



LINHA DE
CUIDADO EM

SAÚDE BUCAL

Linha de Cuidado em Saúde Bucal

3ª edição
2021

Governador do Paraná
Carlos Roberto Massa Júnior

Secretário de Estado da Saúde
Carlos Alberto Gebrim Preto

Diretor-Geral
Nestor Werner Júnior

Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde
Maria Goretti David Lopes

Elaboração/Equipe Técnica

Gabriela Pereira Afonso
Giuliana Martina Bordin
Mariane Rodrigues de Melo
Pedro Henrique Dias

Colaboração

Adriana Gomes Pinto
Adriane de Castro Martinez
Ândrea Mattos
Alana Flemming
Aline Jarschel de Oliveira
Ana Claudia Rodrigues Chibinski
Ana Maria Cosvoski Alexandre
André Luiz Marçal Terreri
André Luiz Martins
Aureni Desplanches
Carla Konieczniak Aguiar
Carolina Azim Schiller
Carolina Dea Bruzzamolin
Cassius C. Torres-Pereira
Daniel Bonotto
Daniela Pereira Lima
Danielli de Andrade Pontarolli
Elaine Fiori Robledo
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves
Gerson Schwab
Jéssica Galvan
José Luis Nishihara Pinto

Kely Barboza Ribeiro
Laurindo Moacir Sassi
Leonardo Nogueira
Lucienne Miranda Ulbrich
Lucimar Pasin de Godoy
Manoelito Ferreira Silva Junior
Mariangela Monteiro de Melo Baltazar
Marisa da Costa
Marina Berti
Merari Gomes de Souza
Mitsue Fujimaki
Najara Barbosa da Rocha
Paulo Roberto Muller
Pablo Guilherme Caldarelli
Rafael Gomes Ditterich
Rejane Cristina Teixeira Tabuti
Rosane Freitas
Sheila de Carvalho Stroppa
Vanessa Cristina Veltrini
Tatiana Miranda Deliberador
Wagner Hummig

Sumário

Abertura	9
Apresentação	10
1. Introdução.....	11
2. Promoção da Saúde.....	12
2.1 Fluoretação das águas de abastecimento.....	13
3. A Linha de Cuidado em Saúde Bucal	15
3.1 As competências das Secretarias Municipais e Estadual de Saúde.....	16
3.2 Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Saúde Bucal.....	18
3.3 Humanização e acolhimento	18
4. Atenção Primária à Saúde (APS).....	23
4.1 O modelo integrado de atenção à saúde bucal.....	29
4.2 O processo de trabalho.....	29
4.3 A saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família	30
4.4 A estratificação de risco.....	32
4.5 O atendimento domiciliar.....	33
4.6 O atendimento de urgência.....	34
4.7 A atenção nos ciclos de vida	35
a) Atendimento à gestante.....	35
b) Atendimento na primeira infância.....	38
c) Atendimento ao adolescente.....	44
d) Atendimento ao adulto	45
e) Atendimento ao idoso	46
4.8 Atenção ao paciente com necessidades especiais.....	48
4.9 Atenção ao portador de condições crônicas.....	49
4.10 Atenção às pessoas em situação de violência	67
5. Pontos de Apoio e de Atenção à Saúde.....	71
5.1 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).....	71
5.2 Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)	71
a) Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).....	72
b) Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID).....	73
c) Centro de Atenção Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF).....	73
d) Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC/HUOP/UNIOESTE)...	75
5.3. Atenção Hospitalar.....	76
6. Populações vulneráveis e o atendimento em saúde bucal.....	79
6.1 Atendimento à população indígena.....	79
6.2 Atendimento à população em situação de rua	80
6.3 Atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa.....	81
6.4 Atendimento à população no sistema prisional.....	81
7. Epidemiologia e principais agravos em saúde bucal.....	83
7.1 Epidemiologia em saúde bucal.....	83
7.2 Doença cárie	85
7.3 Doença periodontal	85
7.4 Má-oclusão.....	90

7.5 Edentulismo.....	90
7.6 Traumatismo dental.....	91
7.7 Fluorose dental.....	97
7.8 Câncer Bucal.....	98
8. Uso Racional de Fluoretos.....	104
9. Odontologia não invasiva e minimamente invasiva.....	107
9.1 Diamino Fluoreto de Prata - Cariostático.....	107
9.2 O Tratamento Restaurador Atraumático.....	108
10. Programas Estratégicos.....	111
10.1 Programa Saúde na Escola –PSE.....	111
10.2 Programa Estadual de Mínima Intervenção em Odontologia - Projeto ART.....	112
10.3 Programa Estadual de Bochecho com Flúor.....	115
10.4 Programa Estadual de Detecção Precoce de Câncer Bucal.....	116
10.5 Programa Estadual de Controle do Tabagismo (PECT-PR).....	118
11. Segurança do Paciente e Biossegurança.....	119
12. Educação permanente e continuada.....	120
13. Referências Bibliográficas.....	122
14. Anexos.....	142
Protocolo de atendimento à gestante.....	142
Protocolo Técnica Restauração Atraumática – ART.....	143
Doença Periodontal.....	144
Protocolo para Confecção Prótese Total.....	147
Protocolo de uso do azul de toluidina e ácido acético.....	150
Protocolo Uso de Cariostático.....	154
Notificação de Violência.....	155
Atendimento em Saúde Bucal do adolescente desacompanhado nas UBS.....	156

Abertura

Para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se fundamental promover a integração das áreas da vigilância e atenção em saúde. Assim, no início da Gestão 2019-2022 “Paraná Inovador, Saúde Inovadora”, com a reorganização do organograma e estrutura da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), foi possível criar a Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde (DAV), na perspectiva de integrar os processos de trabalho das equipes das duas referidas áreas e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde no Paraná, com suas Linhas de Atenção prioritárias, tendo a Saúde Bucal como uma delas.

Para perseguir o desafio da inovação, outra ação foi dar continuidade ao Planejamento Regional Integrado (PRI), visando consolidar a aproximação da SESA com suas 22 Regionais de Saúde, trazendo à luz problemas locais que devem ser considerados na elaboração de ações estratégicas para o estado. O objetivo foi de, a partir de um olhar ampliado, atender a todas as necessidades de saúde do âmbito estadual, contemplando níveis locais, regionais e macrorregionais.

Registra-se que o Plano de Governo “Paraná 2022”, construído sob a tríade disciplina-planejamento-inovação, preconiza a modernização de áreas fundamentais, como saúde, educação e segurança. Assim, em consonância com este Plano, a edição ampliada e atualizada da Linha de Cuidado em Saúde Bucal como instrumento norteador para que os profissionais da Odontologia, que “pensando globalmente e agindo localmente”, possam ofertar qualidade e efetividade em Saúde Bucal a todos os paranaenses.

Esta Linha de Cuidado traz o que há de mais atual em relação a tomada de decisão baseada em evidências científicas dos principais agravos em saúde bucal. Os programas e ações estão descritos com o propósito de subsidiar as equipes de saúde bucal e os gestores municipais sobre as principais estratégias recomendadas pelo Governo do Paraná.

Beto Preto
Secretário de Estado da Saúde do Paraná

Apresentação

A Secretaria de Estado da Saúde (SESA), alinhada ao Plano de Governo “Paraná 2022”, estabeleceu como missão o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da parceria com os municípios e a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme consta no Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

Nesse sentido, a SESA busca com os municípios ofertar uma APS de excelência, altamente resolutiva e com capacidade de coordenar e ordenar ações e serviços. Para isso, utiliza-se a lógica da APS como ordenadora da Rede, trabalhando de forma articulada e integrada à Atenção Ambulatorial Especializada e à Atenção Hospitalar.

Desde 2014 o Paraná vem construindo uma Política de Saúde Bucal, pautada no conceito de rede de atenção à saúde. Dentre os diversos eixos norteadores, trabalha com ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, como por exemplo o estímulo à fluoretação nas estações de tratamento de águas de abastecimento público; a reorganização do trabalho no contexto da APS com foco na resolutividade da equipe, principalmente com o apoio na implantação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; ampliação e qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, especialmente com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e a reabilitação protética, por meio dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Atualmente o foco é a ampliação do acesso ao atendimento odontológico no Estado do Paraná, em parceria com os municípios.

Em 2016 o Paraná apresentou a segunda edição da Linha de Cuidado em Saúde Bucal, propondo o envolvimento de todas as áreas da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e implementando uma crescente aproximação com as Regionais de Saúde.

Neste ano (2020), pretende-se abranger a assistência odontológica nos diversos ciclos de vida, contemplando desde o pré-natal odontológico da gestante até a atenção aos idosos. Além disso, buscou-se articular a Linha de Cuidado em Saúde Bucal com as demais linhas prioritárias da SESA, como aquelas que tratam de atendimento a portadores de condições crônicas, pessoas com necessidades especiais, grupos em situação de vulnerabilidade, dentre outros.

Tal publicação ainda fornece informações relativas ao planejamento de ações das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) e orienta o direcionamento dos fluxos de atendimento das especialidades odontológicas: endodontia, periodontia, próteses, atendimentos a pacientes com necessidades especiais e no diagnóstico de lesões bucais.

Para tanto, a Linha de Cuidado em Saúde Bucal, busca contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços prestados e estimular a promoção da saúde, prevenção e o controle das doenças bucais, tendo os conceitos do cuidado integral em saúde e da regionalização como premissas desse modelo.

Nestor Werner Junior

Diretor Geral da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

1. Introdução

O estabelecimento de um modelo de atenção à saúde bucal no Estado do Paraná é o eixo norteador deste instrumento. A atualização e terceira edição da Linha de Cuidado em Saúde Bucal surgiu da necessidade de apresentar novos conceitos, bem como reforçar os já existentes, a fim de proporcionar melhores condições de saúde bucal para a população paranaense, através de orientações para a organização da atenção em saúde bucal dentro da Atenção Primária à Saúde a partir dos princípios do SUS e voltado para um modelo centrado na promoção de saúde e intervenção nos fatores que a colocam em risco e não apenas na assistência à doença.

A utilização desta Linha de Cuidado pelas equipes de saúde bucal e gestores permitirá uma homogeneização de conceitos e de processo laboral na busca de um trabalho mais efetivo e eficiente, com foco na qualidade da atenção e na humanização do atendimento.

Além disso, esse instrumento tem como objetivo organizar a linha de cuidado, estabelecer fluxos e qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado.

2. Promoção da Saúde

A incorporação da promoção da saúde pelas equipes de saúde bucal desperta e desenvolve a qualidade de educador, indo além do modelo tradicional de diagnóstico e tratamento de lesões bucais. Inclui ainda o conhecimento dos aspectos psicológicos, sociais, atitudes e expectativas da pessoa em relação a sua saúde, e especificamente à sua saúde bucal. Isso possibilita uma visão ampliada da cavidade bucal, indo além da prevenção de doenças e do tratamento restaurador, em uma perspectiva de cuidado contínuo e integral. A seleção de uma estratégia de promoção da saúde é influenciada por abordagens filosóficas, profissionais e políticas. O fundamento epidemiológico para a escolha de uma estratégia de promoção de saúde deve ser a seleção de um fator de risco comum a uma população, e uma estratégia que permita anular o risco e possa atingir toda essa população. Um dos princípios da promoção de saúde é focar em toda a população, em vez de pessoas ou grupos de risco para doenças específicas (ALVES et al, 2018).

A promoção da saúde propõe, além da educação em saúde, o autocuidado, com o que a pessoa abandona o papel de paciente passivo e assume um papel de protagonista na atenção e cuidado de sua saúde, trabalhando em conjunto com o profissional de saúde, e passando a ser um promotor de conhecimento. Com isso ocorre uma mudança de paradigma, do modelo cirúrgico-restaurador para um modelo em que a promoção da saúde passa a ser um dos norteadores das Políticas Públicas em Saúde Bucal, tendo a educação como um dos pilares do autocuidado, com o objetivo de que as pessoas tenham a melhor saúde possível, e onde a saúde bucal seja, ao mesmo tempo, componente e resultado da saúde geral.

A maioria das doenças bucais, entre elas a cárie dental e a doença periodontal, tem como principais causas hábitos alimentares inadequados, higiene bucal deficiente, microbiota específica, falta de informação sobre riscos e agravos que acometem a cavidade bucal, e ausência ou insuficiência de flúoreto disponível na dieta. Todas essas causas podem ser trabalhadas e modificadas por meio de informações e educação em saúde, reduzindo e até mesmo evitando as mais diversas intercorrências que possam prejudicar a saúde bucal.

A literatura demonstra uma estreita relação entre saúde bucal e saúde geral. Como os micro-organismos da cavidade oral são reconhecidamente causa de reações inflamatórias e infecciosas, pessoas com higiene bucal deficiente têm alta incidência de doença periodontal e perdas dentárias, e até mesmo maior prevalência de condições crônicas cardiometabólicas, relacionadas a baixa qualidade de vida e maior mortalidade, do que pessoas semelhantes com melhor higiene bucal (OMS, 2018).

Entretanto, boa parte das práticas anunciadas como de “promoção da saúde”, sobretudo no nível da Atenção Primária, ainda é limitada a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativas preventivas, centradas em higiene bucal supervisionada, palestras e aplicações de flúoretos, desenvolvidas prioritariamente em ambientes e população de escolares. Porém, algumas revisões sistemáticas da literatura vêm reafirmando o baixo impacto de intervenções preventivas/educativas convencionais no campo da odontologia, pois não produzem melhorias sustentáveis em médio e longo prazo na saúde bucal de populações. Esse não é um problema exclusivo da saúde bucal, pois outras áreas da saúde têm destacado as mesmas limitações da abordagem clínica preventiva ou das práticas educativas mais individualizadas. O ponto de partida para o enfrentamento desses desafios seria o entendimento de que a promoção da saúde é uma estratégia para a reformulação das práticas sanitárias, além de ser uma das principais ações estratégicas da vigilância em saúde, e um dos eixos centrais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença.

Cabe aos serviços, então, ampliar o entendimento da promoção da saúde no contexto da atenção primária, estabelecendo-o como referência para todo o processo de trabalho, expandindo o conceito de saúde para além da assistência a pessoas doentes, e promovendo a qualidade de vida, por meio de intervenções sobre os fatores que colocam a saúde da população em risco. Essas intervenções devem incluir as pessoas, suas famílias, e os territórios onde vivem e trabalham, levando em consideração as possibilidades individuais e comunitárias que perpassam trabalho, renda, habitação, alimentação, saneamento, lazer, e cultura da paz e da não violência, dentre outros. O principal objetivo disso é, mediante a defesa da saúde, possibilitar e aumentar as condições de vida saudável, favorecendo escolhas pessoais em prol da saúde. As cidades, os locais de trabalho, as escolas, os territórios operativos das Equipes de Saúde da Família são exemplos de ambientes onde tais ações podem ser implementadas, visando o fortalecimento do protagonismo da pessoa em nível local, incentivando a equidade, a colaboração intersetorial e a participação popular (KUZMA 'et al', 2012).

Ações de promoção de saúde bucal, particularmente quando direcionadas ao público infantil, devem ser acionadas por meio de ferramentas que tornem o processo de aprendizagem mais dinâmico e de fácil compreensão. A utilização do lúdico como estratégia para promoção da saúde bucal infantil é fundamental, porém não deve ser restrita apenas a esse público. Mesmo quando o alvo da promoção de saúde bucal seja uma população de adultos, a atividade deve ser conduzida de forma a produzir sentido para aquele público e motivar, despertar o interesse das pessoas, em mensagens curtas e de fácil entendimento. A escolha de um recurso ou da associação de diferentes estratégias, como jogos educativos, teatro, música e exposição de macromodelos, deve ser feita de forma racional e considerando não apenas as preferências e habilidades do profissional, mas, sobretudo, a adequação dos temas, regras e ações da atividade à idade e ao nível cognitivo da população. O importante é que as informações sejam reforçadas e transmitidas de forma simples e envolvente, para que os participantes tenham o raciocínio estimulado, bem como possam oportunizar a criatividade para interagir de modo harmonioso e inclusivo (COTA 'et al', 2017).

As ações educativas sobre fatores de risco comportamentais, realizadas em ambiente escolar e com crianças em idades precoces, podem reduzir consideravelmente os custos individuais, econômicos e sociais que as doenças bucais crônicas acarretam, transformando-se numa necessidade estratégica para a abordagem da cronicidade, que é um dos maiores desafios que a saúde bucal enfrenta, e de forma geral, também os sistemas de saúde. Em populações com frequentes atividades de promoção de saúde bucal verifica-se um aumento expressivo na quantidade de pessoas que melhoram seu conhecimento e hábitos de saúde bucal, o que resulta em um incremento na qualidade de vida e, por consequência, na saúde em geral.

2.1 Fluoretação das águas de abastecimento

A fluoretação consiste na adição de maneira controlada de produtos de flúor na água para consumo humano nos sistemas de abastecimento público, com o objetivo de prevenir a cárie dental (CETESB, 1979). Para Frazão e Narvai (2017, p. 2) “esta política pública é considerada uma das estratégias responsáveis por significativo declínio da experiência de cárie na população infantil e adolescente brasileira”, elencada como uma das dez grandes conquistas em saúde pública dos Estados Unidos entre 1900 e 1999 (CDC, 1999). Essa tecnologia foi descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1958, na sua primeira publicação sobre a qualidade da água potável (WHO, 1958).

No Brasil, Curitiba foi a primeira capital a implantar a fluoretação, foi iniciada em 20 de outubro de 1958, na Estação de Tratamento de Água do Tarumã (SANEPAR, 2018), tornando-se obrigatória com

a aprovação da Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974. No ano seguinte foi publicada a Portaria nº 635/Bsb, de 26 de dezembro de 1975 aprovando normas e padrões sobre a fluoretação da água, e em 2017 foi consolidado pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, publicado como o Anexo XXI.

A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná atua na vigilância das concentrações de flúor na água para consumo humano, por meio do Programa VIGIAGUA avaliando os resultados das análises realizadas pelos responsáveis dos SAA, monitorando esses resultados e se necessário, solicitando medidas e ações corretivas. Além disso, a Vigilância também realiza análises em amostras dos sistemas de distribuição de água, conforme preconiza a Diretriz Nacional do Plano de Amostragem, para averiguar se as concentrações de flúor na água estão dentro do padrão estabelecido pela Portaria de Consolidação nº 5, Anexo XX do Ministério da Saúde, que regulamenta o Valor Máximo Permitido de 1,5 mg/L flúor.

A ingestão de flúor, quando adicionado artificialmente na água, requer rigor nas dosagens aplicadas, atendendo as legislações, já que o efeito do flúor na dentição depende da concentração e não se limita ao aumento da resistência à cárie e, acima de certos níveis, pode trazer mudanças visíveis nos dentes, condição conhecida como fluorose dentária (ROBINSON, et al., 2004). Neste sentido é imperativo ações de ampliação da cobertura de residências com recebimento de água tratada, além do controle de qualidade dos Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) o monitoramento continuado.

3. A Linha de Cuidado em Saúde Bucal

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado por meio do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), busca qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado, tendo como objetivo o alcance da integralidade (BRASIL, 2010; LAMOTHE 2015).

Nas RAS, a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção devem ser definidos de modo a responder prontamente aos eventos agudos, como também manejar as condições crônicas de saúde (MENDES, 2018). As RAS são desenhadas de maneira a centralizar na Atenção Primária à Saúde (APS) a coordenação do cuidado e ordenação das redes, buscando fornecer um contínuo coordenado de ações e serviços de saúde a partir de uma população definida territorialmente. Nesse sentido, buscam a integração entre os pontos de atenção à saúde, possibilitando a integralidade do cuidado (MENDES, 2018).

Esse conjunto de ações é balizado pela Estratificação de Risco, que em relação à saúde bucal assume uma característica particular, envolvendo o atendimento de atenção primária, nas Unidades de Atenção Primária, o atendimento secundário, nos Centros de Especialidades Odontológicas, e o atendimento terciário, em Unidades Hospitalares. A Linha de Cuidado em Saúde Bucal está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde, proposta por Mendes (2011). Essa se consolidará a partir da implantação dos seus cinco componentes assim constituídos:

1. Atenção Primária à Saúde, realizada nas Unidades de Atenção Primária (UAP) ou Unidades de Saúde da Família (USF), com qualidade, resolubilidade, através de ações de promoção de saúde, prevenção das doenças, tratamento clínico para limitação dos danos e sequelas causadas pelas doenças, sendo a ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território.

2. Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários:

- Atenção Secundária, realizada nos Centros de Especialidades Odontológicas, através de referência das UAP / ESF, com ações especializadas nas áreas de diagnóstico bucal, cirurgia bucal, periodontia, endodontia, reabilitação protética, ortodontia, além do atendimento a pessoas com necessidades especiais.
- Atenção Terciária, realizada em Unidades Hospitalares de referência, para o atendimento de pessoas com deficiência, com dificuldade de adesão ao tratamento convencional, pacientes oncológicos, com deformidades e traumas faciais, referenciados pela atenção secundária.

3. Os sistemas de apoio, representado pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde.

4. Sistemas logísticos, composto pelo cartão SUS, prontuário, carteiras da criança e da gestante, transporte sanitário eletivo para pessoas com deficiência e de urgência, em casos de trauma e a regulação.

5. Sistema de governança, por meio da Comissão Intergestora Bipartite e CIB regionais.

O público-alvo da Rede será toda a população paranaense que, em 2020 representa um universo de 11.433.957 pessoas, para as quais se pretende oferecer ações de saúde bucal para melhorar a qualidade de vida desta população.

As Redes de Atenção à Saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como os centros especializados, os hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, dentre outros, tendem a ser concentrados (OMS, 2000). Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa, são aqueles que não se beneficiam de economias de escala. No caso da Linha de Cuidado em Saúde Bucal, esses serviços são os ofertados nas UAP/ESF, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2011). No caso da Linha de Cuidado em Saúde Bucal, esses serviços são ofertados nos Centros de Especialidades Odontológicas e Unidades Hospitalares de Referência.

Os pontos de atenção à saúde são os pontos de intersecção da Rede de Atenção à Saúde e configuram-se como um local que presta um serviço de saúde singular, segundo uma função de produção específica.

Exemplos de pontos de atenção à saúde: o domicílio, a unidade de Atenção Primária, a Estratégia de Saúde da Família, os Centros de Especialidades Odontológicas. Na Linha de Cuidado em Saúde Bucal, os hospitais serão pontos de atenção específicos para o atendimento de pessoas com deficiência, tratamento cirúrgico e quimioterápico de pacientes portadores de câncer bucal, deformidades e traumatismos faciais. No caso de emergências odontológicas, o atendimento hospitalar será referenciado diretamente pela Unidade de Atenção Primária.

Contudo, esses fatores devem estar em equilíbrio com os serviços de saúde em função de quatro variáveis:

- o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde;
- a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços;
- a efetividade esperada dos serviços de saúde;
- a distância dos serviços de saúde.

3.1 As competências das Secretarias Municipais e Estadual de Saúde

Compete às Secretarias Municipais de Saúde:

Em relação à gestão:

- Realizar a coordenação do cuidado em saúde bucal;
- Promover a vigilância em saúde bucal, com identificação do risco coletivo e individual;
- Realizar o planejamento, a execução e o monitoramento das ações de saúde bucal de maneira integrada com os outros setores da saúde e da sociedade;
- Articular a integração do serviço com a comunidade e a academia;
- Promover o trabalho em equipe e a educação permanente intra e interpontos de atenção;
- Definir os critérios de priorização e fluxo de encaminhamento para a organização da demanda espontânea e programada;

- Monitorar os programas da Secretaria Estadual de Saúde através de planilhas ou sistema eletrônico de informação;
- Estabelecer vínculo com a comunidade, realizando atenção extra clínica;

Em relação ao processo:

- Incentivar a realização de visitas domiciliares para monitoramento da condição de saúde bucal das famílias do território;
- Desenvolver ações educativas em saúde bucal;
- Realizar o encaminhamento para a atenção especializada dos casos de maior complexidade, acompanhando o usuário na contrarreferência;
- Desenvolver e participar de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população;
- Incentivar a prevenção e o controle das doenças bucais;
- Trabalhar na identificação dos fatores de risco para a saúde bucal, repassando as informações para a equipe de saúde;
- Trabalhar com os princípios de acolhimento e humanização;
- Realizar o diagnóstico e o plano de atendimento individual do paciente;
- Enfatizar sempre a atenção integral do paciente, com foco nas necessidades individuais e no ciclo de vida;
- Realizar procedimentos de saúde bucal de competência da Atenção Primária à Saúde, e quando possível na Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar;
- Realizar os procedimentos inerentes à parte clínica das próteses dentárias na Atenção Primária à Saúde e quando possível na Atenção Ambulatorial Especializada.

Compete à Secretaria Estadual de Saúde adotar as seguintes estratégias para o funcionamento da Linha de Cuidado em Saúde Bucal:

- Apoiar os municípios para a melhoria do acesso à saúde bucal, investindo na melhoria da infraestrutura e em equipamentos das Unidades de Atenção Primária à Saúde;
- Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da Rede por meio de programas de educação permanente;
- Implantar a Segunda Opinião Formativa e Telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de Atenção Primária;
- Garantir atendimento de qualidade para os pacientes de todos os municípios na Atenção Primária, na Atenção Secundária e na Atenção Terciária;
- Articular com as entidades de classe e outras instituições ações de promoção de saúde e prevenção de doenças;
- Articular, em conjunto com os municípios, fluxo de referência e contrarreferência dos usuários, garantindo o acesso dos mesmos aos serviços;
- Apoiar os municípios no processo de melhoria da gestão da saúde bucal;
- Ampliar ações de Promoção de Saúde e prevenção das doenças bucais;
- Elaborar diretrizes para a Linha de Cuidado em Saúde Bucal.

3.2 Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Saúde Bucal

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, iniciam e evoluem lentamente. Usualmente apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilo de vida, exposição a fatores comportamentais, ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para o processo saúde-doença das condições crônicas. Ao contrário das condições agudas, nas quais em geral pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional.

Muitas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização, como uma pulpíte ou um abscesso periodontal, por exemplo, que devem ser enfrentados pela Rede de Atenção à Saúde na mesma lógica relativa ao atendimento das condições agudas.

Como condições crônicas, a doença cárie e a doença periodontal podem ser controladas na Atenção Primária à Saúde, com ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico precoce e limitação dos agravos. O diagnóstico precoce do câncer bucal, as alterações oclusais, a fase clínica da prótese e a situação de urgência odontológica também compõem o rol de competências da Atenção Primária à Saúde.

Na falta desse controle, ocorrerá a evolução e/ou a agudização dessas condições crônicas, exigindo ações terapêuticas mais complexas, referenciadas para os Centros de Especialidades Odontológicas, com intervenções nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia e prótese.

Outros procedimentos que exigem maior densidade tecnológica e capacitação, como o tratamento ortodôntico e a implantodontia, também são atribuições da Atenção Especializada. O atendimento às pessoas com deficiência deve merecer atenção especial nos Centros de Especialidades Odontológicas.

Na Atenção Terciária, cujas atividades serão realizadas em unidades hospitalares de referência, serão atendidas pessoas com deficiência, com dificuldade de adesão ao tratamento, sob anestesia geral. Esses pacientes serão referenciados pela atenção secundária ao tratamento convencional, sob anestesia geral. Os pacientes com emergências odontológicas, como traumas, hemorragias, abscessos comprometedores e pacientes debilitados, que necessitam de apoio de infraestrutura hospitalar, devem ser encaminhados diretamente do nível primário para o nível hospitalar.

Os atendimentos cirúrgicos a pacientes portadores de câncer bucal e com problemas complexos nos maxilares também deverão ser realizados em âmbito hospitalar.

3.3 Humanização e acolhimento

O Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista do povo brasileiro há mais de 30 anos, vem enfrentando vários problemas, apesar dos inúmeros avanços. A fragmentação e precarização no atendimento, o modelo de atenção centrado na doença e a formação biologicista dos profissionais de saúde são dificuldades que precisam ser resolvidas. Na Odontologia, especificamente, o panorama não é diferente. Apesar de todas as iniciativas para desconstruir o modelo de formação técnico e assistencialista, ainda não se percebe, na prática, a valorização da dimensão subjetiva e social do paciente.

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu como uma ferramenta auxiliar no enfrentamento dessa situação. Ela existe, desde 2003, para efetivar os princípios do SUS e qualificar a saúde pública no Brasil. Foi construída a partir da identificação de experiências exitosas e, apesar de ter nascido no SUS, poderia ser ampliada para todos os setores da sociedade. Ela busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações autoritárias de poder.

Para contemplar os princípios norteadores da PNH, alguns dispositivos são utilizados, dentre eles o acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos do usuário.

Independente da estratégia utilizada, entretanto, transversalizar é sempre importante, pois implica em reconhecer que os diferentes podem aprender, dialogando entre si. Há respeito à hierarquia, sim, porém se valoriza, sobretudo, a experiência de vida e as dores daquele que é assistido. Os saberes se somam e produzem saúde, pois oportunizam cooperação e corresponsabilidade.

Nesse sentido, é importante dar espaço para as chamadas tecnologias leves, onde acesso, acolhimento e vínculo estreitam as relações entre os três atores envolvidos na produção de saúde: gestores, trabalhadores e usuários. Segundo Merhy, as tecnologias podem ser classificadas como leves, leves-duras e duras. As leves são as das relações interpessoais, as leves-duras são as dos saberes estruturados, e apenas as duras referem-se aos recursos materiais. A adoção das leves, no trabalho em saúde, é ferramenta importante para o atendimento humanizado. O profissional com o qual o usuário já está vinculado por meio das tecnologias leves deverá ter, num momento posterior, a sensibilidade e o embasamento técnico-científico, para indicar e utilizar as demais tecnologias (MERHY, 2005).

Relações mal construídas de poder, trabalho e afeto podem gerar posturas prejudiciais para todos.

Gestores e trabalhadores perdem o comprometimento com o serviço e com os usuários, os quais perdem também o estímulo para o autocuidado. Valorizar os sujeitos é uma forma de construir autonomia e fazê-los perceber que a responsabilidade pela transformação da realidade de vida e de trabalho é de todos. Assim, vínculos solidários são desejáveis, facilitando a comunicação e a resolução dos problemas.

O respeito entre trabalhadores e gestores é ingrediente essencial para um convívio saudável no ambiente de trabalho. Esse respeito implica em compreensão, aceitação de valores, justiça social e ética profissional.

A postura ética, no ambiente de trabalho, se traduz em condutas pessoais e coletivas que contribuem para uma relação harmoniosa entre trabalhadores, gestores e usuários. Envolve comportamentos pessoais, tomadas de decisão no âmbito clínico (baseadas em evidências científicas), organização do trabalho e uso eficaz dos recursos públicos (sem desperdícios).

O objetivo é buscar cooperação, compartilhamento, respeito, proatividade, produtividade, sinergia, comprometimento, responsabilidade, crescimento conjunto e integração, sempre com vistas a contemplar os princípios norteadores do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.

A gestão tradicional já nos deu inúmeras demonstrações de que tem pouca durabilidade, pois se baseia em políticas e iniciativas que nascem e morrem rapidamente, sem discussão ampliada e planeja-

mento, e com gastos vultosos de recursos públicos. A gestão participativa, uma das ferramentas sugeridas pela PNH, é o modo de administrar que inclui as pessoas envolvidas e oportuniza o pensar coletivo. (BRASIL, 2009)

Resolver problemas a partir de reflexões do grupo, no entanto, embora muito mais eficiente, não é tarefa fácil, pois implica em lidar com conflitos e argumentar, sempre, com base em evidências técnicas e científicas. É conduzir discussões de maneira a construir consensos, harmoniosamente. Muitas vezes, as lideranças não estão preparadas emocionalmente para assumir cargos de gestão com demandas tão complexas.

Assim, a capacitação de gestores e equipes para um trabalho eficaz, no SUS, ainda é um grande desafio a ser enfrentado e priorizado, já que serviços de saúde qualificados podem trazer melhorias significativas ao ambiente de trabalho, à otimização dos recursos e à assistência prestada (FUJIMAKI et. al., 2019). Habilidades de comunicação não agressiva, mediação e articulação precisam ser desenvolvidas. O trabalho em equipe, além de oportunizar o desenvolvimento pessoal, é uma estratégia para consolidar os avanços ocorridos a partir da Política da Atenção Básica, com a priorização da Estratégia Saúde da Família.

Esse trabalho em equipe na atenção básica, trouxe ao cirurgião-dentista novas percepções para sua inserção no trabalho interprofissional e também junto à comunidade, ampliando a atuação para além do consultório odontológico. Mesmo assim, a reprodução do passado ainda é muito presente. É preciso viabilizar as mudanças necessárias a partir de discussões em grupo. Os problemas são identificados e todos contribuem na caminhada que leva às resoluções.

Assim, teríamos equipes cuidando da saúde de suas comunidades, entendendo e intervindo quando necessário, nas situações de riscos e vulnerabilidades. Ao mesmo tempo, as doenças estariam sendo controladas, a partir da incorporação de hábitos saudáveis e por meio da responsabilização de equipes e usuários.

Ainda estamos distantes desta realidade, mas seguimos acreditando que, juntamente com a valorização do trabalhador, da gestão participativa e da construção coletiva de soluções para os problemas existentes, vem o adequado acolhimento do usuário, aquele que é o alvo da prestação do serviço, o foco de todo o cuidado.

Embora o termo triagem já tenha sido utilizado no sentido de acolhimento, muitas vezes a mudança se faz sentir apenas nas formas de nominar. Triagem era a etapa, isolada e descomprometida, de recepcionar o paciente. O acolhimento é o modo ético e caloroso de atender o usuário e lhe oferecer espaço para expor suas demandas durante toda a trajetória no sistema de saúde (BRASIL, 2013). O trabalhador, nesse contexto, se responsabiliza pelo processo de acolhimento e para tanto, precisa desenvolver um olhar sensível e aprender a escutar e dialogar de maneira eficaz. (FALK et al., 2010)

O acolhimento é, portanto, uma das diretrizes de maior relevância na Política Nacional de Humanização do SUS. É uma atitude que tem como foco as relações interpessoais e pressupõe o reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo na promoção da própria saúde (BRASIL, 2010).

Acolhimento é mais do que porta de acesso, é espaço para escuta qualificada e ampliada, é o momento em que vínculos são gerados, não só entre profissional e paciente, mas entre profissional e familiares do paciente. É onde começam a se formar as redes de articulação que conectam os múltiplos

serviços de saúde, com vistas à continuidade e à resolutividade da assistência. É um processo que se inicia antes mesmo do usuário chegar ao serviço de saúde, pois parte de estudos epidemiológicos que traçam perfis de risco e compreendem a realidade e as vulnerabilidades. Portanto, parte das necessidades já é conhecida, pensada e discutida por antecipação (BRASIL, 2010).

Interessante lembrar que escutar o paciente significa dar vazão também às queixas que ele porventura manifestar em relação ao serviço prestado. Estas podem constituir críticas construtivas salutares para o atingimento de objetivos por parte daquela equipe de trabalho, que usará essas informações para iniciar reflexões, discussões e tomadas de decisão importantes para o aprimoramento do serviço. Assim, toda crítica precisa ser acolhida, investigada, compreendida e desencadear ações que permitam que o serviço melhore (BRASIL, 2010).

Em relação ao processo de avaliação e controle social, o usuário é o centro. Seja para a melhoria do cotidiano dos serviços, seja para o avanço na gestão, é preciso perceber, a partir da visão dele, como estão acontecendo as ações nos serviços de saúde.

Também para melhorar a eficiência na organização dos serviços de saúde, a PNH, em 2004, apresentou a estratégia de avaliação e classificação de risco, no acolhimento. Nela, a sequência de atendimento dos pacientes obedece critérios clínicos de prioridade, baseados em risco potencial de morte e/ou grau de sofrimento gerado.

Portanto, visando a organização e a resolutividade dos serviços, e atendendo a lógica do acolher humanizado, é preciso investir:

- 1) na saúde da relação trabalhador x usuário;
- 2) na mudança de foco, da doença para o sujeito;
- 3) na abordagem integral das necessidades individuais e coletivas;
- 4) no trabalho em equipe interprofissional;
- 5) na responsabilização do usuário e do trabalhador;
- 6) na geração de vínculos de comprometimento;
- 7) na operacionalização de uma clínica verdadeiramente ampliada e compartilhada;
- 8) na geração de autonomia e no protagonismo dos sujeitos em relação à produção de saúde.

Nesse sentido, o incentivo ao Autocuidado Apoiado é importante. Ele consiste em regularizar intervenções educacionais da equipe de trabalho, dirigidas ao usuário, com vistas a ampliar habilidades e melhorar a autoconfiança. São ações cotidianas que trabalham prevenção de doenças, controle de condições crônicas e redução de fatores de risco. A sistematização desse processo educacional pode, inclusive, favorecer a adesão das pessoas às mudanças comportamentais, muitas vezes, tão necessárias.

A equipe de saúde pode se orientar pela Técnica dos Cinco “A’s” – Avalie, Aconselhe, Acorde (pac-tue), Assista e Acompanhe. Ela otimiza a identificação de um comportamento-alvo deletério e, a partir disso, a equipe faz o aconselhamento e apoia o autocuidado.

A clínica ampliada e compartilhada também está entre os dispositivos sugeridos pela PNH. Nela, a anamnese abrange, além da história da doença atual e da história médica do usuário, também a história familiar e o contexto social. A queixa principal, ou seja, o motivo pelo qual o usuário buscou o atendimento, também é bastante valorizada. O profissional dá espaço para o usuário partilhar dores, angústias

e insatisfações com a própria saúde bucal. Assim, torna-se mais apto a compreendê-lo e ajudá-lo. Além do vínculo de confiança tão importante para uma relação saudável entre usuário e trabalhador, este ainda consegue, desta forma, oferecer atenção integral e humanizada. De fato, se nossa saúde é determinada e condicionada pelo meio físico em que vivemos (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc); pelo contexto socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação, etc); por fatores biológicos (idade, sexo, herança genética, etc); e pela oportunidade de acesso aos serviços, então, como podemos abordar esse paciente apenas com base nos fatores biológicos?

Por fim, conclui-se que as relações interpessoais que permeiam todos os níveis de atenção e gestão, e todos os momentos do cuidado dirigido ao usuário (tanto na linha de frente, como nos bastidores dos serviços de saúde) podem ser iluminadas por um pensamento coletivo de união para um bem comum. O investimento em tecnologias leves, somadas a uma postura ética e de valorização do trabalhador, poderão auxiliar na melhoria das relações entre gestor, trabalhador e usuário, os quais podem se tornar protagonistas de mudanças consistentes na saúde do brasileiro e, conseqüentemente, no desenvolvimento do país. Esse investimento consciente e sustentável também tende a mitigar as interferências políticas negativas, deslocadas das discussões técnicas do dia a dia, e ainda fortalecer o corpo de trabalhadores em defesa do SUS.

4. Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde foi definida na Conferência de Alma-Ata como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação.”

Segundo Mendes existem três interpretações principais de Atenção Primária à Saúde:

1. APS como atenção primária seletiva, entendida como um programa específico destinado às populações e regiões pobres a quem se oferece, de forma exclusiva, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, provido por pessoal de baixa qualificação e sem a possibilidade de estabelecer referências a nível de maior densidade tecnológica.

2. APS como nível primário do sistema, definida como o modo de organizar e funcionar como porta de entrada do sistema, com ênfase na função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde de forma a minimizar custos e satisfazer as demandas da população dentro das ações em primeiro nível.

3. APS como organização do sistema de atenção à saúde, a qual apropria, recombina e reordena todos os recursos do sistema, a fim de atender as necessidades da população, o que implica em uma APS como coordenadora do cuidado.

Diante dessas interpretações, a APS como organizadora do sistema de atenção à saúde, é a que apresenta maior compatibilidade com a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do ponto de vista técnico, e a mais abrangente, tornando possível exercitar as funções da APS como coordenadora das RAS.

A APS como estratégia de organizar o sistema de atenção em saúde implica em atender aos seus atributos e funções:

Atributos da APS

- Primeiro contato: consiste na acessibilidade e uso do serviço em cada novo episódio para o qual se procura atenção à saúde.
- Longitudinalidade: existência de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde, ao longo do tempo, estabelecendo uma relação e confiança e vínculo entre equipe, indivíduos e família.
- Integralidade: consiste no conjunto de serviços que atendam às necessidades da população dentro dos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, bem como a oferta de serviços nos outros pontos de atenção.
- Coordenação: é a capacidade de garantir a continuidade, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articulam com a função de centro de comunicação das RAS.
- Focalização na família: consiste em considerar a família como o sujeito da atenção, através da integração da equipe com esse sujeito e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde.
- Orientação comunitária: reconhece a necessidade das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem.

- Competência cultural: consiste em uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, através do respeito às singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

Funções da APS

- Resolubilidade: significa que deve ser resolutiva e capacitada cognitivamente e tecnologicamente para atender a mais de 90% das demandas da população.
- Comunicação: consiste em exercer a função de centro de comunicação das RAS, com condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes da rede.
- Responsabilização: consiste em conhecer intimamente, nos microterritórios sanitários, a população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária.

Uma APS efetiva e de qualidade deve atender em sua totalidade seus atributos e funções. No contexto da saúde bucal, as ações referentes à APS serão realizadas nas Unidades de Atenção Primária dos municípios do Estado do Paraná, pelas equipes de saúde bucal, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, controle e reabilitação, bem como através da coordenação do cuidado e definição de fluxos para o encaminhamento nos pontos de apoio da RAS.

Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (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), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde. A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica. Tipos de equipe :

Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) devem estar vinculados a uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

De modo a atender às características e necessidades de cada município, poderão também ser compostas eSB na modalidade I com carga horária diferenciada, conforme a Portaria 2.539 de 26 de setembro de 2019.

