a doença cárie, principalmente *Streptococcus mutans*.

Embora novas técnicas tenham sido agregadas ao arsenal de métodos e metodologias para o diagnóstico das cáries existentes nas últimas décadas, o diagnóstico da cárie em ambiente clínico, como o consultório odontológico, tem sido realizado, primordialmente, por meio do exame clínico visual-tátil, realizado com iluminação artificial, de um bom refletor odontológico, juntamente com o espelho bucal plano e a sonda exploradora de ponta romba, ou sonda OMS-IPC, que deverá ser usada para remoção de debris da superfície dentária, que deverá ser limpa e seca imediatamente após o exame, complementando, se necessário, com o exame radiográfico. Apesar das constantes alterações sofridas no padrão de desenvolvimento da cárie dentária, o critério de diagnóstico adotado ainda tem sido preferencialmente o preconizado pela OMS, no qual são registradas como lesão de cárie, somente as lesões cariosas que se apresentam em franca cavitação, que atinjam a dentina. Entretanto, pesquisas também têm demonstrado que a adoção de critérios de diagnósticos de cárie mais sensíveis, como cavitação em fissuras do esmalte, dá um retrato mais fiel da condição de saúde bucal de determinada população. A saúde bucal coletiva, como sabemos, abrange ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal de indivíduos e coletividade e deve ser praticada pensando no bem-estar e saúde da população, por exemplo, a fluoretação das águas de

abastecimento público, que é uma medida sanitária internacionalmente reconhecida e, que sabemos, é importante na prevenção da cárie. O mesmo procede também, para os procedimentos coletivos (PCS), como escovação supervisionada, aplicação tópica do flúor gel e a distribuição de escovas e pastas de dentes. A odontologia trabalha nesse sentido, pois se percebe o grande crescimento das pesquisas científicas em suas diversas áreas, individuais, como: dentística, prótese, periodontia, implantes, endodontia, cardiologia etc., e também se reconhece um crescimento das pesquisas em cunho coletivo, em subáreas da epidemiologia em saúde bucal, como gestão em saúde coletiva, ciências sociais e outras. Atualmente, a busca por práticas de saúde bucal, coletivas ou individuais, baseadas em evidências, é cada vez maior entre as áreas de saúde, a fim de definir planos de ações e protocolos clínicos mais eficazes objetivando a redução de indicadores. No contexto do diagnóstico da doença cárie, o rastreamento de lesões e grupos de risco proporcionam um direcionamento de recursos públicos em saúde, com justiça social, baseados nos princípios da equidade e da universalidade, dando mais a quem mais precisa.

Aplicação e uso dos conceitos de acolhimento e clínica ampliada no SUS: a clínica ampliada propõe, conceitualmente, que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combaterem as doenças, mas a transformarem-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeçam de viver as outras coisas na sua vida. Nas doenças crônicas ou muito graves, isso é mais importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas, sim, uma capacidade de "inventar-se" apesar da doença. É muito comum, nos serviços ambulatoriais, que o descuido com a produção de vida e o foco excessivo na doença acabe levando usuários a se tornarem conhecidos como "poliqueixosos", com muitas queixas, pois a doença, ou o risco a ela, torna-se o centro de suas vidas. Há algumas sugestões práticas, como: a "escuta". Escutar significa, num primeiro momento, **acolher** toda a queixa ou relato do usuário. Mais do que isso, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece, ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem esse ou aquele sintoma. Quanto mais a doença for compreendida e correlacionada com a vida, menos

chance haverá de se tornar um problema somente do serviço de saúde, mas também do sujeito doente. É mais fácil, assim, evitar a infantilização e a atitude passiva diante do tratamento. Pode não ser possível fazer **uma escuta detalhada** o tempo todo para todo mundo, mas é possível escolher quem precisa mais e ter sempre o bom senso.



Pesquise mais

Caro aluno! Acesse o link e assista ao exemplo da clínica odontológica da UEM (Universidade Estadual de Maringá).

Consolidando o Humaniza SUS na Clínica Odontológica Ampliada da UEM (Universidade Estadual de Maringá, Paraná.) Inovação e Trabalho Coletivo, Curso Gestão Saúde Bucal. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=YpKIRL2h58k>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

Sem medo de errar

Caro aluno! Mais uma vez nos encontramos. Você se lembra que os alunos de odontologia (último ano), como estagiários, vivenciaram algumas situações, acompanhando os serviços odontológicos realizados nas UBSs/ESFs e nos CEOs, bem como participando de reuniões com os gestores das unidades? Durante essas reuniões, eles ficaram com algumas dúvidas, então elencaram as seguintes perguntas:

1- Como é a política pública do Ministério da Saúde em saúde bucal, sobre as diretrizes da saúde bucal coletiva? o documento oficial do ministério da saúde: Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004) traz em seu conteúdo: uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o **conceito do cuidado** essencial na reorientação do modelo, visando a uma concepção de saúde não centrada somente na doença, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida das pessoas. Para a organização desse modelo, é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado”, da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a organização de fluxos que gerem ações resolutivas das equipes de saúde. Os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura, esportes,

segurança, emprego, transporte etc. Essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário, buscando, a integralidade da atenção em saúde bucal. O processo de trabalho atrelado ao modelo que está se propondo requer: 1- Interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, sendo que a equipe de saúde bucal (ESB) deve se sentir parte integrante da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção; 2- Integralidade da atenção: a equipe, deve estar capacitada a oferecer, de forma conjunta, ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo; 3- Ampliação e qualificação da assistência: organizar o processo de trabalho para garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras sequelas. Para isso, os serviços precisam disponibilizar tempo de consulta e sessões de tratamento suficientes e adequados à complexidade do tratamento; 4- Boas condições de trabalho: indispensável, nesse aspecto, observar estritamente as normas e padrões estabelecidos pelo sistema nacional de vigilância sanitária.

2- Como é realizado o planejamento de ações em saúde bucal coletiva, por meio do diagnóstico da cárie dentária, por exemplo? O planejamento das ações em saúde bucal coletiva, por meio do diagnóstico da cárie dentária, depende das ações individuais e coletivas no tocante à promoção, prevenção, proteção, recuperação e manutenção. A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada e à fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado, cuidados odontológicos básicos apropriados, como a educação em saúde bucal, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, hábitos e alimentação saudáveis. Já nas ações de recuperação (tratamento), o diagnóstico da cárie, por exemplo, deve ser feito o mais precocemente possível, assim como o tratamento deve ser

instituído de imediato, de modo a deter a progressão da doença cárie, que pode causar males piores e/ou sequelas (DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004).

Avançando na prática

Educação permanente

Descrição da situação-problema

Em uma cidade do interior e de pequeno porte do estado de São Paulo, com aproximadamente 25 mil habitantes, rotineiramente percebia-se uma procura por atendimento em saúde bucal para pacientes especiais nos serviços de saúde bucal da rede básica. Essa cidade contava com a existência da APAE (Associação Pais e Amigos dos Excepcionais), que realizava um excelente trabalho e atendimentos às crianças, adolescentes e jovens especiais, porém ela, não tinha consultório odontológico instalado, somente consultório médico. Essa cidade de pequeno porte tinha, em seus planos e projetos, a implantação urgente de um CEO do programa Brasil Sorridente que contava com, entre outras, especialidades odontológicas, atendimentos a pacientes especiais. Mas a questão principal é que, entre os profissionais dentistas da rede, nenhum deles possuía título de especialização ou curso extensivo nessa área. Somente, uma profissional dentista, Dra. AAC, possuía algumas habilidades e tendências na área citada. Portanto, a necessidade de qualificação ou educação permanente era notória. Como proceder diante da situação exposta?

Resolução da situação-problema

Diante da situação-problema apresentada, a rede de coordenação em saúde bucal do município, com o aval das instâncias superiores, da secretaria de saúde e da prefeitura, deu condições para que algum profissional dentista, que se interessasse, fizesse um curso de qualificação e especialização em atendimento a pacientes especiais. Feito o convite e com investimento em **educação permanente e profissional**, refletindo e voltando em benefício à própria rede de atendimento, os profissionais AAC e JAA se propuseram a realizar a qualificação e especialização em atendimento a esses pacientes. Eles participaram por um ano de estudos teóricos e práticos. Com essa

atitude acertada pela secretaria de saúde e com o CEO já implantado, os especialistas iniciaram o atendimento a esse grupo de pacientes, atendendo à demanda não somente da cidade em questão, como das cidades vizinhas, que eram referenciadas. Com o passar dos anos, a instituição APAE montou um consultório odontológico equipado e apropriado na própria instituição, e a prefeitura cedeu um dos profissionais dentistas qualificados para realizar atendimentos toda manhã, de segunda a sexta feira.

Faça valer a pena

1. A saúde bucal coletiva é a parte da odontologia pública que se dedica à saúde bucal das populações e dos indivíduos nos contextos sociais nos quais estão envolvidos, bem como aos serviços e sistemas de saúde disponíveis. Tem como base estruturante três grandes áreas, a saber: epidemiologia, planejamento e gestão, que são fundamentais para a compressão e a intervenção da saúde bucal coletiva e seus determinantes. A maior evidência em ação coletiva, reconhecida internacionalmente, referente à prevenção cárie é:

- a) Restauração dentária.
- b) Exodontia dentária.
- c) Tratamento de canal (endodontia).
- d) Palestras educativas.
- e) Fluoretação das águas de abastecimento público.

2. A assistência odontológica pública no Brasil até 2004 estabeleceu-se historicamente se restringido aos serviços básicos, apresentando baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo a falta da sequência no sistema de referência e contrarreferência, não concluindo, assim, muitas vezes, o tratamento, pois não tinha para onde encaminhar os pacientes em nível secundário e/ou terciário de atenção especializada.

A partir de qual programa houve ampliação do sistema de atendimento odontológico à população?

- a) Programa Sorria Sempre.
- b) Programa Saúde Começa pela Boca.
- c) Programa Mais Saúde Bucal.
- d) Programa Brasil Sorridente.
- e) Programa Sorria Brasil.

3. Existe uma doença considerada crônico-degenerativa dos tecidos dentários que se caracteriza pela desmineralização da porção inorgânica e pela destruição da porção orgânica do dente. Durante muito tempo, essa doença, foi entendida e tratada como sinônimo de uma cavidade na estrutura dentária.

Analisar as alternativas e assinalar a correta em relação à doença citada no texto acima:

- a) Doença periodontal.
- B) Doença gengival.
- c) Cárie dentária.
- d) Gengivite necrosante aguda.
- e) Fenda palatina.

Seção 3.3

Programa Brasil Sorridente

Diálogo aberto

Caro aluno! Seja bem-vindo a esta nova seção de estudo! Vamos retornar às situações hipotéticas vivenciadas por alguns estagiários do último ano de graduação de Odontologia, quando passaram pelos serviços de saúde bucal públicos (rede básica, especialidades, programas de promoção e prevenção em saúde bucal, setor administrativo e gerencial da coordenação de saúde bucal) de um município de pequeno porte do interior do oeste do estado de São Paulo, com aproximadamente 25 mil habitantes. Esses estagiários presenciaram desde a necessidade de se implantar um centro de especialidades no próprio município, ou o CEO em parceria com o Governo Federal.

Quando os usuários tinham problemas odontológicos e eram atendidos nas UBSs/ESFs, somente eram supridas, no tratamento dentário, as questões básicas, por exemplo, em dentística (restaurações), profilaxia, aplicação de flúor; porém, quanto às necessidades das especialidades odontológicas mais procuradas, como o tratamento de canal (endodontia), a periodontia especializada, como raspagens e curetagens subgingivais e periodontopatias, esses usuários não eram beneficiados, pois não havia como encaminhá-los ou referenciá-los na rede pública por falta de um CEO mantido pelo SUS municipal, nem o próprio município, nem mesmo o CEO, em parceria com o Governo Federal, por meio do Programa Brasil Sorridente. Diante dessa dificuldade em dar continuidade ao tratamento odontológico, referente às especialidades, os pacientes tinham de procurar a rede privada, e aqueles que não tinham condições financeiras, às vezes eram obrigados a se sujeitarem ao procedimento mais radical, por exemplo, a exodontia, devido ao grau de infecção alcançado pela ausência de um tratamento endodôntico necessário e não realizado. Vejamos o caso da adolescente AMC, de 16 anos, que após exame, foi constatado que os dentes 16, 17, 25, 26, 35 e 46 apresentavam cáries extensas, profundas, com comprometimentos da polpa, além

de sangramento gengival devido à gengivite; na região posterior superior direita e na região anterior inferior, os dentes 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 e 45 apresentavam tártaro subgengival e doença periodontal avançada, com bolsa periodontais subgengivais, já com perda óssea, o que provocou mobilidades grau 1 e 2 nos dentes 32, 31, 41 e 42. Analise cuidadosamente a situação apresentada e ajude os estagiários a resolverem a situação. O que fazer, em termos de plano de tratamento, uma vez que não existe um CEO na cidade para encaminhá-la? E a adolescente não tem condições financeiras para fazer o tratamento na rede particular.

Diante dessa situação hipotética, vamos lembrar e estudar com mais detalhes e dados estatísticos a situação da odontologia pública antes e depois da implantação do Programa Brasil Sorridente e até os dias atuais.

Anime-se! Vamos saber mais sobre o Programa Brasil Sorridente!

Não pode faltar

As condições de saúde bucal (dentárias), ainda hoje nos mostram um quadro dramático de exclusão social, quer seja pelas precárias condições de saúde bucal localizada ou pelos problemas encontrados para se ter acesso aos serviços odontológicos. Esse quadro resume a vida de milhões de brasileiros, sem condições financeiras e sem acesso a tratamentos de qualidade. Devemos sempre lembrar que os problemas bucais, sem dúvida, desencadeiam sofrimentos psicológicos e físicos. Devido a isso, enfatizamos que a promoção da saúde geral sempre foi e é, sem dúvida, uma importante estratégia para se promover saúde bucal. Agora, em pleno século XXI, tem-se enfatizado o fato de maioria das doenças crônicas possuírem fatores de riscos comuns relacionados às características socioambientais, fatores determinantes e condicionantes, que exercem influências significativas tanto na ocorrência da doenças bucais, como nas principais doenças que afetam a saúde geral do indivíduo. Historicamente, os serviços de atendimento odontológico no Brasil foram construídos de forma sempre restrita ao atendimento básico, com baixíssima ou inexistente capacidade de atendimento odontológico especializado (gratuito).

Vamos conhecer sobre o **histórico e origem do Brasil Sorridente**: em 24 de novembro de 2002, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva conduziu uma reunião muito importante da equipe de transição de governo, com representantes de 11 estados para tratar da situação da população brasileira. Como resultado final da referida reunião, foi aprovado um documento intitulado Fome Zero, focado na alimentação da população carente, mas a Federação Interestadual de Odontologistas (FIO), redigiu o documento “Fome zero e boca cheia de dentes” que foi apresentado na transição para o governo do presidente Lula por defensores da Reforma Sanitária e do SUS. Os autores do documento explicaram que sem saúde bucal o programa Fome Zero teria problemas, pois para pelo menos mastigar os alimentos precisamos de dentes, e dentes saudáveis. “Fome Zero, com boca cheia de dentes” destaca, sim, a importância da boa alimentação, mas também, que a saúde bucal é imprescindível para a saúde geral do indivíduo. Esse documento ainda destaca o empenho dos trabalhadores e profissionais da odontologia pública em lutar por avanços e progressos nas áreas de políticas públicas em saúde bucal, garantindo mais financiamento e incentivos financeiros por parte do Governo Federal. Nesse documento estão 23 itens que deveriam nortear, balizar e priorizar a atuação do Governo Federal na área de saúde bucal para o avanço da odontologia pública.

O Programa Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB) foi implantado no governo Lula, mas foi gerado bem antes, durante fóruns, encontros, congressos, onde se discutia sobre a saúde bucal e saúde coletiva. As conquistas e os avanços na esfera da saúde bucal pública ganharam forças, proporções e volume, com a 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, com os ENATESPO – Encontros Nacionais de Técnicos dos serviços públicos odontológicos, com os Fóruns Nacionais dos Trabalhadores na Área Bucal e nas participações cotidianas e rotineiras dos conselhos de saúde. Todos esses eventos envolveram milhares de brasileiros que buscavam um bem comum para a “saúde bucal”.

Todas as ações/eventos vieram a culminar, em 2004, com o lançamento oficial do Programa Brasil Sorridente, na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que aconteceu entre 29/07 e 1º/08/2004, tendo suas metas, objetivos e concepções aprovados pela Portaria nº 2.607, de 10 dezembro de 2004, do Ministério da Saúde com o lançamento oficial das Diretrizes da Política Nacional em Saúde Bucal

(PNSB), depois de terem sido aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS). O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal traz os quatro grandes eixos prioritários para os avanços da saúde odontológica pública, a saber: 1) educação e construção da cidadania, 2) controle social e gestão participativa em saúde bucal, 3) formação e trabalho em saúde bucal, 4) financiamento e organização em saúde bucal.



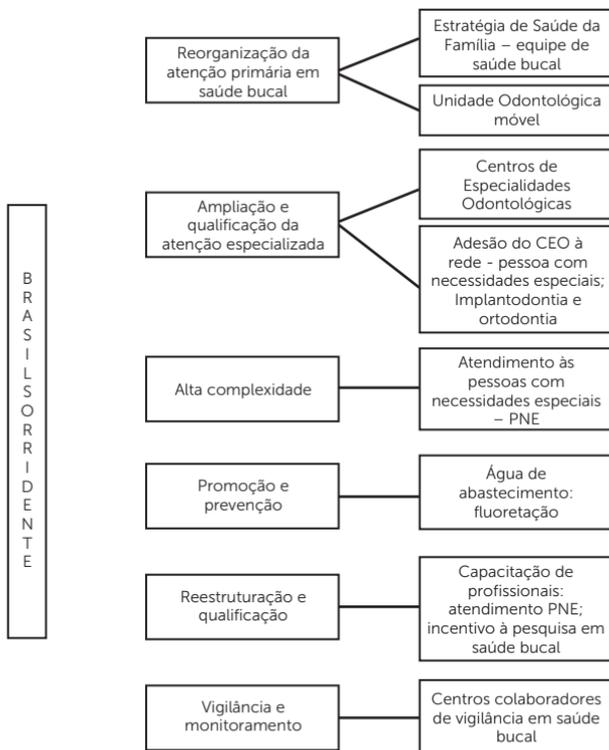
Assimile

Na **educação e construção da cidadania**, é importante destacar a necessidade de se garantir a equidade na atenção à saúde, com isso, reduzindo as desigualdades regionais e sociais, ampliando as ofertas em saúde bucal, garantindo sempre a universalidade do acesso, fazendo com que o direito à saúde bucal deixe de ser apenas uma declaração e teoria e passe a ser, na prática, o cotidiano da vida dos brasileiros, com serviços odontológicos de baixa, média e alta complexidade. No **Controle social e gestão participativa em saúde bucal** destaca-se a necessidade de criar mecanismos de ampliar a participação dos gestores, trabalhadores, usuários e prestadores em cada instituição do SUS, acompanhados e fiscalizados pelos conselhos municipais de saúde, fortalecendo, assim, a gestão colegiada, criando mecanismos de proteção contra as interferências políticas e fortalecendo a gestão técnica em saúde bucal e não político-partidária. Na **formação e trabalho em saúde bucal**, enfatiza-se que as universidades não estão formando profissionais dentistas comprometidos com o SUS, cidadania e controle social, dessa forma, gerando dificuldades para o SUS exercer seu preceito constitucional de preparar recursos humanos para trabalhar no sistema público de saúde, o que resulta em complicações nas práticas em saúde bucal pública, com queda na qualidade dos serviços prestados. No **financiamento e organização da atenção em saúde bucal**, é importante salientar a necessidade de maior investimento financeiro para ampliar e qualificar o acesso ao atendimento básico em saúde bucal, garantindo serviços odontológicos em todas as unidades básicas de saúde, incluindo áreas rurais e de difícil acesso, além das fronteiras nacionais, em horários que possibilitem o acesso aos trabalhadores, isto é, após as 17 horas, pois a maioria dos trabalhadores sai de seus serviços após esse horário.

O programa Brasil Sorridente veio para ampliar o atendimento odontológico e, com isso, alcançar milhões de pessoas com necessidades de tratamento básico e especializado. Esse programa

constitui-se de diferentes medidas/ações que visam à qualidade de vida da população brasileira, sendo suas principais áreas de ação: implantação de equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família, expansão dos CEOs e LRPD, entre outras (veja o Quadro 3.1).

Quadro 3.1 – Principais ações do Programa Brasil Sorridente



Fonte: <http://coral.ufsm.br/odontologia/images/Documentos/Odonto_e_Legal/Políticas_Publicas/BrasilSorridente.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

Para que a PNSB – Programa Brasil Sorridente – possa aproximar o que está escrito em sua teoria na prática, ela não pode ficar restrita nem à saúde da família no plano da rede básica, nem aos CEOs na atenção secundária, pois terá de ir além e transpor, paralelamente, na área das micro e macropolíticas, fazendo e provocando transformações nos serviços públicos de saúde, nas relações entre os profissionais e usuários do SUS e nas políticas públicas de financiamento do governo.

Avanços no serviços públicos odontológicos com o Programa do Brasil Sorridente: como já sabemos, o atendimento especializado em saúde bucal: de periodontia, endodontia, diagnóstico, patologia bucal, cirurgia oral menor, e o atendimento aos pacientes com necessidades especiais fazem parte do quadro de serviços que são oferecidos em todos os CEOs, deixando, dessa forma, de ofertar apenas cuidados odontológicos básicos no SUS, integrando os CEOS aos sistemas de referência e contrarreferência, transformando-os também em portas de entrada do sistema de atenção à saúde bucal.



Exemplificando

Podemos afirmar que os atendimentos especializados representam uma promessa que se cumpriu. Já em 2008 o Brasil contava com 675 CEOs em pleno funcionamento, espalhados em todo o país, levando atendimento aos brasileiros que até então não tinham acesso algum. Na mesma época, pensando em ações preventivas, foram implantadas, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), 205 novos sistemas de fluoretação da água de abastecimento público, abrangendo 106 municípios em 6 estados brasileiros, importante medida, reconhecida pela sua eficiência na prevenção da cárie dentária.

O Programa **Brasil Sorridente**, desde sua criação, em 2004, até os dias atuais, tem propiciado à população brasileira a participação em ações que visam a promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde bucal. Essas ações são importantes pois geram qualidade de vida aos usuários. Os dados de 2014 mostram que esse programa beneficia mais de 80 milhões de brasileiros que são atendidos por 20.424 equipes de saúde bucal (ESB) no país, envolvendo 4.903 municípios. Temos hoje, em torno de 1.000 CEOs, em 773 municípios brasileiros. Em 2010, eram 853 CEOs, e em 2011 saltou para 882. Mesmo com todos os problemas enfrentados, devemos nos orgulhar, pois o Brasil Sorridente é o maior programa de saúde bucal do mundo. (Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/brasil-sorridente-e-o-maior-programa-de-saude-bucal-do-mundo>>. Acesso em: 25 jun. 2017.)



Pesquise mais

Acessando o link a seguir, você, aluno, verá uma retrospectiva do Brasil Sorridente, desde sua implantação, em 2004, com seus avanços até

2012. Programa Brasil Sorridente investe na melhoria da saúde bucal dos brasileiros. TVNBR. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=CpuhoqWNpKA>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

Programa Brasil Sorridente pode ser incluído no SUS – Senado Federal. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2017/05/programa-brasil-sorridente-pode-ser-incluido-no-sus>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 – demonstrou queda de 26% na incidência de cárie na faixa etária de 12 anos entre 2003 e 2010, fazendo com que o Brasil passasse a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie dentária, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Também houve redução no número de dentes afetados por cáries e ampliação no acesso aos serviços de saúde bucal para as faixas etárias de 15 a 19 anos; 35 a 44 anos; e 65 a 74 anos (PROGRAMA, 2010).

O Programa Brasil Sorridente completou 10 anos em 2014, comemorando muitos avanços e conquistas, sendo a primeira política nacional elaborada especificamente para tratar de saúde bucal no país, mudando a realidade do acesso da população brasileira ao tratamento odontológico gratuito por meio do SUS, incluindo, além das ações de prevenção e tratamento básico, o atendimento especializado e a reabilitação em saúde bucal. Se compararmos com 2002, o número de equipes trabalhando aumentou 543%. O SUS também emprega 30% dos dentistas do país: são aproximadamente 63.584 profissionais atuando na rede pública. Em 2002, esse número era de 40.205, o que significa um aumento de 49%. No ano de 2014, mais de 129 milhões de procedimentos de promoção e prevenção e mais de 120 milhões de procedimentos clínicos, de diagnóstico e reabilitadores foram realizados. O investimento do Ministério da Saúde já ultrapassou R\$ 7 bilhões desde seu lançamento para expansão e manutenção da rede. Em 2014, foi liberado R\$ 1,28 bilhão, 20 vezes mais do total investido antes do início do programa. (PROGRAMA, 2014).



Analise tudo o que você conhece sobre o Programa Brasil Sorridente. Você acredita que esse programa pode ser melhorado? O que você, como futuro cirurgião dentista, pode fazer para contribuir com o Brasil Sorridente e com a saúde bucal no Brasil?

Ainda pensando em melhorias para o Programa Brasil Sorridente, o Projeto de Lei do Senado nº 8, de 2017, do Senador Humberto Costa, relata que o programa Brasil Sorridente pode ser incluído no SUS. Ementa do projeto: Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. A explicação da ementa: cria a Política Nacional de Saúde Bucal, compreendida como um conjunto de diretrizes que conforma um modelo de organização e atuação, preconizado para a atenção à saúde bucal no País, que se constitui como instrumento para orientar as ações direcionadas à produção social da saúde bucal e, especificamente, as ações odontológicas em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Estabelece que a Lei entra em vigor 90 dias após a data de publicação. Esse projeto foi aprovado por Comissão em decisão terminativa em 14 jul. 2017 (BRASIL, Senado Federal, 2017).

Sem medo de errar

No caso da adolescente AMC, de 16 anos, que após exame, foi constatado que os dentes 16, 17, 25, 26, 35 e 46 apresentavam cáries extensas, profundas, com comprometimentos da polpa, além de sangramento gengival devido à gengivite; na região posterior superior direita e na região anterior inferior, os dentes 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 e 45 apresentavam tártaro subgengival e doença periodontal avançada, com bolsa periodontais subgengivais, já com perda óssea, o que provocou mobilidades grau 1 e 2 nos dentes 32, 31, 41 e 42. Analise cuidadosamente a situação apresentada e ajude os estagiários a resolverem. O que fazer em termos de plano de tratamento, uma vez que não existe um CEO na cidade para encaminhá-la?

Sabendo que a adolescente não tinha condições financeiras para continuar o tratamento na rede privada ou conveniada, o dentista da

rede básica planejou sessões de pulpotomia nos dentes 16, 17, 25, 26, 35 e 46, tendo sucesso, após algumas sessões, somente nos dentes 25 e 35, sendo os dentes posteriormente restaurados definitivamente com amálgama, pois a resina estava contraindicada. Já os dentes 16, 17, 26 e 46, como não reagiram positivamente às tentativas de pulpotomias com capeamento da exposição da polpa com hidróxido de cálcio, os curativos foram trocados de tempo em tempo, até que, definitivamente, a endodontia seria necessária.