Modalidade I-20h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou

Modalidade I-30h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF.

Não se aplica aos profissionais da eSB na modalidade I com carga horária diferenciada a vedação à participação em mais de uma eSB ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional.

A Portaria no 60 de 26 de novembro de 2020 define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins de transferência dos incentivos financeiros federais de custeio, entre elas as formas de vinculação possíveis entre as Equipes de Saúde Bucal e as Equipes de

Saúde da Família/Equipes de Atenção Primária:

- Uma eSB com carga horária de 40 horas semanais vinculada apenas a uma eSF ou a duas eAP com carga horária de 20 semanais;
 - Uma eSB com carga horária diferenciada de 30 horas semanais vinculada a uma eAP com carga horária de 30 horas semanais;
 - Uma eSB com carga horária diferenciada de 30 horas semanais vinculada a uma eAP com carga horária de 20 horas semanais;
 - Uma eSB com carga horária diferenciada de 20 horas semanais vinculada a uma eAP com carga horária de 20 horas semanais; e
 - Duas eSB com carga horária diferenciada de 20 horas semanais vinculadas a uma eSF.
- Além disso, a Portaria citada define que as alterações de modalidade (I e II) e carga horária das equipes de carga horária diferenciada se darão de forma automática de acordo com as alterações realizadas no cadastro do CNES.

Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica:

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

- I. Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:
 - a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente; e
 - b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.
- II. Identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

- I. inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;
- II. ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;
- III. descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e
- IV. ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Atribuições Cirurgião-Dentista:

I. Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II. Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III. Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV. Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI. Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Atribuições Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I. Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II. Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III. Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV. Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V. Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI. Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII. Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

- VIII. Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX. Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X. Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI. Inserir e distribuir no preparo cavitário, materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII. Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII. Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV. Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- XV. Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- XVI. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- XVII. Processar filme radiográfico;
- XVIII. Selecionar moldeiras;
- XIX. Preparar modelos em gesso;
- XX. Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Atribuições Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

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

4.1 O modelo integrado de atenção à saúde bucal

A construção de um modelo integrado de atenção à saúde bucal é um dos objetivos do novo paradigma de trabalho proposto nesta Linha de Cuidado. As novas demandas advindas das necessidades sociais, das evidências científicas e do trabalho em comunidade exigem uma nova postura da equipe de saúde bucal e dos gestores municipais, calcadas em habilidades técnicas e humanas dotadas de alto grau de refinamento.

O novo processo de trabalho baliza para o rompimento gradativo do trabalho isolado dos profissionais de saúde bucal, propondo uma integração total com toda a equipe da Unidade de Saúde. Nesse contexto, a valorização da excelência técnica individual estará aliada à relevância social das ações de saúde, desenvolvidas pelo conjunto de profissionais tanto da Unidade de Atenção Primária à Saúde como da Estratégia de Saúde da Família. Isso implica na prestação de uma atenção integral mais humanizada, trabalhando em conjunto e compreendendo melhor a realidade em que vive a população.

O que se deseja, realmente, é o fim do isolamento que caracterizou a prática da Odontologia nos últimos anos. A visão holística no sentido “cuidador” da atenção em saúde, com a produção social da saúde e a ênfase na qualidade de vida dos cidadãos, contrasta com o sentido “tarefeiro” da assistência à saúde, baseado na produção numérica de artefatos ou no cumprimento de procedimentos tecnificados, perpetuando o ciclo restaurador repetitivo, sem se preocupar com a saúde global do paciente.

A criação de uma agenda única, com a integração da saúde bucal na atenção médica, a utilização de prontuário único e o agendamento familiar, realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde para organizar a demanda, são pontos importantes para a integração da saúde bucal com as demais áreas da saúde, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e na Estratégia de Saúde da Família.

4.2 O processo de trabalho

A prática da assistência odontológica, com atendimentos pontuais, priorizando os procedimentos restauradores, nem sempre resolutivos para a saúde geral dos usuários e sua qualidade de vida, deve ser substituída pelo novo modelo, mais abrangente e resolutivo. O trabalho nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e da Estratégia de Saúde da Família deve passar por uma profunda reformulação, para perder o seu caráter estanque, em que os procedimentos restauradores são priorizados, passando a oferecer ao usuário uma atenção integral de boa qualidade.

A doença cárie e a doença periodontal, são as mais prevalentes no contexto da saúde bucal, e devem ser entendidas como doenças crônicas. O conhecimento atual de sua etiologia e dos fatores determinantes permite aos profissionais de saúde atuar em seu controle antes mesmo do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. Afora isso, o diagnóstico precoce do câncer bucal e da má oclusão deve ser incluído no rol dos procedimentos da Atenção Primária à Saúde. A sua implantação como rotina clínica estará diretamente relacionada ao conhecimento dos profissionais de seus sinais e sintomas. As ações de urgência e prótese clínica também devem ser contempladas na Atenção Primária à Saúde.

A doença cárie é uma das doenças crônicas mais comuns em todo o mundo e as evidências clínicas e científicas atuais apontam para estratégias efetivas para a sua prevenção e controle. Fica cada vez

mais claro que a abordagem puramente cirúrgico-restauradora não “cura” a doença. Os procedimentos restauradores, quando iniciados, criam um ciclo restaurador repetitivo, que leva à destruição gradativa dos dentes, ao aumento dos custos de tratamento e à insatisfação dos usuários com a sua saúde bucal (ELDERTON, 2003).

A abordagem da cárie como doença exige uma mudança de postura dos profissionais de saúde, desde o seu diagnóstico, controle e tratamento. Esta nova postura profissional muda o foco do tratamento, passando de uma abordagem puramente mecânico-restauradora para uma abordagem de controle da doença, interferindo nos fatores etiológicos, levando em consideração o risco biológico e social. Esta abordagem de controle das doenças permite a racionalização do atendimento clínico e um aumento de cobertura. Na racionalização do atendimento clínico, o trabalho por quadrantes deve ser considerado sempre que possível, pois ele permite a otimização do tempo, a economia do material de consumo e equipamentos, facilitando a adesão do paciente ao tratamento pela diminuição do número de visitas.

Em cada consulta, o profissional realizará mais procedimentos por paciente, evitando a troca excessiva de equipamentos de proteção individual, de proteção do paciente, aumentando a eficiência e a eficácia do trabalho clínico, diminuindo os custos.

4.3 A saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família

Em 1988, a Constituição Federal brasileira garantiu a saúde enquanto direito da população e dever do Estado (BRASIL, 1988). Em 1990, na Lei Orgânica da Saúde nº 8080, foram estabelecidos os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1990).

No entanto, apesar do direito à saúde integral garantida pela implantação do SUS, a Saúde Bucal no Brasil tomou forma dentro do sistema de saúde vigente apenas anos mais tarde. Em 2000, a Portaria nº 1.444 do Ministério da Saúde possibilitou a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2000), seguida da publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, conhecida como Brasil Sorridente (BRASIL, 2004).

Em 2000, a inclusão da ESB na Atenção Primária à Saúde (APS) buscava a reorganização dos serviços odontológicos de forma articulada com a reversão do modelo de atenção à saúde brasileira, ou seja, na lógica da ESF (BRASIL, 2000). Em 2004, a PNSB teve como objetivo a expansão da ESB na APS nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, como também a instituição de serviços especializados, seja em nível secundário e terciário, no intuito de melhorar a resolutividade dos casos mais complexos (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, é inegável o aumento do número de ESB nas últimas décadas, ou seja, a expansão de cobertura populacional, municípios atendidos, financiamento e assistência em rede nos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 2017a), inclusive no Paraná (BALDANI et al., 2005). No entanto, se em um primeiro momento a ampliação quantitativa foi um marcador da universalização da saúde bucal,

agora temos uma composição que busca cada vez mais a qualidade do serviço ofertado, principalmente na efetivação das Redes de Atenção em Saúde (RAS). Neste sentido, os modelos de atenção à saúde são parte fundamental dentre os componentes organizacionais de uma RAS (BRASIL, 2010). Sendo assim, as ESB na APS em modelo tradicional ou ESF, e todas as suas variantes conceituais, atributos e processo de trabalho, devem ser (re)considerados na qualificação do serviço prestado à população.

A Atenção Primária à Saúde apresenta como atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, com todos os demais atributos derivados, tais como: a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002). A Estratégia Saúde da Família (ESF) trata-se de uma proposta político governamental para reorganização e mudança no modelo de atenção à saúde no contexto do SUS. Sua atuação é centrada no cuidado da família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico, econômico, social e cultural. O processo de reconhecimento das necessidades da população leva ao estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, que devem acontecer de forma permanente no território. Por sua vez os profissionais de saúde passam a considerar as condições de vida e de trabalho em uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais devem dispor de um arsenal de recursos tecnológicos diversificados e complexos e passam a considerar no seu processo de trabalho os atributos essenciais e derivados (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Deve-se levar em conta que as ESB são compostas por Cirurgião-dentista, Auxiliares e/ou Técnicos em Saúde Bucal ainda formados e acostumados com a prática de assistência odontológica privatista, curativista e biologicista. Por isso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em vigência, reforça a necessidade da inclusão de cirurgiões-dentistas generalistas ou com formação específica em Saúde Coletiva para composição das ESB (BRASIL, 2017b), aspecto frágil entre as ESB no estado do Paraná (BALDANI et al., 2005) e a Educação Permanente precisa ser incentivada. Além disso, deve-se haver um preâmbulo da APS e dos demais serviços de saúde como lugar profícuo ao desenvolvimento de integração ensino – serviço - comunidade, e se ampliar a articulação junto às Instituições de Ensino, seja de cursos técnicos, superiores e pós-graduação, como por exemplo, a residência, neste espaço de (re)construção do ensino, principalmente na lógica da ESF. Essa troca traz benefícios a todos os agentes envolvidos no processo de reconstrução dos serviços de saúde (FAÉ et al., 2016).

Estudos têm mostrado que a implantação das ESB na APS, mesmo em relação ao processo de trabalho dentro da ESF, mostrou tímidas e incipientes mudanças, persistindo práticas da ESB ainda isoladas aos demais membros da equipe de saúde e persistindo práticas conservadoras e reprodutoras de modelos tradicionais odontológicos (MATTOS et al., 2014; SCHERER e SCHERER, 2015; LEME et al., 2019). As ESB em modelos tradicionais e na ESF, precisam se reinventar e adaptar-se a um novo processo de trabalho voltado para um modelo de atenção à saúde, ou seja, de observação e cuidado, com valorização da proteção, prevenção e promoção, de forma integral e continuada, e não apenas em um modelo assistencial, ou seja, de recuperação e reabilitação, durante o atendimento clínico (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

As diretrizes para atuação das ESB não são novidades para os profissionais do serviço público e estão descritos na PNSB e no Caderno 17 da Atenção Básica (BRASIL, 2004, 2006a). Estes documentos oficiais enfatizam a integralidade biopsicossocial, o papel do acolhimento, consideram a necessidade da escuta qualificada, a orientação centrada no paciente e o compartilhamento do diagnóstico e de decisão sobre condutas (BRASIL, 2004, 2006a). A PNSB, orienta sobre a necessidade de 75% a 85% da carga horária contratada do Cirurgião-dentista, dedicadas à assistência clínica (BRASIL, 2004). Assim, durante a maior parte do tempo, o trabalho do cirurgião-dentista ainda está privado dentro do consultório. Mas deixa-se claro, que mesmo neste local, inovações sobre o cuidado podem e devem ser estimulados (JUNQUEIRA et al., 2017; GRAFF e TOASSI, 2017). Nos demais turnos, a ESB deve promover a realização de atividades voltadas para diagnóstico situacional, planejamento, visitas domiciliares, discussão com os demais membros da equipe, atividades multidisciplinares, como também de prevenção e promoção, principalmente na lógica de uma clínica ampliada.

O modelo de atenção à saúde bucal ainda é recente dentro de um histórico de ausência de políticas públicas nacionais consistentes no Brasil. E mesmo quando existiam oferta de serviços odontológicos, eram iniciativas isoladas, principalmente para crianças, de forma fragmentada e marcada por exclusão social e prática assistencial mutiladoras (SPEZZIA, CAVALHEIRO e TRINDADE, 2015). Esse histórico ainda impacta nossa atuação hoje, inclusive, em relação a grande demanda reprimida com necessidades odontológicas, principalmente em relação a cobertura não universal de serviços odontológicos. Ao olharmos para trás, vemos o quanto evoluímos, e o quanto ainda tem a ser feito.

A PNAB inicialmente publicada em 2006, e suas versões atualizadas em 2011 e 2017, deixam claro a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2006b; 2011; 2017b). E reconhece, o trabalho de outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes em caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017b). O que se sabe neste momento, é que mudanças são necessárias para revisão das práticas das ESB, seja na ESF ou fora dela. Por isso, a implementação do conjunto de princípios e diretrizes desses documentos oficiais devem (re)significar a atuação da Saúde Bucal (GRAFF; TOASSI, 2017), independente da atual modalidade da APS adotada nos diversos municípios paranaenses.

4.4 A estratificação de risco

A estratificação da população por risco é um elemento fundamental no modelo de atenção as condições crônicas ao dividir uma população total em diferentes tipos de subpopulações, segundo os riscos singulares, e trata-se de um processo dinâmico.

A estratificação de risco visa melhorar a qualidade da atenção à saúde, assim como tornar mais efetivo o uso dos recursos de saúde. Caracteriza-se também como uma ferramenta fundamental no processo de trabalho das equipes de saúde, visto seu potencial orientador de condutas e estratégias de intervenção, propondo assim formas de organização de acesso ao serviço de odontologia na UBS, de

otimização do fluxo exercendo o princípio da equidade, ofertando serviços de acordo com a necessidade da população.

Porém, para que esse princípio seja garantido é necessário que se verifique os dados da condição familiar os quais devem ser somadas informações epidemiológicas da população adstrita à área de abrangência da unidade, levando-se em consideração o risco às doenças bucais. A estratificação de risco é um procedimento que vem sendo muito utilizado para a organização da demanda, por ser um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

4.5 O atendimento domiciliar

No ano de 2004, a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) expôs a relevada importância da saúde bucal no país (BRASIL, 2004). Especificamente essas condutas nortearam uma ampla visão no conhecimento da realidade da saúde bucal da população, tornando-se ativa as abordagens dos profissionais com os usuários do SUS. Ao ser analisado os processos de aplicações e competências dessa nova metodologia de multiprofissionalíssimos engajados no bem-estar social, evidenciam a prática das visitas domiciliares (VD) a pacientes acamados ou pessoas que possuem um determinado grau de impedimento no ato de se locomover, levando-se em consideração a diminuição de riscos para esses pacientes, com o propósito de identificar, acompanhar e fazer o tratamento essencial para a melhora do mesmo (GIACOMOZZI CM e LACERDA MR, 2006).

O atendimento domiciliar é constituído por um grupo de práticas e trabalhos que promovem como foco fundamental a promoção da saúde, tendo como resultados esperados prevenir e tratar doenças com a visão de promover a reabilitação do paciente no atendimento domiciliar, buscando certificar a continuação dos cuidados, além de ser parte da integração das redes de atenção à saúde (SALAS MM, et al, 2015). Como outros profissionais da área da saúde, o cirurgião dentista (CD) no âmbito da estratégia da saúde da família, possui sua elevada importância, como atribuições capacitadas em cumprir visitas domiciliares com a finalidade de ofertar aplicações de saúde bucal sendo elas individuais ou coletivamente nas famílias (SILVA RM, 2016).

Respeitando os ensinamentos éticos do Sistema Único de Saúde (SUS) os profissionais da área odontológica precisam estar preparados e conhecer as condutas necessárias ao entrar nos domicílios; fazer anamnese individualizada, ter conhecimento sobre patologias orais, além de buscar levar aos pacientes a integralidade, com bastante atenção na tríade: universalidade, equidade, e acolhimento, dispondo como conformidade os aspectos técnicos e humanizados. Todos estes conceitos consolidam a ligação entre a população que precisa desses cuidados e os profissionais envolvidos (SILVA RM, ET).

Rocha DA e Miranda AF (2013) ressaltaram que os atendimentos domiciliares são métodos benéficos, quando existe um ótimo planejamento do que irá ser feito e a forma que irá se abordar os pa-

cientes. Estas técnicas fazem com que os cirurgiões dentistas possuam resultados bastante significativos, pois essa estratégia viabiliza buscar atender de uma melhor forma os que precisam de um atendimento diferenciado, como é o caso de pessoas que possuem pouca mobilidade, pacientes com determinadas síndromes e pacientes idosos. Neste grupo em particular, o atendimento odontológico convencional possui inúmeros impasses por causa da própria condição dos pacientes, seja ela por causa da dificuldade em acessar o sistema de saúde ou até mesmo da família não buscar o atendimento por falta de informação.

O atendimento domiciliar feito pela equipe integrativa incluindo o Cirurgião Dentista, possibilita uma conformidade e uma assistência humanizada a uma parte dos cidadãos que são distanciados dos profissionais da saúde bucal. Contudo, é de fundamental importância a normatização da aplicação na assistência domiciliar e os mecanismos de priorização de visitas domiciliares, designando grande potencial para ultrapassar o olhar restrito apenas ao consultório odontológico. Transcorridos 15 anos da publicação das normatizações da Política Nacional de Saúde Bucal o atendimento domiciliar caracteriza-se como sendo uma área ainda a ser conquistada pelos profissionais envolvidos.

4.6 O atendimento de urgência

As urgências odontológicas podem ser compreendidas como situações que requerem medidas rápidas de atendimento, as quais não podem ser adiadas e são bastante comuns na prática clínica das equipes de saúde bucal. A classificação de risco em urgência proposta é baseada no Protocolo de Manchester e tem como objetivo a organização do atendimento de acordo com a prioridade do usuário.

Orientação para atendimento de urgência		
Riscos de urgência	Classificação	Recomendação
Hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local); Tumefação extensa com comprometimento sistêmico; dificuldade para engolir ou respirar ou atingindo área dos olhos; Trauma facial maior: fratura óssea ou laceração facial extensa.	Vermelho	Encaminhamento ao hospital de referência.
Hemorragia menor (controlada por medidas locais); Traumatismo dento-alveolar ocorrido em tempo inferior a duas horas; Tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor dentária intensa, espontânea e contínua. Usuários institucionalizados, escoltados devem ter atendimento prioritário.	Laranja	Atendimento prioritário.
Dor dentária moderada à intensa, intermitente ou noturna, passível de controle por analgésico.	Amarelo	Atendimento em até 1 hora.
Usuários em situação urgente sob seu ponto de vista psicológico ou por entender merecer atenção diferenciada pela sua condição sistêmica (doença crônica descompensada).	Verde	Atendimento em até 2 horas ou agendado para atendimento programado.
Usuário com dor dentária leve, sensibilidade dentinária; fratura de restauração; exodontia de deciduos; reparo de peça protética.	Azul	Atendimento em até 4 horas ou agendado para atendimento programado.

■ Emergência odontológica, que deve ser encaminhada ao Hospital de Referência ou que necessite de um atendimento especializado. Considera-se como prioridade máxima do atendimento: hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local); infecções de origem buco-dental graves com possibilidade de comprometimento sistêmico; tumefação extensa atingindo área dos olhos ou ocasionando dificuldade para engolir/respirar e os traumas maiores como os faciais, com suspeitas de fraturas ósseas e lacerações faciais extensas.

■ São atendidos pelos profissionais da atenção básica e incluem as hemorragias menores (controláveis por medidas locais); traumatismos dento-alveolares ocorridos em tempo inferior a duas horas; abscessos agudos; tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor de origem dentária intensa, espontânea e contínua. A presença de usuários institucionalizados, que requerem escolta, traz constrangimentos aos trabalhadores e aos demais usuários, assim como risco de complicações como uma eventual tentativa de fuga ou resgate. Por isso, devem retornar o mais rápido possível à instituição de origem, sendo também prioritários. Esses pacientes deverão ter atendimento prioritário na Unidade Básica de Saúde.

■ Usuários com dor intermitente ou noturna, intensa, mas com períodos de acalmia, e passível de controle por analgésico devem ser atendidos por ordem de chegada ou dentro de um período de uma hora. São casos em que o usuário não poderá aguardar por atendimento programado, pois a dor é intensa, mesmo que em curtos períodos ou que não esteja com dor no momento.

■ São incluídas condições que ainda que não sejam caracterizadas como urgências odontológicas, mas essas são do ponto de vista do usuário ou por merecerem atenção diferenciada pela condição sistêmica do paciente. O relato de doença crônica descompensada e infecção bucal, lesão bucal autorreferida e perda estética relevante com comprometimento psicossocial devem ser aqui consideradas. O atendimento pode ser feito em até 2 horas, ou agendado para atendimento programado.

■ Compreende todas as demais queixas odontológicas não urgentes, sendo que se destaca dor leve, sensibilidade dentinária, fraturas de restauração, exodontia de decíduos e reparos de peças protéticas. São usuários que têm necessidade de tratamento odontológico percebido como urgente, mas que não são reais e podem aguardar por atendimento dentro de 4 horas ou ser agendado para o atendimento programado.

4.7 A atenção nos ciclos de vida

a) Atendimento à gestante

A promoção da saúde, o incentivo à adoção de comportamentos saudáveis e o acompanhamento integral são instrumentos que atuam como pilares da assistência pré-natal. O eixo norteador desta assistência é a resolutividade, cujo objetivo é romper barreiras que possam comprometer a saúde materno-infantil. Ela é consolidada com a presença de equipes capacitadas de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção (ALVES; BEZERRA, 2005; SADDKI; YUSOFF; HWANG, 2010).

Neste contexto adentra-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, a qual estabelece objetivos específicos e estratégias voltadas à garantia dos direitos deste grupo especial. Dentre

seus objetivos específicos, ressalta-se o da promoção da atenção obstétrica e neonatal, de maneira qualificada e humanizada (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012a). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a organização da atenção materno-infantil é orientada pela Portaria GM/MS nº 1459 de 24 de junho de 2011, a qual instituiu a Rede Cegonha e normatiza a assistência integral e o acompanhamento da gestante desde o planejamento familiar até os primeiros dois anos de vida da criança (BRASIL, 2011).

A Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Paraná compõe a Rede de Atenção à Saúde, e estabelece o fluxo de acompanhamento da gestante no pré-natal e prevê diretrizes de acesso de qualidade aos serviços de saúde na atenção materno-infantil (PARANÁ, 2018). A Linha de Cuidado preconiza a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento no pré-natal, garantindo no mínimo 07 (sete) consultas durante a gravidez e 01 (uma) no puerpério. A primeira consulta, deve ser realizada o mais precocemente possível, ou até o final do 3º mês de gestação, sendo 02 (duas) no primeiro trimestre, 02 (duas) no segundo trimestre, 03 (três) no terceiro trimestre da gestação e 01 (uma) no puerpério (PARANÁ, 2018).

Entre estas consultas, os Cadernos de Atenção da Linha de Cuidado Materno Infantil, preconizam que a gestante seja referenciada ao atendimento odontológico como uma ação complementar ao pré-natal médico, por meio de aconselhamento e de atendimento odontológico, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado (BRASIL, 2011; PARANÁ, 2016; PARANÁ, 2018). Compete assim, à equipe de saúde responsável pelo pré-natal garantir que a gestante tenha acesso ao atendimento odontológico, encaminhando-a à equipe de saúde bucal.

Atualmente, as gestantes configuram um grupo populacional prioritário para o atendimento odontológico (PARANÁ, 2016). Tal fato é atribuído às características próprias desse período, como a possibilidade de surgirem alterações bucais e outras necessidades específicas que comprometem sua própria saúde e a de seus filhos (FIGUEIREDO et al, 2017). Além disso, as gestantes devem ser priorizadas por programas de educação em saúde uma vez que desempenham um papel central nas atitudes da rede familiar, influenciando os hábitos alimentares e de higiene de todos os membros da família. Por fim, essas mulheres compõem um grupo de fácil acesso durante a gestação, pois comparecem consistentemente aos serviços de saúde para o pré-natal o que favorece a adesão em programas com intervalos agendados.

Amplas evidências mostram que os cuidados com a saúde bucal durante a gestação são seguros e devem ser recomendados para melhorar a saúde bucal e geral da mulher (ACOG, 2017; LIDA, 2017; MARK, 2018). No entanto, estudos mostram baixa utilização de serviços odontológicos durante a gestação, reflexo de inúmeras barreiras de acesso, relacionadas ao próprio serviço, aos profissionais de saúde e às próprias gestantes (ROCHA et al, 2018a; ROCHA et al, 2018b). Uma das principais barreiras é a falta de informações sobre a segurança do tratamento odontológico na gravidez, a qual resulta em crenças e mitos que se constituem em barreiras ao Pré-Natal Odontológico (PNO), tanto por parte das gestantes quanto dos próprios profissionais de saúde.

Na Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Paraná destaca-se, dentre os exames complementares, o exame odontológico, que deve ser realizado preferencialmente no 1º trimestre de gestação (PARANÁ, 2018). Assim, deve-se garantir ao menos uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento de consultas subsequentes, conforme as necessidades individuais de cada gestante.

Na Linha de Cuidado em Saúde Bucal do Estado do Paraná, a meta proposta é de 100% de cobertura de primeiras consultas odontológicas programáticas durante o pré-natal. Para tanto, deve-se adotar a prática colaborativa e envolver toda a equipe do pré-natal para o agendamento das consultas o mais precocemente possível. As estratégias devem focar em: atenção e assistência individuais e coletivas, planejamento e organização do processo de trabalho, e organização da referência a serviços especializados, a fim de favorecer o acesso da gestante ao cuidado odontológico integral e resolutivo, por meio de uma agenda compartilhada, ou interconsulta e educação permanente da equipe.

Os agendamentos para as consultas odontológicas deverão ser realizados de maneira programada e preferencialmente nos mesmos dias da consulta de pré-natal. A equipe de saúde bucal (ESB) pode também acompanhar semanalmente o registro de novas gestações no SISPRENATAL para agendar a primeira consulta da gestante.

A ESB deverá efetuar os registros dos procedimentos realizados na Carteira da Gestante utilizada no Paraná, na qual encontram-se espaços específicos para os registros relacionados à atenção odontológica, os quais contemplam: data, avaliação clínica (doença cárie, doença periodontal e outras condições), orientações e encaminhamentos. Além disso, existe espaço para complementar com as informações que o profissional julgar importante para um bom acompanhamento do PNO pela equipe de saúde. Pode-se ainda utilizar como modelo a Caderneta de Gestante do Ministério da Saúde (PARANÁ, 2018; BRASIL, 2018c).

No anexo apresenta-se uma sugestão de protocolo clínico odontológico de atendimento às gestantes nas fases da gestação, a fim de garantir que as informações necessárias possam ser transmitidas nas consultas de acompanhamento ao longo da gestação. Basicamente os dois primeiros trimestres se concentram nos cuidados maternos e no terceiro dá-se maior atenção aos cuidados do neonato (POLLITANO, 2014).

Gestante de alto risco - GAR

São classificadas as gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados à condição clínica pré-existente, tais como: hipertensão arterial; dependência de drogas lícitas e ilícitas; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas; doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias; obesidade mórbida; cirurgia bariátrica; psicose e depressão grave. Ao estratificar o risco da gestante (risco habitual, intermediário e alto risco) um dos fatores para a estratificação de GAR, está relacionado a de doenças prévias à gestação atual, dentre elas estão as doenças infecciosas, na qual deve ser considerada a situação de doença periodontal e seu impacto na gestação (PARANÁ, 2018).

Para o atendimento da gestante de alto risco, recomenda-se fazer avaliação conjunta do cirurgião-dentista e médico de referência da gestante e, caso necessário, solicitar exames específicos para garantir o atendimento seguro. O profissional também poderá acionar os profissionais do CEO para matriciamento ou consulta conjunta; ou, caso identificada a necessidade de cuidado especializado, realizar o encaminhamento para o centro especializado.

Importante enfatizar que a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente na referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de risco, mas embora o cuidado e a atenção da equipe de saúde devem ser reforçados às gestantes. Vale reforçar que, mesmo encaminhando a gestante a outro nível de atenção, a equipe de saúde da Unidade de Atenção Primária continua responsável pelo seu cuidado.

Relembrando que a atenção pré-natal efetiva deve garantir o acompanhamento odontológico das gestantes, podendo ser muito bem justificado, considerando como argumentos, dentre outros o de cumprir as políticas de atenção propostas pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e fortalecer o modelo preconizado para a Linha de Cuidado Materno-Infantil, desempenhando a responsabilidade sanitária e econômica, da relevância dos cuidados durante a gestação, das alterações bucais próprias desse período, da associação de doenças periodontais e desfechos obstétricos e ao nascimento, e principalmente buscando a efetivação da qualidade de vida da gestante.

- ▶ Protocolo de atendimento à gestante, no anexo.

b) Atendimento na primeira infância

A primeira infância (período compreendido entre zero até seis anos completos) é uma etapa fundamental para o desenvolvimento, em termos cognitivos, socioemocionais e físicos. Além disso, os avanços da neurociência apontam que nos primeiros anos de vida (especialmente nos primeiros mil dias), o cérebro se desenvolve muito rapidamente e é muito sensível aos cuidados e estímulos. É importante investir na primeira infância, ou seja, no desenvolvimento infantil ou em políticas de primeira infância para poder contar no futuro, com uma população mais saudável. Do ponto de vista econômico, evidências mostram que o investimento feito em programas de qualidade para a primeira infância tem uma alta taxa de retorno para a sociedade (VENÂNCIO, 2020).

Apesar das evidências sobre a importância da primeira infância, estima-se que mais de 200 milhões de crianças menores de cinco anos em países de baixa e média renda não atinjam seu potencial de desenvolvimento, devido à exposição a fatores de risco biológicos, ambientais e psicossociais (BLACK et al., 2017).

Para que ocorra uma mudança da situação atual, é válido lembrar que precisamos garantir no primeiro nível de assistência, por meio de uma equipe multiprofissional, os atributos essenciais nas ações, principalmente o acesso (primeiro contato) por meio da consulta odontológica no pré-natal, e a partir disso dar continuidade da atenção, promovendo a longitudinalidade e buscando sempre além de serviços preventivos, diagnósticos, e tratamento das doenças, estabelecer a forma adequada para a resolução de problemas que surgirem, a fim de garantir a integralidade. Com isso podemos exercer juntamente os atributos derivados, por meio da atenção centrada no indivíduo e na orientação familiar, adaptando as orientações conforme as características culturais e necessidades da comunidade que esteja inserido (SARFIELD, 2002; BRASIL, 2019a).

É preciso também seguir as normativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com acesso universal de todas as crianças à saúde, à equidade, à integralidade do cuidado, à humanização da atenção, à gestão participativa e controle social (BRASIL, 2015a). A PNAISC tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às

populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2018a). Vale a pena fazer a leitura dos sete eixos estratégicos que compõem a política, cuja finalidade é orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território.

A Política Nacional de Saúde Bucal se insere de forma transversal, integral e intersetorial nas linhas de cuidado direcionadas à mulher e à criança, com o objetivo de promover a qualidade de vida desse público por meio das ações de promoção, prevenção, cuidado, qualificação e vigilância em saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018b). Contida no rol de agravos em saúde bucal de maior prevalência na infância, a cárie dentária em dentes decíduos afeta mais de 600 milhões de crianças no mundo, sendo um problema de saúde pública (PITTS et al., 2019). A Cárie na Primeira Infância (CPI) tem influência significativa no indivíduo, na família e na sociedade. A doença afeta os dentes decíduos e possibilita um risco maior de atingir os dentes permanentes, além de influenciar diretamente a saúde geral e a qualidade de vida da criança.

Segundo o Manual de Orientações para reduzir a Cárie na Primeira Infância (CPI) no mundo (OMS, 2019), devemos:

- (1) limitar o açúcar no início da vida.
- (2) escovar os dentes com pasta de dente fluoretada (1.000 - 1.500 ppm).

Enfatiza-se que as ações devem ser integradas com outras áreas da saúde e se concentrar não só em “mudanças de comportamentos”, mas em medidas amplas que reduzam a disponibilidade do açúcar (como controle de embalagens e propagandas, maiores taxas e outros). Tratamentos minimamente invasivos também são propostos, quando necessário.

A Declaração de Bangkok reforça esses conceitos por meio das seguintes recomendações:

1. Conscientizar pais/cuidadores, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal, médicos, enfermeiros, profissionais da saúde e outros grupos interessados sobre a cárie na primeira infância;
2. Limitar o consumo de açúcar em alimentos e bebidas e evitar açúcares livres para crianças com menos de 02 (dois) anos de idade;
3. Escovar os dentes de todas as crianças duas vezes por dia com pasta fluoretada (ao menos 1000 ppm) usando uma quantidade adequada de dentifício;
4. Prover orientações preventivas no primeiro ano de vida por um profissional da saúde ou agente comunitário de saúde (em conjunto com programas já existentes – durante as campanhas de vacinação, por exemplo – sempre que possível) e, idealmente, referenciar ao cirurgião-dentista para manutenção e cuidados preventivos (PITTS et al., 2019).

É importante destacar que, como na maioria das doenças não transmissíveis, tanto a causa quanto a prevenção são fortemente determinadas por fatores socioeconômicos, ambientais e sociais, conhecidos como determinantes sociais da saúde. A cárie na primeira infância é fortemente influenciada pelos comportamentos e práticas de saúde de crianças, famílias e cuidadores.

Prevenção Primária	Intervenções amplas a nível da comunidade. Prevenção da doença a nível individual.
Prevenção Secundária	Controle efetivo de lesões iniciais antes da cavitação. Paralisação de lesões mais avançadas, quando possível.
Prevenção Terciária	Procedimentos de controle de cárie não invasivos. Tratamento restaurador apropriado, preservando estrutura dentária.
<p>...”os fatores de risco essenciais para a CPI são: a falta de aleitamento materno exclusivo, consumo de açúcar livre e exposição inadequada ao flúor na prevenção de cárie dentária” (OMS, 2019)</p>	

Quadro 1. Três níveis de atuação para reduzir cárie na primeira infância e seu impacto (PITTS et al., 2019)

ORIENTAÇÕES PARA A EQUIPE DE SAÚDE

Orientações antecipadas para a saúde bucal da criança favorecem um risco menor da possibilidade de cárie na primeira infância (CPI).

As orientações sobre a saúde bucal do futuro bebê devem começar durante a gestação, nas consultas de assistência e promoção de saúde bucal da gestante, destacando que no núcleo familiar a mãe exerce um papel importante, pois influencia os comportamentos alimentares e de higiene de seus filhos.

- Agravos ocorridos durante os períodos pré, peri e pós-natal durante a mineralização dos dentes decíduos, aproximadamente entre 13ª semana de vida intrauterina e o primeiro ano de vida da criança, podem resultar em defeitos do desenvolvimento do esmalte dentário.
- Após o nascimento do bebê é importante que a mãe seja estimulada a levar a criança ao cirurgião-dentista para uma primeira avaliação.
- A avaliação do frênulo lingual deve ser realizado preferencialmente antes dos trinta dias de vida do neonato.
- Alguns problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação.
- O aleitamento materno é importante para otimizar o desenvolvimento da musculatura orofacial e do sistema estomatognático, os quais são responsáveis pela execução de funções orais de sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonoarticulação.
- O cirurgião-dentista deve participar da puericultura infantil, para que possa acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança. Lembrando que deve atuar em equipes multiprofissionais e disciplinares, na intenção de exercer a prática colaborativa e prover a saúde integral do ser humano.
- Explicar a importância dos dentes decíduos, como as principais funções: a) mastigar os alimentos, etapa importante para facilitar a digestão; b) auxiliar no crescimento e desenvolvimento adequado dos ossos e músculos da face; c) ajudar na pronúncia correta das palavras; d) contribuir para a melhor aparência da criança, permitindo um belo sorriso, o que poderá influenciar sua auto-estima; e) manter o espaço para os dentes permanentes que irão substituí-los no futuro, direcionando-os para que erupcionem em posição adequada.
- É essencial que os profissionais de saúde que não são da área da saúde bucal, como a equipe de atenção primária, tenham conhecimento da cárie na primeira infância (CPI) como um problema de saúde pública que afeta bebês e crianças, famílias e comunidades. Os profissionais de saúde devem entender os principais fatores de risco para a CPI e como identificá-los, e devem reconhecer suas responsabilidades no trabalho contra a CPI.
- As lesões de cárie progridem mais rapidamente na dentição decídua quando comparada à dentição permanente.
- A cárie dentária compartilha fatores de risco comuns a outras doenças não transmissíveis (DNTs) associadas ao consumo excessivo de açúcar, como doença cardiovascular, diabetes e obesidade.
- As equipes de atenção primária geralmente têm um profundo conhecimento da comunidade, permitindo que trabalhem com o apoio da família, amigos e organizações e ofereçam continuidade do cuidado.

ORIENTAÇÕES PARA AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

- A puericultura odontológica deve começar nos primeiros dias de vida do bebê, entre 07 e 10 dias, sendo incentivada desde o pré-natal, na maternidade e também pelos agentes comunitários de saúde, durante a visita do puerpério.
- São objetivos dessa avaliação: orientar a nutriz e apoiar a família para a amamentação; realizar o primeiro exame clínico bucal para avaliação da higidez dos rodets gengivais e a detecção de alguma anomalia (nódulos, pérolas e cistos) que na maioria das vezes desaparecem, mas que em alguns casos podem aumentar de tamanho, devendo ser observados até a sua involução.
- Dentes natais (presentes no nascimento) ou dentes neonatais (aparecem nos 30 primeiros dias) devem ser avaliados.
- Observar as características do frênulo lingual e avaliar a necessidade ou não de sua remoção, seguindo a nota técnica do Ministério da Saúde. Antes disso, sugere-se aplicar o protocolo Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) para a avaliação do frênulo lingual do neonato.
- Na primeira consulta, além do exame clínico, devem ser realizadas as recomendações e apoio ao aleitamento materno exclusivo. Também é importante orientar sobre hábitos de sucção não-nutritiva, uso de açúcares, higiene bucal do bebê, erupção dos dentes decíduos, uso de fluoretos e cárie na primeira infância, bem como sobre o acompanhamento odontológico nesse período.
- Hábitos de sucção não-nutritiva: oferecer a chupeta ao invés do seio materno para acalmar o bebê não é recomendado, visto que poderia resultar em episódios menos frequentes de aleitamento materno, seja pela saciedade neural, pelo cansaço muscular ou pela “confusão de bicos” (dinâmica muscular e mandibular diferenciada entre aleitamento materno e bicos artificiais) e por consequência levar à redução da produção de leite materno provocando o desmame precoce. A criança que mama no peito até os seis meses tem uma possibilidade menor de adquirir hábitos de sucção não nutritivos, como a sucção do dedo e da chupeta do que aqueles que são amamentados com a mamadeira. Nos casos de impossibilidade de aleitamento materno, bem como no início da alimentação complementar, os líquidos devem ser oferecidos em copos ou copinhos. Durante o uso da mamadeira, a boca se fecha, a língua é empurrada para trás e os músculos mastigatórios não são ativados, enquanto os músculos mentonianos e bucinadores estão em hiperatividade. Esta limitação muscular no uso da mamadeira restringe os movimentos mandibulares basicamente à elevação e ao fechamento, o que proporciona uma predominância pelo crescimento vertical da face.
- Os pais ou responsáveis pela criança devem ser orientados a evitar o consumo de açúcares livres, principalmente a sacarose, até os dois anos de idade. O açúcar parece estar presente na dieta de grande parte de bebês alimentados com mamadeira. É importante discutirmos a respeito do potencial cariogênico dos líquidos/alimentos ofertados aos bebês por meio da mamadeira.
- A higiene bucal do bebê pode ser orientada a ser realizada a partir dos 60 dias de vida em caso de aleitamento materno exclusivo, pois o leite materno possui imunoglobulinas importantes para o desenvolvimento do bebê mesmo na ausência de dentes. Após o bebê ter adquirido uma certa imunidade pode se instituir o hábito de higiene bucal, inclusive para que a criança se acostume com o toque e a higiene da boca. Se estiver em aleitamento artificial deve se realizar

a higiene desde os primeiros dias. Para higiene é recomendado o uso de gaze ou a ponta de uma fralda de pano embebida com água filtrada ou fervida para higienizar a mucosa do bebê antes dos primeiros dentes.

- Após a erupção dos primeiros dentes, por volta dos seis meses (pode ocorrer antes ou depois), a higiene bucal passa a ser obrigatória após cada alimentação e amamentação da criança. A higiene pode ser realizada com a dedeira após o aparecimento dos primeiros dentes (incisivos), e/ou escova dental pequena e cerdas macias com a presença dos molares. O uso de dentifrício fluoretado (> 1.000 ppmF) deve ser usado de maneira adequada com a chegada dos dentes decíduos, variando de acordo com a idade. Antes dos 02 anos é recomendada a quantidade referente a um grão de arroz cru, dos 03 aos 05 anos a quantidade equivalente a um grão de ervilha e a partir dos 06 anos deve ser utilizada a técnica transversal. O uso do fio dental deve ser recomendado quando houver contato entre os dentes. A escovação e o uso do fio dental devem ser realizados pelos pais e/ou responsáveis até a idade que a criança apresente coordenação motora adequada para realizar a higienização sozinha.