Durante esses intervalos de tempos entre a trocas de curativos, o dentista e sua auxiliar se dedicaram a cuidar da gengiva inflamada da região superior direita, e da região inferior anterior na região dos dentes 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 45, com sessões de raspagens de tártaro, bochechos com solução de água oxigenada a 10 volumes e colutórios bucais específicos, profilaxias com pastas profiláticas abrasivas e aplicações de flúor gel, para amenizar os problemas. A jovem adolescente também foi orientada sobre como fazer as escovações de forma correta para melhorar a qualidade da higiene bucal. Feito isto, ainda ficou restando o tratamento de canais dos dentes 16, 17, 26 e 46. Infelizmente, a cárie profunda e extensa do dente 46 tomou uma proporção maior, causando infecção de repetição por 3 vezes, sendo necessária drenagem de abscesso por 2 vezes e prescrição de antibioticoterapia e anti-inflamatórios, mas infelizmente a exodontia foi realizada para que a infecção não provocasse risco à saúde geral e bucal da adolescente.

Passado, aproximadamente, um ano de tratamento, houve a implantação do CEO na cidade, e finalmente a adolescente pode ser encaminhada para lá, onde realizou a endodontia dos elementos dentais 16, 17 e 26, e depois foi contrarreferenciada para a unidade básica para concluir as restaurações e finalmente concluir seu tratamento dentário.

Avançando na prática

Odontologia de alta complexidade no CEO – implantes

Descrição da situação-problema

Paciente SSG, 50 anos, com doença periodontal avançada na região bilateral superior posterior, teve de fazer exodontia dos elementos dentais 16, 17, 18, 26, 27 e 28, restando apenas na maxila

os dentes anteriores e os pré-molares superiores. Na parte inferior, na mandíbula, houve situação semelhante, afetando e comprometendo, os elementos dentais 31, 32, 33, 41, 42 e 43, todos com mobilidades grau 4, sendo também extraídos. Já a região posterior inferior bilateral apresentava gengivite, que foi controlada com raspagens supra e subgengivais e bochechos com colutórios e profilaxias. Todos os demais elementos dentais da boca foram preservados e/ou devidamente restaurados com amálgama, os posteriores inferiores, e com resinas compostas os anteriores superiores. Paciente, portanto, desdentado superior bilateral e desdentado inferior anterior. Paciente pode ser encaminhado do CEO para outro CEO?

Resolução da situação-problema

O paciente SSG, de 50anos, foi devidamente tratado no CEO, pelo periodontista e, posteriormente, foi encaminhado para outro CEO para a realização de enxertos ósseos na região bilateral posterior superior e inferior anterior, com intuito de receber implantes de "parafusos de titânio" para posteriormente serem instalados os elementos dentais artificiais (após a osseointegração total com o osso maxilar posterior superior bilateral e anterior inferior na mandíbula e a não rejeição dos implantes), visando à reabilitação dental inferior anterior e posterior bilateral superior.

Faça valer a pena

1. O Programa Brasil Sorridente completou 10 anos em 2014, comemorando muitos avanços e conquistas, como sendo a primeira política nacional feita especificamente para tratar de saúde bucal no país, mudando a realidade do acesso da população brasileira ao tratamento odontológico gratuito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo, além das ações de prevenção e tratamento básico, o atendimento especializado e a reabilitação em saúde bucal.

O Programa Brasil Sorridente foi lançado oficialmente em qual conferência?

- a) X Conferência Nacional de Saúde.
- b) XI Conferência Nacional de Saúde.
- c) 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.
- d) 2ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.
- e) 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

2. O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal traz os quatro grandes eixos prioritários para os avanços da saúde odontológica pública, a saber: 1) _____, 2) controle social e gestão participativa em saúde bucal, 3) formação e trabalho em saúde bucal, 4) financiamento e organização em saúde bucal.

Analisar as alternativas e assinalar a que corretamente completa a lacuna:

- a) Educação e construção da cidadania.
- b) Educação e construção de novas leis em saúde bucal.
- c) Programa Sorria Brasil e construção da cidadania.
- d) Brasil Sorridente e construção da cidadania.
- e) Educação e programa Brasil Sorridente.

3. O Brasil Sorridente, desde sua criação em 2004 até os dias atuais, tem possibilitado a ampliação e a qualificação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Analisar as afirmativas e assinalar V para verdadeiro e F para falso:

() Mais de 1.000 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foram inaugurados e cerca de 80 milhões de brasileiros atendidos de 2004 a 2014.

() Existem aproximadamente 20.424 equipes de saúde bucal (ESB) no País, envolvendo 4.903 municípios.

() Brasil Sorridente é o maior programa de saúde bucal do mundo.

() Brasil Sorridente é o 3º maior programa de saúde bucal do mundo, ficando atrás dos EUA e França.

() Existem aproximadamente 4.424 equipes de saúde bucal (ESB) no país, envolvendo 903 municípios.

Após análise das alternativas é correto apenas o que se afirma em:

- a) V, V, F, F, F.
- b) V, F, F, F, F.
- c) F, F, F, F, F.
- d) V, V, V, F, F.
- e) V, V, V, V, F.

Referências

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Vw9wBPtTio>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

BRASIL. **A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema no Sistema Único de Saúde.** Tempus – Actas de Saúde Coletiva – Saúde Bucal. Brasil, as diretrizes da atual Política Nacional, de EHG de Lucena. 2011. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1042/951>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

_____. **Portaria nº 1444/GM em 28 de dezembro de 2000.** Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal. Disponível em: <www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

_____. **Portaria nº 2.607/GM, de 10 dezembro de 2004.** Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/GM_2607.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2017.

_____. **Brasil sorridente é o maior programa de saúde bucal do mundo.** Portal Brasil. Publicado em: 25 out. 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/brasil-sorridente-e-o-maior-programa-de-saude-bucal-do-mundo>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

_____. **Brasil sorridente** – Portal do Departamento de Atenção Básica. 14 mar. 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=faq>. Acesso em: 25 jun. 2017.

_____. **Brasil sorridente** – SUS-SAÚDE QUE COMEÇA PELA BOCA. Disponível em: <<http://www.mobraedeuss.com.br/brasil-sorridente-sus/>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA nº 17 – **Saúde bucal** – Biblioteca Virtual Bucal/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Diretrizes para a política Nacional de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo odontologia e de saúde coletiva.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA ATENDERÃO USUÁRIOS DO SUS. (Parceria da Saúde e Educação). TVNBR. Entrevista com o Coordenador de saúde Bucal do Ministério da Saúde. Publicado em 27 ago. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=JW66lfqarqE>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social.** Relatório Final. Brasília. 2004.

8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. Relatório Final. Brasília, DF. 10-12 out. 1986. Apresentação patrocinada pelo

Ministério da Saúde Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/conep/biblioteca.html>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm>. Acesso em: 29 jun. 2017.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Genebra. **Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal**. 4. ed. 1997.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633>. Acesso em: 2 jun. 2017.

PASSO A PASSO DAS AÇÕES DO BRASIL SORRIDENTE. Brasília – DF. 2003. Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/odontologia/images/Documentos/Odonto_e_Legal/Políticas_Publicas/BrasilSorridente.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 20, n. 2, abr/jun. 2013, p. 653-673. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2017.

PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva em odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. p. 201-207. Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Vw9wBPITio>>. Acesso em: 2 jun. 2017.

PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva em odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009, 704 p.

PUCCA JR, G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 11, n. 1, Rio de Janeiro. jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100033>. Acesso em: 29 jun. 2017.

PORTAL DA SAÚDE – SUS+ Saúde entrega 117 Unidades Odontológicas Móveis para 20 estados. 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2105>. Acesso em: 25 jul. 2017.

PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE COMPLETA 10 ANOS CFO – Programa Brasil Sorridente completa 10 anos. 2014. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-asnoticias/programa-brasil-sorridente-completa-10-anos/>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

TVNBR. **Programa Brasil sorridente investe na melhora da saúde bucal dos brasileiros**. 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=CpuhoqWNPkA>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE PODE SER INCLUÍDO NO SUS – Senado Notícias. Senado Federal. 2017. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2017/05/programa-brasil-sorridente-pode-ser-incluido-no-sus>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

PEREIRA, A. C. Tratado de saúde coletiva em odontologia. **Nova Odessa**: Napoleão, 2009, 704 p. Atenção Primária à Saúde, Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Vw9wBPITtio>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

SENADO FEDERAL. **Atividade legislativa**. Projeto de Lei do Senado n. 8, 2017. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127956>>. Acesso em: 25 jul. 2017.

Levantamentos e índices epidemiológicos em saúde bucal

Convite ao estudo

Caro aluno, seja bem-vindo a uma nova unidade de ensino, na qual vamos falar sobre os indicadores de saúde e, ao final dela, você terá aprendido os principais índices e indicadores dos levantamentos epidemiológicos realizados em saúde bucal coletiva. Para facilitar o aprendizado, em cada seção desta unidade, vamos continuar acompanhando as situações vivenciadas por um grupo de alunos do último ano de graduação em odontologia quando passaram pelos serviços de saúde bucal públicos (rede básica, especialidades, programas de promoção e prevenção em saúde bucal, setor administrativo e gerencial da coordenação de saúde bucal) de um município aproximadamente 25 mil habitantes. Os alunos tiveram a oportunidade de se reunirem com a equipe de gestão da saúde bucal do município para acompanhar o trabalho gerencial e administrativo, observando cuidadosamente e aprendendo todos os detalhes sobre os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, bem como a classificação de risco em saúde bucal e o acesso ao tratamento. Para ajudar a entender esses assuntos tão importantes em saúde bucal coletiva, na Seção 4.1, estudaremos os conteúdos relacionados aos objetivos e usos da epidemiologia, dos conceitos e indicações dos indicadores de saúde e dos principais índices e coeficientes de mortalidade e morbidade em saúde. Na Seção 4.2, estudaremos os índices e levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil sobre os principais índices epidemiológicos em saúde bucal: CPO, PIP, IPC, AG; índices epidemiológicos em traumatismo, fluorose, DEAN, DAI, uso e necessidade de prótese; e também conhecer as etapas e os cuidados para se realizar um fidedigno levantamento epidemiológico em saúde bucal. E finalmente,

na Seção 4.3, vamos abordar os conceitos da avaliação de risco em saúde bucal, os graus da classificação de risco X acesso, em paralelo às demandas e necessidades ao tratamento dentário.

Anime-se! Vamos aos estudos!

Seção 4.1

Indicadores de saúde

Diálogo aberto

Você se lembra do grupo de alunos do último ano de odontologia que participou de reuniões com o setor administrativo (grupo gestor) do serviço público? Então, em uma dessas reuniões, o aluno F.C., de 20 anos, fez os seguintes questionamentos ao grupo gestor: se os índices e levantamentos em saúde bucal podem ser bons, médios, ruins ou péssimos, como seriam os indicadores índices e ou coeficientes gerais de saúde bucal do município? Pela lógica, seguiriam no mesmo sentido? Os integrantes do grupo de coordenação de saúde bucal, então, responderam a todos os presentes que, de uma forma geral, sim, que seguiriam a mesma lógica. Mas para que todos pudessem comprovar, os alunos teriam acesso aos indicadores de saúde gerais do município. O aluno que fez os questionamentos então foi convidado a participar de uma outra reunião com o comando central da secretaria de saúde e integrantes da equipe de planejamento em gestão da Secretaria, além do coordenador da Vigilância em Saúde. Nessa reunião, o aluno F.C. ouviu atentamente e, ao final, fez as seguintes perguntas: 1) Quais são os conceitos e as indicações dos indicadores de saúde? 2) A vigilância em saúde, por meio da vigilância epidemiológica (VE), realiza os levantamentos epidemiológicos em saúde por meio de índices, coeficientes e ou indicadores? 3) Os indicadores mais sensíveis e de impacto na rede e na mídia são os de mortalidade ou morbidade?

Para responder a essas e outras dúvidas, vamos aos estudos!

Não pode faltar

Epidemiologia, uso e objetivos: a epidemiologia é uma área de grande importância porque nos fornece dados referentes à distribuição e aos motivos de situações relacionadas com a saúde e/ou problemas que afetam a população, isto é, estuda o processo de doença e saúde, observando e analisando os motivos causais para o

melhor entendimento da saúde e, assim, fornecendo dados para que sejam tomadas medidas específicas que contribuam para melhorar as condições de saúde da população de um grupo de pessoas, de um município, do estado, de um país. O uso da epidemiologia como ferramenta diagnóstica nos serviços de saúde no Brasil está prevista na Lei nº 8080, que prevê que o SUS deve incluir a “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (BRASIL, 1990).

Importante que saibamos que a epidemiologia e a clínica possuem vínculos muito antigos, desde a prática médica moderna, mas que a clínica é uma atividade pontual, isto é, trata a pessoa, enquanto que a epidemiologia analisa a população/coletivo.



Assimile

Caro aluno, lembre-se de que existem diferenças entre a epidemiologia e a clínica diagnóstica. Estude com atenção!

Quadro 4.1 | Análise clínica e análise epidemiológica

	Análise clínica	Análise epidemiológica
Objetivo	Curar a doença do indivíduo	Melhorar a condição de saúde da população
Informações necessárias	Histórica clínica; exame físico e exames complementares	Dados sobre a população; doenças existentes; causas de morte e serviços de saúde etc.
Tipos de diagnósticos	Diagnóstico individual	Diagnóstico populacional
Planos de ações	Tratamento e reabilitação	Programas de saúde (coletivo)
Avaliações	Acompanhamento clínico (melhora/cura)	Mudanças no estado de saúde da população

Fonte: adaptada de Vaughan e Morrow (1992, [s.p.]).

As ferramentas utilizadas na investigação epidemiológica são normalmente elaboradas a partir da observação clínica. Na área da odontologia, os estudos que são feitos na epidemiologia clínica têm favorecido a elaboração de uma prática que busca ampliar a eficácia das ações clínicas, facilitando o emprego de técnicas diagnósticas e terapêuticas baseadas em evidências tanto dos benefícios, como dos custos e riscos. A epidemiologia traz para a saúde pública geral ou bucal um instrumento para que se cumpra seu objetivo que é proteger a saúde das populações. Em um estudo epidemiológico, devemos acompanhar, por exemplo, a análise da ocorrência de doenças; para isso, seguimos três passos: **pessoas, tempo e espaço**, que respondem às seguintes perguntas: **quem? quando? e onde?**

Podemos listar quatro possibilidades principais de uso da epidemiologia nos serviços de saúde:

- 1) na busca de explicações para a ocorrência de doenças;
- 2) nos estudos da situação de saúde das comunidades. Exemplos: se há grupos mais suscetíveis; se há relação com o nível social dessas pessoas;
- 3) Na avaliação de tecnologias, programas ou serviços. Exemplos: houve redução dos casos de doença ou agravamento após introdução de um programa? A estratégia de determinado serviço é mais eficaz do que a de outro?
- 4) Na vigilância epidemiológica. Exemplos: que informação devemos coletar e observar? Que atitudes devemos tomar para prevenir, controlar ou erradicar a doença? (CASTELLANOS, 1994).

O Quadro 4.2 mostra outras aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde.

Quadro 4.2 | Aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde

1- Identificação dos fatores causais dos problemas de saúde.
2- Descrição da distribuição, relevância e monitoramento dos processos de saúde e doença nas populações.
3- Planejamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde.
4- Distribuição das informações coletadas sobre os alvos, impactos e benefícios.
5- Definição das prioridades.
6- Análise dos motivos que levam ao fracasso ou sucesso dos programas e políticas de saúde.
7- Elaboração e validação dos instrumentos de coleta de dados.

Fonte: adaptado de Silva e Senna (2013).

Como principais objetivos da epidemiologia, podemos citar:

- Identificar o agente causal ou fatores relacionados à causa dos agravos à saúde;
- Compreender o que causam os agravos à saúde; quais os modos de transmissão da doença;
- Identificar e explicar os padrões de distribuição geográfica das doenças, estabelecer medidas preventivas e os métodos e estratégias de controle dos agravos à saúde;
- Auxiliar o planejamento e desenvolvimento de serviços de saúde e prover dados para a administração e avaliação de serviços de saúde (TIMMRECK, 1994).

A epidemiologia bucal está relacionada às doenças que afetam a cavidade bucal e os fatores que as determinam. A epidemiologia em bucal foca analisar as diferenças sociais em saúde bucal, estudando os fatores tanto individuais quanto ambientais das doenças e seus possíveis agravos na cavidade bucal. Também é importante, pois com os dados coletados, norteia a elaboração e implementação de políticas em saúde bucal, objetivando ações para prevenir e melhorar as condições de saúde bucal da população. Além disso, contribui com a clínica odontológica, pois os dados coletados proporcionam o desenvolvimento de uma odontologia embasada em evidências, uma vez que utiliza consciente e criteriosamente essas evidências científicas para que as melhores e corretas decisões sobre os cuidados preventivos e terapêuticos que são destinados ao cidadão e à população de forma geral sejam tomadas.

As evidências científicas que alicerçam a odontologia baseada em evidências são produzidas a partir de métodos em estudos epidemiológicos que visam a:

- Investigar novos métodos de diagnóstico das doenças bucais;
- Avaliar medidas preventivas e terapêuticas;
- Elaborar protocolos clínicos e de medidas preventivas em saúde bucal (SILVA; SENNA, 2013).

Podemos citar como exemplo a contribuição de estudos epidemiológicos que comprovaram o efeito do flúor sobre a redução da prevalência de cárie dentária, isso aconteceu nos Estados Unidos entre 1916 a 1945; e no Brasil, a adição de flúor às águas de abastecimento se deu na década de 1970. Vários outros estudos epidemiológicos na

área de saúde bucal fizeram importantes correlações entre os fatores de risco e doenças, por exemplo, a presença de biofilme dentário e o desenvolvimento de gengivite; uso do cigarro e agravo da doença periodontal; associação entre tabaco, álcool e câncer de boca, entre outros. Todas as pesquisas reforçam a importância da epidemiologia em todas as áreas da saúde. Importante reforçar que existem variáveis que devem ser consideradas na área epidemiológica, como: idade e sexo, que são características importantes de uma população; a relação entre morbidade e mortalidade; as condições socioeconômicas da população (educação, saneamento básico, habitação, emprego, entre outros); qualidade dos serviços de saúde; além de recursos humanos e financeiros.

Ter dados confiáveis para serem disponibilizados é uma importante premissa para uma análise objetiva da situação sanitária de uma população, e é com base nos dados que ações e decisões baseadas em evidências serão tomadas em relação à saúde. Para esses dados confiáveis foram desenvolvidos **indicadores de saúde**, que são dados quantitativos e/ou qualitativos sobre determinadas situações, condições, desempenho e funcionamento de um sistema de saúde. Os indicadores podem variar entre uma contagem simples de casos relacionados a uma determinada doença até cálculos complexos, e esses dados nos levam a refletir e analisar a situação sanitária de uma população, relacionando essa situação com as condições de saúde de um modo geral.

No Brasil, a construção e a utilização de informações sobre saúde, se realizam por meio de relações institucionalizadas, envolvendo vários mecanismos de gestão e financiamento. Além das redes governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estão envolvidos outros setores de governo, que produzem informações relativas à saúde, como as instituições de ensino e pesquisa, as agências não governamentais, organismos internacionais e as instâncias de controle social. A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (**RIPSA**) auxilia no aprimoramento da capacidade da produção e uso de informações para as políticas públicas de saúde. As informações são modificadas, organizadas e concentradas em indicadores específicos, referentes ao estado físico de saúde da população e também aos aspectos socioeconômicos, culturais, religiosos e psicossomáticos que podem modificar a situação de saúde.

A RIPSa classifica os indicadores básicos de saúde em seis subconjuntos temáticos: **demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade (fatores de risco), recursos e cobertura**. Cada indicador é caracterizado, pela sua própria denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. A produção de cada indicador é de responsabilidade da instituição-fonte, que fornece regularmente os dados brutos utilizados para cálculo em planilha eletrônica padronizada e preparada pelo Datasus (Departamento de Informática do Ministério da Saúde – SUS), ou obtida diretamente das bases de dados dos sistemas nacionais de informações de saúde (RIPSa, 2008).

Os principais indicadores básicos de saúde são os de **mortalidade** e de **morbidade (fatores de risco)**, mas outros também podem ser considerados, como falta de acesso aos serviços; condições de vida e fatores ambientais. Todas as informações (confiáveis) obtidas são transformadas em indicadores que possam servir para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais ou com o observado em diferentes tempos, portanto, a construção de indicadores de saúde é necessária para: analisar a situação atual de saúde; fazer comparações; avaliar mudanças ao longo do tempo.

Os indicadores de saúde, de uma forma geral, têm sido elaborados por meio de números. No geral, os números absolutos de casos de doenças ou mortes não são utilizados para avaliar o nível de saúde, pois não levam em conta o tamanho da população (VAUGHAN; MORROW, 1992). Assim, os indicadores de saúde são elaborados por meio de razões (frequências relativas), na forma de proporções ou coeficientes. Essas proporções representam uma parte do total de casos de doenças ou mortes, denotando a importância dos indicadores no conjunto. Os coeficientes, ou taxas, representam o “risco” de uma determinada situação acontecer, quer seja na população de uma cidade, estado ou país. Dessa forma, normalmente, o denominador do coeficiente representa a população exposta ao risco de sofrer determinada situação que está no numerador. Exceções representam o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e o coeficiente de mortalidade materna (CMM), para os quais o denominador utilizado (nascidos vivos) é uma estimativa tanto do número de crianças menores de 1 ano, como de gestantes, parturientes e puérperas expostas ao risco de morte. É preciso destacar, ainda, a diferença entre coeficientes

(ou taxas) e índices. Índices não expressam uma probabilidade ou risco, como os coeficientes, pois o que está contido no denominador não está sujeito ao risco de sofrer o evento descrito no numerador (LAURENTI et al., 1987). Assim, por exemplo, a relação entre computadores x habitantes é um índice, da mesma forma que médicos x habitantes, leitos x habitantes, entre outros; os numeradores “computadores”, “médicos” e “leitos” não fazem parte do denominador, que é a população.

Os coeficientes mais utilizados na área da saúde baseiam-se em dados sobre **nascimentos, doenças e mortes**. Os **coeficientes de morbidade** mais utilizados em saúde são: **prevalência da doença**, incidência **da doença** e **letalidade da doença**; e os de mortalidade mais utilizados, são: **mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade perinatal, mortalidade materna e coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis**.

O **Coefficiente de Mortalidade Infantil, o CMI**, é uma estimativa do risco de crianças nascidas vivas morrerem antes de completarem um ano de idade. É um indicador sensível das condições de vida e saúde de uma comunidade. Pode ser calculado por regra de três ou por meio da seguinte razão:

$$\frac{\text{Óbitos de menores de 1 ano em determinada comunidade e ano.}}{\text{Nascidos vivos na mesma comunidade e ano.}} \times 1.000 = \text{CMI}$$

Independentemente do tempo de gravidez, é considerado nascido vivo aquele que respire ou apresente qualquer sinal de vida, como batimentos cardíacos ou pulsações do cordão umbilical. Já o óbito fetal: é a morte antes do parto, independentemente do tempo de gravidez.

Considera-se óbito infantil quando a criança nasceu com todos os sinais compatíveis com a vida, mas veio a óbito antes de completar um ano de idade.



Reflita

Principais índices e coeficientes de mortalidade e morbidade em saúde:

Morbidade: prevalência, incidência e letalidade da doença.

Mortalidade: infantil, perinatal e materna.

O **Coefficiente de Mortalidade Infantil, CIM**, pode ainda ser dividido em:

a) coeficiente de mortalidade neonatal: óbitos de 0 a 27 dias, inclusive em relação ao total de nascidos vivos (por 1000);

b) coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia: óbitos de 28 dias a 364 dias, inclusive em relação ao total de nascidos vivos (por 1000).

O **coeficiente de mortalidade neonatal** pode ainda ser subdividido em coeficiente de mortalidade neonatal precoce, de 0 a 6 dias, inclusive e coeficiente de mortalidade neonatal tardia, de 7 a 27 dias. Essa divisão, relacionada à idade da criança quando morreu, deve-se à observação de que no período neonatal predominam as causas ligadas a problemas da gestação e do parto (causas perinatais e anomalias congênitas), e de que, no período pós-neonatal, prevalecem as causas de morte relacionadas ao meio ambiente e às condições de vida e de acesso aos serviços de saúde (doenças infecciosas, pneumonias, diarreia, por exemplo) (LAURENTI et al., 1987).

Refleta sobre esses dados: nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos prevalecem quais tipos de óbitos? Neonatal ou pós-natal?

Vale ressaltar e considerar que os indicadores de saúde se baseiam em números. Números, portanto, que representam pessoas que vivem em determinada população, que nasceram, adoeceram ou morreram. É importante destacar ainda que os indicadores de saúde refletem “médias” do que está acontecendo em uma população.



Exemplificando

Fontes de dados ou banco de dados na área da saúde:

A partir da fonte de dados ou banco de dados é que se elaboram os indicadores ou índices da saúde. Seguem alguns exemplos das fontes de dados da saúde:

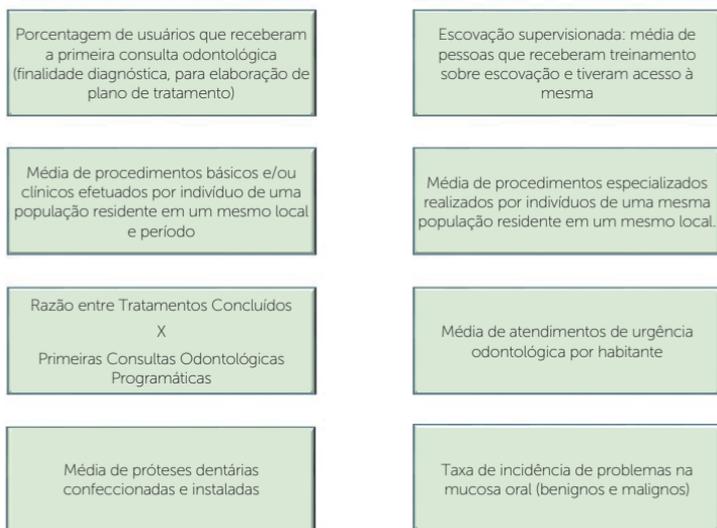
Sistemas de informações gerenciados pelo **DATASUS**: SIM, SINAN, SINASC, SAI/SUS, SIH/SUS, SIAB, SIOPS, CNES, Sistema ANS.

Sistemas da FUNDAÇÃO SEADE: estatísticas vitais do estado de São Paulo: nascimentos, óbitos e mortalidade infantil.

Para uma pesquisa de um determinado ramo científico, para uma finalidade específica ou para finalidades distintas, diferentes modalidades de indicadores de saúde serão os mais indicados, mas o analista deverá conhecer as diferentes fontes de dados e se familiarizar com sua utilização para selecionar os indicadores mais relevantes para suas principais metas e objetivos.

Em relação à saúde bucal, sabemos que o Brasil, apesar de ter apresentado relevante melhora, ainda possui deficiências, pois diferentes níveis socioeconômicos impactam na saúde geral e também bucal da população. Os indicadores de saúde bucal representam um instrumento para avaliação das doenças e qualidade dos serviços em saúde bucal, quer seja na atenção básica, como nas especialidades odontológicas, nos serviços de fluoretação da água e sua relação com a prevenção de cárie. A figura a seguir apresenta alguns dos levantamentos epidemiológicos (indicadores) em saúde bucal que são importantes como prognóstico da qualidade, alcance dos serviços ofertados e para melhoria das políticas de saúde pública.

Figura 4.1 | Indicadores de saúde bucal



Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (I.s.d.)



Por meio deste link, assista com atenção a essa videoaula que será de grande valia como reforço na aprendizagem e assimilação dos conceitos, usos e aplicações dos indicadores de saúde.

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=RFvfZCWSjWY>>.
Acesso em: 10 jul. 2017.