- Erupção dos dentes decíduos: é um processo fisiológico que se inicia por volta dos seis meses de idade podendo ocorrer antes ou após este período. Diversas alterações sistêmicas e locais têm sido relatadas como manifestações associadas à erupção dental. Alguns estudos apontam que uma febrícula (até 37,7o C) e diarreia são fatores ligados à erupção dental, embora poucos autores evidenciem tal associação. Outros estudos mostram que essas alterações sistêmicas não estão associadas diretamente com o irrompimento dos dentes, podendo estar relacionadas à uma coincidência ou uma infecção oportunista na mesma época. O comportamento choroso e irritado é comum nesta fase. Podem surgir lesões cutâneas na região perioral, relacionadas às mudanças da qualidade da saliva nesta fase, devido à maturação das glândulas salivares, aumentando a viscosidade da saliva, que dificultam sua deglutição. Assim, pode ocorrer escoamento da saliva não deglutida e esta umidade constante na pele sensível do bebê, ocasiona lesões cutâneas. Além da sintomatologia geral, a erupção dos dentes pode apresentar distúrbios locais, como inflamação gengival, eritema, prurido, irritação tecidual, cisto/hematoma de erupção e fibrose gengival. Alguns métodos simples podem ser utilizados para minimizar estes sintomas como: oferecer bebidas e alimentos frios e/ou gelados, massagear suavemente a gengiva do bebê, oferecer alimentos (sem açúcar e de tamanhos adequados sem risco de engasgo) duros e mordedores gelados (colocá-los na geladeira durante 05 minutos antes).

Outra opção é o uso de fitoterápicos, como a Camomila (*Matricaria camomila*), que apresenta ação antisséptica, cicatrizante e refrescante, promovendo alívio na sintomatologia. Massagear os rodets gengivais, com o preparo da infusão que deve ser refrigerada e embebida em uma gaze esterilizada e descartada após 24 horas. Evitar o uso de produtos que tenham anestésicos locais em sua composição. Para descartar qualquer outra doença associada, quando o bebê apresentar febre (acima de 37,7o C) e diarreia, é recomendada a avaliação médica. Em todos os casos, o bebê deve ser avaliado e observado pelo cirurgião-dentista.

- A dentição decídua estará completa por volta dos 36 meses com dez dentes na arcada superior e dez dentes na arcada inferior.
- Para estabelecer um bom vínculo, os profissionais das equipes de saúde bucal podem realizar o

primeiro contato por meio de atividades em grupo (ex.: orientações aos pais e responsáveis e, em seguida, o exame clínico individual dos bebês), interconsulta (atendimento conjunto do médico ou enfermeiro com o cirurgião-dentista) ou consulta sequencial programada (programar o dia da consulta odontológica no mesmo dia e período da consulta de acompanhamento médico e de enfermagem, e/ou da vacinação).

- O gerenciamento comportamental na assistência à criança deve ser pautado na atuação profissional multidisciplinar e integral visando a qualidade de vida de cada paciente.
- Durante a anamnese, os dados devem ser colocados na Caderneta de Saúde da Criança.
- Agendar retornos conforme a avaliação de risco e atividade de cárie.
- Consultas programadas: é recomendável que a primeira consulta aconteça nos primeiros 10 dias de vida do recém-nascido, e posteriormente de 03 em 03 meses e/ou conforme a avaliação de risco para crianças de até 03 anos e de 06 em 06 meses para crianças de até 06 anos, com o devido preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança.
- Coloque a criança no colo do profissional, com o cuidador segurando nas mãos da criança. Uso de posicionamento “joelho a joelho”, isso permite uma visualização eficaz da cavidade bucal de uma criança. Informe aos pais que a criança pode chorar e isso é esperado. O profissional deve estabilizar a cabeça com as mãos enquanto retrai o lábio para a profilaxia e em seguida o exame clínico, para o tratamento se houver necessidade, conversar com os responsáveis sobre o melhor manejo de conduta conforme a necessidade.

Quadro 2. Orientações para profissionais atuantes na primeira infância – Atenção e Assistência à saúde bucal das crianças.

c) Atendimento ao adolescente

A fase da adolescência é o período de vida compreendido entre 10 e 19 anos de idade, no qual o indivíduo se vê surpreendido por inúmeras mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais. Na busca de um equilíbrio, o adolescente apresenta comportamentos extremos, desde atitudes positivas e em alguns momentos mostrando-se negligente com seus cuidados à saúde.

Desta forma, esse período gera um risco aumentado à cárie dentária e outras doenças bucais, em decorrência do precário controle de placa e redução dos cuidados com a escovação dentária. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2010, mostra o índice CPO-D de 2,07 aos 12 anos e de 4,25, entre 15 a 19 anos. Portanto, é de suma importância as ações de educação, prevenção e recuperação da saúde bucal dos adolescentes.

Devido à vulnerabilidade da faixa etária de 13 a 15 anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o monitoramento da saúde do adolescente escolar por meio da vigilância de fatores de risco comportamentais e de proteção, por meio da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, que inclui questões relacionadas à saúde bucal como escovação dos dentes, episódios de dor de dente e visitas ao dentista.

Os fatores de risco para as doenças bucais incluem consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas. Estes hábitos comumente são iniciados na adolescência e se associam a uma variedade de condições orais patológicas em adultos. É de suma importância a abordagem motivacional do adolescente,

integrando aspectos biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e multidisciplinares para o entendimento de que a qualidade de vida está diretamente ligada às condições da saúde bucal e a aquisição de novos hábitos, atitudes e comportamentos positivos proporcionarão bem-estar futuro.

Entre as doenças bucais mais frequentes nos adolescentes, cita-se a cárie dentária, a gengivite e a doença periodontal. A presença de cárie e conseqüentemente dor de dente, podem causar incapacidade de concentração, associação com sentimento de vergonha, baixa autoestima e ansiedade, alterando a rotina diária e comportamento do adolescente, prejudicando o rendimento escolar e o convívio social.

O tratamento da cárie, engloba a remoção do biofilme acumulado, alteração na dieta, hábito de higiene bucal adequado, inserção do flúor na higienização, tratamentos curativos, além da motivação ao adolescente em ter uma adequada saúde bucal.

A gengivite apresenta uma grande prevalência nessa população e o tratamento consiste na remoção mecânica do biofilme acumulado na superfície dentária, remoção química com agentes antisséptico e incentivo ao hábito de higiene oral diária com uso da escova dental, dentífrico fluoretado e fio dental.

A doença periodontal é caracterizada como uma doença inflamatória multifatorial que resulta na destruição dos tecidos de suporte dentário e pode levar a perda do dente. Um dos fatores etiológicos principais da doença, é a presença do biofilme na superfície dentária, porém em adolescentes a progressão da doença também pode estar associada ao consumo de tabaco e ao autocuidado bucal deficiente. A motivação do paciente é fundamental no tratamento, junto com a remoção química e mecânica do biofilme, tratamento clínico indicado e higienização oral feita em casa.

A Nota Técnica nº 02 SEI/2017-CGSAJ/DAPES/SAS/MS orienta sobre o atendimento de adolescentes desacompanhados dos pais ou responsáveis, em saúde bucal nas Unidades de Atenção Primária. Não são recomendadas medidas de restrição de acesso aos adolescentes sob o argumento de que a realização do tratamento está condicionada à anuência e/ou presença de pais ou responsáveis. O tratamento odontológico de adolescentes deve ser guiado pelo acolhimento, preservação da autonomia do indivíduo sobre a saúde e direito à privacidade. É importante destacar que na relação indivíduo-profissional sempre seja considerada, caso a caso, as circunstâncias em que o cuidado está sendo buscado e a capacidade do assistido de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.

- ▶ Nota técnica nº 02 SEI/2017-CGSAJ/DAPES/SAS/MS no anexo.

d) Atendimento ao adulto

A condição de saúde bucal constitui fator de grande interferência na qualidade de vida dos indivíduos e com a criação do SUS, através dos princípios de universalização do acesso, integralidade e equidade, houve a reorganização das ações de saúde bucal, favorecendo a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias.

No que se refere a saúde bucal dos adultos (20 – 59 anos), tem-se que doenças crônicas e sistêmicas como diabetes, tuberculose, AIDS e outras podem apresentar manifestações bucais. Além disso, a cárie dental e a doença periodontal representam as doenças mais prevalentes na população brasileira nessa faixa etária, podendo causar complicações e perdas dentárias, impactando na qualidade de vida dos indivíduos, seja física, funcional, nutricional e até mesmo psicossocial (ANTUNES; NARVAI; NUGENT, 2004).

Esta faixa etária representa grande parte da população do território das Unidades de Atenção Primária,

é importante utilizar a ferramenta da estratificação de risco para atender com maior brevidade a população que tem um maior risco a desenvolver doenças bucais.

A equipe de saúde bucal em conjunto com a estratégia de saúde da família deve realizar ações coletivas a fim de oferecer atividades de educação, motivação e conscientização sobre os malefícios de hábitos diários que podem impactar em alterações do meio bucal como dieta cariogênica, tabagismo e etilismo e a importância de procurar atendimento odontológico visando a prevenção e estimulando a auto-percepção (SILVA C. et al., 2006)

e) Atendimento ao idoso

O aumento da expectativa de vida coloca a discussão da saúde bucal do idoso e o aumento da atenção a esta faixa etária como necessidade real do SUS.

Segundo Harford (2009), o envelhecimento populacional aumenta a probabilidade de utilização dos serviços odontológicos entre idosos. Por outro lado, apesar da ampliação da oferta e da cobertura da assistência odontológica no Brasil, a utilização do serviço por idosos é inferior às outras faixas etárias (BRASIL, 2011).

O conhecimento sobre a demanda dessa população, bem como os fatores que determinam o uso dos serviços odontológicos, são importantes para a formulação de políticas de atenção à saúde que visem à redução do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos (FERREIRA et al., 2013). Assim, o papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é o de mantê-la em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem gerem repercussões negativas na saúde geral e no estado psicológico de cada indivíduo (BUSS; FERREIRA, 1998).

A informação e a orientação são também peças-chave nas ações odontológicas de prevenção específica e devem ser extensivas a todos na equipe interdisciplinar. A prática interdisciplinar é fundamental na odontologia geriátrica preventiva, pois o contato com os profissionais da área odontológica pode ocorrer tardiamente. Assim, os idosos e seus familiares, médicos, enfermeiras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, cuidadores e toda a equipe devem estar cientes dos potenciais problemas odontológicos no idoso e da importância da higiene bucal diária, principalmente à medida que as condições debilitantes sistêmicas se agravam (IACOPINO, 1997; REYNOLDS, 1997).

Nesta faixa etária são frequentes os distúrbios de audição, visão, déficit da memória e confusão mental. A abordagem deve ser feita centrada no idoso, dirigindo-se a ele, ouvindo e respeitando suas colocações. Os profissionais devem buscar desenvolver a confiança, diminuindo a ansiedade e permitindo um plano de tratamento de acordo com as necessidades pessoais. Às vezes é necessário recorrer ao acompanhante para obter informações.

Ainda há grande desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre as especificidades do envelhecimento, o que impede a abordagem dos procedimentos específicos que contemplem a real necessidade de tratamento para estes indivíduos.

No idoso, a intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são um reflexo, principalmente, da sua condição de vida e do acesso à atenção em saúde bucal, como um forte componente social.

A senilidade pode provocar falta de consciência por parte do idoso para diagnosticar sinais de risco e de alerta em saúde bucal, o que faz com que os familiares, os cuidadores e a equipe de saúde envolvida na sua atenção sejam esclarecidos sobre estes sinais de forma a providenciarem o seu encaminhamento para avaliação do cirurgião dentista, em caso de necessidade.

Vários fatores podem afetar o acesso do idoso à atenção em saúde bucal: a dependência de familiares, as barreiras físicas, a dificuldade de locomoção, a falta de priorização dessa faixa etária pelos serviços odontológicos, os fatores socioeconômicos e culturais, o medo e os tabus, o descrédito na resolubilidade do serviço de saúde e a crença que os usuários portadores de prótese total não necessitam de acompanhamento pela equipe de saúde bucal.

No entanto, é fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para orientar o usuário que muitas vezes acessa a Unidade de Saúde para outros fins, no agendamento de consulta com o cirurgião dentista para uma avaliação. Fundamental também que os agentes comunitários de saúde, que tem mapeados os acamados da área, informem ao dentista da Unidade de Atenção Primária para a realização de visita domiciliar.

O cirurgião dentista deve avaliar as condições bucais, da face e do pescoço e também estar atento para os aspectos gerais do usuário.

Todo tratamento que se fizer necessário deve ser realizado com consultas curtas, menos invasivas, trabalhando sempre que possível com ART até a finalização do tratamento. Deve-se indagar se o idoso frágil, dependente, está sendo acompanhado pela equipe de saúde e encaminhá-lo em caso negativo.

O processo de envelhecimento e seus reflexos na cavidade bucal

- O epitélio se torna mais delgado, friável e mais sensível aos estímulos externos (como os induzidos pelas próteses dentárias).
- O processo de cicatrização se torna mais demorado, por diminuição do fluxo sanguíneo.
- A atrição, com perda de estrutura dentária oclusal provocada principalmente, pela mastigação ou pela perda de estimulação nervosa.
- A abrasão também pode estar presente devido a processos mecânicos anormais, tais como escovação traumática, uso de dentifrícios abrasivos, uso indevido de palito dental, hábito de morder ponta de cachimbo, entre outros.
- Ocorre a migração da inserção epitelial da gengiva, aumento da incidência de doença periodontal, atrofia das papilas, mobilidade dentária.
- A mineralização dos canalículos dentinários e redução da câmara pulpar com aumento do limiar da dor, atrofia das papilas filiformes, conferindo aspecto liso e acetinado à superfície da língua levando a uma diminuição do paladar também são achados comuns na pessoa idosa.
- A diminuição da secreção das glândulas salivares, a perda da capacidade motora dificultando o controle do biofilme, formação de dentina secundária, aumento da deposição de cimento e reabsorção das raízes dentárias também são naturais da idade.

Cuidados clínicos odontológicos

Os principais agravos de saúde bucal que afetam os idosos são as perdas dentárias, cárie de raiz, doença periodontal, xerostomia, câncer bucal, abrasão e erosão dentária, halitose, dificuldade de higienização, de mastigação e de deglutição e lesões de tecidos moles. Deve ser realizado um exame criterioso para detecção destas condições e seus fatores determinantes.

- a xerostomia causa diminuição da capacidade protetora da saliva e maior risco à cárie dentária, incômodo no uso de prótese, perda do paladar, mau hálito, lábios ressecados e dificuldade na mastigação, deglutição e fala. Além de ser parte do processo de envelhecimento, pode ser causada por medicamentos com ação anticolinérgica, falta de ingestão de líquidos, estresse ou tratamento com radiação para câncer na região da cabeça e pescoço. A diminuição de fluxo salivar é uma queixa comum entre os idosos. Neste caso, a uso de artifícios para aumentar a produção de saliva por meio de estímulo à mastigação (gomas de mascar sem açúcar), aumento do consumo de água, uso de substitutos de saliva, lubrificantes de lábios e aconselhamento profissional sobre dieta são recomendados.
- a perda de elementos dentais causa a redução do tônus muscular e da dimensão vertical, trazendo consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a autoestima. Pode significar também o uso de dieta pastosa e cariogênica.
- a disfunção da percepção gustativa no idoso pode afetar o apetite e deve ser investigada. Além de ser consequência do processo de envelhecimento, pode também ser causada por má higiene bucal ou uso de medicamentos. O sentido do paladar está ligado à qualidade de vida, ao prazer de saborear os alimentos, e não deve ser negligenciado, principalmente nos idosos que já apresentam normalmente uma série de restrições alimentares.
- a halitose geralmente tem vários fatores relacionados, e seu tratamento requer uma abordagem multidisciplinar. As causas mais frequentes são hábitos alimentares (grande ingestão de alimentos em estado líquido ou pastoso), xerostomia e má higiene bucal. A saburra lingual é causa da grande maioria dos casos de halitose. A limpeza da língua pode ser feita com gaze embebida em solução, escovação ou raspadores de língua, sempre de modo delicado para não provocar náuseas.

4.8 Atenção ao paciente com necessidades especiais

Pacientes com Necessidades Especiais são todos aqueles que fazem parte de um grupo que requer cuidados especializados em Odontologia, dentre eles as pessoas com deficiências, pessoas com doenças sistêmicas, e outros que apresentam uma limitação. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-11 (OMS, 2018) contempla os transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento. Na área odontológica, estes pacientes são assistidos pela especialidade da Odontologia Para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE) na categoria Deficiência Mental.

O atendimento de pessoas com deficiência, principalmente intelectual, na Atenção Primária está diretamente relacionado ao seu grau de colaboração com o atendimento clínico. O manejo desses pacientes por parte do profissional é o ponto-chave do sucesso deste atendimento, onde podem ser abordadas técnicas diversas como as utilizadas em Odontopediatria, independentemente da idade do paciente.

Pacientes que aceitam o manejo devem ser atendidos na Unidade de Atenção Primária, realizando procedimentos de promoção de saúde, prevenção de doenças e controle de doenças bucais. As consultas devem ser regulares para se manter a motivação quanto à higienização bucal, a dieta e principalmente preventivas. Para os pacientes que não respondem ao manejo, após três tentativas, devem ser referenciados a profissionais do próprio município que foram capacitados no Curso de Atenção ao Paciente com Deficiência, realizado em 2014 e 2015 em parceria com o UNASUS-UFPE. Nos Municípios que tem referência para Centro de Especialidades Odontológicas, o encaminhamento deve ser feito a este local. Os demais municípios poderão encaminhar os pacientes ao CRAID (Centro de Atendimento Integrado ao Deficiente). Procedimentos de maior complexidade e/ou quando não se tem a segurança para a realização dos mesmos, seja pela agressividade do paciente ou por movimentos involuntários, ou ainda devido a outras complicações de saúde, devem ser realizados sob anestesia geral.

4.9 Atenção ao portador de condições crônicas

Este subcapítulo analisa os hipertensos, cardiopatas, as gestantes e lactantes, os diabéticos, doentes renais crônicos, em tratamento de câncer, e os que fazem uso de medicações anti-reabsortivas. Para facilitar a pesquisa, cada patologia é dividida em:

- Conceito
- Anestesiologia
- Tratamentos odontológicos
- Terapêutica medicamentosa

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Conceito

É definida como a elevação anormal da pressão sanguínea a um nível maior ou igual a 140 mmHg de pressão sistólica e/ou a 90 mmHg de pressão diastólica.

Categoria	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Limites superiores da normalidade	130 - 139	85 - 89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140 - 159	90 - 99
Estágio 2 (moderada)	160 - 179	100 - 109
Estágio 3 (grave)	180 - 209	110 - 119
Estágio 4 (muito grave)	> ou = 210	> ou = 120

Tabela 1. Valores de referência de pressão arterial do Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, 1993*.

* Os valores definidos em 1993 são utilizados como referência até os dias atuais.

Anestesiologia

Pacientes com pressão arterial normal podem receber qualquer combinação de sal e vasoconstritor. Pacientes com valores “acima da normalidade” e no “estágio 1” devem ser atendidos com diminuição da dose de vasoconstritores: 2 tubetes de adrenalina e 3 tubetes de felipressina. Nor-adrenalina, fenilefrina e levonordefrina não devem ser utilizados como vasoconstritores de primeira escolha. A concentração mínima da adrenalina é de 1:100.000. Não está indicada a concentração de 1:50.000.

Não foram relatadas contra-indicações de sais anestésicos. Entre os sais, indicam-se primeiramente os de duração intermediária: lidocaína, prilocaína e mepivacaina. A articaína pode ser usada com cautela quanto à alergia cruzada com as cefalosporinas.

Tratamento odontológico

O limite para atendimento odontológico sem aumento do risco de complicações cardiorrespiratórias é de 140 mmHg para pressão sistólica e de 90 mmHg para pressão diastólica.

- “Normal” até “estágio 1”: podem ser realizados procedimentos curtos e pouco invasivos, como, por exemplo: tratamento periodontal; exodontia de 1 ou 2 dentes por técnica fechada; abertura endodôntica; ou procedimentos de urgência como drenagem de abscessos.
- “Estágio 2” e “estágio 3”: não se deve realizar procedimentos em consultório odontológico. Se necessário, o atendimento deve ser feito em nível hospitalar.
- “Estágio 4”: não são considerados para tratamento odontológico.

Terapêutica medicamentosa

A principal interação medicamentosa dos medicamentos anti-hipertensivos é com o grupo dos anti-inflamatórios, medicamentos muito usados no pós-tratamento odontológico, seja clínico ou cirúrgico. Nesses casos, o cirurgião-dentista pode prescrever analgésicos periféricos e analgésicos opióides para analgesia. Medidas não-medicamentosas, como compressas quentes e frias também controlam o processo inflamatório. A tabela 2 indica as substituições medicamentosas possíveis.

Grupo Medicamentoso	Principais Fármacos	Substituições possíveis
Anti-inflamatórios não-esteróides (AINES)	Nimesulida, diclofenaco sódico, diclofenaco potássico, ibuprofeno	Paracetamol e dipirona
Anti-inflamatórios esteróides	Dexametasona, betametasona, hidrocortisona, prednisona	Codeína e tramadol

Tabela 2. Substituições possíveis da terapia pós-operatória com anti-inflamatórios em pacientes hipertensos.

CARDIOPATAS

Conceito

Patologias cardíacas são um grupo diversificado de doenças, e o primeiro entendimento do cirurgião-dentista é saber qual é a patologia de base, ou seja, qual a doença que acomete o coração. Dentre as cardiopatias mais comuns estão: hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio, arritmias, doença cardíaca isquêmica, angina do peito, insuficiência cardíaca, febre reumática, endocardite bacteriana e doenças congênitas. Os pacientes cardiopatas também podem apresentar patologias respiratórias que interferem no tratamento odontológico, como asma e doença pulmonar obstrutiva crônica.

O tratamento odontológico é um estresse físico e emocional, decorrente de ansiedade, medo e/ou dor. A ansiedade e o medo podem ser controlados com medidas farmacológicas (sedativos, sedação consciente com N₂O₂, sedação endovenosa) ou não-farmacológicas (manejos e controle verbal). Pacientes cardiopatas estáveis podem se tornar instáveis pelo aumento da FC decorrente de estresse e dor. Portanto, deve-se tomar cuidado com a ansiedade / medo, com a anestesia, e com a prevenção de dor intra e pós-operatória.

Anestesiologia

A anestesia local é realizada com prilocaina 3% associada à felipressina 0,03UI, como primeira escolha, pois a felipressina não é um vasoconstritor adrenérgico. Sua ação é sobre a musculatura lisa associada ao endotélio vascular, que permite vasoconstrição sem alterar a fisiologia cardíaca. Tem potência suficiente para atendimentos clínicos e cirúrgicos. Sua desvantagem em relação aos adrenérgicos, porém, é na diminuição da hemostasia. Como tem menor potencial hemostático que os vasoconstritores adrenérgicos, métodos hemostáticos locais precisam estar disponíveis para procedimentos cirúrgicos.

Os vasoconstritores adrenérgicos precisam ser usados como segunda opção, quando a prilocaina 3% com felipressina 0,03UI não está disponível. Seu uso exige cautela e aferição FC antes e após o procedimento. Dentre eles, a melhor opção é adrenalina 1:100.000. Não está indicada a concentração de 1:50.000. Se não houver adrenalina, usa-se a nor-adrenalina, porém, ela interfere na pressão arterial e aumenta o risco de arritmias. Fenilefrina e levonordefrina devem ser evitados em pacientes cardiopatas pois seus metabólitos apresentam interação medicamentosa com os medicamentos de uso contínuo para as patológicas cardíacas.

Não foram relatadas contra-indicações de sais anestésicos. Entre os sais, indicam-se primeiramente os de duração intermediária: lidocaína, prilocaina e mepivacaina. A articaina pode ser usada com cautela quanto à alergia cruzada com a cefalosporina. A tabela 3 mostra os vasoconstritores e as quantidades que podem ser utilizadas.

Vasoconstritor	Número de tubetes por sessão de atendimento
Epinefrina 1:50.000 (0,036mg por tubete)	Contra-indicado
Epinefrina 1:100.000 (0,018 mg por tubete)	2
Epinefrina 1:200.000 (0,009mg por tubete)	4
Felipressina 0,03UI por tubete	4
Nor-epinefrina 1:100.000 (0,018mg por tubete)	2
Nor-epinefrina 1:200.000 (0,09mg por tubete)	4
Levonordefrina	Evitar em pacientes hipertensos e cardiopatas
Fenilefrina	Evitar em pacientes hipertensos e cardiopatas

Tabela 3. Quantidade de tubetes para cada vasoconstritor odontológico e as contra-indicações para pacientes cardiopatas.

Um reforço precisa ser dado ao uso de seringa carpule com aspiração e a realização de refluxo. A injeção intravascular nestes pacientes aumenta a FC e favorece o risco de emergências cardiovasculares.

Tratamento odontológico

O tratamento odontológico é considerado um estresse físico e emocional para o organismo. Estes pacientes não podem ter a FC aumentada, seja por estresse, dor ou anestésicos locais. Assim, uma das medidas de prevenção pode ser utilizar o oxigênio por cateter nasal, na dose de 3l/min durante todo o atendimento. Para moldagens, usar fios retratores sem adrenalina; podem ser usados sulfato férrico ou cloreto de alumínio.

Os pacientes cardiopatas são frequentemente medicados com antiagregantes plaquetários e anti-coagulantes, o que gera maior risco de sangramento trans e pós-operatório. Os antiagregantes plaquetários mais comuns são ácido acetilsalicílico e clopidogrel. Os anticoagulantes são heparina, enoxaparina, varfarina, femprocumona, dabigatrana, rivaroxabana e apixabana.

Com a diminuição do efeito anticoagulante, é importante ter métodos hemostáticos locais durante a intervenção cirúrgica. Medidas de controle do sangramento devem estar à disposição:

- Subgalato de bismuto: pó coagulante usado para hemostasia de tecidos moles;
- Esponja de fibrina: esponja coagulante para alvéolos pós-exodontia;
- Cera para osso: biomaterial para hemostasia de tecido ósseo;
- Preparados ricos em plaquetas: membranas autólogas que podem ser usadas em alvéolos e outros sítios cirúrgicos.

O RNI (relação normalizada internacional) ou INR (international normalized ratio) é um dos métodos de controle mais importantes. Para a atuação odontológica, o ideal é que este controle seja realizado de 1 a 3 dias antes do procedimento cirúrgico. Se o $INR \leq 2,5$, não é necessário suspender o uso de anticoagulante oral para realização de procedimentos cirúrgicos simples como exodontias de 1 ou 2 dentes por técnica fechada, cirurgias gengivais e procedimentos de raspagem e alisamento periodontais. Quando o $INR > 2,5$ ou quando os procedimentos planejados tiverem maior extensão, discutir com o médico responsável a possibilidade de diminuir os efeitos anticoagulantes.



Figura 1. Exame laboratorial coagulograma para avaliar o RNI. O valor de 1,06 está abaixo de 2,5 e o paciente pode ser atendido em nível ambulatorial.

Terapêutica medicamentosa

O primeiro ponto da terapêutica é sobre a interação medicamentosa dos vasoconstritores adrenérgicos com o grupo dos betabloqueadores: propranolol, atelonol, carvedilol, metoprolol, entre outros. Nestes casos, diminui-se a dose do vasoconstritor em 20%, podendo administrar ao paciente 80% da dose usual.

O segundo ponto é sobre o uso de antibióticos, tanto em profilaxia quanto em terapia. A profilaxia é indicada para prevenir endocardite bacteriana, infecção grave das válvulas ou superfícies endoteliais do coração. É um regime de antibiótico, de dose única e alta miligramagem, usada antes de procedimentos cirúrgicos odontológicos, em pacientes de alto risco para endocardite infecciosa. A avaliação para se definir o uso ou não da profilaxia antibiótica baseia-se no princípio “tipo de paciente x procedimento x risco de bacteremias”.

É muito importante ressaltar que a endocardite infecciosa tende a ocorrer muito mais por exposições frequentes a bacteremias aleatórias associadas a atividades diárias do que por bacteremias associadas aos procedimentos odontológicos. Como consequência, os comitês internacionais chegaram a um consenso sobre o uso restrito da profilaxia antibiótica.

Para consulta rápida, as tabelas 4, 5 e 6 explicam as indicações cardiológicas, odontológicas e as doses utilizadas de antibióticos.

Condições cardíacas de alto risco de endocardite bacteriana após procedimentos odontológicos
1. Válvulas cardíacas protéticas ou material protético usado para reparo de válvulas cardíacas
2. História prévia de endocardite infecciosa
3. Doenças cardíacas congênitas (DCC)
3.1 DCC cianótica não-reparada, incluindo casos com shunts e condutos paliativos
3.2 Defeito cardíaco congênito completamente reparado com material ou dispositivo protético, se colocados por cirurgia ou intervenção com cateteres, durante os primeiros 6 meses após o procedimento
3.3 DCC reparada com defeitos residuais no sítio ou adjacente a ele, de um curativo ou dispositivo protético (que inibem a epitelação)
4. Pacientes que receberam transplante cardíaco e desenvolveram valvulopatia cardíaca

Tabela 4. Patologias cardíacas de alto risco para endocardite bacteriana. Essas patologias indicam o uso de profilaxia antibiótica.

Procedimentos odontológicos que exigem profilaxia antibiótica
Todos os procedimentos odontológicos que envolvem manipulação de tecido gengival, da região periapical dos dentes, ou perfuração da mucosa bucal. Os procedimentos que não exigem profilaxia são: anestesia dental através de tecido não infectado, radiografias dentais, instalação de prótese removível ou de aparelho ortodôntico, ajuste de aparelho ortodôntico, colagem de braquetes ortodônticos, esfoliação de dentes decíduos, sangramento dos lábios e mucosa bucal por trauma.

Tabela 5. Procedimentos odontológicos que exigem profilaxia antibiótica.

Prescrições de profilaxia antibiótica			
	Medicamentos	Adultos	Crianças
Medicamento por via oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg
Impossibilitado de usar a via oral	Ampicilina	2 g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
	Cefazolina / Ceftriaxona	1 g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
Alérgico à penicilina - uso por via oral	Cefalexina	2 g	50 mg/kg
	Clindamicina	600 mg	20 mg/Kg
	Azitromicina ou claritromicina	500 mg	15 mg/Kg
Alergico à penicilina - impossibilitado de usar a via oral	Cefazolina / Ceftriaxona	1 g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
	Clindamicina	600 mg IM ou IV	20 mg/Kg IM ou IV

Tabela 6. Profilaxia antibiótica recomendada segundo AHA - American Heart Association, 2007.

A terapia antibiótica é definida como o uso de antibióticos para o tratamento de infecções ou de situações potenciais de gerar infecção. É realizada em múltiplas doses, em miligramagem menor do que a usada em profilaxia antibiótica. Pode-se indicar, genericamente, este regime de prescrição em 2 situações: infecções agudas instaladas e quadros com potencial de gerar infecção.

Baseado na flora microbiana das infecções odontogênicas, as indicações são, em ordem:

1. Penicilinas: amoxicilina, ampicilina, amoxicilina + clavulanato de potássio.
2. Cefalosporinas: cefalexina, cefalotina.
3. Clindamicina
4. Macrolídeos: azitromicina, claritromicina.

O metronidazol é um antibiótico específico para anaeróbios. Estes microrganismos são muito prevalentes nas infecções odontogênicas, o que faz este ser um antibiótico de escolha. Por outro lado, ele tem um espectro restrito e precisa ser associado para ter um efeito sobre as infecções polimicrobianas. As associações mais comuns são com amoxicilina e clindamicina.

GESTANTES

Conceito

As gestantes, para atendimento odontológico, são divididas em trimestres. As lactantes, por sua vez, são consideradas as mulheres durante o tempo em que estiverem amamentando, sem um prazo pré-definido, que normalmente varia de 6 meses a 2 anos. A principal mudança nestes períodos é a hormonal. É de suma importância que estes períodos sejam acompanhados por um cirurgião-dentista porque o que ocorre com a mãe pode ter influências sobre o feto / recém-nascido.

Anestesiologia

A anestesia segura para gestantes é a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Esta combinação de sal e anestésico não tem efeitos teratogênicos, desde que não seja feita administração intravenosa.

Em relação aos sais anestésicos que não devem ser usados: mepivacaína tem metabolização hepática lenta e pode causar toxicidade; prilocaína pode causar metemoglobinemia; e, articaína não tem estudos clínicos suficientes até o momento. Sais anestésicos sem vasoconstritor não são indicados porque aumentam a toxicidade da gestante e do feto.

Sobre os vasoconstritores que não devem ser usados: a adrenalina 1:50.000 não é segura e tem risco aumentado de vasoconstrição do cordão umbilical; a nor-adrenalina interfere com a pressão arterial; e, a felipressina pode ser indutor do parto.

Os cuidados indicados durante a anestesia são:

- Medir os sinais vitais PA, FC e FR;
- Iniciar a anestesia local com a aspiração ou refluxo e repetir a cada mudança de posição da agulha;
- Usar no máximo 2 tubetes de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000;
- Medir novamente os sinais vitais PA, FC e FR.

Para a lactante também é indicada a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Não há evidências da presença deste anestésico local no leite materno. Advertir a lactante de que o uso da epinefrina, mesmo em pequenas doses, pode alterar a quantidade de leite produzida.

Terapêutica medicamentosa

A tabela 8 pode ser consultada para a escolha da terapia medicamentosa de gestantes e lactantes.

Medicamentos	Gestantes			Lactantes	Dose
	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre		
Paracetamol	☑	☑	☑	☑	500-750 mg a cada 8 horas Tempo total: 24 a 72 horas
Opioides (codeína, tramadol, oxicodona)	–	Risco de dependência do recém-nascido			Codeína: 30 mg a cada 6 horas Tramadol: 50 mg a cada 6 horas Oxicodona: 10 mg a cada 24 horas Tempo total: 6 a 24 horas

Medicamentos	Gestantes			Lactantes	Dose
AINEs	-	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Ibuprofeno 400 mg a cada 8 horas Celecoxib 100 mg a cada 12 horas Cetorolaco 10 mg a cada 8 horas Diclofenaco potássico 50 mg a cada 8 horas Tempo total: 24 a 72 horas
Corticoesteróides (dexametasona)	-				Dose única de 2 mg
Antibióticos (amoxicilina / amoxicilina + clavulanato de potássio)	<input checked="" type="checkbox"/>				500 mg a cada 8 horas 875 mg a cada 12 horas Tempo total: 7 a 10 dias durante o tratamento da infecção aguda
Antibióticos (cefalosporinas)	-				Cefalexina 500 mg a cada 6 horas Tempo total: 7 a 10 dias durante o tratamento da infecção aguda
Antibióticos (clindamicina)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	300 mg a cada 8 horas Tempo total: 7 a 10 dias durante o tratamento da infecção aguda
Antibióticos (metronidazol)	-	-	-	-	-

Tabela 8. Indicações de prescrições para gestantes, conforme o trimestre, e para lactantes durante todo o período de amamentação.

Para lactantes, se possível, seguir as sugestões abaixo:

- Utilizar a terapia medicamentosa somente quando estritamente necessário e quando não foi possível substituir por procedimento odontológico;
- Escolher, dentro do grupo farmacológico, a opção com menor interação medicamentosa e menor número de efeitos colaterais;
- Prescrever o menor número de doses possível em 24 horas;
- Planejar os horários de amamentação versus ingestão de medicamentos de modo a diminuir a quantidade do medicamento disponível para o recém-nascido no leite materno;
- Orientar a mãe a tomar as medicações após as amamentações para que uma parte significativa do medicamento seja eliminada até a próxima alimentação do recém-nascido;
- Discutir com o médico pediatra se é necessário que a mãe faça o esgotamento do leite antes de iniciar esta terapêutica medicamentosa.

PACIENTES ONCOLÓGICOS

Conceito

Neoplasias malignas ou câncer são um grupo de patologias divididas em: malignidades hematológicas, linfomas e tumores sólidos. A maioria destas doenças é passível de prevenção e essa é uma importante tarefa do cirurgião-dentista. Conversar com o paciente sobre as causas conhecidas e modos de prevenção faz parte da atenção básica à saúde. O profissional deve orientar sobre tabaco, álcool, radiação solar, dieta e riscos ocupacionais.

Os principais tratamentos incluem cirurgia, quimioterapia e radioterapia, os quais podem apresentar consequências para a saúde odontológica. Muitos tratamentos são realizados com terapias combinadas. A cirurgia é realizada para remover tecido para diagnóstico histopatológico e estadiamento; excisar o tumor primário com margens de segurança; e, determinar a extensão do tumor. Este modo de tratamento é a primeira escolha para remoção de tumores sólidos, sem metástases.

A quimioterapia é a administração de medicamentos anti-câncer, citotóxicos ou endócrinos, para a redução do tamanho do tumor sólido, prévia a uma cirurgia; ou, para o tratamento de múltiplos tumores e malignidades hematológicas. Utiliza-se de diferentes combinações de medicamentos para cada tipo de neoplasia. Dentre os grupos de medicações estão os anti-proliferativos e os anti-reabsortivos.

Aqui, um ponto importante de atenção deve ser dado aos medicamentos bifosfonatos e aos anticorpos monoclonais. São medicamentos anti-reabsortivos usados em diversos tipos de neoplasias, bem como em casos de osteopenia, osteoporose e doenças que atingem o metabolismo ósseo, como doença de Paget. O uso de tais medicamento diminui o funcionamento dos osteoclastos e interferem drasticamente no processo de remodelação óssea, principalmente da mandíbula.

A radioterapia é um método físico e biológico que emprega radiação ionizante para destruição das células tumorais. Tem morbidade menor que a cirurgia e permite manter a estrutura e função de um órgão ou tecido durante suas aplicações.

Anestesiologia

A anestesia local pode ser realizada com base na duração do procedimento:

- Curta duração: lidocaína 2% + adrenalina 1:100.000;
- Média duração: prilocaína 3% + felipressina 0,03UI; mepivacaína 2% + adrenalina 1:100.000. O emprego de articaína 4% + adrenalina 1:100.000 pode ser indicado uma vez que os metabólitos da articaína são inativos e não provocam aumento da toxicidade renal e hepática nesses pacientes.
- Longa duração: não são indicados em pacientes oncológicos.

Tratamento odontológico

O tratamento ideal é realizado antes do início da quimioterapia e radioterapia. Neste momento, a abordagem deve ser radical para evitar a necessidade de cirurgias durante o tratamento anti-neoplásico.

Antes da quimioterapia e radioterapia:

- Orientação de higiene bucal: indicar escova macia, de cabeça pequena, pasta de dente com flúor, fio dental. Pode ser iniciado uso de enxaguantes bucais à base de géis umidificadores ou oxigênio ativo.
- Periodontia: profilaxia e RAP;
- Dentística: restaurações pequenas e médias;
- Endodontia: tratamento dos dentes com periodonto saudável e sem lesão apical;
- Prótese: coroas em dentes com boa estrutura; PPRs e próteses totais bem ajustadas;
- Cirurgia: exodontia de dentes com prognóstico duvidoso, raízes residuais; biópsias, excisões de lesões de tecidos moles e duros.
- Ortodontia: finalizar o tratamento ou colocar contenções até o término do tratamento anti neoplásico.
- Odontopediatria: o tratamento segue as mesmas diretrizes do tratamento de adultos. Acrescentar a exodontia dos dentes em fase de esfoliação e a confecção de mantenedores de espaço até a erupção dos dentes permanentes. Endodontias de dentes decíduos são contra indicadas nesta fase.

Durante a quimioterapia e a radioterapia:

- Observar o hemograma realizado, no máximo, 72 horas antes do atendimento: neutropenia e plaquetopenia são comuns e não contraindicam o tratamento se estiverem dentro dos valores mínimos indicados na tabela abaixo;

Marcador	Valor de referencia	Valor para atendimento de paciente oncológico
Neutrófilos	40 - 70%	25 - 70%
Plaquetas	150.000 - 450.000/mm ³	80.000 - 450.000/mm ³

- Avaliar o coagulograma e o RNI (seção “pacientes cardiopatas”);
- Profilaxia: evitar ao máximo que ocorra sangramento gengival;
- Indicação de pasta de dente e enxaguante bucal próprios para pacientes em quimioterapia, à base de géis umidificadores ou oxigênio ativo;
- Resolução de dor;
- Resolução de infecção;
- Resolução de estética: caso interfira na vida social;
- Exodontias durante quimioterapia: respeitar os valores de exames da tabela acima, avaliar o RNI e ter à disposição os métodos hemostáticos (seção “pacientes cardiopatas”).
- Exodontias durante radioterapia na mandíbula, pode-se optar por uma das três opções abaixo:
 - (1) não realizar exodontia; fazer a endodontia da raiz e o sepultamento radicular;
 - (2) realizar exodontia atraumática, por extrusão do dente com forças elásticas aplicadas no ligamento periodontal;
 - (3) realizar a exodontia e o preenchimento do alvéolo com PRF até a epitelização completa. O importante é não deixar o osso alveolar exposto ao meio bucal.

O mesmo raciocínio se aplica ao paciente que fez uso de bifosfonatos ou anticorpos monoclonais.

Tratamento das complicações da quimioterapia e radioterapia:

- Xerostomia: sensação de boca seca e/ou fluxo salivar menor do que 1ml/min. O tratamento é a prescrição de saliva artificial. O profissional pode prescrever produtos prontos ou solicitar manipulação;
- Queilite angular e candidíase: infecção fúngica das comissuras labiais e da mucosa bucal. A prescrição de antifúngico deve ser inicialmente tópica e, se não houver remissão do quadro, associar a um antifúngico sistêmico.
 - Medicamento tópico de primeira escolha: nistatina 100.000 UI a cada 6 horas.
 - Medicamento sistêmico de primeira escolha: fluconazol 150mg a cada 7 dias.
- Mucosite: inflamação e ulceração das mucosas do trato gastrointestinal. O quadro clínico da cavidade bucal apresenta eritema e edema generalizados, com ulcerações em diversas regiões das mucosas. O paciente tem muita dor e dificuldade para alimentação. Os tratamentos incluem:
 - Enxaguantes bucais a base de géis umidificantes ou oxigênio ativo;
 - Analgésicos tópicos em formato de gel ou pasta de dente;
 - Laserterapia de baixa intensidade.
- Herpes: infecção viral com lesões bolhosas, preferencialmente em lábios e nariz. O tratamento é realizado com antiviral tópico.
 - Medicamento tópico de primeira escolha: aciclovir creme

Após a quimioterapia e radioterapia

- Quimioterapia: tratamento odontológico sem restrições se o hemograma e o coagulograma estiverem normais;
- Radioterapia: tratamento odontológico sem restrições se a mandíbula não foi irradiada. Cuidados devem ser tomados quando há o risco de radiação secundária na mandíbula, como o que ocorre em alguns tumores de mama e tireóide. Se a mandíbula foi irradiada, considerar o tratamento como descrito no item anterior.