Sem medo de errar

Retomando a situação hipotética que os estagiários de odontologia vivenciaram como a equipe gestora e de coordenação de saúde bucal do município de médio porte, em que o estagiário F.C., de 20 anos, indagou ao grupo gestor se os índices e levantamentos em saúde bucal podem ser considerados, bons, médios, ruins ou péssimos, como seriam os indicadores, índices e/ou coeficientes gerais de saúde do município? Provavelmente, pela lógica, seguiram no mesmo sentido, correto? Os integrantes do grupo de coordenação de saúde bucal responderam a todos os presentes que, de uma forma geral, sim, que seguiriam a mesma lógica. Mas para que todos pudessem comprovar, o coordenador de saúde bucal agendou uma reunião com o comando central da secretaria de saúde, integrantes da equipe de planejamento em gestão da secretaria e com o coordenador da vigilância em saúde. Nessa reunião o estagiário fez novas perguntas:

1) Quais são os conceitos e as indicações dos indicadores de saúde? Os indicadores de saúde caracterizam-se como medidas quantitativas e/ou qualitativas que contêm dados relevantes sobre determinadas situações e dimensões sobre o desempenho de um sistema de saúde. Os principais usos e aplicações dos indicadores de saúde são para: diagnóstico ou análise da situação de saúde, monitoramento e controle da situação de saúde, subsídios ao planejamento de intervenções, avaliação do impacto de intervenções, comparações de grupos e populações, estimativas de risco, estimativas de probabilidades, estimativas de tendências e projeções, apoio à programação de recursos e insumos.

2) Como a vigilância em saúde, por meio da vigilância epidemiológica (V.E.) realiza alguns levantamentos epidemiológicos

em saúde, por meio de índices, coeficientes e/ou indicadores? A epidemiologia ou a vigilância epidemiológica se preocupa com o processo de ocorrência de doenças, mortes e outros agravos ou situações de risco à saúde da população com o objetivo de propor estratégias que melhorem o nível de saúde das pessoas que compõem essa comunidade. A epidemiologia tem como objetivo principal e primordial o estudo de fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas.

3) Os indicadores mais sensíveis e de impacto na rede de saúde do município e para a população como um todo e na mídia são os de mortalidade e morbidade? Os principais indicadores de saúde e mais sensíveis e midiáticos são os de mortalidade e morbidade. Os de morbidade medem, por meio dos números, a prevalência, a incidência e a letalidade das doenças, já os indicadores de mortalidade medem, por meio dos coeficientes de mortalidade infantil, perinatal, morte materna e mortalidade por doenças transmissíveis.

Avançando na prática

Coeficiente de mortalidade infantil

Descrição da situação-problema

A taxa de mortalidade infantil é considerada um dos melhores indicadores não só do estado de saúde infantil, como também do nível socioeconômico de uma população. O CMI de uma cidade de pequeno porte com aproximadamente 12 mil habitantes, do estado de São Paulo, no ano de 2014, estava em torno de 22,5%, muito alto. Como a mortalidade infantil está diretamente associada à falta de assistência às grávidas e as parturientes e também à deficiência hospitalar durante o parto e aos recém-nascidos, a equipe de saúde ficou alerta e atenta aos números elevados de mortalidade infantil naquela ocasião. O que fazer?

Resolução da situação-problema

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador social usado para medir o nível de qualidade de vida de uma determinada população e pode ser determinada por diversos fatores que variam conforme o tempo e o local. Como relatado, as principais causas da mortalidade infantil são: a falta de assistência às grávidas e

parturientes no pré-natal, deficiência na atenção hospitalar aos recém-nascidos, má assistência durante o parto, demora no atendimento e falta de vagas em hospitais, entre outros problemas.

Para se trabalhar a rede de saúde no intuito de modificar o índice, ou taxa, ou coeficiente de mortalidade infantil, deve-se investir na atenção básica, na assistência às gestantes, oferecendo acesso ao pré-natal e seguindo todo o protocolo do Ministério da Saúde para assistência às gestantes ou parturientes. Deve-se oferecer também uma boa assistência hospitalar durante o parto e garantir vagas em hospitais próximos ou da região em casos de não ter o serviço na localidade ou município, que não possui hospital e ou maternidade e, por fim, garantir que as políticas públicas sociais locais, tenham e garantam o básico e o essencial, por exemplo, saneamento básico, boa alimentação e sistema de imunização.

A taxa de mortalidade infantil em cidades com menos de 100 mil habitantes pode, em alguns anos isolados, subir consideravelmente, pois 1 a 3 óbitos a mais de crianças com menos de 1 ano pode elevar e muito o coeficiente; já os nascidos vivos no mesmo período, que estão representados no denominador, são sempre a mesma média no período. Portanto, as taxas, ou coeficientes de mortalidade infantil são mais fiéis e fidedignas quando medidas em altas proporções, como país, estados, regiões e/ou municípios com população acima de 100 mil habitantes por exemplo.

Faça valer a pena

1. A construção de um indicador de saúde se faz por meio de um processo que pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença até o cálculo de proporções, coeficientes, razões, taxas ou índices mais complexos, como a esperança de vida ao nascer.

Como se calcula a taxa ou coeficiente de mortalidade infantil, ou seja, qual é a razão da equação para se chegar a esse índice de uma determinada população num período?

- a) Divide-se o total de nascidos vivos pelos óbitos de crianças com menos de 1 ano e multiplica-se por 1000.
- b) Divide-se o total de óbitos de crianças com menos de 1 ano pelos nascidos vivos e multiplica-se por 1000.
- c) Divide-se o total de nascidos vivos pelos óbitos fetais com menos de 1 ano e multiplica-se por 1000.

- d) Divide-se o total de óbitos fetais pelos óbitos de crianças com menos de 1 ano e multiplica-se por 1000.
- e) Divide-se o total de nascidos vivos pelos óbitos de crianças com menos de 1 ano e multiplica-se por 1000.

2. Os indicadores de saúde são informações ou medidas que expressam ou quantificam um resultado, uma característica ou o desempenho de um processo de saúde, gerando informações úteis à tomada de decisão. Elas se caracterizam como medidas quantitativas e/ou qualitativas que contêm dados relevantes sobre determinadas situações e dimensões sobre o desempenho de um sistema de saúde.

Os principais indicadores de saúde, utilizados com intuito de medir situações de saúde, são:

- a) Demográficos e culturais.
- b) Demográficos e socioeconômicos.
- c) Recursos e demográficos.
- d) Morbidade e mortalidade.
- e) Socioeconômicos e de recursos.

3. Cada indicador de saúde é caracterizado pela sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados. A produção de dados (informações) de cada indicador é de responsabilidade da instituição-fonte, a qual fornece anualmente os dados brutos utilizados no cálculo, em planilha eletrônica padronizada.

Qual é o nome do departamento de informática do SUS, Ministério da Saúde, que gerencia os sistemas de informações em saúde?

- a) CAPS.
- b) SIOPS.
- c) SIA/SUS.
- d) SIH/SUS.
- e) DATASUS.

Seção 4.2

Índices e levantamento epidemiológico em saúde bucal no Brasil

Diálogo aberto

Caro aluno, seja bem-vindo! Ao iniciar esta nova seção, vamos relembrar que um grupo de alunos do último ano de graduação em odontologia vivenciou algumas situações em seus estágios nos serviços de saúde bucais públicos (rede básica e especialidades), bem como nos setores administrativo e gerencial da coordenação de saúde bucal de um município de médio porte, onde observaram desde os levantamentos de índices e indicadores bucais, até os planos de ações e serviços a partir de um pré-diagnóstico das necessidades e carências detectadas pela equipe de gestão. Durante uma reunião, com a equipe de coordenação de saúde bucal o estagiário F.C., de 20 anos, fez os seguintes questionamentos: quais seriam os principais indicadores ou índices de saúde bucal existente e utilizados no Brasil? Qual é a importância e o significado dos indicadores CPO-D, CIP, PIP, fluorose (DEAN) para a saúde bucal?

Não pode faltar

Caro aluno, saiba que os levantamentos epidemiológicos realizados, tanto em relação à saúde geral como para a saúde bucal, são imprescindíveis para o desenvolvimento de políticas e ações voltadas para a prevenção, controle e tratamento das doenças. Em relação aos dados epidemiológicos em saúde bucal, eles nos fornecem informações sobre os tipos e as prevalências de doenças da cavidade oral.

Índices epidemiológicos em saúde bucal: em 2006, foi realizado no Brasil o Pacto pela Saúde, uma Consolidação do SUS. Na área da odontologia esse pacto foi e é relevante, pois mostra a importância, no desenvolvimento da avaliação e acompanhamento dos programas e serviços, pela inserção de indicadores de saúde

bucal, como a cobertura populacional estimada das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família e média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, desenvolvidas por meio da Portaria GM/MS nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). Os dados epidemiológicos mais completos na área da saúde bucal são os do projeto SBBrasil de 2003 e 2010, quando foram feitos diagnósticos relativos à saúde bucal da população brasileira e os dados coletados (cárie dentária em dentes decíduos e permanentes) foram incluídos no DATASUS e disponibilizados nos cadernos SBBrasil 2011b. Para os indicadores da doença cárie, utilizou-se o índice CPO-D (dentes: cariados, perdidos e obturados) para dentes permanentes e ceo (para dentes decíduos: dentes cariados; extração indicada e obturada), ambos, são preconizados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pelo próprio SBBrasil.

Tabela 4.1 | Índice CPO-D (média) em diferentes regiões no Brasil (2010)

Região	12 anos	15 a 19 anos	35 a 44 anos	65 a 74 anos
Sul	2,06	4,01	17,56	27,1
Sudeste	1,72	3,83	16,36	27,65
Nordeste	2,63	4,53	16,62	27,2
Centro-Oeste	2,63	5,94	17,66	27,49
Norte	3,16	5,64	17,51	28,26
Brasil	2,07	4,25	16,75	27,53

Fonte: Brasil (2010).

Com esses dados de CPO-D, é notável que o índice de cárie aumenta com a idade, portanto, ações devem ser aplicadas para informar a população, quanto à prevenção da doença.



O projeto SBBrasil, iniciado em 2003, pode ser considerado bastante abrangente em relação aos diagnósticos de saúde bucal da população brasileira. Foi usado como parâmetro para o estabelecimento das mais importantes táticas que foram propostas para o programa **Brasil Sorridente**, em 2004. Naquela época (2003), o projeto examinou 108.921 pessoas, dessas, 49.049 eram homens (45,03%) e 59.872 eram mulheres (54,97%). Nas crianças de 1,5 a 3 anos, observou-se ao menos um dente decíduo cariado (27% das crianças), já nas crianças com 5 anos, esse valor aumentou para 60%. Em dentes permanentes, 70% das crianças com 12 anos apresentaram cárie, e por volta de 90% de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos. Nesse levantamento epidemiológico foi considerada a presença de cárie em pelo menos um dente (SBBRASIL, 2010).

Além de CPO-D, o projeto SBBrasil 2010 também verificou, entre outros fatores, as ocorrências de doenças gengivais, pessoas edêntulas com necessidades de PT (próteses totais), as oclusões dentais, a presença de sinais indicativos de fluorose e traumatismos dentários, além do relato de dores de dente. Todos os dados coletados, como já dissemos, foram importantes para o desenvolvimento de ações, com o objetivo de melhorar a saúde bucal da população. Em 2003, o Brasil foi considerado pela OMS com prevalência média de cárie, e devido às ações e políticas que foram aplicadas, em 2010, a prevalência em cárie foi considerada baixa, mostrando que as ações têm sido efetivas.

Tabela 4.2 | Dados epidemiológicos SBBrasil 2010 – Comparação na porcentagem de redução do índice CPO-D em crianças de 12 anos entre 2003 e 2010

CPO-D	2003	2010
CPO (soma dentes cariados, perdidos obturados)	2,8	2,1 = 25% menor
Cariados	1,7	1,7
CPO = 0 (% de crianças sem cárie)	31%	44%

Fonte: adaptada de SBBrasil (2010).

Esses resultados mostram significativa mudança, tanto na redução da prevalência de cárie, como também no aumento no número de crianças sem cárie. Esses dados também foram extrapolados para os adolescentes e adultos, e os resultados deixaram claro que as políticas de saúde bucal e o atendimento à população foram e têm sido eficientes: houve uma redução significativa da doença cárie, bem como um aumento de obturados associado a um declínio de quase 50% de dentes extraídos (perdidos). No entanto, quando esses dados epidemiológicos foram analisados regionalmente, infelizmente, observou-se que existem diferenças entre as regiões tanto em relação à gravidade da doença cárie, como também na sua prevalência, portanto, as políticas nacionais de atenção à saúde bucal devem ser praticadas com a mesma equidade em todos os estados/regiões do Brasil para que haja um padrão semelhante nos resultados das ações.



Refleta

Caro aluno, você acha que a população brasileira tem hoje mais informações sobre os cuidados em higiene bucal/oral? Refletindo sobre os dados que temos, você acha que o CPO-D da nossa população apresentará melhora no próximo estudo epidemiológico? Converse com seus colegas de classe e discuta o assunto, que é de suma importância na área da odontologia e saúde pública.

Referente ao projeto SBBrasil 2010, também foram analisados o tecido periodontal/gengival, a necessidade de prótese dentária, oclusão, entre outros.

O estado de saúde/doença da gengiva foi e é analisado pelo índice **AG (de alterações gengivais)**, que avalia se o indivíduo apresenta gengivite, isto é, sangramento gengival. Nas crianças e adolescentes, o problema mais comum é o cálculo dentário e sangramento gengival.

A presença de cálculo, sangramento e/ou bolsa periodontal (quando o processo inflamatório provoca a degradação do ligamento periodontal, tecido este que une o dente ao osso alveolar e à gengiva), foi analisada pelo **IPC ou CPI – índice periodontal comunitário**. Esse estudo epidemiológico considerou a presença de sangramento e cálculo (em crianças de 12 anos); cálculo/sangramento e bolsas periodontais (15 a 19 anos; 35 a 44 anos e 65 a 74 anos); nos idosos também foi considerada a perda de inserção periodontal (PIP).