Terapêutica medicamentosa

Para prescrever um medicamento a um paciente em tratamento anti-neoplásico, deve-se primeiro avaliar as medicações em uso. Normalmente, estes pacientes fazem uso de antibióticos, antifúngicos, analgésicos e anti-inflamatórios como parte do tratamento oncológico ou como prevenção de complicações infecciosas bacterianas / virais e dor.

Se o paciente necessitar de medicação após o tratamento odontológico, priorizar os antibióticos da classe das penicilinas e os analgésicos periféricos paracetamol / dipirona.

DOENTES RENAIIS

Conceito

Os rins são os órgãos de filtração do sangue e regulam muitas funções corporais, como pressão arterial, pH sanguíneo, excreção de metabólitos, eliminação de medicamentos, regulação dos equilíbrios hidroeletrolítico e ácido-base. Quando ocorre diminuição dessas funções tem-se o quadro de doença renal. Se uma ou mais dessas funções estiverem ausentes, tem-se o quadro de insuficiência renal.

O quadro clínico pode ser assintomático. Portanto, os exames de função renal, creatinina e uréia, devem fazer parte dos exames laboratoriais iniciais que o cirurgião-dentista pede para os pacientes. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes, se presentes na anamnese, são fatores predisponentes para a doença renal crônica.

Anestesiologia

Os anestésicos mais indicados são lidocaina 2% com epinefrina 1:100.000 para procedimentos curtos, prilocaína 3% com felipressina 0,03UI para procedimentos de média duração e articaina 4% com epinefrina 1:100.000 para procedimentos de longa duração. Como os rins filtram uma menor quantidade de sangue por minuto, a dose precisa ser menor, para evitar toxicidade. Considera-se seguro o limite de 2 tubetes por procedimento.

O sal anestésico mepivacaína apresenta uma contra-indicação relativa porque possui metabolização e excreção renal mais lentas em comparação a outros sais anestésicos, aumentando o risco de toxicidade sistêmica. Caso seja necessário usar, calcular 50% da dose usual.

Tratamento odontológico

Podem ser realizados todos os procedimentos necessários para a manutenção da saúde bucal. O que o cirurgião-dentista precisa fazer é diminuir a duração das consultas e a extensão dos procedimentos, para que se respeite o limite máximo de 2 tubetes anestésicos por sessão.

Quando o paciente está assintomático, o tratamento pode ser realizado em nível ambulatorial. Se a doença renal apresentar sintomas, considera-se o atendimento em nível hospitalar. Os sintomas de doença mais importantes são: retenção de líquidos com edemas de extremidades, hipertensão arterial refratária e fadiga crônica.

Terapêutica Medicamentosa

A ideia principal da prescrição é diminuir a dose dos medicamentos porque os rins doentes filtram mais lentamente do que o normal. Se a dose usual for prescrita, o paciente poderá apresentar toxicidade sistêmica.

- Analgésicos: para analgesia periférica, paracetamol e dipirona são utilizados com dose de 500mg a cada 12 horas; para analgesia central, tramadol 50 mg a cada 12 horas.
- Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs): estão contraindicados porque podem aumentar a retenção de sódio, interagir com anti-hipertensivos e diuréticos, causando uma elevação repentina da pressão arterial.
- Anti-inflamatórios esteroidais: preferencialmente substituir por analgésico de ação central. Se o efeito anti-inflamatório for imprescindível, usar dexametasona 0,5mg ou betametasona 0,5mg em dose única.
- Antibióticos: a primeira escolha é amoxicilina 500mg a cada 12 horas; em caso de reação alérgica, clindamicina 300 mg a cada 12 horas. O grupo das cefalosporinas está contra-indicado.

DIABETES MELITUS

Conceito

Diabetes melitus é uma síndrome metabólica caracterizada pela hiperglicemia. Para a Odontologia, esta patologia interfere na coagulação sanguínea e na cicatrização dos tecidos. É importante saber o valor de três testes de glicemia:

- Glicemia em jejum: 70-99 mg/dl
- Glicemia casual: 70-150 mg/dl
- Hemoglobina glicada: 4 a 6%

Anestesiologia

Os sais anestésicos podem ser usados, sem restrições, baseado no tempo de duração dos procedimentos. Porém, os vasoconstritores merecem uma escolha cuidadosa. Como a adrenalina é um hormônio hiperglicemiante, utilizar, preferencialmente, a felipressina 0,03UI. Se necessário utilizar adrenalina ou outros vasoconstritores adrenérgicos, monitorar a glicemia casual antes e ao final do procedimento.

Tratamento odontológico

Em relação ao resultado dos exames de glicemia, dividimos os atendimentos em 3 situações:

(1) Se o paciente apresenta glicemias dentro do padrão de normalidade, o tratamento não apresenta restrições. Apesar dos resultados dos exames, há o risco de sangramento em procedimentos cirúrgicos. Usar métodos hemostáticos locais (seção “cardiopatas”).

(2) Em caso de paciente descompensado, o ideal é enviar para a equipe médica normalizar a glicemia com tratamentos medicamentosos e mudanças no estilo de vida. Com a glicemia normalizada, o tratamento não apresenta restrições.

(3) Alguns pacientes são atendidos pela equipe médica que consegue um controle parcial das glicemias. Para atendimento ambulatorial, os valores máximos são:

- Glicemia em jejum: até 150 mg/dl
- Glicemia basal: até 200 mg/dl
- Hemoglobina glicada: até 6,5%

Com resultados de exames acima destes valores, indica-se o tratamento em nível hospitalar.

O foco do atendimento odontológico nestes pacientes é a saúde periodontal. Preconiza-se orientação de higiene bucal adaptada às necessidades de cada um. As escovas interdentais são muito utilizadas nestes casos. As profilaxias e manutenções podem e devem ser realizadas a cada 3 meses.

Os medicamentos mais utilizados pelos diabéticos são: hipoglicemiantes orais e/ou insulina. Por isso, a prevenção de hipoglicemias é importante. Agendar consultas de curta ou média duração, preferencialmente pela manhã, com o paciente bem alimentado.

Terapêutica medicamentosa

Para o controle da dor, os analgésicos são a primeira escolha, sejam os periféricos ou os de ação central. Indicar paracetamol, dipirona, codeína ou tramadol, dependendo do procedimento realizado e da dor pós-operatória esperada.

Os AINEs são contra-indicados porque podem potencializar a ação dos hipoglicemiantes orais e levar a um quadro de hipoglicemia. Os corticoides podem ser empregados no pré-operatório, em dose única. Em relação aos antibióticos, a profilaxia antibiótica será realizada quando o paciente for portador de uma das 5 condições listadas na seção “cardiopatas”. Do contrário, a indicação é de terapia antibiótica. O antibiótico de escolha é amoxicilina, seguido de amoxicilina com clavulanato de potássio; em caso de alergia, substituir por clindamicina.

DOENÇA FALCIFORME

Conceito

É uma hemoglobinopatia genética e hereditária que apresenta a hemoglobina em forma de S combinada ou não a outras formas de hemoglobina. Se a herança genética forem duas hemoglobinas em S ou uma S e outra recessiva (C, D, E), o paciente terá a doença falciforme e suas manifestações clínicas. Se a hemoglobina S recessiva for combinada com a hemoglobina normal A, o paciente terá traço falciforme e não apresentará os sinais e sintomas clínicos característicos da doença.

Nos casos de doença, as hemácias apresentam a forma de foice, levando a um quadro clínico de anemia hemolítica crônica. Esta doença é mais prevalente na população negra, parda e seus descendentes. Os doentes apresentam, em diferentes episódios durante a vida, as crises falcêmicas ou também chamadas vasclusivas, nas quais ocorre a oclusão de um vaso pelas hemácias em forma de foice. O episódio é acompanhado de dor, diminuição da circulação na região vascularizada pelo vaso ocluído e necrose tecidual. Infecções podem ser a causa e/ou a consequência de uma crise falcêmica.

Para que se faça um diagnóstico adequado, é importante ouvir o paciente e investigar cada sintoma por ele relatado, mesmo que não exista um sinal clínico característico no início da consulta.

Anestesiologia

Os tratamentos podem ser realizados em anestesia geral ou local. Pacientes bebês ou crianças, muito manipulados desde o nascimento, e com a saúde mental debilitada são candidatos para a anestesia geral.

Nos outros casos, a anestesia local pode ser realizada e sua escolha deve ser baseada na duração do procedimento. As opções podem ser lidas na seção “pacientes oncológicos”.

O uso de vasoconstritores é indicado desde que se faça um controle rigoroso do refluxo a cada mudança de posição da agulha nos tecidos.

Tratamento odontológico

A abordagem deste paciente, desde os primeiros meses de vida, deve ser voltada para a prevenção

da saúde bucal. O acompanhamento odontológico é parte do acompanhamento de saúde que este paciente receberá por toda a sua vida.

Mesmo com os cuidados, o tratamento odontológico pode desencadear uma crise falcêmica. O estresse físico e emocional do tratamento é motivo para a ocorrência da crise. Durante a crise, o foco do tratamento passa a ser direcionado pelas queixas de dor, trauma e infecção.

Se for necessário internação hospitalar, solicitar ao hospital o acompanhamento do paciente por parte de um cirurgião-dentista. Este deve intensificar as rotinas de higiene bucal e a orientação de bochechos com flúor se o paciente usar muitos medicamentos com sacarose.

No nível ambulatorial, o primeiro raciocínio de tratamento é o exame de esmalte e dentina. Na época de erupção dos primeiros dentes decíduos, avaliar a cronologia de erupção e se há hipomineralização dos tecidos duros. Se tiver, fazer restaurações com ionômero de vidro e/ou resina, conforme a capacidade de adesão dos tecidos mineralizados. A segunda avaliação para cronologia de erupção e hipomineralização deve ser realizada na erupção dos primeiros dentes permanentes. A conduta restauradora é a mesma.

O segundo raciocínio é a prevenção de infecções. Estes pacientes são mais suscetíveis a caries e doença periodontal. As consultas de manutenção são importantes para que não ocorram infecções agudas, seja de origem cariiosa / endodôntica ou periodontal. Sugere-se consultas de rotina a cada 3 meses.

Como prevenção:

Orientação de higiene bucal: indicar escova macia, de cabeça pequena, pasta de dente com flúor, fio dental. Pode ser iniciado uso de enxaguantes bucais à base de géis umidificadores ou oxigênio ativo. Ensinar o paciente a realizar uma higiene constante é importante. O paciente deve entender que gengivite e o sangramento associado aumenta o risco de infecções e, conseqüentemente, crises falcêmicas;

Selantes nas fôssulas e fissuras dos dentes posteriores, decíduos e permanentes.

Os sinais e sintomas de dor, edema e neuropatia do nervo mandibular podem indicar o início da crise falcêmica ao mesmo tempo que indicam osteomielite da mandíbula. Um cuidado adicional deve ser tomado porque as áreas de necrose tecidual e/ou osteomielite podem ser infectadas secundariamente. A via principal de contaminação óssea é o sulco gengival. Nos exames por imagem é possível identificar a destruição óssea.

Os tratamentos indicados para estas áreas são:

- Consultas curtas para que o estresse físico e emocional não desencadeie uma crise falcêmica;
- Controle de ansiedade: verbal, escrito, medicamentoso - sem supressão do centro respiratório por benzodiazepínicos, óxido nítrico + oxigênio.
- Remoção cirúrgica do tecido necrosado e debridamento para formação de tecido saudável;
- Uso de membranas autólogas para auxiliar na cicatrização;
- Higiene pós-operatória com clorexidina 0,12% ou peróxido de hidrogênio a 1%;
- Antibioticoterapia.

A trombose da circulação terminal pode causar necrose pulpar assintomática. No exame clínico, pode não ter outra causa aparente, como cárie ou fratura coronária. Nestes casos é importante identificar se ocorreu uma crise falcêmica recente. É importante avaliar o paciente quanto à saúde das polpas dos dentes com testes de vitalidade.

A língua pode ser lisa, descorada e despapilada. O tratamento de higiene e conforto são necessários. Adaptar a higiene com raspadores de língua, espátulas de madeira ou colutórios para que o paciente tenha a região limpa, sem dor nem sangramento. O uso de saliva artificial pode ser acrescentado em caso de xerostomia.

Protetores bucais em adolescentes e adultos são indicados para evitar trauma dentoalveolar. Pacientes com doença falciforme são mais suscetíveis à trauma por problemas motores ou AVEs secundários a crises falcêmicas.

São contraindicados o uso de piercings ou outros adereços colados aos dentes para não ocorrer trauma de mucosa nem acúmulo de biofilme que favoreça infecção.

Terapêutica medicamentosa

Nas crises falciformes, o uso de antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos é necessário. O tratamento medicamentoso deve ser direcionado para a causa do problema e seguido do tratamento operatório indicado.

Exemplos:

Se a crise falcêmica causar a necrose pulpar de um dente permanente associado a dor, prescrever anti-inflamatórios e analgésicos e realizar o tratamento endodôntico;

Se a crise falcêmica resultar em osteomielite, prescrever antibióticos e analgésicos e realizar a remoção cirúrgica do tecido necrosado.

A escolha do antibiótico é de amplo espectro com cobertura para estreptococos e estafilococos: penicilinas, cefalosporinas e clindamicina. Se o paciente estiver em uso contínuo de penicilina não é necessário acrescentar outro antibiótico.

O protocolo de profilaxia antibiótica da AHA - American Heart Association não considera esta doença como indicativo para este regime terapêutico. Porém, outros autores consideram esta medicação necessária porque são pacientes com maior risco de desenvolver infecções. Se indicar, considerar a tabela da seção “cardiopatas”.

AINES: evitar solícilatos que diminuam a agregação plaquetária.

COAGULOPATIAS

Conceito

Patologias de coagulação sanguínea são um grupo de doenças caracterizadas por alterações quantitativas ou qualitativas nas proteínas plasmáticas, que são os fatores de coagulação. Eles participam na

cascata da coagulação para a hemostasia secundária. A função de plaquetas e a hemostasia primária ocorrerão normalmente.

Estas patologias podem ser congênitas ou adquiridas e, dependendo do tipo de hemofilia, acomete ambos os sexos. As mais comuns são as hemofilias A, B, C e a doença de Von Willebrand. Os fatores de coagulação deficientes são:

A = deficiência do fator VIII B = fator IX C = fator XI

Doença de Von Willebrand: defeito quantitativo ou qualitativo do fator de Von Willebrand (FVW)

Quando a concentração do fator deficiente é inferior a 1%, a hemofilia é severa. Se estiver entre 1 e 5%, a hemofilia é moderada; entre 6% e 25% a hemofilia é leve.

A base do tratamento é a terapia de reposição da substância faltante, ou seja, o fator de coagulação específico para este paciente. Para odontologia, faremos este tratamento prévio ao procedimento e em conjunto com o hematologista que acompanha o paciente.

Anestesiologia

Os tratamentos podem ser realizados em anestesia geral ou local.

Pacientes bebês, crianças e idosos são candidatos para a anestesia geral.

Nos outros casos, a anestesia local pode ser realizada e sua escolha deve ser baseada na duração do procedimento.

O uso de vasoconstritores é indicado e aconselhável. Indicam-se as concentrações a partir de 1:100.000 para adrenalina e nor-adrenalina, para evitar vasodilatações compensatórias e sangramentos após a reabsorção do anestésico local. A levonordefrina (corbadrina) pode ser usada na concentração de 1:20.000, pois equivale a adrenalina 1:100.000. A fenilefrina 1:50.000 tem uma ação vasoconstritora menor do que os outros anestésicos citados nesta seção.

Como resumo, uma tabela de consulta pré-operatória:

Vasoconstritor	Número de tubetes por sessão de atendimento
Epinefrina 1:50.000 (0,036mg por tubete)	Contra-indicado
Epinefrina 1:100.000 (0,018 mg por tubete)	2
Epinefrina 1:200.000 (0,009mg por tubete)	4
Felipressina 0,03UI por tubete	4
Nor-epinefrina 1:100.000 (0,018mg por tubete)	2
Nor-epinefrina 1:200.000 (0,09mg por tubete)	4
Levonordefrina	2
Fenilefrina	3

Tabela 3. Quantidade de tubetes para cada vasoconstritor odontológico e as contra-indicações para pacientes hemofílicos.

Tratamento odontológico

Na anamnese, deve-se caracterizar as doenças em leves, moderadas e severas e obter o histórico de tratamentos prévios dos pacientes. Atentar para sangramentos prévios trans-operatórios, pós-operatórios, intra-articulares e decorrentes de ferimentos / traumas, bem como suas complicações.

O cirurgião-dentista deve solicitar o coagulograma. Após análise do exame como um todo, atenção especial deve ser voltada para o TC - tempo de coagulação e TTPA - tempo de tromboplastina parcial ativada, que são os indicadores predominantemente alterados nestas patologias. As alterações nestes indicadores devem ser discutidas com o hematologista do paciente.

A abordagem deste paciente deve ser voltada para a prevenção de sangramentos trans e pós-operatórios. Isso inclui uma rotina de prevenção de saúde bucal para que o paciente não apresente cáries, doenças periodontais ou outras patologias bucais. Sugere-se consultas a cada 6 meses para realizar profilaxia e fazer a manutenção da saúde.

Se houver necessidade de realizar procedimentos que gerem sangramento, o paciente deve levar o plano de tratamento para o hematologista, que indicará o protocolo de transfusões sanguíneas prévias às consultas. O paciente deverá receber o fator de coagulação deficiente. É muito importante considerar que a maioria dos tratamentos odontológicos podem causar sangramento.

Além da transfusão sanguínea, atitudes que previnem sangramento:

Para procedimentos restauradores - minimizar o risco de traumas nas mucosas: uso de isolamento absoluto com lençol de borracha; uso de cera nas moldeiras; uso cuidadoso de aspiradores bomba à vácuo; cera na borda da película radiográfica que será posicionada no assoalho de boca.

Para procedimentos endodônticos: trabalhar sem ultrapassar o ápice; irrigação com hipoclorito de sódio e pasta de hidróxido de cálcio para conter pequenos sangramentos.

Para procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade: anestésicos com vasoconstritor, hemostáticos locais e proteção da ferida cirúrgica com cimento cirúrgico.

Para procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade: atendimento hospitalar.

Os sugadores de bomba à vácuo podem fazer trauma e hematoma nas mucosas, portanto, devem ser usados com cuidado e posicionados para aspirar os líquidos na região dos dentes. Em caso de sangramento nos locais de colocação dos grampos, matrizes e cunhas pode-se usar uma gaze embebida em ácido tricloroacético a 10% e compressão local por 10 minutos.

Com a diminuição do efeito anticoagulante, é importante ter métodos hemostáticos locais durante o tratamento odontológico. Medidas de controle do sangramento devem estar à disposição:

- Subgalato de bismuto: pó coagulante usado para hemostasia de tecidos moles;
- Esponja de fibrina: esponja coagulante para alvéolos pós-exodontia;
- Cera para osso: biomaterial para hemostasia de tecido ósseo;

- Cimento cirúrgico: para recobrir a ferida e impedir traumas no pós-operatório;
- Preparados ricos em plaquetas: membranas autólogas que podem ser usadas em alvéolos e outros sítios cirúrgicos.

Terapêutica medicamentosa

Podem ser usados os medicamentos-padrão usados em Odontologia com alguns cuidados:

- Evitar anti-inflamatórios não-esteróides, que podem interferir com o processo de agregação plaquetária e coagulação.
- Tratar a dor leve a moderada com analgésicos periféricos paracetamol e dipirona;
- Tratar a dor forte com analgésicos opioides codeína, tramadol ou oxicodona;
- Pode ser usada a combinação de analgésicos periféricos com opióides para um controle de dor forte persistente por mais de 3 dias;

O protocolo de profilaxia antibiótica da AHA - American Heart Association não considera esta doença como indicativo para regime profilático.

A antibioticoterapia, porém, deve ser feita para diminuir o risco de infecção na ferida cirúrgica. Um dos motivos para aumentar o risco de infecções é o sangramento durante o procedimento periodontal ou cirúrgico e que possa fazer hematomas.

4.10 Atenção às pessoas em situação de violência

As violências e os acidentes são um problema social complexo de grandes dimensões, que atingem e afetam todas as pessoas, sociedade e culturas. É um tema de relevância em saúde pública que pode deixar marcas profundas ao longo da vida. Sua magnitude alcança toda a população, independente das condições sociais e econômicas (PARANÁ, 2020), causa adoecimento, perdas e mortes, e manifesta-se através de ações praticadas por indivíduos, grupos, classes e nações, provocando danos físicos, emocionais, a si próprio ou a outros. Apresenta-se como transversal a todos os níveis de atenção à saúde e está presente em todas as fases do ciclo de vida e exige um trabalho intersetorial e articulado entre as diversas políticas públicas e a sociedade para seu enfrentamento.

A partir de um olhar integral e amplo, que considera o indivíduo, a coletividade, a sociedade e o planeta em sua totalidade, a saúde pode ser compreendida como uma manifestação da cultura de paz. A prevenção de violências e acidentes apresenta-se como uma das estratégias de promoção da saúde, que busca atuar sobre os fatores de risco e de proteção, promovendo ambientes e entornos seguros e saudáveis, bem como comportamentos e hábitos saudáveis por parte da população.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG, 2002). Pode ser classificada por tipo em três grandes grupos segundo quem comete a violência: violência contra si (autoprovocada), interpessoal (doméstica e comunitária) e coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias); e também segundo as naturezas

da violência: física, sexual, psicológica/moral, tortura, tráfico de seres humanos, violência financeira/econômica, trabalho infantil, negligência/abandono e intervenção legal (BRASIL, 2016).

Dentre os tipos de violência, a mais prevalente é a violência física, a maioria ocorre em ambiente doméstico, sendo que as mulheres, crianças e adolescentes são as mais atingidas, causando impactos negativos para seu desenvolvimento, gerando consequências na vida adulta e para a sociedade (ANDRADE et.al., 2011). Estudos populacionais apontam que a prevalência de violência física em países desenvolvidos no decorrer da vida, variou de 5,3% a 25% para determinado tipo de violência, sendo 7,1% a 18%, para a violência grave. Já em países em desenvolvimento, conforme estudo realizado na América Latina a prevalência variou de 19,1% a 47% para qualquer tipo de violência e 20% a 37,8% para casos de violência grave. No Brasil, estudo revelou prevalência de 33% para algum tipo de violência física e de 22% para agressões gerais (ARANEGA et al, 2010). Em 2019, foram notificados 40.784 casos de violência interpessoal e autoprovocada no Paraná. Deste total 31.119 (76,3%) correspondem a casos de violência doméstica; 18.217 (44,7%) de violência física e 5.921 (32,5%) envolveram crianças e adolescentes (PARANÁ, 2020).

Entre os diversos tipos de trauma, o de face destaca-se por sua peculiar relevância, estando entre as principais causas de morte e morbidade no mundo. De acordo com Aranega et al (2010) o trauma de face possui grande impacto, considerando a repercussão emocional, funcional e o fator estético. Lesões na cabeça e na face apresentam um índice de 50% de todas as mortes traumáticas.

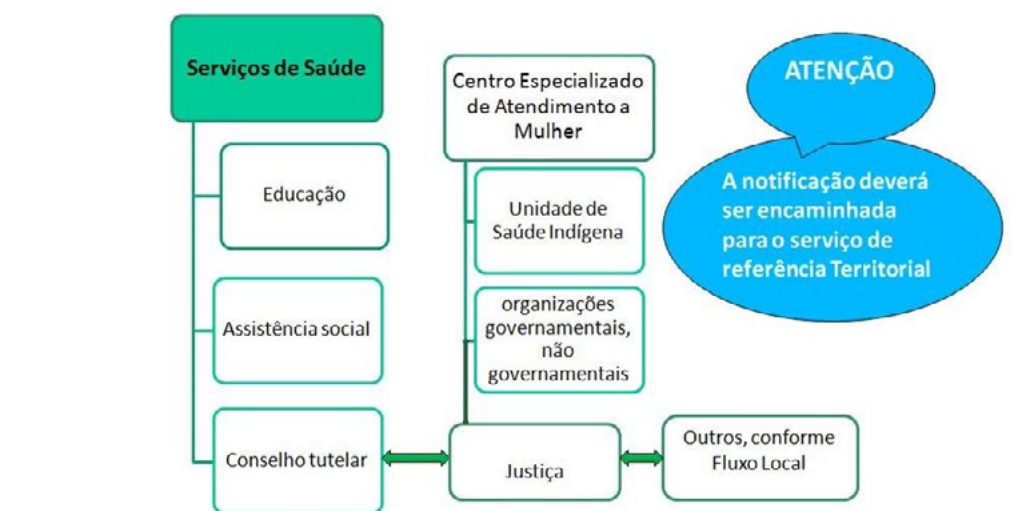
Na prática odontológica, o profissional deve estar atento aos indícios e sinais de todos os tipos de violência, pois em sua rotina o cirurgião-dentista pode se deparar com pessoas que sofreram e foram expostas à violência. Porém, de forma geral, a violência física é a mais comum de ser identificada pelo odontólogo, já que na maioria das vezes a agressão ocorre na região de cabeça, pescoço e boca (SILVA, et al, 2010).

Do ponto de vista legal, os profissionais de saúde são responsáveis pela proteção integral à criança e ao adolescente, estando ou não em situação de risco, segundo o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, devem denunciar a suspeita ou confirmação de violência às autoridades competentes (BRASIL, 2016). A notificação de violência interpessoal e autoprovocada é uma das ações de vigilância em saúde, bem como é uma das etapas da linha de cuidado prevista na Portaria nº 1.271 e deverá ser feita em momento oportuno conforme preconizado na legislação. A notificação compulsória é uma ferramenta primordial para o dimensionamento do fenômeno da violência, bem como suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de enfrentamento e prevenção do problema. Desta maneira, é importante que o profissional cirurgião dentista zele pela saúde e pela dignidade do paciente, conforme previsto no Código de Ética Odontológica.

Sistematização do Processo de trabalho, fluxos de referência e contra referência da atenção às pessoas em situação de violência.

Todos os profissionais que trabalham no SUS independente do nível de atenção devem estar preparados para identificar e realizar o encaminhamento dos casos de suspeita ou confirmação de violência. Portanto, quando o profissional dentista se deparar em seu cotidiano com casos envolvendo pessoas em situação de violência, deverá realizar os seguintes encaminhamentos: realização de acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação dos casos e encaminhamento para a rede de cuidados e de proteção social (BRASIL, 2018).

- **Acolhimento:** é a primeira etapa do atendimento e nele são fundamentais ética, privacidade, confidencialidade e sigilo. Todo e qualquer membro da equipe de saúde deve receber os usuários de forma empática e respeitosa e realizar escuta atenta, em um ambiente apropriado, garantindo a humanização.
- **Atendimento:** além do atendimento odontológico, diagnóstico e tratamento das lesões traumáticas presentes, o profissional deverá ter um olhar ampliado buscando o compromisso com o cuidado integral e singular, onde o protagonismo, corresponsabilização, respeito às diferenças, vínculo e diálogo são fundamentais.
- **Registro:** o profissional deverá realizar o registro minucioso das lesões encontradas em prontuário conforme preconizado e arquivar os documentos garantindo sigilo das informações. Lembrando que esta documentação poderá ser solicitada em juízo para subsidiar uma avaliação pericial ou um processo judicial.
- **Notificação:** identificada a situação de violência no consultório odontológico a notificação de violência interpessoal e autoprovocada deverá ser realizada pelo cirurgião-dentista de forma sigilosa, em ficha específica no anexo, que se encontra disponibilizada no portal do SINAN no seguinte endereço eletrônico: portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada. O preenchimento deverá ser feito de forma correta, as informações devem ser claras e objetivas. A ficha, após preenchimento, deverá ser encaminhada para a secretaria municipal de saúde, ao setor de vigilância epidemiológica que incluirá as informações no SINAN, conforme fluxo estabelecido no território. O processo de trabalho deverá ser articulado e resolutivo, os fluxos de referência e contra referência deverão ser configurados em rede (FIGURA 01), a fim de acolher o indivíduo em toda a sua integralidade.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Promoção da Saúde. Divisão de Promoção da Cultura da Paz e Ações Intersetoriais. Adaptado do Instrutivo VIVA, 2ª edição, 2016.

Figura 01 – Fluxo de Atenção à Pessoa em Situação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.

- **Comunicação:** Nos casos de suspeita ou confirmação de violência envolvendo crianças e adolescentes o Conselho Tutelar deverá ser comunicado imediatamente. A comunicação às autoridades competentes (Delegacia Especializada, Ministério Público, Conselho de Direitos) também se aplica aos casos de suspeita ou confirmação de violência contra: idoso, mulher, LGBT, entre outros. A comunicação deverá ser feita em formulário específico.

- Continuidade do cuidado e seguimento na rede de proteção: a continuidade do cuidado no serviço, ou em outros pontos de atenção da rede de saúde, deve considerar os protocolos do SUS e os fluxos definidos conforme as pactuações no território, bem como a rede de proteção social existentes.

As pessoas em situação de violência atendidas no serviço deverão ser inseridas na rede de proteção local para acompanhamento e planejamento de ações, com foco na prevenção e proteção.

Ressalta-se que todo profissional de saúde deve conhecer as práticas humanizadas e de qualificação de serviços para o alcance da atenção integral à saúde bem como as dimensões do cuidado, acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede conforme o território adscrito.

O setor de saúde não deve assumir unicamente a responsabilidade no enfrentamento da violência, é necessário que se estabeleça articulação com os demais serviços públicos e da comunidade. Esses vínculos podem fortalecer ações preventivas e de conscientização, atendimento, acompanhamento e encaminhamentos dos casos, bem como promover a cultura da paz.

- ▶ Protocolo de notificação de violência no anexo.

5. Pontos de Apoio e de Atenção à Saúde

5.1 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)

Diante da necessidade do serviço reabilitador protético e tendo em vista a assistência de forma integral em saúde bucal, o Ministério da Saúde financia desde 2005, o credenciamento de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária para os cinco tipos de prótese: prótese total maxilar, prótese total mandibular, prótese parcial removível maxilar, parcial removível mandibular e prótese coronária. Não há restrições com relação ao porte populacional do município e nem quanto à natureza do laboratório, o qual pode ser um estabelecimento público próprio ou contratado para prestação de serviço (privado). O processo de credenciamento deve ser realizado através do Portal E-Gestor do Ministério da Saúde.

O atendimento ao paciente e a realização dos passos clínicos para realização e entrega das próteses serem realizados nas Unidades de Atenção Primária ou Centros de Especialidades Odontológicas, por profissional cirurgião-dentista, sem a necessidade de um estabelecimento exclusivo para essa finalidade. É importante incentivar que o atendimento ao paciente seja realizado preferencialmente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde pelas equipes de saúde bucal, porque esse profissional ficará responsável pelos ajustes e preservação dessas próteses.

Com relação ao recurso financeiro, após publicação de Portaria de credenciamento, o repasse de custeio será realizado mensalmente para o fundo municipal ou estadual de saúde, conforme sua gestão. A Portaria nº 1.825 de 24 de agosto de 2012 do Ministério da Saúde altera e define os valores dos procedimentos de próteses dentárias na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizado pelos LRPD para R\$ 150,00 o valor unitário. Embora os valores sejam individuais, o repasse financeiro ocorre de acordo com a faixa de produção mensal, conforme abaixo:

- Entre 20 a 50 próteses mensais: R\$7.500,00 mensais
- Entre 51 a 80 próteses mensais: R\$12.000,00 mensais
- Entre 81 a 120 próteses mensais: R\$18.000,00 mensais
- Acima de 120 próteses mensais: R\$22.500,00 mensais

O credenciamento do LRPD deve ser solicitado diretamente ao Ministério da Saúde seguindo as orientações definidas na Nota Técnica da Coordenação Geral de Saúde Bucal – Ministério da Saúde, a qual dispõe sobre o credenciamento, fluxos e repasse financeiro para os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – LRPD.

5.2 Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

A Rede de Atenção em Saúde deve ser organizada de modo a oferecer ao usuário a atenção integral do cuidado, desde a atenção primária em saúde às ações mais complexas. A atenção ambulatorial especializada na saúde bucal é composta por um conjunto de ações e serviços cujo nível de complexidade demanda a disponibilidade de procedimentos especializados. No Estado do Paraná, temos como pontos de atenção especializada os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), os ambulatórios das

Universidades Estaduais (UEL, UEM, UEPG, UNIOESTE e UENP), além do Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID), Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Palatal (CAIF) e Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC).

a) Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são pontos de atenção especializada ambulatorial e devem utilizar de um sistema de referência e contra referência às Unidades de Atenção Primária, apoio matricial às equipes da atenção primária e educação permanente como ferramentas para garantir a integralidade das ações.

Além disso, no Estado do Paraná os CEOs devem possuir base territorial estabelecida e cobertura mínima de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família definidas pela Resolução SESA nº 152/2012, conforme abaixo:

- CEO tipo I: população mínima de 50 mil habitantes e cobertura de 60% de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
- CEO tipo II: população entre 50 e 100 mil habitantes e cobertura de 40% de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família.
- CEO tipo III: população acima de 100 mil habitantes e cobertura de 25% das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

A atuação dos CEOs pode ser de abrangência municipal, mas preferencialmente deve ser referência para uma região de saúde, seguindo o princípio de regionalização do SUS. Segundo a Portaria nº 599 de 23 de março de 2006, os CEOs são estabelecimentos de saúde registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) classificados como Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de odontologia, com regra contratual 71.07 - estabelecimento sem geração de crédito nas ações especializadas de odontologia (incentivo CEO I, II, III) para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

- diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- periodontia especializada;
- cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- endodontia;
- atendimentos aos portadores de necessidades especiais.

Além dos serviços mínimos citados, os CEOs podem oferecer os serviços de ortodontia e implantodontia, financiados segundo a Portaria nº 718 de 20 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde, dependendo de habilitação específica para estes serviços.

Os Centros de Especialidades Odontológicas recebem incentivo financeiro para implantação do Ministério da Saúde, e também incentivo mensal referente ao custeio de acordo com o tipo de CEO. O monitoramento consiste na análise de produção mínima, verificada através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) mensalmente. Além do incentivo mensal de custeio, os CEOs ainda podem receber os incentivos referentes ao PMAQ-CEO e Rede da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites. O Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº 261 de 21 de fevereiro de 2013 o PMAQ-CEO com o intuito de melhoria do acesso e da qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas, organizado em quatro fases, as quais se complementam e geram um ciclo contínuo da melhoria do ser-

viço da seguinte forma: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Com relação ao incentivo da Rede da Pessoa com Deficiência, a Portaria nº835 de 25 de abril de 2012, institui os critérios e incentivos para o componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

A tabela abaixo mostra o número de equipes odontológicas e a meta mínima de produção mensal para cada tipo de CEO segundo a Portaria 1.464 de 24 de junho de 2011. Além disso, a referida portaria traz os procedimentos e respectivos códigos que contabilizam na produção dos CEOs. Todos os CEOs devem funcionar minimamente por 40 horas semanais.

	Número de equipes	Número de procedimentos Básicos – PNE	Número de procedimentos Periodontia	Número de procedimentos Endodontia	Número de procedimentos Cirurgia
CEO I	3	80	60	35	80
CEO II	4 a 6	110	90	60	90
CEO III	7 ou mais	190	150	95	170

O fluxo de encaminhamento para o Centro de Especialidade Odontológica deverá ser realizado pelas equipes de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde. O usuário deve ser encaminhado com a adequação do meio bucal realizada:

- eliminação de focos infecciosos;
- estabilização da atividade de cárie;
- remoção de placa e fatores retentivos, bem como instruções ao paciente sobre higienização, autocuidado e dieta;
- estabilização de quadros sistêmicos para posterior encaminhamento.

Após finalização do atendimento, o profissional do CEO deve realizar a contrarreferência para a Unidade de Atenção Primária de origem do paciente, para continuidade do cuidado.

b) Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID)

O CRAID – Centro Regional de Atendimento Integrado ao Deficiente é um ponto de Atenção Especializada da Secretaria de Estado da Saúde, criado em 12 de Dezembro de 1985 que serve de referência para as Regionais de Saúde pertencentes a Macrorregião Leste. Possui diversos Programas, dentre eles: Atenção ao Bebê de Risco, Atenção ao Portador de Paralisia Cerebral, Atendimento médico e odontológico à Portadores de Deficiência e presta apoio às famílias. Conta com equipe multidisciplinar composta por: neuropediatria, oftalmologia, psiquiatria, clínica geral, odontologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, serviço social e enfermagem.

c) Centro de Atenção Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF)

O CAIF (Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Labiopalatal), criado no ano de 1992, é um centro voltado para o tratamento das anomalias craniofaciais congênicas, entre as quais se

incluem as fissuras labiopalatais. Atualmente compõe o Complexo Hospitalar do Trabalhador e localiza-se no mesmo terreno do Hospital do Trabalhador. Trata-se de um serviço próprio do estado, realizando atendimentos 100% SUS aos paranaenses.

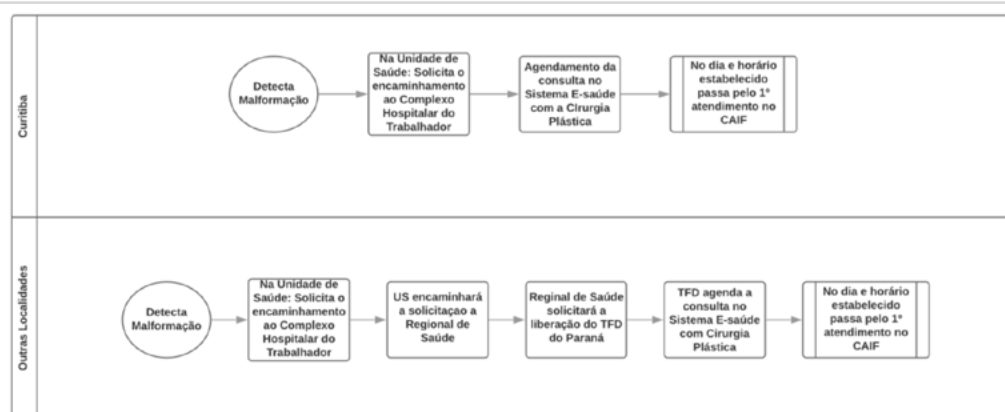
O principal objetivo do CAIF é promover a reabilitação estética e funcional, assim como a reintegração dos portadores de anomalias craniofaciais na sociedade. Desse modo, disponibiliza uma completa estrutura de atendimento com todas as áreas relacionadas ao processo de reabilitação, envolvendo não somente a área clínica, mas também as áreas psicológica e social.

Critérios para atendimento no CAIF:

- gestantes diagnosticadas com anomalias crânio faciais no feto
- crianças e adultos com fissura labiopalatal (fendas orais típicas)
- crianças e adultos com anomalias crânio facial congênita
- crianças e adultos com hemangioma
- crianças e adultos com microssomia (alterações na orelha)
- todas as pessoas, moradoras do estado do Paraná que possuem algum tipo de deformidade crânio facial congênita.

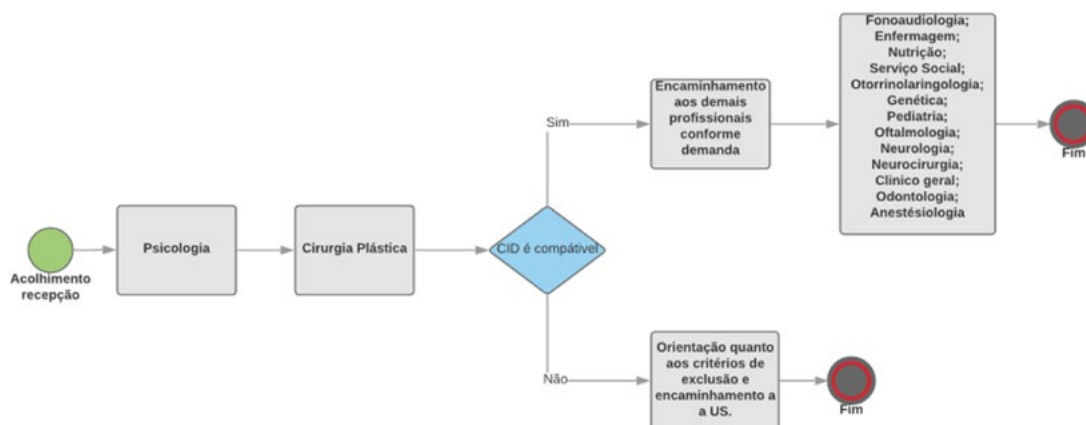
O acesso ao serviço deverá ser realizado através do agendamento no sistema E-Saúde, inserido pelas unidades de saúde de Curitiba e regionais de saúde de todo o Estado. Para o agendamento, os seguintes códigos devem ser utilizados: CBO – cirurgia plástica e Área de atuação – Avaliação do fissurado e anomalias craniofaciais.

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES AO CAIF



A equipe é multi e interdisciplinar, composta por: cirurgia plástica, cirurgia craniomaxilofacial, neurocirurgia, neurologia, otorrinolaringologia, pediatria, clínica geral, anestesiologia, genética, fonoaudiologia, odontologia (cirurgia bucomaxilofacial, prótese dentária, ortodontia, clínica geral, odontopediatria, endodontia e periodontia), psicologia, nutrição, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem e administrativa.

O fluxograma abaixo mostra como se dá o primeiro atendimento na unidade:



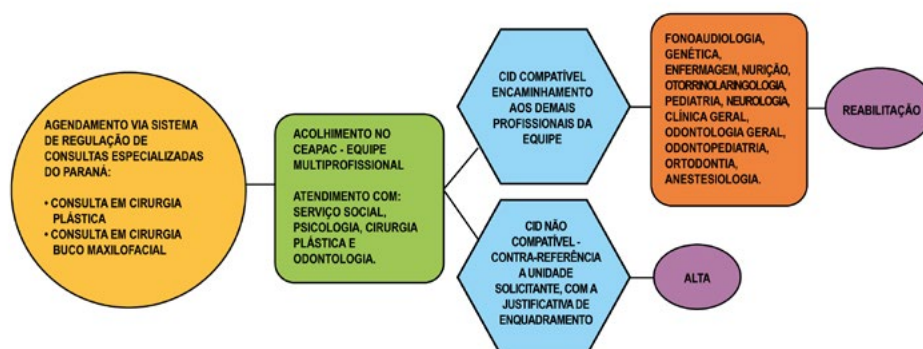
Os atendimentos subsequentes são agendados internamente, de acordo com a demanda de cada usuário, buscando sempre o atendimento integral.

d) Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC/HUOP/UNIOESTE)

O CEAPAC surgiu diante da necessidade de desenvolver ações voltadas para a atenção odontológica de portadores de fissura labiopalatais, no município de Cascavel, por meio de um projeto de extensão, no ano de 2003. Em 2006, o projeto ganhou força e demais áreas da saúde foram introduzidas nas ações. No mesmo ano, um projeto de estrutura física foi submetido ao Ministério da Saúde e obteve financiamento para a sua construção e aquisição de equipamentos através de parcerias entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde e da Ciência e Tecnologia, em conjunto com a UNIOESTE.

As ações de atendimento aos portadores de anomalias craniofaciais, especialmente fenda labiopalatais, tiveram início em 2013 com equipe completa, conforme Portaria nº 62 de 1994 do Ministério da Saúde. Em 2018 o CEAPAC obteve a habilitação em alta complexidade no atendimento das má formações labiopalatais pelo Ministério da Saúde, em uma proposta de futuramente atender as demandas advindas da macrorregião oeste do Paraná.

O atendimento do CEAPAC aos municípios ocorre através de agendamento via Sistema Estadual de Regulação e as ações são desenvolvidas a partir das necessidades de cada paciente, conforme fluxo abaixo:



5.3 Atenção Hospitalar

A atenção hospitalar trata-se de procedimentos odontológicos exercidos dentro do ambiente hospitalar sob sedação ou não, com o devido acompanhamento de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, sendo oferecido aos pacientes com deficiência, pacientes com necessidades especiais, portadores de câncer bucal, pacientes que apresentam problemas complexos de deformidade maxilofacial, pacientes com emergências odontológicas, assim como pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

No Estado do Paraná, dentre os pontos de atenção em nível terciário estão os Hospitais Universitários, das Universidades estaduais, bem como o Hospital do Trabalhador e Centro Hospitalar de Reabilitação que integram o Complexo Hospitalar do Trabalhador, onde oferecem respostas a traumatologia bucomaxilofacial, bem como ações voltadas aos pacientes especiais que necessitam de intervenções sob anestesia geral.

Também fazem parte deste nível de atenção, hospitais habilitados pelo SUS na atenção aos portadores de fenda labiopalatal e demais anomalias da face – CAIF (Curitiba) e CEAPAC (Cascavel), e a rede dos hospitais de referências para câncer – Centro de Assistência de Alta Complexidade em oncologia (CACOM) e Unidade de Assistência de alta Complexidade em Oncologia (UNACOM), que atendem pacientes oncológicos e para os quais os portadores dos diferentes tipos de cânceres bucais devem ser encaminhados.

Com relação as fendas labiopalatais e demais anomalias faciais, no Paraná existem dois centros de referências em alta complexidade para estes agravos. Os referidos centros são: Centro de Atenção Integral ao Fissurado Labiopalatal (CAIF), localizado na 2ª Regional de Saúde, município de Curitiba e o Centro de Atenção e Pesquisas em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC), localizado na 10ª Regional de Saúde, município de Cascavel.

Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

Estes serviços são constituídos por unidades hospitalares que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente com câncer, desde o diagnóstico do caso, atenção ambulatorial e hospitalar, quimioterapia, atendimento de emergências oncológicas e cuidados paliativos. Os CACONS devem dispor de radioterapia, já os UNACONS, caso não disponham, deverão referenciar o paciente para realizá-lo em outro estabelecimento.

No Paraná, os UNACON E CACON estão assim distribuídos:

Município	Estabelecimento	Regional de Origem
Campina Grande do Sul	Hospital Angelina Caron	1ª RS: exceto município de Paranaguá Parte da 2ª RS: Adrianópolis, Bocaiuva do Sul, Campina Grande do Sul, Cerro Azul, Colombo, Dr. Ulysses, Quatro Barras, Quitandinha, Tijucas do Sul

Campo Largo	Hospital do Rocio	Parte da 2ª RS: 50% do município de Campo Largo, Contenda, Mandirituba, Araucária, Lapa, Almirante Tamandaré 21ª RS 3ª RS: Palmeira, Porto Amazonas, São João do Triunfo
	Hospital São Lucas	Parte da 2ª RS: Balsa Nova, 50% do município de Campo Largo
Curitiba	Hospital de Clínicas	1ª RS: município de Paranaguá 4ª RS
	Hospital Erasto Gaertner	Parte da 2ª RS: Curitiba, Agudos do Sul, Campo do Tenente, Campo Magro, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Piên, Pinhais, Piraquara, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tunas do Paraná
	Hospital Santa Casa de Misericórdia	
	Hospital São Vicente	
	Hospital Evangélico de Mackenzie	
Hospital Infantil Pequeno Príncipe	1ª RS: município de Paranaguá 2ª RS: exceto Tijucas do Sul 4ª RS 5ª RS: Goioxim, Laranjal, Palmital, Prudentópolis	
Ponta Grossa	Hospital Santa Casa de Misericórdia	3ª RS: exceto Palmeira, Porto Amazonas, São João do Triunfo
Guarapuava	Hospital São Vicente de Paulo	5ª RS: Campina do Simão, Goioxim, Guarapuava, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguçu, Turvo
Pato Branco	Policlínica Pato Branco	7ª RS
Francisco Beltrão	CEONC	8ª RS
Foz do Iguçu	Hospital Ministro Costa Cavalcanti	9ª RS: Foz do Iguçu, Medianeira, Santa Terezinha de Itaipu
Cascavel	CEONC	10ª RS, 20ª RS Parte da 11ª: Campina da Lagoa, Janiópolis Juranda, Moreira Sales, Nova Cantu, Quarto Centenário, Rancho Alegre, Roncador e Ubiratã
	UOPECCAN	5ª RS: exceto Campina do Simão, Goioxim, Guarapuava, Pinhão, Prudentópolis, Reserva do Iguçu, Turvo 9ª RS: exceto Foz do Iguçu, Medianeira, Santa Terezinha de Itaipu
Campo Mourão	Hospital Santa Casa de Misericórdia	11ª RS: Altamira do PR, Araruna, Barboza Ferraz, Boa Esperança, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fenix, Goioerê, Iretama, Luiziana, Mamborê, Peabiru, Quinta do Sol, Terra Boa e Goioerê

Umuarama	UOPECCAN	12ª RS 13ª RS: Cidade Gaúcha, Tuneiras do Oeste 14ª RS: Mirador e Santa Mônica
Maringá	Hospital do Câncer de Maringá	13ª RS - exceto Cidade Gaúcha e Tuneiras do Oeste
	Hospital e Maternidade Santa Rita	14ª - exceto Mirador e Santa Mônica 15ª RS
Apucarana	Hospital da Providência	16ª RS: Apucarana, Cambira, Borrazópolis, Kaloré Novo Itacolomi, Rio Bom, Califórnia, Marilândia do Sul, Mauá da Serra e Faxinal
Arapongas	Hospital Norte Paranaense - HONPAR	16ª RS: Arapongas, Sabáudia, Jandaia do Sul, Bom Sucesso, São Pedro do Ivaí, Grandes Rios, Marumbi e 22ª RS: exceto São João do Ivaí, Lidianópolis e Nova Tebas
Londrina	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	17ª RS, 18ª RS, 19ª RS 22ª: São João do Ivaí, Lidianópolis e Nova Tebas
	Hospital do Câncer de Londrina - HCL	

Fonte: Sesa, 2020

Com relação aos atendimentos voltados aos pacientes com necessidades especiais (doenças hereditárias, defeitos congênitos, alterações que ocorrem durante a vida, como alterações comportamentais, envelhecimento, entre outras) que necessitem de sedação em ambiente hospitalar, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.032/GM, de 05/05/2010, a qual inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS e define o repasse financeiro para realizar tais procedimentos através da AIH (autorização de internação hospitalar).

Cita-se também a Portaria GM/MS 793, de 24/04/2012, que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde contemplando ações de saúde bucal nos estados e municípios, tendo como objetivo a garantia de acesso e atendimento odontológico irrestrito as Pessoas com Deficiência, o artigo 22º, seção III, versa: “ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim”.

No Estado do Paraná a referência estabelecida para atender a demanda da Macro Leste é o Centro Hospitalar de Reabilitação, o qual faz parte do Complexo Hospitalar do Trabalhador, com fluxo de encaminhamento definido.

6. Populações vulneráveis e o atendimento em saúde bucal

Os determinantes sociais, como as condições de vida, o acesso ao trabalho e geração de renda, a cultura, a situação de habitação, o acesso à educação, a segurança alimentar, as questões de gênero, orientação sexual, raça/cor e etnia, segurança pública, violência, dentre outros, impactam diretamente na saúde da população. Estes fatores tornam alguns grupos populacionais vulneráveis e mais suscetíveis ao adoecimento físico e mental. Por meio da compreensão destas condições, a equidade em saúde propõe o respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, possibilitando a procura de estratégias de intervenção apropriadas, com o intuito de mitigar os efeitos nocivos na saúde (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, a equidade não é um privilégio, mas um caminho para oportunizar o acesso das populações vulneráveis ao Sistema Único de Saúde (SUS).

As equipes de saúde bucal que atuam com as populações vulneráveis devem ter um olhar ampliado para as condições multifatoriais que estes grupos estão inseridos, e que impactam diretamente na qualidade de vida destas pessoas. O acolhimento e atendimento humanizado são estratégias para vincular e contribuir para o cuidado integral destas populações.

A inclusão na Linha de Cuidado em Saúde Bucal sobre o atendimento para as pessoas privadas de liberdade, povos indígenas e população em situação de rua é uma estratégia para possibilitar à atenção a saúde a estes grupos, e desta forma impactar na qualidade de vida dos mesmos.

6.1 Atendimento à população indígena

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), publicada em 2002, enunciou os caminhos de atuação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) – unidades descentralizadas da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS) - como responsáveis pela execução das ações de saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A PNASPI orienta que cada distrito sanitário deve organizar uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, de forma integrada, hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações de atenção primária à saúde indígena são realizadas nas terras e territórios onde vivem os povos indígenas e são desenvolvidas respeitando-se os saberes e as práticas tradicionais de saúde.

O Ministério da Saúde (MS), sob a coordenação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), publicou, em 2011, o Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, conhecido como Programa Brasil Sorridente Indígena (BRASIL, 2011).

O Programa Brasil Sorridente Indígena apresenta-se como uma extensão do Programa Brasil Sorridente (lançado em 2004) adaptada às especificidades e complexidades da saúde indígena, com o objetivo de ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal da população indígena assistida pelos 34 DSEI.

Em geral, os principais pressupostos do Programa Brasil Sorridente Indígena, que reorientam o modelo de atenção à saúde bucal indígena, são:

- Assumir o compromisso de qualificação da atenção primária, garantindo qualidade e resolutividade, paralelamente à estratégia adotada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para sua organização;
- Garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável dessa;
- 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 da saúde da população indígena;
- Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento;
- Acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos;
- Centrar a atuação na Vigilância em Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença, atuação intersetorial e ações sobre o território;
- Incorporar a saúde da família como importante estratégia na reorganização da atenção básica;
- Definir uma política de educação permanente para as equipes de saúde bucal;
- Definir uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal.

No estado do Paraná, o Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, por meio da Coordenação de Saúde Bucal da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), é responsável pela coordenação das ações de saúde bucal que são realizadas nos territórios indígenas pelas equipes de saúde bucal, compostas pelo Cirurgião-Dentista (CD) e pelo Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

O público-alvo no estado atendido pelas equipes de saúde bucal do DSEI é de 16.182 indígenas, moradores de 63 aldeias, das etnias Guarani e Kaingang, sendo essa última a etnia predominante no estado.

Os domicílios indígenas e as Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), que se localizam nas aldeias indígenas, se configuram como pontos de atenção básica e necessitam estar integrados com outros pontos de atenção da rede de saúde bucal do estado.

A atenção primária em saúde bucal será responsável pelas ações de promoção à saúde, prevenção e controle das doenças bucal e reabilitação do paciente indígena. Para tanto, recomenda-se a utilização da estratificação de risco na rotina dos serviços. Os casos de maior complexidade deverão ser encaminhados para os pontos de atenção especializados da rede de saúde bucal do estado.

6.2 Atendimento à população em situação de rua

O fluxo de pessoas em situação de rua não é um fenômeno novo. No entanto, o número de pessoas vivendo nas ruas têm aumentado nas últimas décadas. Em 2009 foi lançada a Política Nacional para a população em Situação de Rua (PSR), instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Considera-se “[...] população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (Brasil, 2009). A Política contempla ações de diversas áreas para o atendimento a PSR, inclusive saúde.

Na perspectiva da equidade em saúde, a Política Nacional de Atenção Básica-(PNAB), instituída pela Portaria GM/MS nº 2436/2017, define que a “atenção básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas. Estas intervenções podem ser realizadas com o objetivo de ampliar o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS), e ofertar uma atenção integral à saúde”. Portanto, as equipes de saúde são referências para cuidar da população presente no território, inclusive a pessoa em situação de rua.

A PNAB também define as Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas. Estas equipes “[...] são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas” (Brasil, 2017). Dentre estas equipes destaca-se a Equipe de Consultório na Rua (eCR). A eCR tem uma composição multiprofissional, e é responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel.

No Paraná, os municípios de Curitiba, Londrina, Maringá e Cascavel, têm equipes habilitadas pelo Ministério da Saúde. Os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal) poderão compor a eCR ou fazer parte da equipe da Unidade de Saúde de referência. As eCR realizam ações educativas em saúde bucal, orientando as pessoas sobre a necessidade de cuidado, entrega de escovas e creme dental. Quando verificado alguma necessidade de clínica, o atendimento para realizar procedimentos é agendado na Unidade de Saúde de referência.

A baixa adesão ao tratamento, questões de dieta e higiene bucal, uso de álcool e outras drogas, traumas dentários, muitas vezes provocados por violência interpessoal, são alguns dos desafios postos para o cuidado em saúde bucal desta população.

6.3 Atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa

Os Centros de Socioeducação (CENSE) atuam como pontos de atenção primária para o atendimento de adolescentes em conflito com a lei. Atualmente, o Paraná conta com 19 CENSEs, sendo que 14 deles contam com consultório odontológico em sua estrutura e profissionais cirurgiões dentistas em suas equipes. O objetivo é oferecer atenção integral à saúde bucal aos adolescentes que encontram-se privados de liberdade.

No Estado do Paraná, o Sistema de Atendimento Socioeducativo, é gerido pelo Departamento de Atendimento Socioeducativo (DEASE) da Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho (SEJUF), a quem compete a execução das medidas privativas e restritivas de liberdade nos Centros de Socioeducação (CENSEs) e Casas de Semiliberdade.

Os CENSEs contam com profissionais de saúde na sua equipe multiprofissional, que por sua vez trabalham de forma articulada com as equipes de referência da APS, atendendo assim o disposto nas legislações referentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI).

6.4 Atendimento à população no sistema prisional

Em 2014, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de

janeiro de 2014, com o objetivo de ampliar as ações de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população privada de liberdade, fazendo com que cada unidade básica de saúde prisional passe a ser visualizada como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS, pela Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e pela Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984. As ações curativas e preventivas são realizadas nos consultórios odontológicos das Unidades Penais:

- Orientação sobre higiene bucal e autoexame da boca;
- Consulta odontológica – 1º consulta;
- Aplicação tópica de flúor – por sessão;
- Controle de placa bacteriana;
- Escariação (por dente);
- Raspagem, alisamento e polimento - RAP (por hemi arcada);
- Curetagem supragengival e polimento dentário (por hemi arcada);
- Selamento de cavidade com cimento provisório (por dente);
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia ou necropulpectomia em dente permanente;
- Restauração em dentes permanentes;
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de urgência.

No Estado do Paraná conforme dados de 2018, existem 24 Unidades Prisionais com consultórios odontológicos instalados sendo que este quantitativo deve suprir uma população carcerária de aproximadamente 27.000 detentos.

É um grande desafio aos profissionais odontólogos executar as atividades priorizando os casos emergenciais, uma vez que a grande maioria deste público não tem cuidados básicos frequentes, autocuidado e conscientização da importância da saúde bucal.

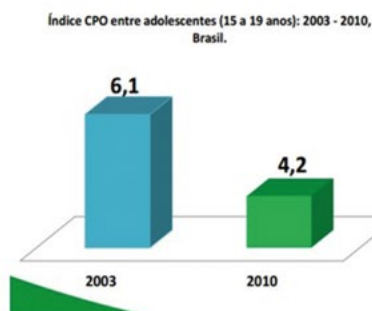
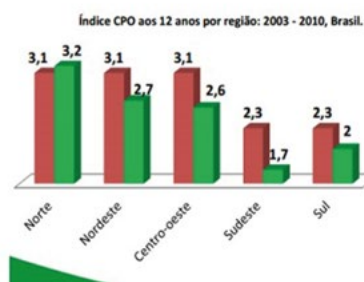
É importante ressaltar que a população carcerária apresenta diversas patologias como por exemplo: tuberculose, ISTs, hipertensão, diabetes e uso de drogas que interferem diretamente nas ações realizadas na rotina dos atendimentos.

7. Epidemiologia e principais agravos em saúde bucal

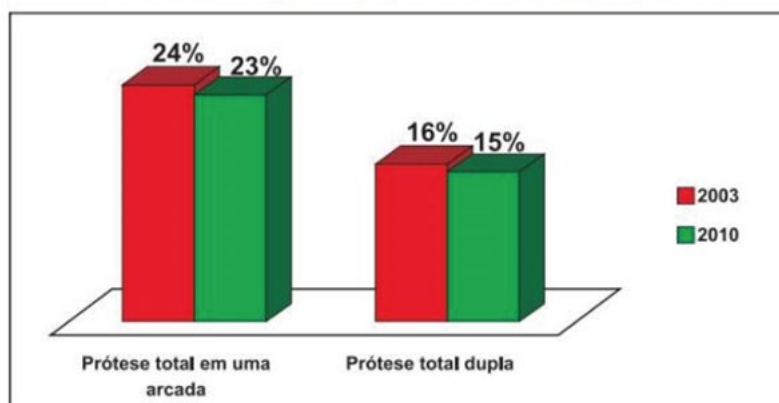
7.1 Epidemiologia em saúde bucal

Conceitua-se epidemiologia como o estudo dos fatores que condicionam o surgimento e a distribuição de fenômenos ligados à saúde e à doença, assim como os determinantes de estados ou eventos relacionados a populações específicas. Tem como objetivos avaliar os serviços prestados e o impacto das ações propostas, desenvolvidas a partir de um planejamento estratégico visando promover saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

RESULTADOS DO SB BRASIL 2010



Necessidade de prótese total entre idosos. Brasil. 2003-2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2011.

No Brasil, o uso da epidemiologia nos serviços de saúde, está previsto na Lei 8080 de 1990, Art.7º inciso VII, em que diz: “a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”. Com isso, os modelos assistenciais estabelecidos a partir do Sistema único de Saúde – SUS, consideram o estudo epidemiológico como eixo estruturante para suas estratégias de gestão.

No que se refere a saúde bucal, para realizar um levantamento epidemiológico é necessário conhecer a metodologia básica (delineamento amostral, técnicas de treinamento e calibração e os instrumentos de coleta), sendo recomendável conhecer os parâmetros preconizados pela Organização Mundial da Saúde – OMS, como idade (5 e 12 anos) e faixas etárias (35 a 44 e 65 a 74), índices (ex: CPO-D, CEO-D e CPI), e seguir o mesmo padrão de avaliação com o objetivo de permitir a comparabilidade dos achados. A periodicidade dos estudos epidemiológicos deve levar em consideração as diferenças locais, sendo que em nível municipal os inquéritos poderão ser realizados a cada 10 anos. No entanto, essa periodicidade poderá ser reduzida em outros recortes territoriais, na dependência do perfil epidemiológico e das necessidades da população. Ressalta-se também, a necessidade de organizar um sistema de informação que permita o monitoramento da situação de saúde bucal e a construção de séries históricas, com vistas à avaliação do impacto das ações desenvolvidas e ao planejamento de políticas públicas em saúde.

Dentre as principais experiências de produção de dados em nível nacional, estão os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal nos anos de:

1986 – onde houve a técnica de pesquisa com escolares, na faixa etária de 6 a 12 anos; e, outro, da modelagem amostral na pesquisa em domicílios, para os grupos etários de adolescentes, adultos e idosos.

1996 – o levantamento se restringiu a escolares de 6 a 12 anos, avaliando somente cárie dentária em 25 capitais;

2003 – através do projeto SBBrasil2003, houve um estudo que abrangeu um número considerável de municípios (250 ao todo, 50 em cada região), superando a restrição dos estudos realizados somente em capitais, além da inclusão da região rural. Nesse levantamento realizou-se a avaliação dos principais agravos na área de saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal, edentulismo, oclusopatias e fluorose) e uma composição de grupos etários que engloba todo o ciclo da vida. Além disso, foi incluída uma avaliação qualitativa, composta de três dimensões: condição socioeconômica, acesso a serviços de saúde e autopercepção de saúde bucal.

2010 – através do SBBrasil2010, o qual foi realizado em 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e 150 municípios do interior de diferentes portes populacionais, em que as condições pesquisadas foram cárie dentária, condição periodontal, traumatismo dentário, oclusão dentária, fluorose dentária e edentulismo. Abrangendo as faixas etárias de 5, 12, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos.

Vale a pena ressaltar que no ano de 2004 foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal - Programa Brasil Sorridente, o qual tem como principais linhas de ação a reorganização da atenção básica em saúde bucal através da implantação das ESB e a ampliação e qualificação da atenção especializada (CEO/LRPD). A partir da implantação do Brasil Sorridente, pode-se observar o impacto dessas ações nos resultados obtidos no SBBrasil2010 em que houve a redução dos índices avaliados quando comparados ao SBBrasil2003.

Portanto, a partir do comparativo dos dados epidemiológicos levantados nas pesquisas citadas é possível concluir que determinantes sociais, ambientais e comportamentais têm grande impacto na saúde bucal da população, além dos fatores de risco como: dieta rica em açúcar, tabaco, álcool, higiene bucal deficiente e exposição inadequada ao flúor.

7.2 Doença cárie

A doença cárie deve ser entendida como uma patologia dinâmica, comportamental, multifatorial, não comunicável, mediada por biofilme e modulada pela dieta (sacarose dependente) que resulta na perda mineral dos tecidos duros dos dentes (MACHIULSKIENE et al., 2020).

Portanto, a associação de uma dieta com baixo conteúdo de sacarose com controle sistemático de biofilme, por meio de escovação dentária com dentifrício fluoretado é o suficiente para controlar/paralisar as lesões de cárie. Este procedimento interfere no ciclo evolutivo do biofilme, impedindo a maturação da microbiota que leva ao desenvolvimento da doença. Consequentemente, é essencial conscientizar os pacientes para a importância da mudança de estilo de vida (dieta e higiene bucal), o que permite a manutenção de níveis de biofilme compatíveis com a saúde bucal. Esta deve ser sempre a etapa inicial de qualquer tratamento odontológico e pode contar com o envolvimento tanto do cirurgião-dentista como de profissionais de nível técnico.

É importante ter consciência de que o foco no tratamento restaurador, restrito ao reparo das lesões por meio de restaurações ou próteses, não apresenta potencial de promover alteração significativa no ambiente bucal em desequilíbrio, e o tratamento fica sujeito ao insucesso, com novas lesões de cárie se desenvolvendo em curto período de tempo após “finalizado” o tratamento, o que dá início ao ciclo restaurador repetitivo.

Assim sendo, o profissional deve se conscientizar de que a filosofia contemporânea de manejo da cárie dental recomenda, sempre que possível, o tratamento “não cirúrgico” das lesões de cárie (MACHIULSKIENE; CARVALHO, 2018), por meio de fluoroterapia e controle de biofilme e dieta, postergando a necessidade de intervenção operatória.

Quando esta não pode ser evitada, o tratamento reabilitador estará indicado somente após o retorno das condições de homeostase do meio bucal. Uma vez atingida esta condição, o dentista deve focar na preservação de tecidos duros, com preparo restrito à remoção seletiva de dentina cariada seguida pelo selamento adequado da cavidade (SCHWENDICKE et al., 2016). Este procedimento deve levar em conta os materiais restauradores e técnicas mais apropriadas, segundo a idade do paciente, localização e atividade das lesões e recursos disponíveis, privilegiando os materiais restauradores adesivos e os princípios da Odontologia Minimamente Invasiva.

Em resumo, o tratamento da doença precisa garantir o retorno ao equilíbrio do meio bucal, atuando sobre os fatores determinantes da doença (controle do biofilme dental, manejo da dieta), disponibilizando fluoretos para os ciclos de des e remineralização (dentifrício fluoretado – sempre – e aplicações tópicas, se necessário) e eliminando os sítios retentivos de biofilme dental (restaurações, endodontias, exodontias). O paciente precisa ser constantemente lembrado da importância do autocuidado e da sua corresponsabilidade na manutenção da saúde bucal.

7.3 Doença periodontal

Em junho de 2018, a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia criaram uma força tarefa e em conjunto escreveram a nova Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares. Este texto foi baseado nos artigos publicados da nova Classificação de Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares.

Alguns pontos-chave da nova Classificação é que pela primeira vez foi descrita a definição de Saúde Periodontal. Saúde Periodontal é definida como um estado livre de doença periodontal inflamatória, ou seja, ausência de inflamação clínica associada à gengivite ou periodontite. Gengivite e Periodontite são as principais doenças periodontais.

Gengivite

A Gengivite é considerada uma condição inflamatória localizada nos tecidos gengivais (periodonto de proteção) iniciada pelo acúmulo de biofilme dentário (gengivite induzida por placa). Se caracteriza clinicamente pela presença de sangramento à sondagem, vermelhidão e edema gengival sem a presença de perda de inserção clínica (osso alveolar, cemento radicular e ligamento periodontal não afetados).

Geralmente é uma doença indolor, que raramente leva ao sangramento espontâneo e totalmente reversível após realizado o tratamento adequado. A maioria dos pacientes desconhecem que tem a doença ou é incapaz de reconhecê-la, pois as mudanças clínicas são sutis. Por isso a importância do profissional realizar o diagnóstico da doença nas consultas de rotina. O diagnóstico da gengivite é clínico, sendo o principal sinal a presença de sangramento à sondagem associado ou não a outros sinais detectáveis como alteração na cor (vermelhidão) e no volume gengival (edema). O sangramento à sondagem geralmente aparece antes que os demais sinais clínicos. Baseado nisto, destaca-se a importância do profissional realizar a sondagem periodontal nas consultas de rotina para que um diagnóstico precoce da gengivite possa ser realizado.

A nova Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri implantares também frisou que a Gengivite pode estar presente em um periodonto íntegro ou intacto (aquele que não apresenta perda de inserção clínica) ou estar presente em um periodonto reduzido (aquele que apresenta perda de inserção clínica). Ainda, definiu que uma inflamação gengival localizada é diferente de um caso de gengivite e o escore de sangramento à sondagem (%) deve ser utilizado para realizar esse diagnóstico e graduar a gengivite instalada. A recomendação é que o exame clínico periodontal seja feito em todos os dentes presentes (boca toda), verificando a presença de sangramento à sondagem em no mínimo 4 sítios por dente (vestibular, lingual/palatina, mesial e distal) sendo o ideal 6 sítios por dente (vestibular, lingual/palatina, mesio/vestibular, disto/vestibular, mesio/lingual/palatina e disto/lingual/palatina).

Nota: Escore de Sangramento à Sondagem (%) deve ser calculado por uma regra de 3 simples:

$$\frac{\text{número de sítios} \times \text{número de dentes}}{\text{número de sítios com sangramento à sondagem}} = 100\%$$

$$\text{número de sítios com sangramento à sondagem} = x\%$$

Em um periodonto intacto a Gengivite Localizada é definida quando o paciente apresenta um escore de $\geq 10\%$ e $\leq 30\%$ dos sítios com sangramento à sondagem, sem perda de inserção clínica e sem perda óssea radiográfica. Em um periodonto intacto a Gengivite Generalizada é definida quando o paciente apresenta um escore de $> 30\%$ dos sítios com sangramento à sondagem, sem perda de inserção clínica e sem perda óssea radiográfica. Esse caso geralmente está associado à percepção do paciente sobre as gengivas com sangramento e a um impacto modesto na qualidade de vida (Tabela 1 no anexo).

Um periodonto reduzido é aquele em que ocorreu a perda de inserção clínica, podendo esta perda ter sido causada por periodontite ou por outros fatores como por exemplo a perda de inserção clínica devido à presença de recessão gengival causada por trauma de escovação ou movimentação ortodôntica ou trauma oclusal. Em um periodonto reduzido, sem histórico de periodontite prévia, a Gengivite Localizada é definida quando o paciente apresenta um escore de $\geq 10\%$ e $\leq 30\%$ dos sítios com sangramento à sondagem,

com profundidade de sondagem em todos os sítios de ≤ 3 mm, com perda de inserção clínica e possível perda óssea radiográfica. Em um periodonto reduzido sem histórico de periodontite prévia a Gengivite Generalizada é definida quando o paciente apresenta um escore de $>30\%$ dos sítios com sangramento à sondagem, com profundidade de sondagem em todos os sítios de ≤ 3 mm, com perda de inserção clínica e possível perda óssea radiográfica (Tabela 2 no anexo).

Em um periodonto reduzido com histórico de periodontite (paciente estável periodontalmente) prévia, a Gengivite Localizada é definida quando o paciente apresenta um escore de $\geq 10\%$ e $\leq 30\%$ dos sítios com sangramento à sondagem, com profundidade de sondagem de até 4 mm, com perda de inserção clínica e possível perda óssea radiográfica. Em um periodonto reduzido com histórico de periodontite (paciente estável periodontalmente) prévia a Gengivite Generalizada é definida quando o paciente apresenta um escore de $>30\%$ dos sítios com sangramento à sondagem, com profundidade de sondagem de até 4 mm, com perda de inserção clínica e possível perda óssea radiográfica (Tabela 3 no anexo).

Lembrete: O nível de inserção clínica ou perda de inserção clínica é a medida feita com a sonda periodontal milimetrada da Junção Cimento Esmalte (JCE) até o fundo do sulco ou da bolsa periodontal, ou seja, até onde a sonda periodontal penetrar. A profundidade clínica de sondagem ou profundidade de sondagem é a medida feita com a sonda periodontal milimetrada da margem gengival até o fundo do sulco ou da bolsa periodontal, ou seja, até onde a sonda periodontal penetrar.

Na Atenção Primária à Saúde, o controle da doença periodontal deve ser o foco do tratamento. O tratamento da gengivite seja ela localizada ou generalizada deve ser iniciado explicando ao paciente qual doença ele tem e qual o fator causal dessa doença (gengivite induzida por placa). É importante mostrar clinicamente ao paciente a presença da placa bacteriana na superfície dos dentes e dentro no sulco gengival. Isso pode ser feito através da evidênciação de placa (com fucsina) ou com a própria sonda periodontal milimetrada, passando a sonda em uma superfície com placa e mostrando ao paciente que aquela massa branca é a placa bacteriana. Em seguida, explicar ao paciente a importância dele no tratamento, pois o controle mecânico diário da placa bacteriana é função e responsabilidade do paciente. Desta forma, o profissional deve motivar e instruir seu paciente para que ele realize o adequado controle mecânico da placa bacteriana.

As instruções de higiene bucal devem ser individualizadas para cada paciente e deve-se evidenciar que é necessário realizar a higiene nas superfícies livres (vestibular, lingual/palatina) e nas superfícies interproximais (mesial e distal). Alguns pacientes necessitam além da escova de dente convencional (idealmente cabeça pequena com as bordas arredondadas e com cerdas macias) e fio dental, a utilização de outros dispositivos como escovas unitufo, escovas interproximais, passa fio dental, etc. A técnica mais indicada de escovação para pacientes diagnosticados com doença periodontal é a Técnica de Bass Modificada.

No tratamento da gengivite pode ser realizado ainda, quando indicado, a remoção mecânica da placa bacteriana através da profilaxia profissional (uso de taças de borracha e escovas de Robson associadas a pasta profilática) e/ou raspagem supragengival com uso de aparelhos de ultrassom e/ou curetas periodontais. O uso do jato de bicarbonato de sódio tem a função de remover manchas das superfícies dentais e deve ser usado com método complementar após realizada a profilaxia profissional e/ou raspagem. Na presença de cálculo dental, a raspagem supragengival sempre deve ser realizada. Em alguns casos, pode ser necessária a prescrição de enxaguantes bucais como os antimicrobianos. Recomenda-se aconselhamento dietético e aconselhamento sobre tabaco quando indicado.

Nota: O paciente que apresenta um escore de sangramento à sondagem $<10\%$ sem perda de inserção e perda óssea radiográfica (periodonto intacto) é considerado clinicamente e periodontalmente saudável.

Periodontite

A Periodontite é caracterizada clinicamente pela presença de uma inflamação (verificada pela presença de sangramento à sondagem) presente no hospedeiro e associada à ação microbiana, que resulta em perda da inserção clínica. A Periodontite é definida como uma doença inflamatória crônica multifatorial associada com biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do aparato de inserção dental (destruição do osso alveolar, cemento radicular e ligamento periodontal).

Para ser classificada como Periodontite:

- 1) a perda de inserção clínica deve ser detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes
- 2) a perda de inserção clínica deve ser maior que 3 mm, com profundidade de sondagem maior que 3mm na vestibular ou lingual/platina em pelo menos 2 dentes.

Atenção: a perda de inserção clínica nestes casos deve ser originária da doença periodontal e não causada por trauma oclusal ou trauma de escovação, cárie dental, fratura radicular, entre outros.

A Periodontite é diagnosticada clinicamente, sendo que o profissional deve fazer o exame clínico periodontal com a sonda periodontal milimetrada na boca toda (no mínimo 4 sítios por dente, sendo o ideal 6 sítios por dente) e verificar a presença de perda de inserção clínica* + sangramento à sondagem + profundidade de sondagem maior que 3 mm. Na atual Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares, foram descritas 3 tipos de Periodontite:

- Periodontite necrosante
- Periodontite como manifestação direta de doenças sistêmicas
- Periodontite

Nota: As Periodontites Agressiva e Crônica (Classificação das Doenças e Condições Periodontais de 1999) foram reclassificadas e na nova classificação são consideradas apenas Periodontites. A principal justificativa é que existe pouca evidência científica consistente de que as periodontites crônicas e agressivas sejam doenças diferentes.

A Periodontite Necrosante é caracterizada por história de dor, presença de ulceração/necrose das papilas interdentais, sangramento gengival, halitose, rápida perda óssea e em alguns casos com exposição do osso alveolar. Outros sinais/sintomas podem estar associados como a formação de pseudomembranas, linfadenopatia e febre. A Gengivite Necrosante é o processo inflamatório agudo do tecido gengival caracterizado pela presença de ulceração/necrose das papilas interdentais, com sangramento gengival e dor, podendo ter halitose, febre, presença de pseudomembranas, e sialorréia em crianças. O termo Ulcerativa não é mais utilizado. A Estomatite Necrosante é uma condição inflamatória severa do periodonto e da cavidade oral, na qual a necrose de tecidos moles se estende além da gengiva, e a exposição óssea pode ocorrer através da mucosa alveolar, podendo ter áreas de osteíte e formação de sequestro ósseo. Esta condição ocorre tipicamente em pacientes severamente comprometidos sistemicamente.

A Gengivite, Periodontite e Estomatite Necrosante são as doenças mais graves causadas pelo biofilme dental.

No que diz respeito à Periodontite como manifestação direta de doença sistêmica, a recomendação é seguir a classificação da doença primária de acordo com os respectivos códigos de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID).

As Periodontites foram classificadas de acordo com o ESTÁGIO e GRAU. O estágio é amplamente dependente da severidade/gravidade e extensão da doença no momento do diagnóstico, bem como na complexidade do seu controle a longo prazo para cada paciente. O grau reflete as evidências ou risco de progressão da doença e seus efeitos na saúde sistêmica. O profissional deve diagnosticar sempre o estágio da Periodontite primeiro e depois o grau. O estágio da Periodontite não muda ao longo do tempo, enquanto o grau pode ser modificado após o tratamento e terapia periodontal de suporte/manutenção. Os Estágios da Periodontite devem ser avaliados:

1º) pela severidade/gravidade e extensão da doença, as quais são verificadas clinicamente pela presença e quantidade em mm de perda de inserção clínica (característica determinante), pela quantidade de perda óssea radiográfica em % e pela perda dentária (causada ou não pela periodontite) (Tabela 4 no anexo).

2º) pela complexidade, a qual inclui a verificação clínica da profundidade de sondagem em mm, o padrão de perda óssea radiográfica (horizontal ou vertical), a presença de lesões de furca, defeitos de crista óssea, características oclusais e necessidade de reabilitação oral (Tabela 4 no anexo).

O Estágio 1 é considerado uma periodontite inicial, o Estágio 2 é considerado uma periodontite moderada, o Estágio 3 é considerado uma periodontite severa com potencial adicional de perda de dentes e o Estágio 4 é considerado uma periodontite avançada, com significativas perdas dentárias e potencial para perda da dentição.

Nota: A perda óssea radiográfica é calculada em % e feita de uma maneira simplificada: a raiz deve ser dividida em 3 terços (coronário, médio e apical) e cada terço equivale a 33%. Se a perda óssea radiográfica estiver no terço coronário, por exemplo, pode ter uma perda equivalente de até 33%.

Os Graus da Periodontite devem ser avaliados:

1º) na taxa de progressão da doença (Critérios Primários – Evidências diretas e indiretas de progressão)

2º) na associação da Periodontite com os fatores de risco como a Diabetes e o Tabagismo (Modificadores dos Graus) (Tabela 5 no anexo).

Inicialmente o profissional deve classificar sempre o paciente como Grau B, e posteriormente avaliar a necessidade de modificar o Grau para A ou C de acordo com as evidências diretas de progressão e evidências indiretas de progressão. Após determinar o Grau pelas evidências de progressão, o mesmo pode ser alterado devido à presença dos fatores de risco.

Tratamento da Periodontite:

- Informar ao paciente qual doença ele possui e explicar o fator etiológico.
- Explicar a importância da colaboração do paciente durante o tratamento.
- Motivar e orientar o paciente para que ele realize diariamente um adequado controle mecânico da placa bacteriana (Idealmente pela Técnica de Bass Modificada + Uso de fio dental ou uso de outros dispositivos para controle da placa interproximal). A orientação de higiene bucal deve ser individualizada para cada paciente.
- Realizar raspagem e alisamento radicular (RAR) sub e supragengival por sextantes ou quadrantes em todos os sítios em que a doença esteja instalada e em seguida realizar o polimento das superfícies dentais com taça de borracha e pasta profilática.
- Prescrever, se necessário, antibioticoterapia sistêmica e uso de antimicrobianos.
- Orientações, quando necessário, sobre tabagismo e diabetes.

- Aguardar de 30 a 45 dias para reavaliação periodontal (refazer o exame clínico periodontal/periograma e comparar com o exame clínico inicial). Neste momento o profissional deve tomar uma decisão terapêutica, baseada nos achados clínicos, e definir qual melhor conduta a seguir:
 - O paciente entra em terapia periodontal de suporte/manutenção (de extrema importância para manter o paciente estável periodontalmente).
 - O paciente necessita de uma nova sessão de raspagem e orientação de higiene bucal.
 - O paciente necessita de algum tratamento periodontal cirúrgico.

Com o aumento constante do número de pacientes que possuem reabilitação oral através de implantes dentários, é importante ressaltar que a nova Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Periimplantares incluiu pela primeira vez as condições e doenças peri implantares (Tabela 6 no anexo) e uma atenção especial deve ser dada a esse tema e o profissional deve também verificar nas consultas de rotina a presença ou ausência dessas enfermidades.

7.4 Má-oclusão

O diagnóstico dos problemas de má oclusão deve ser incluído no rol de procedimentos realizados pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (PEREIRA, 2003).

O exame da oclusão para verificar a relação molar e a relação canina, a observação do posicionamento dos dentes para checar apinhamentos, disto e vestibulo, versões e falta de espaços nas arcadas, aliado aos exames de deglutição e fonação devem compor o diagnóstico, visando ao encaminhamento do usuário para a atenção secundária. O exame deve ainda incluir a investigação sobre patologias oclusais, como: lesões de abfração, mobilidade dentária por trauma oclusal, trincas ou fraturas em dentes ou material restaurador, facetas de desgaste por abrasão mecânica.