Tabela 4.3 | Índice CPI – Resultado Projeto SBBrasil 2010

Dados analisados	12 anos	15 a 19 anos	35 a 44 anos	65 a 74 anos
Sextantes hígidos	62,95	50,9%	17,8%	9,5%
Cálculo dentário	23,7%	28,4%	28,6%	
Sangramentos	11,7%			
Bolsas periodontais (0 – 3 mm)		9%	19,4%	6%
Sextantes excluídos				90,5%

Fonte: adaptada de Projeto SB Brasil (2010).

Já a **perda de inserção periodontal** é analisada pelo índice **PIP**, que pode ser considerado uma complementação do CPI, e esse índice é aplicado apenas nas faixas etárias entre 35 e 44 anos e 65 e 74 anos. Nesse caso, é avaliada a inserção periodontal, visível na junção entre o cimento e esmalte. Os resultados epidemiológicos de 2010, mostram que 51,3% da população entre 35-44 anos apresentaram perda de inserção periodontal, e na população idosa, em torno de 6% apresentaram PIP. Sabemos que a gengivite e o cálculo podem ser tratados/resolvidos nos serviços de atenção básica, no entanto, quando a presença de bolsa periodontal é detectada, ela, necessita ser tratada nos centros de especialidades odontológicas (CEO), nesse caso pelo profissional (periodontista), assim, é de suma importância que os municípios tenham esses centros especializados e profissionais para o atendimento.

Quanto ao indicador **fluorose dentária**, esse pode ser analisado pelo índice **DEAN**, recomendado pela OMS. Somente crianças (5 a 12 anos) e adolescentes (15 a 19 anos) participam desse levantamento epidemiológico. Os resultados de 2010 (SBBRASIL, 2010) mostraram que em torno de 16,7% das crianças (12 anos) mostraram sinais de fluorose. Sabe-se que o fluoreto é adicionado nas águas de abastecimento e nos dentífricos, e essa adição está intrinsecamente relacionada com a redução de cárie na população, mas em

contrapartida, o uso de fluoretos pode induzir a fluorose dentária, que é resultado dessa exposição durante o período de formação dos dentes, e seu grau de severidade está relacionado à quantidade ingerida, o tempo a que foi exposto, idade, peso e condições nutricionais do indivíduo (MOURA et al., 2016).

Próteses dentárias: considera-se edêntulo o indivíduo com ausência total de dentes. Infelizmente ainda hoje, no Brasil, temos uma porcentagem grande da **população, principalmente idosa, com necessidade de** próteses dentárias, que são muito requisitadas nos serviços públicos. Para os edêntulos/desdentados, são confeccionadas as PTs (próteses totais, antigamente conhecidas como dentaduras) e, para os desdentados parciais, são confeccionadas as próteses parciais (PPR). Estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal da população idosa, realizados entre 1986 a 2004, evidenciaram que aproximadamente 68% dessa população era edêntula. O levantamento epidemiológico realizado por meio do projeto SBBrazil, mostrou que aproximadamente 27% dos adolescentes (15 a 19 anos) tinham necessidade de algum tipo de prótese dentária (PPR ou PT), já em adultos (68%) precisam de próteses, sendo que em torno de 41% necessitavam de PT, nos arcos superior e inferior. Segundo os dados do SBBrazil (2010), em idosos (65 a 74 anos), 32,4% tinham a necessidade de PT ou PPR na arcada superior e 56,1% na arcada inferior. A OMS definiu em 1981 que 75% da população entre 34 a 44 anos deveriam ter ao menos 20 dentes em boas condições, e entre 65 a 74 anos, 50% da população deveria ter também 20 dentes funcionais, mas o resultado do SBBrazil (2003) mostrou um número alarmante, quando 54% da população adulta (35 a 44 anos) e apenas 10% de idosos estavam incluídos na meta da OMS (SBBrazil, 2003/2010; Azevedo, 2014).

Para entender as oclusopatias, primeiramente precisamos conceituar a má-oclusão, que pode ser definida como uma alteração no processo da erupção dos dentes e o alinhamento deles tanto na maxila como na mandíbula. A **oclusão dentária** é analisada pelo índice **DAI** – índice de condição estética (Dental aesthetic index), preconizado pela OMS. Esse índice mostra como está a oclusão do indivíduo (população) e, quando alterada, a necessidade de um tratamento. SBBrazil (2010) analisou as anormalidades/alterações oclusais nas faixas etárias de 5 e 12 anos e entre 15 e 19 anos.

Tabela 4.4 | Condição de oclusão dentária pelo índice de condição estética – DAI

	12 anos	15 anos – 19 anos
Oclusão normal	61,2%	65,1%
Oclusopatia definida	11,9%	6,6%
Oclusopatia severa	7,1%	10,3%

Fonte: adaptada de SBBrasil (2010)

Nos estudos epidemiológicos sobre oclusão dentária, todos os dados são importantes, mas, os mais relevantes são os que interferem na estética, na mastigação e fonação. E uma das formas de tratamento é por meio da ortodontia.

Os **traumatismos dentários**, segundo a OMS – Oral Health Surveys (2015), representam um problema mundial de saúde pública e podem provocar alterações na qualidade de vida em relação à saúde bucal, psicológica e comportamental tanto das crianças e adolescentes, bem como de toda a família. Define-se traumatismo dentário como todo e qualquer dano provocado ao dente, bem como em suas estruturas de suporte e tecidos adjacentes. As etiologias são diversas, podendo ser químicas, físicas ou térmicas, mas todas devem ultrapassar o limite de resistência apresentado pelos tecidos dentários e ósseos. É mais prevalente em crianças e adolescentes. Os estudos epidemiológicos SBBrasil (2010) sobre traumatismo foram feitos em crianças de 12 anos, analisando se os incisivos inferiores e superiores (dentes permanentes) apresentavam algum sinal de fratura coronária e avulsão do dente.

Quadro 4.3 | Prevalência no Brasil de traumatismo de pelo menos um incisivo em crianças de 12 anos

Sem traumatismo	Fratura de esmalte	Fratura esmalte e dentina	Fratura – exposição pulpar
79,5%	16,5%	3,7%	0,2%

Fonte: adaptado de SBBrasil (2010).

Etapas e cuidados na elaboração de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: para a elaboração de uma pesquisa ou levantamento epidemiológico em saúde bucal, uma “padronização” dos procedimentos, das etapas e dos cuidados para obtenção de dados de saúde bucal das populações se faz necessária. Essa padronização é indispensável, pois garante confiança, credibilidade e mostra que os dados podem ser comparados e reproduzidos, portanto, previamente ao levantamento, devem-se estabelecer rigorosamente quais as metodologias serão utilizadas. A OMS, para auxiliar no desenvolvimento e realização dessas pesquisas e estudos epidemiológicos em saúde bucal, estabeleceu padrões de procedimentos que podem ser utilizados em todos os países. Esses padrões e instruções de como fazer estão descritos no manual *Oral Health Surveys – basic methods*, publicado em português em 1991 e já está na 5ª edição em inglês (2013). Vários pontos importantes são apontados, e podemos citar alguns pontos que merecem mais atenção, como a **metodologia do levantamento epidemiológico** (obtenção da amostra: idade e tamanho da amostra), a calibração dos examinadores e os critérios para a **avaliação básica de saúde bucal e necessidades de tratamento**. Os avaliadores/examinadores devem conhecer bem os critérios de diagnóstico utilizados e devem ser devidamente calibrados e treinados. A calibração objetiva minimizar os erros e as diferenças na obtenção dos dados, portanto, os dados devem ser os mais homogêneos possíveis. A OMS aceita que somente 10 a 15% dos dados não concordem entre os examinadores, no entanto essa porcentagem não invalida o estudo. De acordo com o manual, o tamanho da amostra deve ser de 20 a 25 em cada grupo, dependendo da doença bucal e de sua prevalência. Para a avaliação básica em saúde bucal, devem-se utilizar fichas padronizadas onde serão inseridos os dados coletados, seguindo as perguntas que estão listadas e outros dados relevantes listados nessa ficha e que devem ser preenchidos pelos examinadores durante os exames. Essas fichas deverão conter informações importantes para cada problema ou doença a ser estudada em determinado local. As necessidades de tratamento devem levar em consideração a estrutura e o aporte profissional.



Exemplificando

A epidemiologia estuda, de forma coletiva, o processo saúde-doença e analisa a distribuição e quais fatores podem determinar as doenças, injúrias à saúde e situações relacionadas à saúde coletiva, buscando propor providências para prevenir, controlar e erradicar as doenças, bem como fornecer indicadores que possam ser usados para suporte ao planejamento, execução e avaliação das ações de saúde. Os estudos epidemiológicos em saúde buca, trabalham, em sua maioria, utilizando o índice CPO-D para dentes permanentes (dentes: cariados, perdidos e obturados). No Brasil, o primeiro levantamento nacional em saúde bucal foi realizado em 1986 pelo Ministério.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA NO BRASIL, NO PERÍODO DE 1986 a 2003: Analisar o perfil epidemiológico da cárie dentária no Brasil no período de 1986 a 2003. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n4/a1936.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.



Pesquise mais

Acessando o link a seguir, veremos um exemplo de levantamento epidemiológico em saúde bucal sobre condições do estado de saúde em cidades e regiões do estado de São Paulo. **Rio Preto realiza levantamento epidemiológico de saúde bucal.**

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=48Y6woz-W_I>. Acesso em: 20 jul. 2017.

Sem medo de errar

Recordemos das situações hipotéticas vivenciadas pelos alunos do curso de odontologia em seus estágios nos serviços de saúde bucais públicos de um município de médio porte, observando, por meio dessa peregrinação, desde os levantamentos de índices e indicadores bucais, até os planos de ações e serviços a partir de um pré-diagnóstico das necessidades e carências detectadas pela equipe de gestão. Em uma reunião com a equipe gestora e de coordenação de saúde bucal do município, o aluno F.C., de 20 anos, fez os seguintes questionamentos: quais seriam os principais indicadores ou índices

de saúde bucal existente e utilizados no Brasil? Qual é a importância e o significado dos indicadores CPO-D, CIP, PIP, fluorose (DEAN) para a saúde bucal?

Os indicadores e/ou índices em Saúde Bucal no Brasil, provenientes de levantamentos epidemiológicos realizados, são instrumentos e/ou ferramentas que servem de base para se fazer um diagnóstico da situação de saúde bucal de uma comunidade, um bairro, uma cidade, uma região, estados, país ou países. A partir desse diagnóstico apresentado, a equipe de gestão planeja ações e oferta serviços em saúde bucal com o intuito de melhorar a situação encontrada. Esse levantamento epidemiológico pode e deve trazer diversas situações em saúde bucal, tais como: situação relativa ao risco, incidência e prevalência da cárie dental, considerando-a como o principal agravo ou problema de saúde bucal. O indicador dessa doença é pelo índice **CPO-D**; também é viável e importante analisar a situação gengival/periodontal, que é dada pelo índice **IPC (CPI)** (Índice Periodontal Comunitário), que indica a presença de sangramento gengival, gengivite, cálculo e bolsa periodontal. Outro dado importante é em relação ao edentulismo, dados que indicam o grau de pessoas desdentadas parciais ou totais e as necessidades de uso de próteses parciais (PPR) ou totais (dentaduras, PT); o índice DAI – Oclusão dentária – indica os problemas relacionados à oclusão dentária (oclusopatias).

Apesar destes serem os principais índices ou indicadores de saúde bucal, existem outros, também relacionados às condições periodontais, como o **PIP**, que mede o índice de perda de inserção periodontal, e o **CPI**, que também é relacionado à doença periodontal. Já o índice **DAI** relaciona a má-occlusão com a estética dental. O **CPO-D**, sem dúvida, é o principal índice em saúde bucal. Outras situações importantes também são avaliadas com levantamentos, como a **fluorose dental**, o **câncer bucal** e a **morbidade referida**, que mede o acesso e o uso dos serviços odontológicos públicos e privados pelas pessoas e o impacto da saúde bucal, na vida diária das pessoas.

Necessidade de próteses bucais em idosos

Descrição da situação-problema

Numa cidade de médio porte, de aproximadamente 60 mil habitantes, já com equipe de saúde bucal da Saúde da Família e CEO implantados, foi realizado um levantamento com a população idosa sobre o grau de edentulismo e a situação da doença periodontal, com a necessidade ou não de extração dos elementos dentais. Após esse levantamento e estudo, foi concluído que 50% dos idosos são desdentados totais, e que 25% dos desdentados parciais estão com os elementos dentais remanescentes condenados pelo alto grau da doença periodontal, mobilidade dental grau 4, e o outros 25% restantes necessitam de PPR, pois os elementos dentais se apresentam com boa inserção periodontal e ósea, pois não possuem doença periodontal crônica vinculada. Qual deve ser a conduta a ser tomada pela equipe gestora do município?

Resolução da situação-problema

Com esse levantamento em mãos, a equipe gestora de saúde bucal do município fez o seguinte plano e proposta inédita, que foi aprovado e colocado em prática, pela Secretaria de Saúde do município. Como no CEO existia uma equipe de profissionais especialista em implantodontia e o centro acabara de se credenciar para incentivo financeiro, junto ao Ministério da Saúde, referente à ortodontia e implantodontia, todos os idosos desdentados totais do município, ou seja 50%, deverão passar por uma avaliação com cirurgião bucomaxilofacial e pelo implantodontista do CEO para avaliarem o potencial do osso alveolar sem necessidade de enxertos ósseos para suportarem no mínimo quatro implantes superiores (maxila) e inferior (mandíbula), e realizarem reabilitação total sobre implantes com a realização de planos de trabalho. Todos os demais desdentados totais que não forem selecionados e aprovados pela triagem precisarão ser encaminhados para a rede básica da Saúde da Família, para confecção de PT (dentaduras), assim como os desdentados parciais, para confecção de PPRs, por meio dos programas dos laboratórios regionais, o Brasil Sorridente, também existente no município.

Faça valer a pena

1. Os levantamentos epidemiológicos em _____ são importantes para o conhecimento da prevalência, incidência e o tipo das doenças bucais. Para os indicadores da doença cárie, utiliza-se o _____ (dentes: cariados, perdidos e obturados) para dentes permanentes e ceo-d (para _____), ambos, são preconizados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pelo próprio SBBrasil.

Analisar as alternativas e assinalar a que corretamente completa as lacunas:

- a) saúde geral; índice CPO-D; dentes decíduos.
- b) saúde bucal; índice DEAN; dentes decíduos.
- c) saúde geral; índice DEAN; dentição mista.
- d) saúde bucal; índice PIP; dentes decíduos.
- e) saúde bucal; índice CPO-D; dentes decíduos.

2. Em 2003, o Brasil foi considerado pela OMS com prevalência média de cárie, e com as ações e políticas que foram aplicadas após 2003, em 2010, a prevalência em cárie foi _____.

Analisar as alternativas e assinalar a que corretamente completa a frase:

- a) considerada alta, mostrando que as ações não têm sido efetivas.
- b) considerada moderada, mostrando que as ações têm sido parcialmente efetivas.
- c) considerada baixa, mostrando que as ações têm sido efetivas.
- d) considerada a mesma (média), mostrando que as ações foram ineficientes.
- e) considerada baixa, mas os dados epidemiológicos não estão corretos.

3. O estado de saúde/doença da _____ foi analisado pelo projeto SBBrasil 2010 por meio do índice _____, que avalia se o indivíduo apresenta gengivite, isto é, sangramento gengival.

Analisar as alternativas e assinalar a que corretamente completa as lacunas:

- a) gengiva; AG de alterações gengivais.
- b) língua; DEAN – câncer.
- c) gengiva; PIP.
- d) gengiva; CPI.
- e) língua; AG de alterações gengivais.

Seção 4.3

Avaliação de risco em saúde bucal

Diálogo aberto

Caro aluno, você se lembra que estamos acompanhando um grupo de alunos de odontologia em seus vários estágios na atenção à saúde pública (na rede básica e nos CEOS), nos programas de promoção e prevenção e até no setor administrativo e gerencial da coordenação em saúde bucal. Os estagiários sempre se reúnem para discutir o que aprenderam e para fazer os relatórios que devem ser apresentados para os professores responsáveis.

No estágio PSF (Programa de Saúde da Família) do Jardim Margarida, onde é atendida a população (de aproximadamente 1100 famílias) que pertence àquela comunidade, os alunos aprenderam a classificação de risco e sistemática de agendamento, observaram que, no serviço de saúde bucal da Saúde da Família, o atendimento de serviços odontológicos ocorre por demanda espontânea e por ordem de chegada, sendo atendidos 8 pacientes no período da manhã e 8 pacientes no período da tarde, sem critério algum, e que, na maioria dos casos, os pacientes chegavam com a queixa principal de dor aguda. Constataram também, ao acompanhar os atendimentos realizados a esses pacientes, que as queixas nem sempre condiziam com o relato da dor, ou seja, não se caracterizavam urgências/emergências odontológicas, conforme os pacientes relatavam.

Portanto, os alunos concluíram que os atendimentos não eram realizados com critérios, permitindo, no dia a dia, atendimento somente aos primeiros 8 primeiros que chegavam. Diante desses fatos, os alunos fizeram o seguinte questionamento: como melhorar o acesso às pessoas que abrangem o território desse PSF, que procuram e precisam de fato e de direito dos atendimentos/serviços odontológicos?

Não pode faltar

Devido à alta demanda e à grande necessidade de acesso aos serviços odontológicos para que os pacientes sejam atendidos de forma justa, fazem-se necessários critérios na avaliação desses pacientes, para que seja priorizado o acesso aos serviços. O atendimento deve ser direcionado àqueles com maior necessidade e não por ordem de chegada (isto é, aquele que madruga no local para deixar seu nome listado), portanto, deve existir uma classificação de risco em saúde bucal, que podemos definir como a priorização na ordem do atendimento, sempre relacionada com o problema/queixa relatada pelo paciente, gerando, dessa forma, sequências de atendimento organizados, e propiciando acesso e atendimentos humanizados. Portanto, a ordem de chegada não pode ser a regra principal para o atendimento dos casos, mas sim o grau de seriedade e/ou sofrimento do usuário, dando, assim, prioridade aos casos de urgência, quando causar dor ou sofrimento ao paciente. Vale ressaltar que a urgência se mostra importante para detectar quais pessoas estão mais vulneráveis.

O atendimento/acesso odontológico à população/paciente por meio da classificação de risco se mostra mais justo, pois o usuário é inserido no sistema por meio de um processo estabelecido por protocolos que vai classificar o paciente/usuário em conformidade com seu quadro de saúde quando ele procura o atendimento. Por isso, o acesso deixa de ser uma seleção de exclusão sem ordenação. Durante os agendamentos, o profissional da saúde deve fazer o acolhimento do usuário e já aplicar a classificação de risco de forma adequada, utilizando os protocolos/fichas que devem ser elaborados em conjunto com os profissionais da saúde, com a comunidade e conselhos de saúde, levando em consideração a situação local e os dados epidemiológicos da região de forma equilibrada e universal, sendo que, para essa elaboração, é importante debater com os profissionais da saúde ou utilizar fichas já estabelecidas pelo estado ou município.

A ordenação da demanda por meio da classificação de risco propicia ao profissional inteirar-se melhor da região de abrangência e, assim, elaborar o perfil epidemiológico de seus pacientes/usuários, permitindo, dessa forma, programar o atendimento, elegendo grupos de riscos e pacientes com necessidades de tratamentos

urgentes. Ainda, a classificação de risco permite, por exemplo, o reconhecimento e tratamento precoce da doença cárie, além da identificação e intervenção nas principais queixas dos pacientes, proporciona dessa forma, satisfação aos pacientes e diminuindo, num espaço maior de tempo, o surgimento de casos de novas demandas espontâneas (CAMPOS, 2013).

Não trabalhar com classificação de risco pode levar ao agravamento da situação do paciente devido à demora no seu atendimento, sendo que, no caso da odontologia, o paciente pode até vir a perder o elemento dentário. E se pensarmos em saúde de uma forma geral e global, essa não classificação de risco pode até levar à morte do usuário devido ao agravamento de sua situação.



Assimile

Classificação de risco no atendimento odontológico:

Uma das preocupações dos serviços públicos de saúde é o acesso dos pacientes aos serviços odontológicos na atenção primária, referente ao tratamento odontológico da doença cárie. Devido à grande necessidade de tratamentos para essa doença, existe grande dificuldade em garantir a igualdade desse acesso à população necessitada.

A Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (1997) foi a primeira a elaborar e organizar a demanda na atenção básica, voltada para a classificação de risco da cárie dentária para crianças.

Como a cárie dentária ainda é considerada um problema de saúde pública, mesmo apresentando redução na sua incidência, é necessário e muito importante que tenhamos padrões de protocolos para sua avaliação de risco e que se propicie atendimento e qualidade de vida ao usuário. Depois da cárie dental, as doenças periodontais, as máis oclusões, o câncer bucal, traumatismo dental, as necessidades de próteses e a fluorose são também problemas de ordem prioritária na área da odontologia.

Por haver vários critérios dos códigos para a classificação de risco para a cárie dentária, foi elaborada uma proposta para essa classificação de risco, que é utilizada até o momento (Quadro 4.4).

Quadro 4.4 | Códigos e critérios para classificação de risco em cárie dentária

Códigos	Crítérios
A	Ausência de lesão de cárie, ausência de dente restaurado, ausência de perda dentária e ausência de grande quantidade de biofilme.
B	Ausência da doença cárie em atividade, presença de dente restaurado, ausência de perda dentária e ausência de grande quantidade de biofilme.
C	Ausência da doença cárie em atividade, presença de lesão de cárie crônica, presença de material restaurador provisório em dente permanente, presença de perda dentária e ausência de grande quantidade de biofilme.
D	Presença de lesão inicial de cárie sem cavitação (mancha branca ativa) e presença de grande quantidade de biofilme.
E	Presença de uma ou mais cavidades de cárie dentária.
F	Presença de dor, abscesso, fístula, comprometimento pulpar visível e restos radiculares.

Fonte: adaptado de Kobayashi (2013).

Às pessoas classificadas no código A devem ser oferecidas orientações sobre saúde bucal, não havendo necessidade de realizar fluoroterapia; já para aqueles que forem classificados no código B, se houver necessidade, deve-se fazer a fluoroterapia além de orientar sobre a saúde bucal, entretanto não há necessidade de agendar tratamentos. Aos indivíduos classificados pelo código C, deve-se oferecer a fluoroterapia, além de orientações sobre a saúde bucal, mas esses também não precisam de agendamentos para tratamentos. Pacientes representados pelo código D precisam ser orientados sobre as condições de saúde bucal e sobre alguns procedimentos, como aplicação de flúor e profilaxia dos dentes. Os pacientes que forem representados pelo código E devem ser encaminhados para tratamento e procedimentos como aplicação tópica de flúor, além de orientações; neste grupo, sabe-se que os profissionais apresentam dificuldade na identificação de cavidades de cárie aguda e crônica. Os indivíduos classificados pelo código F devem ser os primeiros a receber atendimento e tratamento, pois apresentam urgência odontológica (podem ter dor e/ou abscessos), além de problemas endodônticos ou cirúrgicos, sendo que esses

pacientes também devem também receber orientações sobre saúde bucal (KOBAYASHI, 2013).

Os fatores sociais que são determinantes e condicionantes em saúde bucal podem ser considerados como gerais e globais, e os instrumentos e meios relativos a eles são relevantes e se interligam também à saúde geral. O desenvolvimento financeiro, psicológico e social, entre outros fatores comportamentais, exerce influência nas condições de saúde bucal, bem como motivos característicos como o acesso ao serviço de saúde bucal, saneamento básico, acesso à água de qualidade e fluoretada, entre outros. Alguns fatores determinantes em saúde bucal estão listados na ficha A do sistema de informação da atenção básica – SIAB, da Estratégia de Saúde da Família, são eles:

Quadro 4.5 | Alguns determinantes listados no SIAB

Escolaridade da família
Quantidade de cômodos na residência
Quantidade de pessoas por cômodo
Acesso à água potável e esgoto
Presença de doenças

Fonte: elaborado pelo autor.

Esses padrões listados na ficha SIAB ajudam na avaliação dos riscos tanto individuais como da família e, com isso, geram dados para um planejamento de ações e atendimentos. Essa ficha é utilizada por agentes comunitários, que fazem a identificação e o acompanhamento das famílias, as quais são identificadas por números. Os profissionais da equipe de saúde bucal então visitam essas famílias, que foram previamente triadas e selecionadas pelos agentes comunitários, de acordo com as suas necessidades.



Pesquise mais

Caro aluno, acesse o link, conheça e compreenda a ficha A do SIAB nas páginas 10 a 20.

Disponível em: <<http://www.esfma.org.br/manuais/siab.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

Essa coleta de dados permite posterior análise e tomadas de decisões nos planejamentos da atenção individual e coletiva e subsidia o agendamento para o atendimento odontológico. Em relação à doença cárie, as famílias também podem ser divididas segundo o risco familiar em: baixo (A), médio (B e C) e alto risco (D, E e F).

A avaliação de risco em saúde bucal auxilia na definição de prioridades, para acelerar ou garantir um acesso mais rápido para o tratamento odontológico, melhorando, assim, a relação entre o acesso x demandas e ofertas x necessidades ao tratamento dentário público. Relembrando que todos os pacientes que procuram o serviço público odontológico devem passar por uma triagem, que pode ser feita pelo cirurgião dentista e sua equipe (cirurgião dentista – CD, técnico de saúde bucal – TSB, e auxiliar – ACD). A oferta dessa avaliação, exame, triagem, ou contato, deve ser definida com a equipe de coordenação da unidade, o conselho gestor local, o dentista e sua equipe, podendo ocorrer em pequenos períodos em cada turno, semanalmente, de 15 em 15 dias, mensalmente ou trimestralmente. Nos casos de triagem das urgências e emergências, a definição do exame, avaliação e seleção deve ser feita na mesma oportunidade do atendimento, permitindo assim, que esses casos de urgência/emergências odontológicas sejam atendidos o mais breve ou no mesmo momento, e que sobre espaços e tempo suficientes na agenda do dentista para os atendimentos referentes aos outros tratamentos selecionados e priorizados, via critérios técnicos, com avaliação e classificação de risco, como no caso da cárie dentária.



Refleta

Caro aluno, mediante a avaliação e a classificação de risco em relação aos problemas de saúde bucal, com o auxílio das fichas de avaliações e exames bucais individuais in loco, seguindo os critérios de A a F, da classificação de risco de cárie dentária, você acredita ser possível saber a quantidade de pessoas que realmente necessitam de um tratamento odontológico público, que podem e devem ser beneficiadas?

As principais barreiras de acesso aos serviços odontológicos são a baixa escolaridade e renda/condição social e a escassa oferta de

serviços públicos de atenção à saúde bucal voltados à população brasileira. A dificuldade em determinar os pesos que cada um dos fatores acima representam na equação e relação demanda reprimida x acesso reflete-se no desafio em planejar, executar e avaliar/monitorar as ações de atenção à saúde bucal das pessoas. A universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade distante. Apesar dos avanços do SUS, principalmente com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), com as equipes de saúde bucal, o acesso à atenção odontológica necessita ser ampliado para outros grupos populacionais, inclusive os que têm como porta de entrada apenas os planos de saúde ou consultórios particulares, opções economicamente determinadas e socialmente excludentes, uma vez sendo o SUS um sistema universal (MOREIRA, et al. 2005).