A prevenção dos fatores de risco à má oclusão deve incluir:

- Estímulo à amamentação;
- Controle de hábitos deletérios, como: onicofagia, mordiscamento, uso não controlado de chupeta e apertamento dentário diurno (bruxismo de vigília);
- Acompanhamento da erupção decídua e permanente
- Manejo de espaços em caso de exodontias ou perda precoces de dentes decíduos

7.5 Edentulismo

O Edentulismo, hoje em dia, ainda é realidade presente principalmente entre adultos e idosos, e suas consequências têm gerado sérios distúrbios funcionais, psicológicos e sociais na vida desses pacientes. A perda total de dentes, problemas funcionais e patológicos de natureza grave, prejudicando a função mastigatória, a fonética e a estética, constitui-se um problema de Saúde Pública.

Além desses agravos, a perda dentária também é decorrente da falta de acessibilidade e utilização de serviços públicos odontológicos, de atitudes errôneas dos profissionais da Odontologia, como a forma mutiladora de prestação de serviços odontológicos e da falta de informação da população quanto à importância e necessidade de se ter saúde bucal.

Diferentemente do que alguns consideram, a confecção de próteses dentárias faz parte dos procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. Dentro desta visão estratégica,

cabe aos profissionais da Atenção Primária à Saúde a realização da parte clínica da prótese, com a realização dos passos clínicos que vão desde a moldagem, os registros interoclusais até a instalação da prótese e o monitoramento do paciente ao longo do tempo. Com este objetivo, dentro da Política Estadual de Saúde Bucal do Paraná foram montados 200 “kits” de prótese clínica, organizados a partir da análise das intervenções clínicas necessárias, incluindo as moldagens, registros estéticos e interoclusais, a prova dos dentes, o ajuste final para instalação e a preservação e distribuídos à 67 municípios no estado, no ano de 2014.

- ▶ Protocolo de confecção de prótese total, no anexo.

7.6 Traumatismo dental

Lesões dentárias traumáticas (LDTs) correspondem a 5% das demandas por tratamento odontológico e são frequentes em crianças tanto de idade pré-escolar, escolar, como em adultos jovens. Das LDTs, as luxações são mais prevalentes na dentição decídua e na dentição permanente as fraturas coronárias são as mais comumente relatadas. As situações de emergência representam um desafio na odontologia, pois constituem uma ameaça à saúde e são um problema de saúde pública negligenciado. A decisão de um profissional de saúde associada ao consentimento dos responsáveis legais da criança/adolescente e à concordância do paciente adulto é a melhor opção encontrada para enfrentar emergências das LDTs. As LDTs requerem um diagnóstico, plano de tratamento e preservação adequados para assegurar um prognóstico favorável.

Recomendações Gerais:

- Anamnese: coletar informações importantes do histórico médico e odontológico, condição sistêmica do paciente, relato ao trauma atual (como, quando e onde) e situação vacinal para verificar a necessidade de profilaxia contra tétano.

- Exame clínico extra e intrabucal: realizar a limpeza da área afetada com uma gaze umedecida em soro fisiológico. Nas situações que apresentem sinais de distúrbios com comprometimentos neurológicos, o paciente deve ser imediatamente encaminhado para avaliação médica. Avaliar possibilidades de lesões em cabeça e face. No exame intrabucal avaliar tecidos moles para verificar hematomas e lacerações (mucosas, lábios, freios, língua, gengivas, palatos), analisar a presença de corpos estranhos em tecidos moles e nos tecidos duros, fraturas dentárias, mobilidade e deslocamento. A criança de pouca idade pode resistir à cooperação para um extenso exame clínico e radiográfico. A posição do joelho ao joelho pode ser útil para examinar uma criança pequena.

- Injúrias não acidentais (Intencionais): A possibilidade de abuso infantil deve ser considerada nas crianças que apresentem trauma intrabucal afetando lábios, gengivas, língua, palato e lesões dentárias severas. Em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, o cirurgião-dentista é obrigado a comunicar ao Conselho Tutelar da respectiva localidade através de ficha de notificação ou relatório, de acordo com o Cap.I - Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA/1991. A não comunicação à autoridade competente incorre às sanções da lei, de acordo com o Cap.II - Art. 245 do respectivo estatuto.

- Exame radiográfico: as radiografias bucais servem para auxiliar no diagnóstico, elaboração do plano de tratamento e preservação. Devem ser armazenadas em cartelas com as respectivas datas. O cirurgião-dentista deve decidir quais radiografias serão necessárias para cada caso. No caso do paciente infantil a decisão para as tomadas radiográficas dependerá da capacidade de cooperação e do tipo de LDT, sempre considerar a possibilidade de minimizar a exposição radiográfica. Para radiografias essenciais, a proteção contra radiação inclui o uso de um colar de tireóide onde a tireóide está no caminho do feixe de raios-X primário e um avental de chumbo para quando os pais estão segurando o filho. Os riscos associados à

radiação para crianças são uma preocupação, pois são mais suscetível aos efeitos colaterais da radiação ionizante do que os adultos para a formação de câncer. Isso se deve à maior expectativa de vida e à radiosensibilidade aguda de alguns órgãos e tecidos em desenvolvimento. As seguintes radiografias são recomendadas :

- Radiografia periapical
- Radiografia oclusal
- Radiografias periapicais com diferentes angulações laterais
- Radiografia lateral extrabucal do dente decíduo em questão, pode revelar a relação entre o ápice do dente deslocado e o germe do dente permanente, bem como a direção de deslocamento.
- A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) fornece melhor visualização das LDTs, principalmente nos casos de fraturas radiculares/coronárias e luxações laterais. Pelo fato da sua disponibilidade ser limitada, a sua utilização não é considerada rotina e em crianças de pouca idade é raramente indicada.

- Documentação fotográfica: as fotografias clínicas são recomendadas para a documentação inicial da lesão e para exames de acompanhamento, pois permite o monitoramento da cicatrização de tecidos moles, a avaliação da descoloração do dente, a re-erupção de um dente intruído e o desenvolvimento da infra oclusão de um dente anquilosado. Além disso, as fotografias fornecem documentação médico legal que pode ser usada em casos de litígio.

- Tipo e duração da contenção: recomenda-se a utilização de contenção flexível e de curta duração para dentes luxados, avulsionados e com raízes fraturadas em dentes permanentes. Para dentes decíduos, a contenção é utilizada apenas para fraturas ósseas alveolares, fraturas radiculares e luxações laterais. A estabilização fisiológica pode ser obtida com fio de aço inoxidável (0,4 mm) ou fio de pesca de nylon (0,13 - 0,25 mm) fixado aos dentes com resina composta que devem ficar afastados das áreas gengival e proximal para evitar a retenção de placa bacteriana e infecção secundária. Isso permite uma melhor cicatrização da gengiva marginal e do osso. A duração da contenção dependerá do tipo de lesão.

- Uso de antibióticos: as LDTs normalmente são acompanhadas por lesões de tecidos moles e associadas com outros tipos de lesão com necessidade de intervenções cirúrgicas e a indicação de uma cobertura antibiótica fica a critério do cirurgião-dentista que deverá avaliar o estado de saúde do paciente que poderá justificar a cobertura antibiótica. Sempre que possível, entrar em contato com o médico responsável para fornecer recomendações para uma condição médica específica.

- Testes de sensibilidade: Testes de sensibilidade (frio e/ou elétrico) determinam a condição da polpa dental. Entretanto, no momento do trauma os testes geralmente não obtêm nenhuma resposta, devido a uma ausência transitória de resposta pulpar. Deve-se considerar dois sinais e sintomas de prognóstico desfavoráveis para definição de necrose pulpar. Apesar dessa limitação, o teste de sensibilidade pulpar deve ser realizado tanto na primeira consulta quanto nas consultas de acompanhamento para determinar se ocorreram alterações pulpares. O teste inicial também é um bom preditor para o prognóstico pulpar a longo prazo. Os testes de sensibilidade e percussão não são confiáveis em dentes decíduos, devido a resultados inconsistentes.

- Dentes permanentes com rizogênese incompleta versus dentes permanentes com rizogênese completa: Dentes permanentes com rizogênese incompleta apresentam uma grande capacidade de reparo após exposições pulpares, luxações e fraturas radiculares. As LDTs com exposições pulpares respondem bem à terapias endodônticas conservadoras que mantêm a vitalidade pulpar e permitem a continuidade de formação radicular. Novas terapias endodônticas demonstraram a capacidade de revascularização pulpar /

revitalização dentária, objetivando condições que permitam o crescimento de tecido nos canais radiculares dos dentes permanentes com rizogênese incompleta e necrose pulpar. Os dentes permanentes com rizogênese completa com LDTs severas apresentam alto risco à necrose pulpar, sendo recomendada a realização de pulpectomia preventiva.

- Isolamento absoluto com dique de borracha durante o tratamento endodôntico: O tratamento endodôntico deve sempre ser realizado sob isolamento absoluto com dique de borracha. Pode ser utilizado em um ou mais dentes vizinhos para evitar traumas adicionais ao dente(s) lesionados e para evitar o risco de fraturar um dente imaturo. Fio dental ou outros fios estabilizadores também podem ser usados no lugar dos grampos.

- Traumatismos combinados: as fraturas de coroa, com ou sem exposição da polpa e com uma lesão de luxação, apresentam uma maior frequência de necrose e infecção pulpar. Como o prognóstico é pior nas lesões combinadas, o regime de acompanhamento mais frequente para lesões de luxação prevalece sobre o regime menos frequente de outras fraturas.

- Descoloração coronária em dentes decíduos: É uma complicação comum após luxações, pode desaparecer e o dente recuperar a sua cor original. O dente com descoloração escura persistente pode permanecer clínica e radiograficamente assintomático ou pode desenvolver lesão periapical. O tratamento endodôntico só está indicado em casos de necrose pulpar com presença de infecção.

- Obliteração do canal radicular (OCR): é uma seqüela tardia comum após fratura radicular. A OCR ocorre normalmente em dentes com luxação grave e rizogênese incompleta e geralmente indica a presença de tecido pulpar viável. As subluxações e fraturas coronárias também podem apresentar OCR, embora com menor frequência e nas fraturas radiculares a ocorrência é comum. As lesões por extrusão, intrusão e luxação lateral apresentam altas taxas de OCR.

- Instruções aos responsáveis e pacientes: Importante informar os pacientes adultos e aos responsáveis legais da criança/adolescente sobre a adesão ao tratamento e às orientações fornecidas pelo cirurgião-dentista após LDTs. A adesão do paciente aos retornos de acompanhamento e os cuidados domiciliares contribuem para um melhor prognóstico. É importante obter uma documentação demonstrando que os pais e responsáveis foram informados a respeito de possíveis complicações no desenvolvimento dos dentes permanentes após intrusão, avulsão e fraturas alveolares em dentes decíduos. As instruções recomendadas são:

- Orientação de higiene bucal com utilização de escova dental macia e a aplicação tópica de gluconato de clorexidina 0,12% na área afetada com compressas de algodão, 2 vezes/dia, por 1 semana.
- Dieta leve por 10 dias.
- Evitar utilização de chupeta, mamadeira, sucção de polegar.
- Evitar morder objetos duros.
- Evitar participação nos esportes de contato.
- Possíveis complicações: edema, aumento da mobilidade ou fístulas e hiperplasia gengival. Na presença de alguma complicação, a criança deve ser encaminhada para tratamento odontológico.

- Acompanhamento e detecção de complicações pós-traumáticas: o acompanhamento é obrigatório nos casos de traumatismo dentário. Em cada retorno clínico deve investigar sobre quaisquer sinais ou sintomas, realizar exames clínicos e radiográficos e testes de sensibilidade pulpar e documentação fotográfica. As principais complicações pós-traumáticas são: necrose e infecção pulpar, obliteração do espaço pulpar, vários tipos de reabsorção radicular, retração gengival e fratura óssea. A detecção precoce das alterações e o manejo clínico das complicações melhoram o prognóstico.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA TRAUMATISMO DE DENTES DECÍDUOS

- Dependendo da faixa etária da criança, a realização do exame clínico e do tratamento é dificultada pela falta de cooperação e do medo, gerando uma situação estressante tanto para a criança quanto para os pais/cuidadores.
- Importante considerar que existe uma relação muito próxima entre o ápice do dente decíduo e o germe do dente permanente subjacente.
- Defeitos na formação dentária, dentes impactados e distúrbios de erupção na dentição permanente são algumas das sequelas que podem ocorrer após LDTs na dentição decídua e/ou osso alveolar. As intrusões e avulsões dentárias são associadas a defeitos de desenvolvimento do esmalte nos dentes permanentes.
- Para as intrusões e luxação lateral, se a direção do deslocamento da raiz for na direção do germe dentário permanente, deve-se acompanhar a re-erupção espontânea do dente intruído, pois a extração dentária pode ocasionar mais danos ao germe dentário em desenvolvimento.
- É essencial que os pais sejam orientados sobre a melhor forma de lidar com os sintomas agudos para evitar mais problemas. Lesões de intrusão, luxação lateral e fraturas radiculares podem causar dor intensa. O uso de antiálgicos como ibuprofeno e / ou acetaminofeno (paracetamol) são recomendados.
- Devido ao potencial de sequelas, os planos de tratamento devem ser estabelecidos visando minimizar riscos adicionais de danos ao desenvolvimento e erupção dos dentes permanentes. Portanto, NÃO é recomendado reimplantar um dente decíduo avulsionado.
- A maturidade da criança e a capacidade de cooperar com a situação de emergência, o tempo para a esfoliação do dente decíduo e a oclusão, são fatores importantes que influenciam o plano de tratamento. Minimizar a ansiedade da criança é importante e abordagens que contribuem para o manejo comportamental são eficazes no gerenciamento de procedimentos agudos em situações de emergência. Sempre que possível evitar extrações dentárias, especialmente na consulta clínica inicial ou em fase aguda, o que contribui para uma estratégia razoável de manejo comportamental.
- É importante documentar que os pais foram informados sobre possíveis complicações no desenvolvimento dos dentes permanentes, principalmente após intrusão, avulsão e fraturas alveolares.
- Quando for apropriado e a cooperação da criança permitir, as opções para a manutenção do dente decíduo devem ser consideradas. Os pais devem ser informados sobre as diferentes opções de tratamento, a melhor forma de minimizar o impacto da lesão na dentição permanente em desenvolvimento e a adesão às consultas de retorno para acompanhamento clínico e radiográfico.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA AVULSÃO DENTÁRIA DE DENTES PERMANENTES

- As ações realizadas no local do acidente imediatamente após a avulsão, um adequado manejo e tratamento emergencial são importantes para um bom prognóstico.
- Na maioria dos casos o reimplante é o tratamento de escolha para a dentição permanente, mas NÃO é recomendado reimplantar dente decíduo.
- A escolha do tratamento está relacionada com o grau de formação radicular (rizogênese incompleta ou completa)
- As condições das células do ligamento periodontal dependem do meio de armazenamento e do tempo que o dente ficou fora da boca, especialmente o tempo em meio seco. Após um tempo extra-alveolar de 30 minutos ou mais, a maioria das células do ligamento periodontal estarão inviáveis. Antes de iniciar o tratamento, avaliar:
 - Com viabilidade celular: o dente foi reimplantado imediatamente ou após um tempo muito curto (15 minutos) no local do acidente;

- Com viabilidade celular, mas comprometida: dente foi mantido em meio de armazenamento (meios de cultura de células, HBSS, soro, leite) e o tempo extra alveolar total foi menor do que 60 minutos.
- Sem viabilidade celular: o tempo extra-alveolar total foi superior a 60 minutos, independente se o dente foi armazenado ou não em um meio de armazenamento, ou se o meio de armazenamento foi não-fisiológico.
- O reimplante tardio tem um prognóstico desfavorável a longo prazo, devido a necrose do ligamento periodontal. O principal objetivo do reimplante tardio é a manutenção do contorno do osso alveolar. Entretanto, o prognóstico é de anquilose e reabsorção radicular com eventual perda do elemento dentário.
- No intuito de conter a reabsorção do dente por osso, tem sido sugerido o tratamento da superfície radicular com fluoreto de sódio a 2%, durante 20 minutos, antes do reimplante dentário, mas esta não deve ser vista como recomendação absoluta.
- O reimplante não é indicado em situações individuais:
 - presença de lesões de cárie severas
 - presença de doença periodontal
 - pacientes não colaboradores ou em portadores de condições sistêmicas graves (imunossupressão e patologias cardíacas severas).

Anestésicos locais:

- Recomenda-se que os pacientes ou responsáveis realizem o reimplante no local do acidente sem anestesia.
- Na clínica deve-se realizar a anestesia local sem vasoconstritor, pois existem preocupações quanto à existência de riscos de comprometer a cicatrização usando um anestésico com vasoconstritor. Técnicas de bloqueio (ex: bloqueio do nervo infra-orbital) podem ser consideradas como uma alternativa à anestesia infiltrativa nas áreas mais gravemente afetadas.

Antibióticos sistêmicos:

- São recomendados na maioria das situações após o reimplante. A condição de saúde do paciente ou lesões concomitantes podem justificar cobertura antibiótica. A antibioticoterapia é recomendada para prevenir infecção e diminuir a ocorrência de reabsorção radicular inflamatória. A Fenoximetil Penicilina (Pen V) ou Amoxicilina são as primeiras escolhas devido à sua eficácia na microbiota oral e a baixa incidência de efeitos colaterais e podem ser administradas como alternativa à Tetraciclina. A Tetraciclina ou Doxiciclina são a primeira escolha durante a primeira semana após o acidente, mas não é recomendada para crianças menores de 12 anos de idade pelo risco de manchamento dos dentes permanentes. A Doxiciclina apresenta ação antimicrobiana, antiinflamatória e antireabsorção.
- Tétano: Encaminhar o paciente a um médico para avaliação da necessidade de vacinação antitetânica, se o dente avulsionado teve contato com o solo ou nos casos onde o risco de tétano é incerto.
- Contenção de dentes reimplantados: Mantém o dente reposicionado corretamente, proporciona conforto ao paciente e melhora a função dentária.
 - Recomenda-se a utilização de contenção flexível com fio de aço inoxidável (0,4 mm) ou linha de pesca de nylon (0,13 - 0,25 mm) e de curto prazo para imobilização de dentes reimplantados, aderido com resina composta sobre as superfícies vestibulares dos dentes superiores para permitir o acesso lingual para procedimentos endodônticos e evitar interferência oclusal.
 - A fixação da contenção aos dentes com resina composta devem ficar afastados das áreas gengival e proximal para evitar a retenção de placa bacteriana e infecção secundária. Isso permite uma melhor cicatrização da gengiva marginal e do osso.

- Dentes permanentes reimplantados devem ser imobilizados por até 2 semanas.
- Instruções ao paciente: Para um melhor prognóstico, os responsáveis legais pela criança/adolescente e o paciente adulto devem ser orientados quanto:
 - Adesão aos retornos de acompanhamento e aos cuidados com os dentes reimplantados.
 - Evitar a participação em esportes de contato físico.
 - Dieta macia por até 2 semanas. Após retornar a função normal o mais cedo possível.
 - Escovar os dentes com uma escova macia, após cada refeição.
 - Usar bochecho de clorexidina (0,12%), 2 vezes/dia, por 2 semanas.
- Considerações endodônticas:
 - Dentes com rizogênese completa: iniciar o tratamento dentro de 2 semanas após o reimplante.
 - Utilização do isolamento absoluto com dique de borracha pode ser utilizado em um ou mais dentes vizinhos para evitar traumas adicionais ao dente(s) lesionados e para evitar o risco de fraturar um dente imaturo. Fio dental ou outros fios estabilizadores também podem ser usados no lugar dos grampos.
 - O hidróxido de cálcio é recomendado como medicação intra-canal por até 1 mês, seguido da obturação do canal radicular com material adequado.
 - Pasta antibiótica/corticosteróide como medicação intra-canal anti-inflamatória e anti reabsortiva pode ser utilizada como alternativa ao hidróxido de cálcio, deve ser inserida imediatamente ou em um período curto após o reimplante e permanecer por até 6 semanas.
 - Se o tempo extra-alveolar for superior a 60 minutos, o tratamento endodôntico pode ser realizado extra-oralmente, antes do reimplante.
 - Em dentes com rizogênese incompleta que foram reimplantados imediatamente ou mantidos em meio apropriado para o reimplante, a revascularização pulpar é indicada. Novas terapias endodônticas demonstraram a capacidade de revascularização pulpar / revitalização dentária, objetivando condições que permitam o crescimento de tecido nos canais radiculares dos dentes permanentes com rizogênese incompleta e necrose pulpar. Os dentes permanentes com rizogênese completa com LDTs severas apresentam alto risco à necrose pulpar, sendo recomendada a realização de pulpectomia preventiva.
- Proservação: os controles clínicos e radiográficos deverão ser realizados após 2 semanas (remoção da contenção), 4 semanas, 3 meses, 6 meses, 1 ano e, em seguida, anualmente por pelo menos 5 anos para determinar o prognóstico dentário. Para dentes com ápices abertos, onde é possível que ocorra a revascularização espontânea do espaço pulpar, são necessárias que sejam realizadas radiografias de controles devido ao risco de reabsorção (inflamatória) relacionada à infecção com rápida perda do dente e osso de suporte. Evidência de reabsorção radicular e / ou óssea em qualquer parte da circunferência radicular deve ser interpretado como reabsorção (inflamatória) relacionada à infecção.
- Prognóstico favorável:
 - Rizogênese completa: dente assintomático, mobilidade normal e percussão normal. Nenhuma evidência radiográfica de reabsorção ou osteíte perirradicular com a lâmina dura em normalidade.
 - Rizogênese incompleta: dente assintomático, mobilidade normal e percussão normal. Evidência radiográfica de continuidade de formação radicular e erupção. Obliteração do espaço pulpar pode ser encontrada.
- Prognóstico desfavorável:
 - Rizogênese completa: dente sintomático, infecção trato sinusal, inchaço gengival, abscesso, mobilidade excessiva ou nenhuma mobilidade (anquilose), com som metálico à percussão. Evidência

radiográfica de reabsorção (inflamatória, infecciosa ou substitutiva, associada à anquilose).

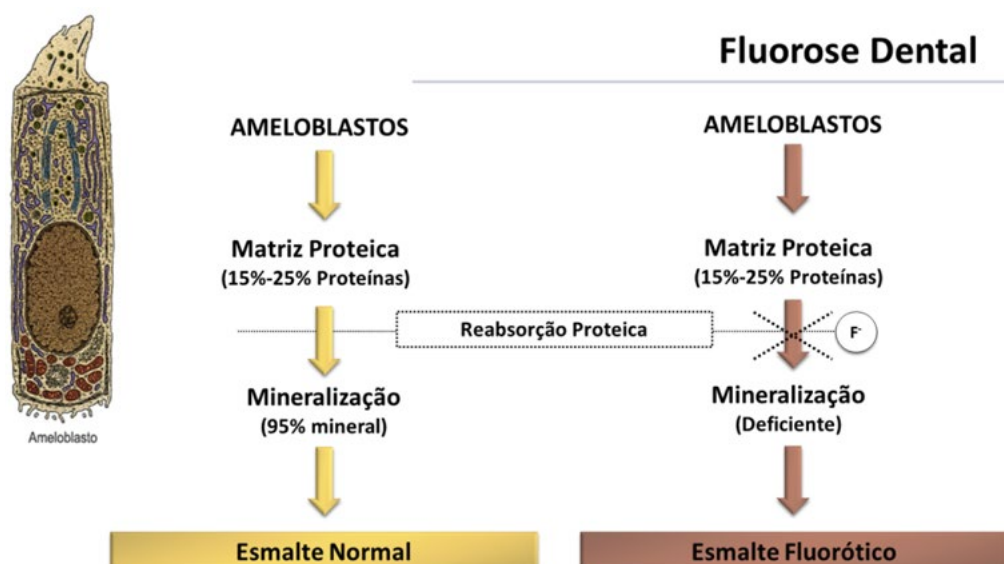
- Rizogênese incompleta: dente sintomático, infecção trato sinusal, inchaço gengival, abscesso, mobilidade excessiva ou nenhuma mobilidade (anquilose), com som metálico à percussão. Evidência radiográfica de reabsorção (inflamatória, infecciosa ou substitutiva associada à anquilose) ou ausência de continuação da formação radicular.

- Perda do elemento dentário: Tratamentos apropriados incluem a decoronação, autotransplante, pontes-fixas retidas por resina, próteses removíveis, fechamento do espaço por meio de ortodontia e osteotomias. Em crianças, as decisões de tratamentos devem ser baseadas em experiência clínica do profissional e com autorização dos responsáveis legais, com o objetivo de manter todas as opções possíveis até que a maturidade da criança seja obtida. Após o término do crescimento, o tratamento com implantes também pode ser considerado.

Os Primeiros socorros para dentes avulsionados devem ser realizados no local do acidente. O cartaz “Salve um dente (Save a Tooth)” foi escrito numa linguagem para o público leigo e está disponível em língua portuguesa. Pode ser obtido no site da IADT: <http://www.iadt-dentaltrauma.org>.

7.7 Fluorose dental

A fluorose dental é um distúrbio irreversível da maturação do esmalte e está relacionada à exposição a níveis excessivos de fluoreto nos dentes em formação. Os dentes fluoróticos permanecem com uma maior porcentagem de proteínas e menos mineral (Figura 1), tornando-se mais brancos, opacos e porosos (Tenu-ta, Chedid e Cury, 2012).



Fonte: elaborado pelo Prof. Dr. Pablo Guilherme Caldarelli (UEL).2020.

Figura 1. Efeito biológico da ingestão do fluoreto e o desenvolvimento de fluorose dental.

Independente da fonte de exposição ao fluoreto (ex. água fluoretada, alimentos preparados com água fluoretada ou dentifrícios fluoretados), a concentração total de fluoreto no sangue é que será responsável pelo efeito da fluorose nos dentes. Dessa forma, como a fluorose dental está relacionada a um efeito crônico de exposição ao fluoreto (Tenuta e Cury, 2016), produtos de aplicação profissional (ex. géis, espumas e vernizes) não apresentam risco para o desenvolvimento de fluorose dentária, pois apesar da alta concentração, a frequência de exposição é baixa. Contudo, quanto à segurança na utilização desses produtos fluoretados em termos de toxicidade aguda, deve-se ressaltar a necessidade de atenção e supervisão (Cury e Tenuta, 2011).

Nesse sentido, por se tratar de um efeito biológico da ingestão do fluoreto, todo flúor ingerido durante a formação dos dentes provocará invariavelmente o desenvolvimento de fluorose, desde grau imperceptível até severo com comprometimento estético do esmalte. Além disso, dentes homólogos e com desenvolvimento no mesmo período devem apresentar a mesma alteração (ex. incisivos e primeiros molares permanentes).

As discussões a respeito da fluorose dental estão relacionadas aos graus muito leve e leve, os quais representam quase a totalidade dos casos em populações expostas à água otimamente fluoretada e dentifrícios fluoretados (Brasil, 2010). Cabe ressaltar que os casos de fluorose mais severos, que comprometem a estética e a qualidade de vida, relacionam-se à ingestão de água naturalmente fluoretada contendo concentração excessiva de flúor.

Benefícios x Riscos

No balanço entre os benefícios do fluoreto no controle da cárie dentária e o risco de fluorose, torna-se importante destacar o uso racional do fluoreto na perspectiva de maximizar os benefícios anticárie e minimizar os riscos de desenvolvimento da fluorose dental.

Quanto ao período de maior risco para ocorrência de fluorose nos dentes anteriores superiores, considerando o cronograma de mineralização dos dentes permanentes, destaca-se o período de 20 a 30 meses.

Os dentes pré-molares, nos quais a mineralização ocorre entre os dois e os sete anos de idade da criança, são os mais acometidos pela fluorose dental (Tenuta, Chedid e Cury, 2012).

Ainda que a fluorose dental decorrente da exposição racional aos fluoretos (água fluoretada e dentifrício fluoretado) não deva ser uma preocupação em termos de saúde pública, as equipes de saúde bucal devem ter responsabilidade de balancear os riscos de desenvolvimento de cárie dentária com os de fluorose. Assim, é possível usar fluoreto para o controle da doença cárie sem preocupações com os efeitos da fluorose.

7.8 Câncer Bucal

Quando falamos de câncer bucal ou de câncer de cavidade oral estamos nos referindo a todos os tipos de neoplasias malignas cuja localização primária acomete os lábios, cavidade oral (língua, mucosa gengival, mucosa jugal, palato e assoalho bucal), glândulas salivares e orofaringe, representadas na Classificação Internacional e Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS) pelos códigos C00 a C10 (INCA, 2019a).

Apesar do avanço da ciência, a incidência do câncer bucal continua aumentando e no Brasil estima-se que até 2022 teremos a ocorrência de 11.180 casos novos de câncer bucal em homens e de 4.010 em mulheres, sendo que destes casos 910 serão diagnosticados no estado do Paraná, onde representa o quinto tipo de câncer mais frequente nos homens e o décimo terceiro entre as mulheres (INCA, 2019a).

Em 2018, as neoplasias malignas foram a segunda causa de morte da população paranaense, representando 19,59% do total de óbitos, sendo que destes, 3,84% acometeram a cavidade oral (DATASUS, 2020). A taxa de mortalidade do câncer bucal, ainda é alta, pois a maioria dos casos são diagnosticados tardiamente, prejudicando o prognóstico e a qualidade de vida do paciente. Alguns estudos brasileiros mostram que a taxa de mortalidade do câncer bucal é maior nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (PEREA et al., 2018), e que sua ocorrência vem apresentando um padrão de crescimento nas mulheres (1,31%/ano) e nos homens de 20-29 anos (2,92%/ano), como em outros países (CUNHA; PRASS; HUGO, 2018, THOMSON, 2019).

A realização do diagnóstico das lesões que acometem a cavidade bucal é uma ação de extrema importância para o diagnóstico precoce do câncer bucal. Em levantamentos realizados em Curitiba e Maringá, o câncer bucal representou 3,16% e 4,63% respectivamente dos diagnósticos de lesões realizados através de biópsia, e acometendo mais homens, leucodermas, na quinta década de vida, etilistas e tabagistas (MIYACHI et al., 2002; IWAKI et al., 2012).

Fatores de Risco

O câncer bucal possui etiologia multifatorial, sendo o tabaco, o álcool, a radiação solar, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), o tipo de dieta e a ocupação profissional, fatores associados à sua ocorrência (INCA, 2019a). No entanto, o crescimento populacional, o envelhecimento da população e o desenvolvimento econômico, causaram mudanças na distribuição e na prevalência dos fatores de risco relacionados à sua ocorrência (BRAY et al., 2018).

O tabaco e o álcool ainda configuram como fatores de risco mais prevalentes no Brasil (SANKARANARAYANAN et al., 2015), e no Estado do Paraná dados coletados de 22.300 pessoas avaliadas em 25 anos de Campanha de Prevenção do câncer Bucal revelaram que 843 (22,59%) eram fumantes e 578 (15,49%) eram etilistas (SASSI et al., 2014a;).

Tabaco:

Na estatística mundial, 25% dos casos de câncer bucal estão relacionados com o uso do tabaco. No Paraná, na avaliação de 91 casos de câncer bucal provenientes de Londrina e Curitiba, 93% eram fumantes (LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009), e em outro estudo com pacientes idosos com câncer de orofaringe, 64% eram fumantes (BIXOFIS et al., 2014).

São conhecidas mais de 300 substâncias cancerígenas que estão presentes na fumaça do tabaco, como o hidrocarboneto benzopireno aromático e as nitrosaminas específicas do tabaco, geradas quando o tabaco queima. Outro fator que devemos considerar é a exposição contínua ao calor desprendido pela combustão do tabaco, que pode variar de 835 a 884°C, que potencializa as agressões sobre a mucosa da cavidade bucal. A associação do tabaco com o câncer bucal é dependente da dose, sendo que o risco aumenta nos tabagistas superiores há 20 anos e com consumo diário superior a 20 cigarros (ANDRADE et al., 2015; CREDICO et al., 2019; THOMSON, 2019).

O consumo de tabaco pela população paranaense sofreu mudanças nos últimos 30 anos, apresentando diminuição no período de 1989 a 2004, quando houve proibição das propagandas e divulgações direcionadas para a população. O surgimento de novas modalidades de uso do tabaco contribuiu para que a partir de 2008, o consumo voltasse a aumentar principalmente entre os adolescentes e adultos jovens. Diante desse quadro, em 2010 foi instituída a Política Estadual para o Controle do Tabaco que restringiu o consumo de tabaco em locais fechados (PARANÁ, 2010; SASSI et al., 2014a, INCA, 2019b).

O consumo do Narguilé aumentou em todo o país conforme dados publicados pelas pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde (INCA, 2019b). O narguilé pode causar danos tanto pela inalação da fumaça do tabaco e do carvão como também, pela transmissão de microorganismos devido ao compartilhamento das mangueiras do dispositivo. Ao contrário do que os usuários pensam, o narguilé possui mais exposição à fumaça e produz cinco vezes mais monóxido de carbono quando comparado ao cigarro. A quantidade de Hidrocarbonetos Aromáticos Policíclicos cancerígenos produzidos numa sessão de narguilé pode ser de 20 a 50 vezes maior do que a produzida pelo cigarro (ZAID et al., 2018; AMER et al., 2019; TAGHIBAKHSH et al., 2019).

O Cigarro eletrônico, o vaping, é um dispositivo à bateria que simula o cigarro convencional sendo composto por solução contendo propilenoglicol, glicerina vegetal, sabores concentrados e concentrações variáveis de nicotina. Análises químicas confirmaram a presença de toxinas e substâncias cancerígenas como as encontradas no cigarro convencional (TOMMASI et al., 2019).

Outra forma de consumo da nicotina se dá pelo uso do sistema de tabaco eletricamente aquecido (IQOS®) que é um dispositivo eletrônico no qual se insere o cigarro, e o tabaco é aquecido a 350°C. No cigarro convencional o tabaco queima a temperaturas superiores a 600° C, gerando a combustão que produz altos níveis de produtos nocivos à saúde. No sistema de tabaco eletricamente aquecido, a exposição por inalação a espécies reativas de oxigênio e compostos carbonílicos será menor, no entanto a quantidade de nicotina total e de base livre será a mesma de um cigarro convencional (SALMAN et al., 2019).

Álcool:

No mundo, de 7 a 19% dos casos de câncer bucal estão relacionados ao consumo excessivo de álcool, e da mesma forma que o tabaco, o risco é dose dependente, sendo que os indivíduos que consomem 4 a 5 doses diárias apresentam um risco 2 a 3 vezes maior em relação aos indivíduos que não consomem (ANDRADE et al., 2015; THOMSON, 2019). No estudo realizado em Curitiba e Londrina, o consumo excessivo de álcool estava presente em 76% dos casos de câncer bucal (LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009).

Apesar dos mecanismos de ação do álcool ainda não estarem bem estabelecidos, sabe-se que substâncias tóxicas, como a nitrosamina e os hidrocarbonetos, também estão presentes na sua composição. Estes compostos atuam diretamente aumentando a permeabilidade celular da mucosa aos carcinogênicos diversos e causando injúrias devido a metabólitos do etanol (aldeídos). De forma indireta, o consumo crônico causa deficiências nutricionais secundárias (THOMSON, 2019).

O álcool quando associado ao tabaco atua como um potencializador, aumentando de 5 a 9 vezes o risco de desenvolver um câncer bucal (BALBO et al., 2012), e aumenta em 30 vezes o risco em relação aos indivíduos que não fazem uso do tabaco e do álcool (INCA, 2019a).

Dieta:

Algumas deficiências nutricionais podem causar alterações epiteliais deixando a mucosa bucal mais vulnerável aos agentes carcinogênicos. A falta de antioxidantes associada a dietas inadequadas são fontes de radicais livres que são responsáveis por alteração no ADN. Destacamos que a dieta rica em gorduras, álcool e ferro ou pobre em proteínas, vitaminas (A, E, C, B2) e alguns minerais, tais como cálcio e selênio, é considerada um importante fator de risco (BRAVI et al., 2013).

Outro ponto que merece destaque é o hábito de consumir bebidas ou comidas quentes, que apesar

de não ser considerado fator isolado tão importante, a agressão térmica torna as células da mucosa vulneráveis à ação de outros agentes carcinogênicos. O Paraná atualmente é o maior produtor de erva-mate do Brasil, onde 96% do consumo é na forma de chimarrão, e apenas 4% como chá (SIGNOR; MARCOLIN, 2016; IBGE, 2019). No estudo realizado em Curitiba e Londrina, além do álcool e do tabaco, 40% dos indivíduos com câncer bucal, também faziam uso de bebidas quentes (LOSI-GUEMBAROVSKI et al., 2009). O consumo excessivo e prolongado de chimarrão é fator de risco para câncer de esôfago e vários estudos têm comprovado um aumento do risco relativo para o câncer bucal, principalmente nos pacientes que possuem fator de risco, como álcool e tabaco (GOLDENBERG, GOLZ, JOACHIMS, 2003; LORIA et al., 2009; DE-NEO-PELLEGRINI et al., 2013; LUBIN et al., 2014; INCA, 2019a).

Papilomavírus Humano:

Estudos mostram que a infecção pelo HPV (especialmente o subtipo 16), pode ser um fator de risco independente para o câncer de orofaringe, amígdalas e base de língua, pois além de atuar como modulador da carcinogênese em alguns cânceres induzidos pelo tabaco e o álcool, pode ser o principal agente oncogênico em cânceres que ocorrem em indivíduos não fumantes e não etilistas (PRABHU; WILSON, 2013; YANG, et al., 2019). Outro ponto que devemos destacar se refere ao fato da detecção do HPV ser mais frequente em indivíduos com mais de um parceiro sexual e com histórico de sexo oral, do que em pacientes tabagistas e ex-tabagistas, sugerindo a ocorrência da transmissão sexual do HPV principalmente nas infecções orofaríngeas (HECK et al., 2010; AJILA et al., 2015).

Exposições ocupacionais a agentes externos:

A exposição frequente à luz solar afeta pessoas que trabalham em ambiente externo como agricultores, trabalhadores da construção civil, carteiros, agentes de saúde, estivadores, portuários, etc. A exposição à luz ultravioleta (UV) pode produzir mutações no gene supressor de tumor p53, como também, mutações no gene da telomerase que resulta em apoptose tardia e imortalização das células. O lábio inferior e os indivíduos de pele clara são os mais afetados, sendo que os pacientes com histórico de exposição UV crônica devem ser monitorados, pois o dano causado é permanente e com o envelhecimento, alterações celulares podem surgir e necessitam de diagnóstico histopatológico. A maneira de prevenir é evitar o sol entre as 10:00 e 16:00 horas, e proteger os lábios com filtro solar ou o uso de chapéu. (MELLO et al., 2019)

Algumas atividades industriais submetem operários à exposição a substâncias químicas consideradas carcinogênicas. Trabalhadores de oficinas mecânicas podem apresentar risco mais elevado de câncer bucal e de orofaringe (ANDREOTTI, et al., 2006).

Desordens potencialmente malignas:

O câncer bucal pode se desenvolver a partir de lesões e condições potencialmente malignas, que apresentam um risco global de 12% de se transformarem em carcinoma espinocelular. Apesar de ser um risco baixo, o diagnóstico correto e o monitoramento destas desordens, possibilita o diagnóstico precoce do câncer bucal, que apresenta prognóstico favorável (NEVILLE, et al., 2009; SARODE et al., 2011; WARNAKULASURIYA et al., 2018).

• Leucoplasia

Segundo a Organização mundial de Saúde (OMS) a leucoplasia é definida como uma placa ou mancha branca que não pode ser removida por raspagem e que, clínica e histologicamente, não se assemelha a nenhuma outra lesão. O risco de transformação maligna varia de 4 a 6%, ocorrendo mais no sexo masculi-

no e acima dos 40 anos. Sua etiologia é desconhecida, mas estudos sugerem que podem estar relacionados ao tabaco, álcool, radiação solar e alguns microrganismos. Pode acometer a mucosa jugal, semimucosa labial inferior, língua, assoalho de boca, comissura labial e palato duro. Possui diferentes aspectos clínicos, sendo o mais comum representada por placa ou mancha branca com tamanho variável, assintomática, com aspecto homogêneo ou heterogêneo, lisa ou verrucosa. O diagnóstico é feito por biópsia incisional, e o epitélio displásico ou até um carcinoma in situ podem ser encontrados em 5% a 25% dos casos. A remoção total da lesão é recomendada na presença de atipia celular em grau moderado a severo. Nas lesões muito extensas ou com atipia leve, deverá ser feita a preservação do paciente, com acompanhamento a cada três meses (NEVILLE, et al., 2009; WARNAKULASURIYA et al., 2018).

A leucoplasia verrucosa proliferativa (LVP), é uma variante que apresenta maior risco de transformação maligna. Clinicamente observamos múltiplas placas ceratóticas com projeções de superfície ásperas, que tendem a se disseminar lentamente e envolver outros sítios da mucosa bucal, como a gengiva e rebordo alveolar (NEVILLE, et al., 2009; VILLA et al., 2018).

- **Eritroplasia**

A eritroplasia também é definida como mancha vermelha que não pode ser clínica ou histologicamente diagnosticada como qualquer outra condição. Apresenta um risco de transformação maligna 10 vezes maior que as leucoplasias, variando de 14% a 50% dos casos, pois geralmente as lesões apresentam displasia epitelial, carcinoma in situ ou carcinoma invasivo. Quando ocorre associada à leucoplasia, é denominada de leucoeritroplasia. Clinicamente caracteriza-se por mancha ou placa eritematosa, com textura macia e aveludada, assintomática, podendo ocorrer em borda e ventre de língua, assoalho e palato. Não apresenta predileção pelo sexo, e ocorre com mais frequência em indivíduos acima da quinta década de vida. O diagnóstico é realizado por meio de biópsia incisional e o tratamento consiste em remoção cirúrgica completa da lesão, e dependendo do grau de displasia epitelial encontrado a lesão deverá ser tratada como lesão maligna (NEVILLE, et al., 2009; WARNAKULASURIYA et al., 2018; HOLMSTRUP, 2018).

- **Queilite Actínica**

A queilite actínica é representada por alterações nos lábios com degeneração tecidual causada pela exposição crônica dos lábios aos raios UVA e UVB. O risco de transformação varia de 12 a 22%. Ocorre com maior frequência em homens, acima de 40 anos, leucoderma, que trabalham expostos ao sol e sendo o lábio inferior o mais atingido. Clinicamente observamos inicialmente uma vermelhidão nos lábios e de forma lenta, o surgimento de placas ou manchas brancas. Também pode ocorrer descamação, erosão, fissuras, ulceração e perda do limite entre vermelhão labial e pele. O diagnóstico pode ser realizado através dos aspectos clínicos e da biópsia incisional. O tratamento inclui desde o uso de barreiras mecânicas físicas (boné e chapéu) e químicas (protetor solar), como também a remoção cirúrgica, conforme o grau de atipia e/ou displasia da lesão (SANTOS et al., 2018; MUSE; CRAINE, 2019; MELLO et al., 2019).

- **Líquen Plano**

O líquen plano é uma doença inflamatória muco cutânea, que com frequência afeta a mucosa bucal, apresentando um risco de transformação maligna de apenas 1%. Afeta indivíduos adultos, acima dos 40 anos, com predominância pelo sexo feminino. Clinicamente apresenta formas variadas, sendo as formas típicas a reticular, papular e verrucosa, representadas por lesões brancas (placas, manchas e estrias – estrias de Wickham), enquanto as formas atípicas são representadas por lesões brancas entremeadas por áreas ulceradas, bolhas e erosão. Acomete a mucosa jugal, bilateralmente ou não, dorso, borda e ventre de língua, além de gengiva, podendo ou não apresentar ardência e sintomatologia dolorosa eventualmente. A doença

apresenta períodos de remissão e exacerbação, com piora nos períodos de estresse e depressão. O diagnóstico é feito clinicamente e com o auxílio de biópsia incisional. O tratamento é feito apenas em casos sintomáticos, com uso de corticóides tópicos e nos quadros mais graves corticóides sistêmicos e imunossuppressores (NEVILLE, et al., 2009, WARNAKULASURIYA et al., 2018).

Precisamos mudar o panorama do diagnóstico do câncer bucal, pois as lesões diagnosticadas tardiamente apresentam uma menor sobrevida, necessitando de tratamentos mais agressivos e mutiladores, gerando mais gasto para o serviço público e diminuindo a qualidade de vida do paciente (FORD; FARAH, 2013).

A detecção precoce do câncer bucal deve ser realizada pelos profissionais que atuam nas Unidades de Atenção Primária, que devem inserir na rotina de trabalho não apenas o controle dos pacientes que apresentam fatores de risco, mas também o diagnóstico e monitoramento das lesões potencialmente malignas (SANKARANARAYANAN et al., 2013; MANGALATH et al., 2014). Dentro deste panorama destacamos os pacientes com idade superior a 40 anos, etilistas, tabagistas, imunodeprimidos, portadores de distúrbios nutricionais gerais e pacientes com exposição constante a radiação solar sem proteção (INCA, 2019).

A detecção precoce do câncer bucal deve ser realizada pelos profissionais que atuam nas Unidades de Atenção Primária, que devem inserir na rotina de trabalho não apenas o controle dos pacientes que apresentam fatores de risco, mas também o diagnóstico e monitoramento das lesões potencialmente malignas (SANKARANARAYANAN et al., 2013; MANGALATH et al., 2014). Dentro deste panorama destacamos os pacientes com idade superior a 40 anos, etilistas, tabagistas, imunodeprimidos, portadores de distúrbios nutricionais gerais e pacientes com exposição constante a radiação solar sem proteção (INCA, 2019).

A prevenção e a disseminação das informações sobre saúde são formas eficientes para a diminuição da incidência e do dano causado pelo câncer bucal. E neste aspecto, o autoexame bucal tem um papel fundamental, sendo responsabilidade do cirurgião-dentista incentivar essa prática entre seus pacientes de todas as idades (TORRES-PEREIRA et al., 2012; TARQUINIO et al., 2013; MARTINS FILHO et al., 2014; MARTINS et al., 2015).

Fatores de risco a serem observados:

Idade superior a 40 anos, etilistas, tabagistas, imunodeprimidos, portadores de distúrbios nutricionais gerais, pacientes com exposição constante a radiação solar sem proteção

8. Uso Racional de Fluoretos

O fluoreto, independente do meio de uso, é extremamente eficaz para controlar a cárie dentária. O estado do Paraná apresenta serviços de saúde bucal e programas preventivos baseados no uso de fluoretos estabelecidos há muitos anos (Scarpelli et al., 1996; Baldani et al., 2003). A Secretaria da Saúde do Estado (SESA) tem estimulado os municípios a realizarem ações coletivas de bochecho com flúor e escovação dental supervisionada com dentifrícios (Paraná, 2013; 2016). Além disso, os programas de atenção precoce à saúde bucal, idealizados há anos por cursos de Odontologia do Paraná (Walter e Nakama, 1994; Scarpelli et al., 1996; Baldani et al., 2003; Caldarelli et al., 2019), encontram-se hoje estruturados em diversos municípios, sendo desenvolvidos em consonância com as demais estratégias preconizadas pelo governo (Paraná, 2013; 2016).

Diante disso, esse capítulo tem como objetivo elucidar questionamentos e orientar os profissionais dos serviços públicos de saúde do estado do Paraná sobre o uso racional de fluoretos baseado nas melhores evidências científicas disponíveis.

Uso do fluoreto no controle da cárie dentária:

O fluoreto tem sido considerado o principal responsável pelo declínio mundial da cárie dentária, o qual tem ocorrido desde a década de 60 (Narvai et al., 1999; Cury et al., 2004; Narvai et al., 2006). No Brasil, entre os fatores que contribuíram para a diminuição em nível populacional dessa doença encontram-se a descentralização do sistema de saúde brasileiro e as políticas nacionais embasadas no uso de fluoretos, como a fluoretação das águas de abastecimento público e a utilização abrangente de dentifrícios fluoretados.

Além da água e dos dentifrícios fluoretados, outras formas de utilização de fluoretos também vêm sendo empregadas, tanto como meios preventivos de âmbito populacional quanto para uso individual. Dentre eles destacam-se as soluções para bochechos, géis, espumas, vernizes, cariotáticos (diamino fluoreto de prata) e associações de meios. Torna-se importante ressaltar que, independentemente da forma de utilização, todos esses meios aumentam a concentração de flúor na cavidade bucal para interferir no processo de des e remineralização.

Neste contexto, já existe conhecimento consolidado de que o fluoreto importante é aquele presente na cavidade bucal, em contato com a estrutura dental, e não mais o flúor incorporado durante a formação dos dentes (Tenuta e Cury, 2016). Entretanto, a múltipla exposição aos fluoretos pode implicar em um maior risco de desenvolvimento de fluorose dentária em diferentes graus (único efeito colateral conhecido da exposição crônica ao flúor) e por esse motivo requer a adoção de práticas baseadas no uso racional e seguro, fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

O flúor não evita a cárie dentária

Como o flúor não interfere com os fatores etiológicos da doença, por exemplo, o acúmulo de bactérias sobre os dentes e a fermentação de açúcares em ácidos, ele apenas reduz/controla a manifestação (sinais) da doença.

Dentifrícios Fluoretados

Atualmente, as revisões sistemáticas têm concluído que o efeito na redução da prevalência da cárie dentária está fortemente associado ao uso de dentifrícios que possuam uma concentração de pelo menos 1000 ppm de flúor (Walsh et al., 2010). Sendo assim, os dentifrícios com baixa concentração de flúor não

apresentam evidência de sua eficácia no controle da cárie dentária em dentes permanentes (Walsh et al., 2010) e decíduos (Santos et al., 2013a). Ademais, ainda não existem dados clínicos disponíveis que mostrem que os dentifrícios com baixa concentração de flúor, independentemente da formulação, sejam eficazes na redução dos riscos de desenvolvimento de fluorose dental em crianças em idade pré-escolar (Santos et al., 2013b).

Dessa forma, considerando o mecanismo de ação descrito e as evidências científicas disponíveis, a recomendação de dentifrícios fluoretados deve ser realizada para todos os indivíduos. Especificamente para crianças menores, quando a higienização fica sobre a responsabilidade dos pais ou responsáveis e o comportamento da criança pode ser um complicador, os dentifrícios fluoretados estão indicados independentemente da idade, desde que sejam utilizados de forma racional. (Tenuta; Chedid e Cury, 2012).

Nesse contexto, a recomendação universal é a de utilizar uma pequena quantidade de dentifrício para cada escovação, e que ocorra preferencialmente após as refeições, quando a presença de alimento no estômago reduzirá a absorção do fluoreto do dentifrício inadvertidamente ingerido.

Qual a frequência de escovação com dentifrício fluoretado?

O uso frequente de 2 a 3 vezes ao dia de dentifrício fluoretado auxilia na manutenção constante do fluoreto na cavidade bucal, importante para controlar os processos de desmineralização.

Bochechos Fluoretados

Embora, os bochechos fluoretados foram extremamente relevantes antes do impacto do uso de dentifrícios no controle da cárie dentária, sua indicação no presente é muito mais individual, em termos de risco ou atividade de cárie (Cury e Tenuta, 2015). Revisões sistemáticas têm indicado que o uso regular (diário ou semanal) e supervisionado de soluções fluoretadas por crianças e adolescentes encontra-se associado a uma redução na ordem de 30% da cárie dentária em dentes permanentes (Marinho et al., 2016). No entanto, sua utilização em associação com os dentifrícios fluoretados sugere um modesto efeito adicional na redução da cárie dentária quando comparado à utilização dos dentifrícios isoladamente (Marinho et al., 2004), ressaltando a importância destes últimos como principal meio de uso de flúor no controle da doença.

Em adição, o uso de bochechos não faz parte da cultura de muitos indivíduos, sendo necessária a instituição de novos hábitos, o que exige habilidade profissional para mudar comportamento (Cury e Tenuta, 2015). Ao mesmo tempo, existem outros meios de uso de flúor ou substâncias de competência exclusiva dos profissionais.

Para crianças menores de dois anos não é recomendado nenhum tipo de solução de flúor para a aplicação tópica

Em muitos casos, essas crianças já recebem o benefício do dentifrício fluoretado e da água fluoretada, ingerida e utilizada no preparo de alimentos. Caso apresentem alto risco para o desenvolvimento de cárie dentária, outros produtos fluoretados tem melhor indicação.

Géis, Espumas e Vernizes Fluoretados

Nos produtos de aplicação profissional encontra-se uma alternativa para tentar compensar o não auto uso ou a deficiência em medidas preventivas dos pacientes (Cury e Tenuta, 2015). A utilização de géis, espumas e vernizes é extremamente apropriada em termos da atenção de acordo com as necessidades. As aplicações do ponto de vista individual encontram-se relacionadas com indicadores de risco e atividade de

cárie e do ponto de vista coletivo, quando a prevalência da doença na população foi reduzida, mas grupos continuam apresentando alta atividade de cárie (polarização da cárie dentária). Dessa maneira, a utilização de meios de aplicação profissional de flúor, com efetividade comprovada por estudos clínicos controlados (Marinho et al., 2003), deve ser vista como um meio complementar ao uso de flúor pelos pacientes a partir da água e dentífrico fluoretado (Cury e Tenuta, 2015).

O protocolo de reaplicação do flúor tópico, também conhecido como “fluorterapia intensiva” ou “tratamento de choque”, está relacionado à ação dos reservatórios de fluoreto de cálcio (CaF₂) formados após aplicação, que podem levar semanas para se dissolver completamente (Tenuta et al., 2008; 2010). A recomendação se mostra eficiente principalmente devido aos retornos semanais do paciente, os quais servem como um fator motivacional na manutenção do autocuidado (Cury e Tenuta, 2015).

Não existe um protocolo universal para aplicação tópica de fluoretos!

Cabe ao cirurgião dentista utilizar os produtos de aplicação profissional de flúor da forma que melhor atenda as necessidades de seu paciente ou as possibilidades de utilização na sua comunidade.

9. Odontologia não invasiva e minimamente invasiva

9.1 Diamino Fluoreto de Prata - Cariostático

Ao se falar sobre Odontologia de resultados, eficiente, não invasiva e com excelente custo-benefício, não se pode deixar de lado um recurso valioso que vem sendo redescoberto nos últimos anos. Trata-se do diamino fluoreto de prata, comumente conhecido como cariostático.

O uso do diamino fluoreto de prata (cariostático) é relatado desde longa data, tanto na prevenção quanto na paralisação das lesões de cárie, principalmente envolvendo dentina (Santos et al., 2008). No estado do Paraná, historicamente sua utilização encontra-se relacionada como uma das principais estratégias na estruturação do Programa de Atenção Precoce à Saúde Bucal (Bebê-Clínica) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (Walter e Nakama, 1994; Scarpelli et al., 1996; Baldani et al., 2003; Caldarelli, 2017).

Este produto foi formulado a partir de soluções tópicas tradicionalmente utilizadas: o fluoreto de sódio e o nitrato de prata. Todavia, ao se combinar tais soluções, obteve-se uma solução estável e potente, capaz de paralisar ou retardar a progressão de lesões cariosas em dentes decíduos e permanentes.

Há relatos na literatura odontológica de sucesso no controle da doença cárie em dentes decíduos (LLODRA et al., 2005; YEE et al., 2009; DUANGTHIP et al., 2016), primeiros molares permanentes (LLODRA et al. 2005, BRAGA et al. 2009, LIU et al. 2012) e lesões de cárie radicular (OLIVEIRA et al., 2018), além de tratamento de hipersensibilidade dentinária (HENDRE et al., 2017). Diferentes revisões sistemáticas inclusive demonstraram superioridade do DFP se comparado ao verniz fluoretado para controle de cárie em pacientes infantis (ROSENBLAT et al., 2009; CHIBINSKI et al., 2017) e em lesões de cárie radicular (SEIFO et al., 2019).

Pode-se considerar o DFP como um medicamento de ataque, quando se precisa de uma resposta rápida e efetiva na paralisação da atividade de cárie, evitando sua progressão para quadros mais complexos, como um envolvimento pulpar ou maiores perdas de tecido dental. A situação clínica característica envolve o paciente que apresenta múltiplas lesões de cárie ativa, associadas a comportamentos inadequados de higiene e dieta. Num ambiente bucal tão desequilibrado, qualquer tentativa restauradora terá grande chance de fracasso. Com a utilização do DFP, o profissional ganha tempo para readequar hábitos e planejar o tratamento sem preocupações com a evolução das cavitações.

É importante lembrar que há um efeito bastante indesejável que acompanha o uso do DFP: o manchamento do tecido cariado. A questão estética pode pesar no momento da definição do plano de tratamento. Deve-se lembrar, no entanto, que o manchamento dentário não precisa ser considerado definitivo. A qualquer tempo, há a possibilidade de restaurar a cavidade que foi tratada com DFP, eliminando o escurecimento e devolvendo a estética perdida. Isto pode ser feito com restaurações em cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade ou resina composta tão logo o equilíbrio da cavidade bucal seja restabelecido. Em dentes decíduos, no entanto, dependendo da idade da criança e do ciclo biológico do dente, o DFP é mantido até a esfoliação fisiológica do dente.

Lesões de cárie paralisadas após a aplicação do diamino fluoreto de prata tornam-se enegrecidas!

Os profissionais devem informar os pais ou responsáveis sobre as vantagens e limitações das aplicações do cariostático e compartilhar a decisão sobre a indicação do tratamento para cada caso específico.

Indicações:

O uso do DFP é universal, podendo ser utilizado em bebês, crianças, adolescentes e adultos. Particularmente em relação às características do paciente, o DFP está indicado para crianças de pouca idade de comportamento difícil, crianças portadoras de cárie na primeira infância, pacientes portadores de necessidades especiais e pacientes idosos; nestes últimos, o foco do tratamento são as lesões de cárie radicular ou a hipersensibilidade dentinária.

Deve ser aplicado em cavidades com lesões de cárie ativa, desde que o diagnóstico pulpar do dente mostre presença de vitalidade pulpar sem sinais e sintomas de patologias pulpares; a presença de dor espontânea, contínua ou noturna contraindica seu uso. Também está indicado para controle de lesões de cárie de esmalte; particularmente para lesões proximais não cavitadas o uso do DFP é bastante interessante. Por dispensar remoção de tecido cariado, preparo cavitário, anestesia local ou isolamento absoluto, o produto pode ser aplicado fora do consultório odontológico, podendo ser uma alternativa para controle de cárie em escolares, asilos, comunidades quilombolas entre outras. Assim como as restaurações atraumáticas, é um recurso inclusivo e importante para reduzir as iniquidades em saúde bucal.

Informações importantes:

- O DFP não pode ser aplicado sobre polpa exposta ou em dentes com alterações pulpares irreversíveis;
- A solução de DFP não deve entrar em contato com pele, roupas ou qualquer superfície devido ao manchamento;
- Para pacientes não cooperadores, o tempo de aplicação pode ser reduzido sem prejuízo significativo ao desfecho clínico;
- É necessário informar o paciente e/ou os responsáveis sobre o escurecimento da lesão e obter o consentimento por escrito destes para realização do tratamento com DFP;
- E principalmente: O DFP deve ser visto como um recurso adicional entre tantas opções que o profissional tem para o tratamento da doença cárie. Não deve ser utilizado em todos os pacientes ou todas as situações clínicas, mas em situações específicas e associado a outros procedimentos, como controle da dieta e da higiene bucal

- ▶ Protocolo do cariostático, no anexo.

9.2 O Tratamento Restaurador Atraumático

O Tratamento Restaurador Atraumático (ART) é uma abordagem contemporânea para terapêutica da doença cárie, que contempla os princípios de cariologia previamente discutidos. Trata-se de uma opção de tratamento restaurador incentivada pelo Ministério da Saúde e que consta nos Cadernos de Atenção Básica (nº 17) (BRASIL, 2006) e na Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (COSTA et al., 2004). É uma opção minimamente invasiva, de intervenção simplificada, efetiva e capaz de ampliar o acesso a cuidados odontológicos básicos para toda a população.

Possui dois componentes principais: o selante ART e a restauração ART. Por meio destes componentes, é possível prevenir o desenvolvimento de lesões em fósulas e fissuras (selantes ART) e impedir a progressão de lesões cavitadas (restaurações ART). Em ambos os componentes, as ações desenvolvidas visam facilitar a remoção do biofilme dental e favorecer o equilíbrio da cavidade bucal, consequentemente, controlando a doença cárie (CHIBINSKI et al., 2019).

A técnica consiste no preparo da cavidade e remoção da dentina infectada (sem potencial de reorganização) com colheres de dentina e instrumentos cortantes manuais, seguida pela restauração da cavidade

com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade, sem o uso de anestesia local e isolamento absoluto. Pode ser realizado em consultório odontológico ou em ambientes alternativos, como escolas, asilos, hospitais ou qualquer ambiente que ofereça um espaço adequado, com mesas, cadeiras e boa iluminação para acomodar pacientes e profissionais. O ART é um tratamento inclusivo, indicado para dentes decíduos e permanentes e indicado em todas as faixas etárias, desde bebês e pré-escolares, até idosos, gestantes, pacientes institucionalizados e pacientes portadores de necessidades especiais .

Diagnóstico/Indicação clínica

O diagnóstico / indicação clínica do dente que receberá uma restauração atraumática deve levar em conta duas situações: a condição pulpar e a estrutura coronária remanescente.

Em relação à condição pulpar, assim como em qualquer procedimento restaurador, um dente só poderá receber uma restauração atraumática se apresentar uma polpa vital, sem a presença de sinais ou sintomas de patologia pulpar como dor noturna/espontânea, fistula, abscesso, mobilidade ou exposição pulpar. A presença de hiperemia pulpar não é uma contra-indicação.

Considerando-se a estrutura coronária remanescente, esta deve ser capaz de reter uma restauração em cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade. Portanto, restaurações de ângulo em dentes anteriores ou com envolvimento de cúspides e múltiplas superfícies em dentes posteriores não devem ser realizadas, já que tendem ao insucesso em curto período de tempo.

Já em relação aos selantes ART, estes serão sempre realizados em associação com as restaurações atraumáticas em dentes posteriores e são o procedimento de escolha para controle de cárie em molares permanentes em erupção ou em qualquer situação onde o controle de umidade do campo operatório possa ser um problema, contra-indicando o uso de selantes resinosos.

No que diz respeito aos pacientes, o Tratamento Restaurador Atraumático é bastante inclusivo e pode ser utilizado nos diferentes ciclos de vida. Sua utilização adquire maior importância ainda no tratamento de lesões de cárie em populações que apresentam desafios adicionais para o cirurgião-dentista como no cuidado de bebês e pré-escolares portadores da cárie da primeira infância (FAUSTINO-SILVA; FIGUEIREDO, 2019), em pacientes idosos (DA MATA et al., 2019) e portadores de necessidades especiais (MOLINA et al., 2019)

A seleção do cimento de ionômero de vidro (CIV)

As restaurações atraumáticas e selantes ART só podem ser realizadas com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade. Os CIVs de alta viscosidade apresentam todas as características desejáveis presentes nos CIV de média viscosidade, ou seja, adesividade, menor sensibilidade à umidade, coeficiente de expansão térmica semelhante aos tecidos dentários, além da propriedade de liberação de flúor. No entanto, comparado aos CIV de média viscosidade, os CIV de alta viscosidade têm uma proporção pó-líquido mais alta (> 3,6: 1), partículas menores (2 µm) e 7 a 9% de ácido liofilizado agregado ao pó (MOURA et al., 2020). Estas modificações alteraram as propriedades mecânicas do material, tornando-o mais resistente aos esforços mastigatórios e com menor tempo de presa, características fundamentais para a realização de restaurações atraumáticas. A utilização de CIV de média viscosidade para restaurações atraumáticas não é indicada e resulta em desempenho inferior das restaurações (MOURA et al., 2020).

Deve-se salientar que as melhores propriedades do CIV de alta viscosidade só serão alcançadas se houver respeito à proporção pó-líquido (verificar as recomendações do fabricante na bula), adequada manipulação e inserção na cavidade e proteção contra sinérese e embebição.

Vantagens

Entre as vantagens das restaurações atraumáticas destacam-se:

- baixo custo, que amplia o alcance social do Tratamento Restaurador Atraumático;
- a possibilidade de ser realizado fora do consultório odontológico, que permite seu emprego em creches, hospitais, asilos, entre outros ambientes;
- redução dos níveis de ansiedade do paciente já que o procedimento restaurador dispensa o uso de anestesia local, isolamento absoluto e uso de alta ou baixa rotação. (FRENCKEN, 2017; NAVARRO et al., 2015);
- favorecimento da preservação da estrutura dentária, uma vez que o preparo cavitário é restrito a remoção seletiva do tecido cariado;
- estímulo do reparo fisiológico da dentina, com reorganização e remineralização da cariada remanescente (CHIBINSKI et al., 2016);
- promoção de um melhor controle do biofilme, uma vez que ao selar a cavidade de cárie elimina sítios retentivos de biofilme dental (FRENCKEN; LEAL; NAVARRO, 2012);
- redução a necessidade de tratamentos futuros mais complexos como endodontias e prevenir exodontias (MICKENAUSSCH; FRENCKEN; VAN'T HOF, 2016).

Longevidade das restaurações

As melhores taxas de sobrevida das restaurações atraumáticas são obtidas em cavidades simples (oclusais), tanto para dentes decíduos quanto permanentes. Neste padrão de cavidade, os resultados dos estudos de longevidade demonstram sucesso clínico similar ao das restaurações convencionais em resina composta ou amálgama (DE AMORIM et al., 2018) e portanto, as restaurações atraumáticas podem ser consideradas como primeira opção restauradora.

Já em cavidades de múltiplas superfícies, a taxa de sobrevida será menor (DE AMORIM et al., 2018), com tendência a fraturas e perda da restauração a medida que o tamanho da cavidade aumenta e o ocorra envolvimento de cúspides.

Para selantes ART, lesões de cárie só foram detectadas em 0.9% dos molares permanentes selados após 3 anos de acompanhamento, com desempenho semelhante aos selantes resinosos (DE AMORIM et al., 2017).

Considerações finais

É importante que o profissional considere o ART como uma alternativa ao tratamento convencional e considere as restaurações atraumáticas e selantes ART como procedimentos definitivos a médio e longo prazo. No entanto, assim como qualquer procedimento odontológico, o sucesso das restaurações atraumáticas depende do correto diagnóstico e da indicação precisa para o sucesso a longo prazo, bem como da excelência na execução da técnica e da associação com outros métodos preventivos com o objetivo primordial de promover saúde bucal.

- Protocolo de ART, no anexo.

10. Programas Estratégicos

10.1 Programa Saúde na Escola – PSE

A escola é um dos espaços de proteção social mais propícios e prioritários para a promoção de hábitos saudáveis, por caracterizar-se como um espaço de formação e potencialização de hábitos e práticas, no qual as crianças e adolescentes passam grande parte do tempo e que podem se perpetuar por toda a vida.

O Programa Saúde na Escola – PSE, ação interministerial entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, contribui para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção de agravos, promoção e da atenção à saúde.

No ciclo 2019/2020, 373 municípios paranaenses aderiram, contemplando cerca de 980 mil educandos entre crianças, adolescentes e jovens de 4.470 escolas.

O programa contempla a realização de 12 ações, sendo elas:

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

Para subsidiar e nortear as ações em saúde bucal, o Ministério da Saúde lançou em 2016, o Caderno Temático do PSE: Promoção da Saúde Bucal, evidenciando a importância das ações desenvolvidas de forma intersetorial entre escola e unidade de saúde, contribuindo para a formação integral de educandos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a promoção de saúde bucal em escolas tem como objetivo desenvolver estilos de vida saudáveis e práticas de autocuidado. Uma abordagem integrada que desenvolva ações focadas no aspecto educacional e em articulação com a saúde que podem interferir nos fatores de riscos comuns e contribuir efetivamente para a saúde bucal dos educandos. Nesse contexto, a avaliação de saúde bucal tem como objetivo minimizar os possíveis riscos a que as crianças e adolescentes estejam expostos no ambiente escolar e no território em que vivem.

Desta forma os temas relacionados à saúde bucal serão abordados com foco na promoção e atenção à saúde e prevenção de doenças e agravos, como preconiza o Programa Saúde na Escola. As práticas de avaliação das condições de saúde bucal devem estar articuladas entre as ações de educação em saúde e identificação dos determinantes sociais que contribuem e prejudicam a saúde bucal no território compartilhado entre escola e unidade de saúde para que sejam efetivas na produção de saúde integral. A participação ativa dos educandos e das famílias em todo o processo também é fundamental para que se produza saúde e educação integral.

As ações que precisam ser realizadas para os educandos em saúde bucal, envolvem a avaliação, por meio de inspeção e de atenção às queixas referidas pelos educandos, que é uma forma da equipe identificar possíveis alterações relacionadas à saúde bucal. É importante, também, que a avaliação não se restrinja ao exame individual de cada educando, mas mapeie os fatores de risco que são comuns nesse espaço como a alimentação, especialmente o consumo de açúcar; o uso do tabaco; entre outros.

É fundamental sistematizar os dados coletados sobre a saúde bucal dos educandos e fatores de risco no ambiente da escola para possibilitar a construção e o desenvolvimento de políticas e práticas de promoção da saúde bucal, a definição de objetivos e metas, bem como a avaliação de sua eficácia ao longo do processo. Pode-se verificar a necessidade do uso de flúor direcionado para grupos mais vulneráveis ou a realização de escovação supervisionada - que são estratégias de enfrentamento às possíveis alterações e fatores de risco presentes. A avaliação de saúde bucal deve ser realizada, preferencialmente, uma vez ao ano, em todos os níveis de ensino, para possibilitar o planejamento de ações intersetoriais de forma a manter um processo dinâmico de mapeamento da situação da saúde bucal nas escolas.

As ações de promoção da saúde compreendem a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada e a aplicação tópica de flúor. Capacitação de professores e equipes pedagógicas de referência de saúde bucal na escola, assim como o estímulo a visitas regulares ao dentista de acordo com a necessidade identificada para cada estudante, podem ser ideias que compõem o projeto de cuidado da saúde bucal na escola. A frequência da realização das ações referentes à aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada será determinada pelo resultado obtido na avaliação da saúde bucal de todos os educandos. A ação de escovação supervisionada realizada por profissionais da saúde (escovação supervisionada direta) deverá ocorrer minimamente duas vezes ao ano e a realizada por educadores (escovação supervisionada indireta) poderá ocorrer mais vezes no cotidiano escolar.

10.2 Programa Estadual de Mínima Intervenção em Odontologia - Projeto ART

O Projeto do ART, como foi originalmente chamado, teve início em 2017 diante de um levantamento do indicador de exodontia das Regionais de Saúde do estado do Paraná. Ao se analisar os dados da Regional de Telêmaco Borba, composta por sete municípios, observou-se que esta apresentava os indicadores mais altos de todo Estado.

Uma proporção de exodontia elevada poderia ser explicada por um modelo de assistência odontológica tecnicista, mutiladora e/ou a falta de capacidade resolutiva dos serviços na Atenção Primária. Após análise da área técnica da SESA, entendeu-se que o processo de trabalho na referida Regional era focado no tratamento restaurador convencional associado ao fato de que não havia referência para encaminhamento ao Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

Os municípios desta Regional tinham os indicadores de exodontia quatro vezes maiores que a média de outros municípios do mesmo porte. A análise do indicador de exodontia é uma forma de avaliar as práticas de trabalho nas Unidades de Atenção Primária (Brasil, 2013), que são as responsáveis pelas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Portanto, a implantação de uma abordagem alternativa, baseada em técnicas minimamente invasivas para manejo da doença cárie poderia, ao longo do tempo, resultar em melhora no indicador de exodontia e na saúde bucal da população como um todo. Para modificação deste quadro, houve a intervenção imediata da SESA, ao indicar a Regional de Telêmaco Borba para realização de uma ação piloto do Projeto ART.

O projeto foi apresentado detalhadamente pela Divisão de Saúde Bucal para os gestores Municipais em Comissão Intergestores Bipartite Regional (CIR). Ao aceitar a proposta, os gestores e as equipes de saúde bucal assinaram um termo de adesão, informando Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). No termo, constavam compromissos das partes envolvidas: a gestão estadual responsabilizou-se pela capacitação dos profissionais, fornecimento de material restaurador, apoio às equipes na implantação da Linha de Cuidado em Saúde Bucal, dentre outros; e a gestão municipal ofereceu plenas condições de trabalho para as equipes, com estrutura física adequada e apoio no que se fizesse necessário. Importante salientar também que as equipes de saúde bucal que concordaram em aderir ao projeto do ART também se comprometeram com o projeto, concordando em realizar o tratamento restaurador atraumático, sempre que indicado, como tratamento de primeira escolha.

Para tanto, a SESA estabeleceu uma parceria com a Universidade Estadual de Ponta Grossa, conhecida pela atuação em ensino e pesquisa na área da Odontologia Minimamente Invasiva, para capacitação dos profissionais da ponta, um eixo fundamental para realização deste projeto. O início da capacitação dos profissionais participantes do projeto se deu em 2017, quando a SESA realizou uma capacitação com todas as equipes da Regional Telêmaco Borba que aderiram ao projeto – cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal - seguida por um workshop ministrado pela Prof.^a Ana Claudia R Chibinski da UEPG e equipe. Neste momento, os profissionais participantes passaram a utilizar o Tratamento Restaurador Atraumático com maior frequência e a documentar em planilha específica, tais procedimentos.

Ao final de um ano do Projeto Piloto, foram observados resultados positivos naquela regional e se comprovou o benefício da expansão do projeto para todas as Regionais de Saúde. Termos de compromisso foram novamente firmados entre as partes. No Estado do Paraná, haviam 1.303 equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família (dado – MS/egestor Mar/18). Destas, 455 equipes aceitaram participar do projeto ART no momento denominado expansão – 2018.

Todavia, a capacitação agora se deu num formato um pouco diferente do original. O segundo treinamento com todas as equipes que aderiram ao projeto ART (nesta fase denominado projeto de expansão), foi realizado em abril de 2018 na sede da 3ª Regional de Saúde – Ponta Grossa (PR) por vídeoconferência, com organização da Divisão de Saúde Bucal da Secretaria Estadual de Saúde e com a Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia Rodrigues Chibinski representando a Universidade Estadual de Ponta Grossa. Houve a transmissão, em tempo real, para todas as 22 Regionais do Estado. Nesta ocasião, participaram 421 profissionais, sendo 256 cirurgiões-dentistas e 165 outros profissionais da equipe de saúde bucal.

A vídeoconferência seguiu o roteiro e conteúdo da capacitação realizada anteriormente. Uma vez que havia possibilidade de comunicação em tempo real entre a sala geradora e as salas remotas, os profissionais participantes deste treinamento foram encorajados a participar, apresentando suas dúvidas e observações a todo grupo.

O monitoramento do projeto do ART se deu por meio de duas planilhas a serem preenchidas pelas equipes e enviadas periodicamente às Regionais de Saúde. Uma delas se referia a quantidade de tratamentos iniciados/mês e a quantidade de tratamentos concluídos/mês, indicando assim a resolutividade daquelas equipes.

É importante ressaltar que também se considerava se os tratamentos concluídos foram realizados no modelo convencional ou ART. A segunda planilha dizia respeito ao indicador de exodontia (razão do número de exodontias sobre procedimentos odontológicos básicos individuais – procedimentos restauradores e preventivos vezes 100).

No caso do Paraná como um todo, foi observado um decréscimo no indicador exodontia, de 6,58% em 2017, para 4,3% em 2018 e 5,7% em 2019, dado bastante importante e que também reflete ações pregressas, como a implantação da Rede de Saúde Bucal em 2014.

Particularmente nos municípios pertencentes a Regional de Saúde de Telêmaco Borba, houve uma redução no índice de exodontia em todos os municípios participantes do projeto: o índice geral passou de 14,1% em 2017, para 10,5% em 2018 e 10,1% em 2019. Individualmente, considerando-se a Unidade de Atenção Primária, com equipe comprometida e alinhada ao projeto ART, resultados ainda mais significativos foram encontrados. Espera-se que, assim como observado em outros países da América Latina, ao longo do tempo a implementação do ART na atenção odontológica de Saúde Pública configure-se num meio efetivo de aumentar o acesso aos serviços básicos de saúde, particularmente para setores mais carentes da população (Estupiñán-Day et al., 2013). Consequentemente, as necessidades de tratamento restaurador poderão ser supridas num momento anterior da história da doença cárie, evitando a experiência mutiladora da exodontia e melhorando ainda mais a saúde bucal da população.

Outra observação importante que se pode fazer a partir destes dados iniciais diz respeito ao número de pacientes que puderam ser tratados com o ART, que variou entre 23% e 37% nas regionais analisadas. Portanto, aproximadamente 1/3 dos pacientes puderam receber o Tratamento Restaurador Atraumático. Realmente, não se espera que o ART seja a resposta a todas as necessidades dos pacientes que procuram atendimento em função da doença cárie. Assim como qualquer protocolo de tratamento, o ART apresenta limitações, relacionadas por exemplo a restaurações de cavidades de múltiplas faces, como em lesões de Classe IV ou cavidades atípicas.

Estratégias de sucesso passam, necessariamente, pela organização de uma agenda de treinamento e tutoria constante para os profissionais, desenvolvimento e execução de um sistema capaz de monitoramento dos tratamentos realizados, encontros frequentes para análise e discussão dos resultados e a colaboração entre gestores públicos (nas diferentes esferas) e as universidades (Frencken et al., 2012).

O investimento em programas de qualificação favorece tanto o Estado quanto o profissional, e é essencial para se alcançar mudanças significativas nas práticas das equipes de saúde bucal. O treinamento profissional é um dos requisitos básicos para manter a qualidade da equipe e consequentemente a incorporação gradativa da Odontologia Minimamente Invasiva na Saúde Pública do Paraná.

O Tratamento Restaurador Atraumático não deve ser considerado como sinônimo de técnica restauradora. Sua característica terapêutica extrapola a característica restauradora. A filosofia que embasa o ART é fundamentada na Odontologia Minimamente Invasiva e busca o controle da doença cárie. Em determinado momento da evolução da doença, o ART inclui a realização de restaurações atraumáticas, mas medidas não invasivas de controle da cárie, como selantes, ART, fluoroterapia e diaminofluoreto de prata, além de ações de educação e motivação em saúde bucal são fundamentais para o controle da doença e sucesso do tratamento. É o conjunto destas ações, suportadas pelos avanços científicos da Cariologia, que devem pautar os cuidados odontológicos na atenção básica.

As Universidades, enquanto polos de formação profissional, geração e difusão do conhecimento, tem, na capacitação e treinamento dos profissionais de saúde pública uma de suas funções sociais mais importantes. A capacitação dos profissionais e treinamento em serviço vão garantir que modelos de conduta ultrapassados sejam gradativamente substituídos, abandonando a Odontologia meramente técnica e curativa, tornando-a cientificamente atualizada e com enfoque biologicista. É a união dos esforços nas diferentes esferas que fará a diferença na estruturação de uma Odontologia Pública resolutiva, inclusiva e mais humana.

10.3 Programa Estadual de Bochecho com Flúor

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná implantou em 1980 o Programa Estadual de Bochecho com Flúor, como parte do Programa Saúde Escolar, instituído pelo decreto nº 3046, de 10 de outubro de 1980, beneficiando escolares na faixa etária de 6 a 12 anos. Durante este período o programa mantém uma média de 800 mil escolares realizando semanalmente o procedimento. A SESA fornece os sachês de fluoreto de sódio para o preparo da solução conforme orientação.

A expansão do Programa Estadual de Bochechos com Flúor até 15 anos tem por base os resultados dos estudos epidemiológicos, principalmente o SB 2010 (Saúde Bucal 2010), que apontam um aumento da prevalência da doença cárie entre 12 e 19 anos, com o índice CPO-D de 2,07 aos 12 anos saltando para o CPO-D de 4,25 dos 15 aos 19 anos.

Os sachês de flúor são distribuídos semestralmente para as Regionais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde encaminharão os sachês periodicamente às escolas de seu município, as quais mensalmente informarão o número de alunos beneficiados naquele período. É importante ressaltar que o programa se constitui da integração entre Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria de Educação.

Instruções de Uso

O bochecho com flúor deve ser realizado semanalmente nos escolares de 6 – 15 anos de escolas municipais e estaduais.

O Fluoreto de Sódio, utilizado no Programa Estadual de Bochecho com Flúor é apresentado sob a forma de sachê com 1,0 grama do produto, fornecido pela SESA.

Preparo da solução

Para o preparo da solução de Fluoreto de Sódio a 0,2% (bochecho semanal), utilize a seguinte relação:

Solução de Fluoreto 0,2%
1 SACHÊ: 500ml de água - para 50 bochechos
2 SACHÊS: 1000ml de água - para 100 bochechos

1. Em um FRASCO PLÁSTICO adicionar o conteúdo do sachê de Fluoreto de Sódio na quantidade de água indicada e misturar até sua completa diluição.

2. Por medida de segurança e organização o frasco deve ser rotulado com identificação do produto: SOLUÇÃO DE FLUORETO DE SÓDIO PARA BOCHECHO.

3. Realizar o bochecho utilizando de 5 a 10 mL da solução durante 1 minuto e então cuspir/eliminar a solução. A solução não pode ser deglutida.

Orientações
1. A solução deve ser administrada no momento do preparo. Não deve ser armazenada preparada.
2. Os sachês devem ser armazenados em local seco, em temperatura ambiente e protegido por luz.
3. O conteúdo do sachê e a solução preparada não podem ser ingeridos.
4. Manter fora do alcance de crianças.

Toxicidade

1. Em casos de deglutição acidental, a recomendação é tomar 200mL de leite e observar o aluno.
2. Na presença de sintomas como náusea, dor gástrica, fraqueza, diarreia e dor de cabeça, procurar orientação médica imediatamente.

10.4 Programa Estadual de Detecção Precoce de Câncer Bucal

O câncer bucal é um dos agravos complexos que exige da rede de saúde uma articulação cuidadosa para garantir a prevenção primária e secundária e um itinerário que permita ao usuário o acesso tempestivo aos recursos de diagnóstico, tratamento e reabilitação. São reconhecidos alguns fatores que levam os pacientes a experimentar intervalos inaceitáveis principalmente nas etapas de diagnóstico clínico, laboratorial e tratamento (ZAVAREZ,2017).

Para o diagnóstico, é necessário que a rede de serviços tenha fluxo, recursos humanos e materiais que possam responder ao problema mundial de um paciente que chega aos serviços ainda, em grande maioria, com lesões malignas de estadiamento avançado, que reduzem as chances de sobrevivência e elevam a morbidade do tratamento (TORRES-PEREIRA et al. 2010). A maior parte das recomendações para o diagnóstico sugerem que esta seja uma ação também de responsabilidade da atenção primária. Portanto, espera-se que os dentistas e demais profissionais de saúde das unidades de entrada na rede sejam capazes de identificar usuários com maior exposição aos fatores clássicos de risco e a instituir a biópsia como recurso da carta de serviços da rede de atenção primária (BRASIL,2006). Entretanto, é sabido que muitos profissionais não se sentem preparados nem para a diagnóstico clínico diferencial de lesões compatíveis com o câncer bucal, tampouco familiarizados com a execução técnica de biópsias (CARRARD et al. 2018). Além disso, é comum que haja desconhecimento sobre o correto acondicionamento da peça cirúrgica, do preenchimento de requisições de exame anatomopatológico e da disponibilidade de laboratórios de exame tecidual na rede (ZIMMERMANN et al, 2017). Mesmo em municípios com redes de saúde mais estruturadas este problema permanece sendo relevante, o que faz com que os indicadores de intervalo para diagnóstico, e intervalo para o tratamento não tenham sofrido grande impacto mesmo após importante expansão do número de profissionais e cobertura de assistência em saúde bucal no país (ZAVAREZ,2017) (ROCHA et. al.2017) .