Exemplificando

Os graus de classificação de risco de cárie, coletivamente falando, como citamos acima, são classificados seguindo a ficha A do SIAB, que é preenchida e acompanhada pelos agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família em **R1** (baixo risco), **R2** (moderado risco) e **R3** (alto risco), indicando ser essa classificação uma possibilidade de uso prático para priorizar acesso e atendimento odontológico, além de intensificar ou não as ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

Os graus de classificação de risco a cárie individual, são também classificados, após os exames bucais feitos pelos profissionais, segundo a secretaria de saúde do estado em: A (baixo risco), B e C (risco moderado) e D, E e F (alto risco), sendo que o baixo risco (A) apresenta-se com ausência de lesão de cáries, sem placa bacteriana, sem gengivite e sem mancha branca ativa dental; o risco moderado (B e C) apresenta-se, com uma ou mais cavidades em situação de cáries crônicas e/ou dentes restaurados, mas sem placa bacteriana, sem gengivite e sem mancha branca ativa nos dentes; já o alto risco (D, E e F) apresenta-se com uma ou mais cavidades em situação de cárie aguda, presença de dor e/ou abscesso e ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa bacteriana, gengivite/ou mancha branca ativa nos dentes.

O acesso à saúde bucal, ainda restrito, ratifica e reafirma a necessidade de ampliação do número das equipes de saúde bucal, proporcional às Equipes de Saúde da Família nas UBSs, para atender à demanda de serviços odontológicos. À medida que os serviços da rede básica se reorganizam, eles se qualificam e aumentam numericamente, ampliam-se para a população as possibilidades reais de acesso. Conforme aumenta a razão de procedimentos coletivos, diminui a proporção de exodontias em relação ao total de procedimentos individuais, e conforme aumenta o número de cirurgiões dentistas cadastrados no SUS por habitante, aumenta a proporção de procedimentos coletivos executados. Tudo isso funciona em uma sincronia evolutiva, onde ações ou fatos atraem positivamente outras ações ou fatos, como uma “engrenagem” crescente e potencialmente efetiva que visa às melhorias das políticas públicas de saúde bucal coletiva.

A incorporação da saúde bucal na Estratégia do Programa de Saúde da Família tem sido mais bem avaliada e monitorada, com mais atenção e foco na implementação dos serviços e ações em saúde bucal (BALDANI et al, 2005), onde são identificados obstáculos a serem transpostos, a exemplo das diversas modalidades possíveis de contratação do profissional dentista para atuar no PSF, a saber, a flexibilização das relações de trabalho, precarização do trabalho; muito frequente em relação ao cumprimento de carga horária, condições de trabalho, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade dos profissionais. É importante a incorporação da saúde bucal no PSF pela relevância que as variáveis sociodemográficas têm entre si.

O PSF representou um esforço bem-sucedido de promoção da equidade, porém em igualdade de condições, o Programa de Saúde da Família prioriza os mais vulneráveis ou os que mais necessitam. Seu bom desempenho em contextos de maiores desigualdades sociais e de saúde reforçou e confirmou a eficiência do PSF na melhoria e reorganização da atenção básica da saúde no país. Para ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal e reduzir os indicadores de agravos em saúde bucal, as equipes de saúde bucal da família devem atuar mais próximas da realidade, identificando além dos fatores de risco, as famílias em situação de risco, priorizando assim, demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente a essas comunidades mais carentes.



Caro aluno, para saber mais sobre os critérios de classificação de risco de cárie dentária, acesse o link e leia o artigo *Proposta de padronização dos critérios de classificação de risco em cárie dentária*, será enriquecedor. Disponível em: <<https://goo.gl/dqxiAw>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

Sem medo de errar

O atendimento no serviço odontológico do PSF, onde os alunos de odontologia estagiaram, era por demanda espontânea e por ordem de chegada. Eram atendidos 8 pacientes no período da manhã e 8 no período da tarde, sem critério algum, sendo que, na maioria dos casos os pacientes chegavam com a queixa principal de dor aguda e/ou crônica. Os alunos constataram que as queixas nem sempre condiziam com o relato da dor, não se caracterizando como urgências/emergências. Diante da falta de critérios para o atendimento, os alunos fizeram o seguinte questionamento: como melhorar o acesso às pessoas que abrangem o território desse PSF, que procuram e precisam de atendimentos/serviços odontológicos?

Para melhorar e qualificar o acesso aos tratamentos odontológicos há necessidade de uma mudança radical no sistema de agendamento. Primeiramente, deve-se ter a agenda aberta, todos os dias, para urgência e emergência (2 a 3 vagas no período da manhã e 2 a 3 vagas no período da tarde), deixando 5 a 6 vagas, tanto de manhã como a tarde, para agendamento de pacientes triados, via classificação de risco, por exemplo, em relação à cárie, utilizando a ficha A do SIAB, preenchida e acompanhada pelas ACS, com os grupos de risco e com critérios de risco de A a F (realizados com exames e avaliações bucais), para agilizar e priorizar o tratamento odontológico, com início, meio e fim, referenciado, se for o caso, para o CEO, e depois de contrarreferenciado, concluído o tratamento e dada a manutenção.

Acesso precário e limitado aos Idosos

Descrição da situação-problema

Diante das demandas prioritárias com crianças em idade pré-escolar e escolar, as ações e serviços de saúde bucal são muito realizadas preventivamente em diferentes lugares, como nas creches, pré-escolas, escolas infantis e escolas de ensino fundamental. Nesses mesmos espaços institucionalizados, também são realizadas ações de educação em saúde bucal associadas às escovações supervisionadas, aplicações tópicas de flúor, com o objetivo principal de prevenção e combate a cárie dentária, doença periodontal, má oclusão e fluorose dental. Também são realizadas, por meio de classificação de riscos à cárie, agendamentos das crianças para tratamentos odontológicos, priorizando as de alto e médio risco. Diante dessa realidade, a população adulta e idosa fica para o segundo plano, sendo que a população adulta tem acesso pro meio das unidades da saúde da família, ainda que mais restrito, que as crianças e adolescentes institucionalizadas em creches, pré-escolas e escolas. E o acesso aos idosos, como fica?

Resolução da situação-problema

Diante dessa realidade de acesso pequeno e restrito da população de idosos tanto à avaliação quanto ao tratamento odontológico propriamente dito (com instalação de próteses quando necessário, por exemplo), a equipe de coordenação e gestora de saúde bucal deve criar ações com uma equipe de saúde bucal em todas as unidades de plantão de saúde. Isso pode ser feito na época de vacinação dos idosos (da gripe, por exemplo), quando a equipe pode aproveitar para realizar exames bucais simples e rápido para avaliar e falar sobre a prevenção do câncer bucal, além de verificar a necessidade de tratamento e uso de próteses seguindo um critério de classificação de risco. Dessa forma, estimula-se o aumento ao acesso da população idosa aos consultórios odontológicos públicos, promovendo saúde bucal a essa faixa etária.

Faça valer a pena

1. O Brasil tem apresentado uma redução na prevalência da cárie dentária por meio do uso de diversos métodos coletivos de uso de flúor, buscando-se um controle mais efetivo dessa doença, sendo sem dúvida o principal problema em saúde bucal atualmente no Brasil.

Depois da cárie, quais são os principais agravos e/ou problemas em saúde bucal?

- a) Apinhamento dental, anomalias dentais, estética dental e bichectomia.
- b) Doença periodontal, má oclusão, câncer bucal e fluorose.
- c) Anomalias dentais, estética dental, bichectomia, mau hálito.
- d) Mau hálito, bichectomia, câncer bucal, fluorose.
- e) Fluorose, mau hálito, má oclusão e anomalias dentais.

2. A cárie dentária tem sua classificação de risco e critérios para inclusão em baixo, médio e alto risco, segundo a situação individual, preconizada pela Secretaria da Saúde do estado de São Paulo.

O baixo risco, ou letra A, representa qual situação bucal?

- a) Ausência de lesão de cárie, sem placa bacteriana, sem gengivite e/ou mancha branca dental ativa.
- b) História de dente restaurado, sem placa bacteriana, sem gengivite/ou mancha branca dental ativa.
- c) Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa bacteriana, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
- d) Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.
- e) Presença de dor e/ou abscesso.

3. A classificação de risco permite o reconhecimento e _____ da doença cárie, além da identificação e intervenção nas principais queixas dos pacientes, proporcionando, dessa forma, satisfação aos pacientes e diminuindo, num espaço maior de tempo, o surgimento de casos de _____.

Assinale a alternativa que corretamente preenche as lacunas:

- a) tratamento tardio; demanda espontânea.
- b) tratamento precoce; demanda programada.
- c) tratamento precoce; demanda espontânea.
- d) tratamento tardio; demanda programada.
- e) tratamento programado; demanda programada.

Referências

A CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES BÁSICOS PARA A SAÚDE (IDB). Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/02.Jacques.pps>. Acesso em: 10 jul. 2017.

AZEVEDO, J. S. S. **Brasil 2010**: uso e necessidade de prótese dentária em idosos. 2014. 59 f. Dissertação (Requisito parcial à obtenção do título de Mestre) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2014.

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1665-1675, jul-ago. 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0343.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

BARRETO JR, I. F. **Fontes de dados e metodologias para construção de indicadores analíticos e sintéticos**. Módulo: indicadores de saúde. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/anipes/pdf/03.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

BORDIN, D.; FADEL, C. B. Indicadores de saúde bucal na atenção básica e o impacto na cárie dentária. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 8-21, maio-ago. 2012. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/download/129/164>>. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 29 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **G.17 Índice CPO-D**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/g17.htm>>. Acesso em: 19 set. 2017.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010**. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e a Avaliação do Pacto pela Saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3840_07_12_2010.html>. Acesso em: 16 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010** - Pesquisa nacional de saúde bucal. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB** - Manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96 p. Disponível em: <<http://www.esfma.org.br/manuais/siab.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

CAMPOS, M. V. B. **Organização da demanda e do acesso ao tratamento odontológico através da classificação de risco**: um plano de intervenção para uma equipe de saúde bucal de estratégia de saúde da família do município de Jaboticabas/MG. 2013. 47 f. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em atenção básica em saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista. Lagoa Santa/MG. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/J4JPo6>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

CARTILHA SAÚDE BUCAL 2015.indd. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cartilha_saude_bucal.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

CASTELLANOS, P.L. A epidemiologia e a organização dos sistemas de saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p. 477-84.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Saúde bucal/dados epidemiológicos**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/saude-bucal/saude-bucal/>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

FRIAS, A. C.; JUNQUEIRA, S. R. **Saúde bucal coletiva**. Disponível em: <<http://143.107.240.85/site/wp-content/uploads/GTextoSBC.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

INDICADORES E DADOS BÁSICOS PARA A SAÚDE NO BRASIL (IDB) - BVS RIPSA. Disponível em: <www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/>. Acesso em: 10 jul. 2017.

INDICADORES DE SAÚDE – FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA – USP. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/marciafurquim/Aula4_Indicadores_2014.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

KOBAYASHI, H. M. et al. Proposta de padronização dos critérios de classificação de risco de cárie dentária. **Rev. Odontol. Univ. Cid**. São Paulo. v. 25, n. 2, p. 17-14, maio-ago. 2013. Disponível em: <http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2013/Odonto_02_107-114.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

LAURENTI, R. et al. Estatísticas de saúde. 2. ed. São Paulo: EPU, 1987. p. 101-34.

MELO, C. B. de; LIMA, C. M. A. **Estudo epidemiológico da cárie dentária no Brasil, período de 1986 a 2003**. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n4/a1936.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Coordenação Geral de Saúde Bucal. **O componente “saúde bucal” do PMAQ-AB e indicadores de Saúde Bucal na Atenção Básica**. Consultores técnicos: Edson Hilan Gomes de Lucena & Wellington Mendes Carvalho. [s.d.]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/6seminario/temas_simultaneos/01/sala3/1_edson.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2017.

MOREIRA, R.S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665-1675, nov-dez, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000600013>. Acesso em: 11 set. 2017.

MOURA, M. C. et al. Vigilância epidemiológica da fluorose dentária em município de clima tropical com água de abastecimento público fluoretada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1247-1254. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1247.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

OLIVEIRA, A. G. R. da C. **Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil**. Disponível em: <http://files.saudecoletiva.webnode.com.br/200000040-788d078d68/epi_bra%203.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/serie_tecnica_11_port.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

REALIZANDO UM LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE BUCAL – FOP-UNICAMP. Disponível em: <http://w2.fop.unicamp.br/dos/saudecoletiva/downloads/DS611_aula5.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2017.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

RELAÇÃO ENTRE RISCO DE CÁRIE INDIVIDUAL E RISCO FAMILIAR DA DOENÇA PRIORIZANDO ATENDIMENTOS. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v67n2/a10v67n2.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

RESENDE, F. M. **A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família**. 2010. 34 f. Dissertação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

RONCALLI, A. G. **Projeto SB Brasil 2010** - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal revela importante redução da cárie dentária no país. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/01.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2017.

SILVA, A. N.; de SENNA, M. A. **Fundamentos em saúde bucal coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2013. 248 p.

SOARES, D. A.; ANDRADE, S. M. de; CAMPOS, J. J. B. de. **Epidemiologia e indicadores de saúde**. Bases da saúde coletiva. Disponível em: <[http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/14122/material/Cap%C3%ADtulo%20Indicadores%20-%20N%20\(pag.%20183-192%20e%20196%20a%20202\).pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/14122/material/Cap%C3%ADtulo%20Indicadores%20-%20N%20(pag.%20183-192%20e%20196%20a%20202).pdf)>. Acesso em: 19 set. 2017.

TIMMRECK, T. C. **Introduction to epidemiology**. Boston, Jones and Bartlett Publishers, 1994.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para municípios**. São Paulo. HUCITEC, 1992.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. **Oral health surveys**: basic methods. World Health Organization. 5. ed. 2013, p. 137. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97035/1/9789241548649_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 ago. 2017.

ISBN 978-85-522-0159-5



9 788552 201595 >