Ações sugeridas

Identificar profissionais do quadro local com perfil técnico para biópsia dos tecidos moles da boca e ósseas maxilares.

Identificar necessidades de treinamento e articular ações para educação continuada e desenvolvimento de competências para a suspeição e diagnóstico do câncer bucal.

Estabelecer e facilitar o fluxo com laboratórios da rede para rotina de análise citológica e anatomopatológica de amostras orais.

Engajar as equipes para adoção de ações de telessaúde, quando disponíveis, com possibilidade de segunda opinião / teleconsultoria em casos de lesões bucais.

Registrar indicadores do número de casos, estadiamento, itinerário de referência e morbimortalidade.

Quadro 1. Ações em rede e ações dos profissionais sugeridas para articular e racionalizar o fluxo do paciente em risco ou portador de câncer bucal

Uma vez diagnosticado com o câncer bucal, é frequente que os pacientes encontrem barreiras importantes em seu itinerário para a atenção terciária. Contornar esta questão é prioritária e para isto a recomendação é de que a rede esteja estruturada para garantir fluxos menos burocratizados, disponibilidade de

transporte, racionalização de retornos e visitas para consultas e exames, acesso aos sistemas de prontuário eletrônico e comunicação cuidadosa e detalhada entre os diferentes níveis de atenção (TORRES-PEREIRA et al. 2012). Importante lembrar que dentre os indicadores que se destacam na epidemiologia da maior parte das malignidades orais estão a baixa escolaridade e renda, que determinam socialmente iniquidades no acesso, na compreensão da doença e seu tratamento e no uso da rede de serviços (CONWAY et al. 2008) (CASTRO et al. 2020). O conceito de que estes pacientes precisam ser navegados em todo o seu itinerário é fundamental para que não haja desperdício de tempo entre os níveis de atenção e que o tratamento possa ser instituído ainda em tempo de minimizar sequelas características das intervenções cirúrgicas, radio e quimioterápicas tais como as disfunções fonéticas, alimentares e estéticas (TORRES-PEREIRA et al. 2012).

As referências feitas entre municípios distintos devem ser otimizadas e pactuadas a fim de evitar demora na emissão de códigos de transação e fluxos repetitivos tais como o retorno obrigatório do paciente para consultas de atenção primária e posterior referência para os hospitais. Uma vez diagnosticado, a atenção primária deve priorizar, além deste fluxo, as ações de diminuição de impacto dos tratamentos tais como o preparo prévio da boca com adequação de meio bucal (BRASIL,2008). Estas ações de preparo, sempre que possíveis, podem ser executadas nos intervalos de espera por exames e agendamentos cirúrgicos oncológicos. Desta forma, remoção de restos radiculares, ações de diminuição de carga microbiana oral, tratamento de dentes com risco de infecção aguda e que possam atrasar o início da terapia oncológica são priorizados e respondem à demanda de aumento de resolutividade da atenção primária (BRASIL,2008)

Na prevenção primária e secundária, impõe-se o desafio de identificação de indivíduos sob maior risco de malignização oral. Convém lembrar que as malignidades orais, diferentemente dos tumores sólidos de órgãos internos, estão imediatamente acessíveis ao exame visual e tátil sendo este um dever de toda consulta de rotina, urgência, eletiva ou programática. A análise de exposição aos fatores de risco se dá pelo reconhecimento da exposição às diversas formas de tabagismo, etilismo e de exposição solar quando das malignidades de lábio. A maioria das neoplasias malignas inicia-se no revestimento epitelial e são reconhecidas algumas formas de lesões clínicas ainda não malignas, mas que apresentam potencial de malignização (PIVOVAR et al.,2017). Estas, suscitam atenção individualizada de seguimento e orientação para diminuição ou cessação do fator de risco. Os fatores são cumulativos e podem estar associados, o que aumenta o risco. Uma conduta de atenção ao tabaco, álcool e exposição solar não se limita ao diagnóstico de malignidades orais, mas sim às malignidades das vias aerodigestivas superiores tais como as malignidades de oro e nasofaringe, laringe, esôfago, estômago e pulmões (BUGTER et al. 2019). Também deve se atentar para outros agravos crônicos e não transmissíveis tais como, por exemplo, as doenças hepáticas, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema pulmonar, esofagites e gastrites (CHANG et al. 2016) (GIUDICE et al, 2020).

Esta é uma oportunidade de que a rede não só possa executar suas próprias campanhas de conscientização e ações coletivas, mas possa engajar-se nas demais ações de caráter preventivo primário e secundário com as demais profissões da saúde nas diferentes especialidades. A estratégia de saúde da família surge também como oportunidade para ações nos territórios com exemplos importantes de priorização nas lesões com potencial de malignização e câncer bucal (ROCHA et. al.2017) (PIVOVAR et al. 2017) .

Embora ainda não exista um bom método não invasivo de rastreamento e prevenção secundária, além do exame visual e tátil de lesões, a confirmação por biópsia pode ser antecedida pelo uso de agentes como, por exemplo, o azul de toluidina e a citologia esfoliativa. Estas manobras podem ajudar na identificação dos sítios intraorais candidatos a biópsia, principalmente quando aplicadas por profissionais com um pouco mais de experiência no diagnóstico clínico de lesões com potencial de malignização. Sua adoção de rotina deve ser feita de maneira cuidadosa para que não incida no aumento de casos falso-positivos, com suas consequências emocionais para os pacientes e familiares e o excesso de encaminhamentos desnecessários (YANG et. al. 2018), (PARAKH et. al. 2020).

Uma política local de ação para o câncer bucal envolve, portanto, as ações individuais de exames, clínicos e laboratoriais, mas também ações coletivas com envolvimento de todos os profissionais das unidades e redes regionais sejam elas consorciadas ou não. A atenção ao treinamento, ao diagnóstico das potencialidades e fragilidades da rede deve ser contínua e avaliada pelos indicadores de diagnóstico precoce, intervalo do diagnóstico até o tratamento, resolutividade, sobrevida e acesso aos cuidados paliativos e reabilitadores.

- ▶ Protocolo de azul de toluidina, no anexo.

10.5 Programa Estadual de Controle do Tabagismo (PECT-PR)

O PECT, desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção à iniciação ao uso do tabaco e o cuidado da pessoa tabagista na Rede SUS. O atendimento à pessoa tabagista é realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e outros.

São organizados grupos de fumantes que participam de sessões estruturadas que incluem avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa em conjunto com a abordagem intensiva. Atualmente existem 843 estabelecimentos credenciados no CNES e habilitados para oferecer esse serviço estruturado para a população paranaense.

O tratamento do tabagismo na rede SUS tem como eixo principal a abordagem cognitiva comportamental e apoio medicamentoso, se necessário. Depois da avaliação clínica organizam-se os grupos de fumantes, coordenados por profissionais capacitados que desenvolvem estratégias para promover mudanças de comportamento e hábitos saudáveis, com a condução do grupo por uma dupla de profissionais de saúde de nível superior. De acordo com a organização dos serviços de saúde e da habilidade de seus profissionais na abordagem ao tabagista, o grupo pode ser conduzido por uma equipe de profissionais ou por apenas um profissional.

No estado do Paraná o apoio medicamentoso do PNCT é prescrito pelo médico, porém, segundo o modelo do PNCT recomendada pelo INCA/MS e portaria SAS/MS nº 571/2013 e GM/MS nº 761/2016, os medicamentos devem ser prescritos por médicos que estejam capacitados, habilitados e atuantes no programa e somente para usuários que estejam em tratamento. Entretanto, a prescrição também pode ser efetuada por outros profissionais de saúde e está condicionada à instrução dos seus respectivos conselhos profissionais. A medicação só deve ser disponibilizada aos usuários cadastrados no programa e que estejam frequentando as sessões estruturadas e de manutenção.

A Secretaria Estadual de Saúde realiza frequentemente cursos de capacitação para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde atuarem no apoio à pessoa tabagista na cessação do hábito de fumar, com conteúdo que envolve desde o diagnóstico da pessoa tabagista até estratégias de tratamento, como a abordagem cognitivo-comportamental e as terapias medicamentosas.

O cirurgião-dentista cumpre um papel essencial na orientação ao paciente tabagista, e como profissional de saúde, deve informar de maneira clara e objetiva sobre os prejuízos causados pelo tabagismo, além de motivar e dar suporte durante a cessação do hábito.

11. Segurança do Paciente e Biossegurança

Através da Portaria GM/MS nº 529/2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Segurança do Paciente pode ser definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O programa estabelece seis metas de segurança do paciente e apesar das ações terem sido voltadas inicialmente para a atenção hospitalar, o PNSP se refere a todos os estabelecimentos de saúde no território nacional, o que inclui os estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde e as equipes de saúde bucal.

METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

1. Identificar corretamente o paciente.
2. Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
4. Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
5. Higienizar as mãos para evitar infecções.
6. Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

A biossegurança em odontologia pode ser definida como o conjunto de medidas empregadas com a finalidade de proteger a equipe e os pacientes no ambiente clínico. Devido ao grande número de procedimentos invasivos realizados diariamente pelo cirurgião-dentista, ressalta-se a importância da conscientização e responsabilização da equipe de saúde bucal no controle de infecção na prática odontológica.

Para a realização de um atendimento seguro e de qualidade aos profissionais e usuários, é imprescindível uma infraestrutura adequada, com área física em conformidade com a RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 da ANVISA ou outras que venham a substituí-la, suprimento de material e instrumental compatível com a demanda de atendimento, processamento adequado de produtos para saúde, conservação e manutenção (preventiva e corretiva) dos equipamentos odontológicos, e protocolos seguros na prática clínica.

Dentre as principais medidas de biossegurança podemos citar:

- Imunização dos profissionais de saúde;
- Uso de EPI's pelas equipes e pacientes;
- Processamento adequado de produtos para saúde, bem como seu monitoramento e controle (limpeza, acondicionamento, esterilização, armazenamento, controles químico e biológico);
- Protocolos que minimizem riscos físicos, químicos e biológicos;
- Notificação e protocolo em caso de acidentes perfurocortantes;
- Descarte adequado de resíduos;
- Higienização de mãos.

No entanto, por se tratar de um assunto muito específico e extenso, referenciamos o Manual da ANVISA: Serviços Odontológicos – Prevenção e Controle de riscos e o Manual do CRO-PR: Controle de infecção e Biossegurança para maior aprofundamento no assunto.

12. Educação permanente e continuada

A educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”. Também conhecida como educação no trabalho em saúde, a educação na saúde apresenta duas modalidades: a educação continuada e a educação permanente em saúde- EPS (BRASIL, 2018).

A EPS é uma proposta político-pedagógica de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências prévias dos participantes (BRASIL, 2004).

A EPS é uma vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2007). A EPS convoca os sujeitos do quadrilátero da formação – ensino, serviço, gestão e controle social – a refletirem de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolubilidade e a eficiência do sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Além de operar como um princípio das ações educativas, a EPS pode se efetivar em diversas modalidades, sendo algumas delas apresentadas abaixo:

Roda de conversa: encontros dialógicos centrados no compartilhamento das experiências dos participantes, proporcionando o aprendizado com o outro e a partir do outro, ressignificando práticas e saberes.

Oficina: implica atividades práticas que resultem na elaboração de um produto final de construção coletiva.

Palestra: conferência ou exposição dialogada acerca de um tema específico, com duração mínima de uma hora.

Curso: conjunto de temas e abordagens pedagógicas organizado com o objetivo de aprofundar um tema específico, com duração variada. Cursos curtos (até 16 horas) são chamados minicursos.

Capacitação: compreendem eventos formativos baseados em abordagens conceituais, práticas ou vivências, com duração variada.

Treinamento: processo formativo voltado para desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades geralmente voltados para melhoria da qualidade do trabalho.

Aperfeiçoamento: ação educativa voltada para o aprimoramento do conhecimento e habilidades do servidor, tendo duração superior a 120 horas e inferior a 360 horas.

Qualificação: cursos com duração em torno de 40 horas dirigidas às demandas específicas dos trabalhadores.

Especialização: cursos de pós-graduação com no mínimo 360 horas, reconhecido pelo MEC

Mestrado profissional: a modalidade tem o objetivo de qualificar profissionais de saúde, envolvidos com gestão ou a atenção à saúde, que desejam aprofundar seus conhecimentos, sem necessariamente prosseguir em uma carreira acadêmica (Brasil, 2019).

A Política Nacional de Saúde Bucal tem como um dos pressupostos a definição de uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação para que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, através da Escola de Saúde Pública do Paraná, Centro Formador de Recursos Humanos e a parceria com as Instituições de Ensino Superior (IES), conselho de classe e associações, tem fomentado a educação permanente dos profissionais de saúde bucal com o intuito de qualificar a atenção à saúde ofertada a população.

13. Referências Bibliográficas

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Health Care for Underserved Women. Oral health care during pregnancy and through the lifespan, 2013 (reaffirmed 2017).

AERTS, D, Abegg C, Cesa K. O papel do CD no Sistema único de Saúde. *Ciênc.Saude Coletiva*.2004;9(1)131-138.

AJAYI, D.M, Abiodun-Solanke IF. Sociobehavioural risk factors of dental caries among selected adolescents in Ibadan, Nigeria. *Pediatric Dental Journal*. 2014; Vol. 24, Issue 1, 1-6.

AJILA, V.; SHETTY, H.; BABU, S.; SHETTY, V.; HEGDE, S. Human Papilloma Virus Associated Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. *J Sex Transm Dis.*, v. 2015, art. ID 791024, p. 1-5, 2015.

ALMEIDA, J. M e Matheus HR. Uma visão geral crítica sobre a classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares de 2018. *INPerio* 2019;4(2):267-82.

ALVES, C.S.; BEZERRA, M.M. Atenção odontológica no pré-natal: a percepção das gestantes do bairro padre palhano, sobral-CE. *Sanare*, v.6, n.1, p.61-68, 2005.

ALVES, A. P., RANK, R. C. I. C., VILELA, J. E. R., RANK, M. S., OGAWA, W.N., MOLINA, O. F. Eficácia de um programa público de promoção de saúde bucal em crianças. *J. pediatr. (Rio J.)*; 94(5): 518-524, Sept.-Oct. 2018.

AMER HW et al. Development of field cancerization in the clinically normal oral mucosa of shisha smokers. *Int J Dent hyg.*, v.17, n. 1, p. 39-45, 2018.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY -Research, Science, and Therapy Committee. Treatment of plaque-induced gingivitis, chronic periodontitis, and other clinical conditions. *Pediatr Dent*. 2005-2006;27:202-11.

ANDRADE, E. M. NAKAMURA, E. PAULA, C. S. NASCIMENTO, R. Isabel A. BORDIN. D. M. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.1, p.147-155, 2011.

ANDRADE, J. O. M.; SANTOS, C. A. S. T.; OLIVEIRA, M. C. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 894-905, 2015.

ANDREOLI, Thomas E. *Cecil Essentials of Medicine*. 4th ed. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company, c1997. xxiii, 999 p.

ANDREOTTI, M. et al. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 543-552, 2006.

ANTUNES JLF, PERES MA, FRIAS AC, CROSATO EM, BIAZEVIC MGH. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2008;42:191-9.

ARANEGA, A. M. PONZONI, D.GARCIA-JUNIOR, I.R., CLÍCIE, S, V; MAGRO-FILHO, O. Etiologia e

incidência de traumas faciais relacionados a violência doméstica a mulher. Revista LEVS/Unesp-Marília, 1983-2192 - Edição 5 – Maio, 2010.

AYUSO MARGAÑON, R., CRUZ MOLINA GARUZ, M., MEDINA MOYA, J. L. La promoción de salud en la escuela como estrategia para el abordaje de la cronicidad en España. Horiz. sanitario (en línea); 18(1): 37-47, ene.-abr. 2019.

BADER JD, BONITO AJ, SHUGARS DA. A systematic review of cardiovascular effects of epinephrine on hypertensive dental patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002 Jun;93(6):647-53. Review.

BALBO, S.; MENG, L.; BLISS, R.L. et al. Kinetics of DNA adduct formation in the oral cavity after drinking alcohol. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev v.21, p. 601-608, 2012. Doi: 10.1158/1055-9965.

BALDANI MH, Lopes CMDL, Kriger L, Matsuo T. A Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil - Perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2003;6(31):210-16.

BALDANI, MH.; FADEL C. B.; POSSAMAI, T.; Queiroz, M. G. S. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 1026-35, 2005.

BALDANI MH, Vasconcelos AGG, Antunes, JLF. Associação do Índice CPO- D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. Caderno de Saúde Pública, 2004; 20(1):43-52.

BASSO, M. B. et al. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. Ciênc. saúde coletiva., v. 24, n. 6, p. 2155-2165, 2019.

BECK JD, PAPAPANOU PN, PHILIPS KH, OFFENBACHER S. Periodontal Medicine: 100 Years of Progress. J Dent Res. 2019;98(10):1053-1062. doi:10.1177/0022034519846113

BIXOFIS, R. R.; SASSI, L.M.; PATUSSI, C. et al. Significance of p16 Positive Expression in Oropharyngeal Cancers. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 15, n. 23, p. 10289-10292, 2014.

BRAGA, M. et al. Effect of silver diammine fluoride on incipient caries lesions in erupting permanent first molars: a pilot study. Journal of Dentistry for Children, v.76, n. 1, p. 28-33, 2009.

BRASIL, Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e gestão: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, janeiro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 1444/GM Em 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário oficial da União. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de promoção da equidade em saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 14p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estabpr.def>. acessado em 17/12/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 267/GM. De 07 de março de 2001. Diário oficial da União. Brasília, DF. Publicado em 07/03/2001, seção 1, pg. 67.

BRASIL. Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº5, Anexo XXI, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº5, Anexo XX, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretriz_indigena.pdf. Acesso em: 22 set.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. 16 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 22 set.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Manual Técnico. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados principais. Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde; 2011.92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 82 p.: il. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011; Seção 1, p. 109.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF; 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 318 p.: il..2012b. (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: ministério da saúde.156 p. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23), 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. 350 p. 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 180 p. 2018b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. Brasília, DF; 2018c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Brasília, DF; 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Convenção-Quadro para o controle do tabaco. Rio de Janeiro: INCA, 2011b. 58 p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde (Org.). Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal. 2008. Disponível em: Acesso em: 31 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529 de 1 de abril de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de especialidades em saúde bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 128 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.825 de 24 de agosto de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 835 de 25 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.464 de 24 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo Notificação de violência Interpessoal e autoprovocada. 2ª. edição. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 49. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 04 de 03 de abril de 2017. Coordenação Geral de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 02 de 08 de agosto de 2017. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Brasília, 2017.

BRASIL, Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/decreto_7053.pdf. Acessado em 29 de janeiro de 2020.

BRASIL, Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/decreto/decreto_7053.pdf. Acessado em 29 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº.2436, de setembro de 2017. Disponível em:< <dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.> Acessado em 29 de janeiro de 2020.

BRASIL, Portaria Interministerial MJ/MS, Pnº01 de 02 de janeiro de 2014, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional/Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, à organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000; 28 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde bucal. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, n. 17, 2006a. (Série A - Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União. 26 Mar 2006b.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718 de 20 de dezembro de 2010. Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 25 jun. 2011.

BRAVI, F.; BOSETTI, C.; FILOMENO, M. et al. Foods, nutrients and the risk of oral and pharyngeal cancer. Br J Cancer, v. 109, n. 2904–2910, 2013. Doi: 10.1038/bjc.2013.667.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599 de 23 de março de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Doença Falciforme: Saúde Bucal Prevenção e Cuidado. Brasília, DF. 2014. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 261 de 21 de fevereiro de 2013. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 60 de 26 de novembro de 2020. Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins de transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. Brasília, DF. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539 de 26 de setembro de 2019. Altera as portarias de consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – eAP e dispor sobre o financiamento da equipe de saúde bucal – eSB com carga horária diferenciada. Brasília, DF. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. 2017.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, Hoboken, v. 68, n. 6, p. 394-424, Nov, 2018.

BUGTER, O, van Brummelen SE, van der Leest KH, et al. Towards the Optical Detection of Field Cancerization in the Buccal Mucosa of Patients with Lung Cancer. *Transl Oncol*. 2019;12(12):1533-1538. doi:10.1016/j.tranon.2019.07.018

BURT B. A. Fluoridation and social equity. *J Public Health Dent* 2002; 62: 195-200.

BURT B. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. *J Periodontol*. 2005;76(8):1406-19.

CABBAR F, CABBAR AT, COSANSU K, ÇEKIRDEKÇI EI. Effects of direct oral anticoagulants on quality of life during periprocedural management for dental extractions. *J Oral Maxillofac Surg* 2019;77:904-911
Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde Bucal. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CALDARELLI, P. G et al. Saúde bucal na atenção materno-infantil. In: Ditterich RG, Graziani GF, Moysés SJ. (Orgs.). *Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná*. Londrina: INESCO, 2019, p. 197-212.

CALDARELLI, P. G. Diretrizes de uso de fluoretos em cursos de Odontologia e na prática dos serviços públicos de saúde bucal do Paraná: um estudo quali-quantitativo. 70 p. Tese (Doutorado em Odontologia - área: Cariologia). Universidade Estadual de Campinas - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba. 2017.

CARDOSO, LC.; CARDOSO, P.de C., QUEIROZ, R.B. O Desafio da saúde bucal na adolescência. In: *Jornada Odontológica de Bauru Prof. Dr. Carlos Francischone*, 12. Bauru, 1999. Anais. Bauru, FOB-USP, 1999. p. 127. CHANG. KP, Lee CC, Su YC, Han ML, Kung TH.

CARRARD, V.C, Roxo Gonçalves M, Rodriguez Strey J, et al. Telediagnosis of oral lesions in primary care: The EstomatoNet Program. *Oral Dis*. 2018;24(6):1012-1019. doi:10.1111/odi.12851

CASTRO SA, Sassi LM, Torres-Pereira CC, Schussel JL. Occupations associated with head and neck cancer in a city in Southern Brazil, 1998 to 2012. *Rev Bras Med Trab*. 2020;17(1):130-135. Published 2020 Jan 9. doi:10.5327/Z1679443520190303

CAVALCANTI, A. M.; Oliveira A. C. L. *Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde*. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Recomendaciones sobre el uso de fluoruros para prevenir y controlar la caries dental en los Estados Unidos *Revista Panamericana de Salud Publica* 2002; 11(1):59-66.

CHANG, HJ. Correlation between liver cirrhosis and risk of death from oral cancer: Taiwan cohort study. *J Laryngol Otol*. 2016;130(6):565-570. doi:10.1017/S002221511600791X

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc. saúde coletiva.*, v.22, n.6, p.1791-1803, 2017.

CHIBINSKI, A. C. et al. Silver diamine fluoride has efficacy in controlling caries progression in primary teeth: a systematic review and meta-analysis. *Caries Research*, v.51, n. 5, p. 527-541, 2017.

CHIBINSKI, A. C. R. et al. Clinical, mineral and ultrastructural changes in carious dentin of primary molars after restoration. *International dental journal*, 66, n. 3, p. 150-157, 2016.

CHIBINSKI, A. C. R. et al. O tratamento restaurador atraumático (art) como estratégia no cuidado em saúde bucal: a experiência da qualificação dos profissionais de saúde no estado do Paraná. In: DITTERICH, R. G.; GRAZIANI, G. F.; MOYSÉS, S. J. (org.) Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná. Londrina: INESCO, 2019. p.299-324. Disponível em: http://www.inesco.org.br/publicacoes/livros/saude_bucal/index.html#p=10. Acesso em: 15 jan. 2020.

COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL. (Org.). Técnica de Abastecimento e Tratamento de Água. 2ª Ed. São Paulo, 1979.

COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ (SANEPAR). Paraná: 60 anos da primeira aplicação de flúor na água. Curitiba, 2018. Disponível em: <<http://site.sanepar.com.br/noticias/parana-60-anos-da-primeira-aplicacao-de-fluor-na-agua>>. Acesso em: 26 jun, 2020.

CONWAY DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson LM. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer*. 2008;122(12):2811-2819. doi:10.1002/ijc.23430

Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Monitoramento da saúde do adolescente.

COTA, A. L. S., COSTA, B. J. A. Atividades lúdicas como estratégia para a promoção da saúde bucal infantil. *Saúde e Pesquisa*, v10, n. 2, 2017.

COSTA, H. et al. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

CUNHA, A. R; PRASS. T. S; HUGO, F. N. Mortality from oral and oropharyngeal cancer in Brazil: impact of the National Oral Health Policy. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, e00014319, 2019.

CUNHA IP, PEREIRA AC, MENEGHIM MC, FRIAS AC, MIALHE FL. Association between social conditions and oral health in school failure. *Rev Saude Publica*. 2019; 53: 108.

CURY J.A, Tenuta LMA. Intoxicação aguda por ingestão de flúor. In: Andrade EA, Ranali J. Emergência médicas em Odontologia. 3.ed. Artes Médicas: São Paulo; 2011. p.145-52.

CURY, J.A, Tenuta LMA, Ribeiro CC, Paes Leme AF. The importance of fluoride dentifrices to the current dental caries prevalence in Brazil. *Braz Dent J*. 2004;15(3): 167-74.

CURY, J.A, Tenuta LMA. Uso de fluoreto em Odontologia restauradora fundamentado em evidências. In: Baratieri LN, editores. Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades. 2.ed. Grupo Gen: São Paulo; 2015. p.53-71.

CURY, J.A, Ricomini-Filho AP, Berti FLP, Tabchoury CPM. Systemic Effects (Risks) of Water Fluoridation. *Braz. Dent. J.* 2019; 30(5): 421-428.

DANDE R, GADBAIL AR, SARODE S, GADBAIL MPM, GONDIVKAR SM, GAWANDE M, SARODE SC, SARODE GS, PATIL S. Oral manifestations in diabetic and nondiabetic chronic renal failure patients receiving hemodialysis. *J Contemp Dent Pract.* 2018 Apr 1;19(4):398-403.

DATASUS – Brasil. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10PR.def>. Acesso em: 20 maio 2020.

DE AMORIM, R. et al. Survival percentages of atraumatic restorative treatment (ART) restorations and sealants in posterior teeth: an updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 2017.

DECLERCK. D, Leroy R, Martens L, Lesaffre E, Garcia-Zattera MJ, Broucke VS, Debyser M, Hoppenbrouwers K. Factors associated with prevalence and severity of caries experience in preschool children. *Community Dental Oral Epidemiol*, 2008; 36:168–178. DOONQUAH L, MITCHELL AD. Oral surgery for patients on anticoagulant therapy: current thoughts on patient management. *Dent Clin N Am.* 2012;56:25-41.

DENEO-PELLEGRINI, H.; DE STEFANI, E.; BOFFETTA, P.; et al. Maté consumption and risk of oral cancer: Case-control study in Uruguay. *Head Neck*, v. 35, n. 8, p. 1091-1095, 2013.

DUANGTHIP, D. et al. A randomized clinical trial on arresting dentine caries in preschool children by topical fluorides—18 month results. *Journal of Dentistry*, v.44, p. 57-63, 2016.

EVANS, D. J. et al. Out-of-hours emergency dental services — development of one possible local solution. *Brit. Dent. J.*, v. 191, n. 10, p. 550-554, 2001.

FAÉ, J. M.; SILVA-JUNIOR, M. F.; CARVALHO, R. B.; ESPOSTI, C. D. D.; SANTOS PACHECO, K. T. A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. *Revista da ABENO*, Maringá, v. 16, n. 3, p. 7-18, 2016.

FALK, M. L. R.; Falk J. W.; Oliveira F. A.; Motta M. S. Acolhimento como dispositivo de humanização: Percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010.

FRAZÃO, P. (Org.); NARVAI, P. C. (Org.). Cobertura e vigilância da fluoretação da água no Brasil: municípios com mais de 50 mil habitantes. 1. ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2017. 202 p. v. 1. ISBN 978-85-88848-25-2. DOI 10.11606/9788588848252. Disponível em: <http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/181>. Acesso em: 26 jun. 2020.

FIGUEIREDO, P.P. et al. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 20, n.1, 201-210, 2012.

FORD, P. J.; FARAH, C. S. Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. *J. Cancer Policy*, v.1, e2–e72013, 2013. FUCHS, FD; WANNMACHER, L. *Farmacologia Clínica e Terapêutica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kooban, 2017. xvi, 833 p.

FRENCKEN, J. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. *British dental journal*, 223, n. 3, p. 183, 2017.

FRENCKEN, J. E. et al. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: a comprehensive overview. *Clinical oral investigations*, 16, n. 5, p. 1337-1346, 2012.

GAO, S.S, Zhang S, Mei ML, Lo EC, Chu CH. Caries remineralisation and arresting effect in children by professionally applied fluoride treatment - a systematic review. *BMC Oral Health*. 2016; 16:12.

GIUDICE L.W, Graff EA, Haripersad Y, et al. Chronic disease comorbidity in patients with oral leukoplakia: A matched case-control study [published online ahead of print, 2020 Feb 27]. *Oral Dis*. 2020;10.1111/odi.13315. doi:10.1111/odi.13315

GOLDBAUM, M. Epidemiologia em serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 1996; 12 (Supl 2):95-8

GOLDENBERG D, GOLZ A, JOACHIMS HZ. The beverage maté: a risk factor for cancer of the head and neck. *Head Neck*, v. 25, n. 7, p., 595-601, 2003. Doi: 10.1002/hed.102882003.

GRAFF, V. A.; TOASSI, R. F. C. Produção do cuidado em saúde com foco na clínica ampliada: um debate necessário na formação em odontologia. *Revista da ABENO, Londrina*, v. 17, n. 4, p. 63-72, 2017.

GREENWOOD M. Medical emergencies in the dental practice. *Periodontol* 2000. 2008;46:27-41. doi: 10.1111/j.1600-0757.2008.00230.x.

HABER, J. et al. Putting the mouth back in the head: HEENT to HEENOT. *American Journal of Public Health*, v.105, n.3, p. 437-441, 2015.

HECK JE, BERTHILLER J, VACCARELLA S, et al. Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *Int J Epidemiol.*, v. 39, n. 1, p. 166-181, 2010.

HENDRE, A. D. et al. A systematic review of silver diamine fluoride: Effectiveness and application in older adults. *Gerodontology*,v. 34, n. 4, p. 411-419, 2017.

HOLMSTRUP P. Oral erythroplakia-What is it?. *Oral Dis.*, v. 24, n. 1-2, p. 138-143, 2018. Doi: 10.1111/odi.12709

HUPP, JR; ELLIS III, E; T, MR (Ed.). *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*.5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 704 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Produção da Extração Vegetal e da Silvicultura*, ano base 2018. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/289#notas-tabela>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. *Nota técnica: uso de narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidades de pesquisa e ações recomendadas para legisladores/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – 2. ed. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. 49 p.*

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. *Estimativa 2020: Incidência de Câncer No Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2019a.*

- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. Narguilé: o que sabemos? / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019b. 100 p.
- IQOS, a Heated Tobacco Product. *Nicotine Tob Res.*, v. 21, n. 9, p. 1285-1288, 2019. Doi:10.1093/ntr/nty235
- IWAKI, L. C. V. et al. Prevalência de neoplasias bucais malignas em Maringá/PR. *Odontol. Clín.-Cient.*, vol.11, n.2, p. 139-143, 2012
- JAWAD H, HODSON NA, NIXON PJ. A review of dental treatment of head and neck câncer patients, before, during and after radiotherapy: part 1. *Br Dent J.* 2015 Jan;218(2):65-8. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.28. Review.
- JENKINS B, HEASMAN, P. Prevenção e controle da doença periodontal. In: Murray JJ, Nunn JH, Steele JG. *Doenças orais: medidas preventivas.* 4ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.123-41.
- JUNQUEIRA, S.R, Frias AC, Zilbovicius C. Saúde Bucal Coletiva:quadros social,epidemiológico e político. In: Rode ,SM , Nunes,SG.Atualização clínica em odontologia. São Paulo:Artes Médicas, 2004 p.591-604
- JUNQUEIRA, S. R.; FONSÊCA, G.; SILVEIRA, F.; WATANABE, M.; BOTAZZO, C. Projeto Inovação na Produção do Cuidado em Saúde Bucal. *Revista de Graduação USP, São Paulo*, v. 2, n. 2, p. 149-156, 2017.
- KELARANTA, A. et al. Radiation exposure to foetus and breasts from dental X-ray examinations: effect of lead shields. *Dentomaxillofacial Radiology*, v.45, n.1, 2016
- KOZLOWSKI, F.C, Pereira AC. Métodos de utilização do flúor sistêmico In: Pereira AC et al. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 14, p. 265-74.
- KUZMA, S. Z., MOYSÉS, S. T., MOYSÉS, S. J. Perspectivas avaliativas para a saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 Sup:S9-S19, 2012.
- KRUG EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World Report on violence and health.* Geneva: World Health Organization; 2002.
- LANG, N. P, Bartold PM. Periodontal health. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S9-S16.
- LAST, J.M..A dictionary of epidemiology.New York:Oxford University Press; 1988LAMOTHE, L. S. C. Sit V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. *Sante Publique.*, v. 27, n.1, p.129-133, 2015.
- LEITE, LO ET AL. Condição gengival de adolescentes residentes no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. *Arq. Odontol.* [online]. 2013, vol.49, n.2, pp. 75-81. ISSN 1516-0939.
- LEME, P. A. T.; BASTOS, R. A.; TURATO, E. R.; MENEGHIM, M. C.A clínica do dentista na Estratégia Saúde da Família: entre a inovação e o conservadorismo.*Physis*,Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290111,2019.
- LIDA, H. Oral Health Interventions During Pregnancy. *Dental Clinics*, v.61, n.3, p.467-81, 2017.
- LIU, B. et al. Effect of silver and fluoride ions on enamel demineralization: a quantitative study using micro-computed tomography. *Australian Dental Journal*, v.57, n. 1, p. 65-70, 2012.

- LLODRA, J. et al. Efficacy of silver diamine fluoride for caries reduction in primary teeth and first permanent molars of schoolchildren: 36-month clinical trial. *Journal of Dental Research*, v.84, n. 8, p. 721-724, 2005.
- LORIA, D.; BARRIOS, E.; ZANETTI, R. Cancer and yerba mate consumption: a review of possible associations. *Rev Panam Salud Publica*, v. 25, n. 6, p. 530-539, 2009.
- LOSI-GUEMBAROVSKI, R. et al. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n.2 p.393-400, 2009.
- LUBIN, J. H.; DE STEFANI, E.; ABNET, C. C. et al. Maté drinking and esophageal squamous cell carcinoma in South America: pooled results from two large multicenter case-control studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, v. 23, n.1, n. 107-116, 2014.
- MACHIULSKIENE, V. et al. Terminology of dental caries and dental Caries management: consensus report of a workshop organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. 54, n. 1, p. 7-14, 2020.
- MACHIULSKIENE, V.; CARVALHO, J. C. J. C. r. Clinical diagnosis of dental caries in the 21st century: Introductory Paper–ORCA Saturday Afternoon Symposium, 2016. 52, n. 5, p. 387-391, 2018.
- MALAMED, SF. *Manual de Anestesia Local*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, c2013. xvii, 410 p.
- MANCHESTER TRIAGE GROUP. *Emergency Triage*. 2. ed. Oxford: BMJ Book, 178 p. 2008.
- MANGALATH, U., ASLAM, S. A., ABDUL KHADAR, A. H. et al. Recent trends in prevention of oral cancer. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, v. 4, Suppl 3, p. S131–S138, 2014. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.149018>
- MARINHO, V.C, Chong L, Worthington HV, Walsh T. Fluoride mouthrinses for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database of Cochrane Database Syst Rev*. 2016:CD002284.
- MARINHO, V.C, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003:CD002782.
- MARINHO, V.C, Higgins JP, Sheiham A, Logan S. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004:CD002781.
- MARIOTTI A, HEFTI AF. Defining periodontal health. *BMC Oral Health*. 2015;15(Suppl 1):S6. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6831-15-S1-S6>.
- MARK, A.M. Dental care during pregnancy. *J Am Dent Assoc*, v. 149, n.11, p. 1001, 2018.
- MARQUES RVCF, Conde DM, Lopes FF, Alves CMC. Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de von Willebrand. *Arquivos em Odontologia*. 2010;46(3):176-180.
- MARTINS FILHO, P. R. S. et al . Oral cancer in Brazil: a secular history of Public Health Policies. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol., Campinas* , v. 62, n. 2, p. 159-164, June, 2014

- MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-82, 2014.
- MEECHAN JG. Local anaesthesia. *Oral Surg.* 2008;1:3-10.
- MEI, M. et al. Arresting dentine caries with silver diamine fluoride: what's behind it? *Journal of Dental Research*, v. 97, n. 7, p. 751-758, 2018.
- MELLO, F. W.; MELO, G.; MODOLO, F.; RIVERO, E. R.C. Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from. Brazil. *J Clin Exp Dent.*, v. 11, n. 1, e62-9, 2019.
- MENDES, E. V. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. *Ciênc Saúde Coletiva.*, v.23, n.2, p. 431-436, 2018.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
- MENDES, E.V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília, DF:Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2015.
- MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005
- MICKENAUSSCH, S. et al. The effect of an Atraumatic Restorative Treatment (ART) training course on the restorative treatment pattern in a provincial public oral health care system in South Africa. *African Journal of Oral Health*, 6, n. 1, p. 3-6, 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1ª Edição revisada Brasília-DF 2018
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Caderno de Atividades Oficinas Regionais de Monitoramento e avaliação da Educação Permanente em Saúde. Salvador, 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004
- MITKA M. Evidence lacking for benefit from oral cancer screening. *JAMA*, v. 309, n.18, p. 1884, 2013. Doi: 10.1001:jama.2013.4913.
- MIYACHI, S.; TOMMASI, M.H.; ZARDO, F. et al. SUGITA, R.K.; GEVAERD, S. OLIVEIRA, B.V.; AUGUSTO, V.C.; PEDURZZI, P.A.; SASSI, L.M. Centro de diagnóstico de lesões bucais: potencial impacto na epidemiologia do câncer de boca em Curitiba. *BCI*, v. 9, p. 80-5, 2002.
- MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Org). Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.
- MUSE ME, CRANE JS. Actinic Cheilitis. [Updated 2019 Nov 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan.

MUSSKOPF, Marta Liliana; SUSIN, Cristiano. Cessação do Fumo. In: BRUNETTI, Maria Christina; FERNANDES, Marilene Issa; MORAES, Rodrigo Guerreiro Bueno de. Fundamentos da Periodontia: Teoria e Prática. São Paulo: Artes Médicas, 2007. Cap. 23. p. 335-345.

NARVAI, P.C, Frazão P, Castellanos RA. Declínio da experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. Rev Odontol Soc. 1999;1(1/2):25-9.

NARVAI, P.C, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(6):385-93.

NATIONAL MATERNAL AND CHILD ORAL HEALTH RESOURCE CENTER. Promoting Oral Health During Pregnancy: Update on Activities— December 2019. Washington, DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center, 2019. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Linha guia rede de saúde bucal. - Curitiba: SESA, 2016.

NAVARRO, M. F. d. L. et al. Tratamento Restaurador Atraumático: atualidades e perspectivas. Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas, 69, n. 3, p. 289-301, 2015.

NEVILLE, BW; DAMM, DD; ALLEN, CM et al. Patologia Oral e Maxilofacial. Trad. 3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

OLIVEIRA, B. H. et al. Controlling caries in exposed root surfaces with silver diamine fluoride: A systematic review with meta-analysis. The Journal of the American Dental Association, v. 149, n. 8, p. 671-679. e671, 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 66, p. 158-64, 2013.

PADILHA L. S. Processo de implantação do Acolhimento com classificação de risco no Setor de Urgências da Clínica de Odontologia da UEM. Dissertação (Mestrado em Odontologia Integrada) – Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

PARAKH MK, Ulaganambi S, Ashifa N, Premkumar R, Jain AL. Oral potentially malignant disorders: clinical diagnosis and current screening aids: a narrative review. Eur J Cancer Prev. 2020;29(1):65-72. doi:10.1097/CEJ.0000000000000510

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde do Paraná 2016-2019. Curitiba: SESA; 2016. 200 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015. Curitiba: SESA; 2013. 220 p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Manual para Gestão de Caso na Rede Paranaense. Paraná: SESA, 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA). Programa Rede Mãe Paranaense: Linha guia. [Internet]. Paraná: SESA, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Resolução nº152 de 1 de março de 2012. Curitiba, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção às Pessoas em Situação de Violência no contexto da pandemia de COVID-19. Nota Orientativa nº 30. Curitiba, 2020. Disponível: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3508>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Curitiba, 2020. Sinan, 24 de abril de 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia Rede de Saúde Bucal. Curitiba: SESA; 2016.

PARANA. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Decreto nº 3.046 de 10 de outubro de 1980. Institui o Programa Saúde Escolar. Curitiba, PR, 10 de outubro. 1980.

PARANÁ. Decreto Nº 6352 - 26/02/2010 Publicado no Diário Oficial Nº 8168 de 26/02/2010 - Súmula: Institui a Política Estadual para o Controle do Tabaco e regulamentada a Lei Estadual nº 16.239, de 29 de setembro de 2009.

PATEL, J. et al. Evaluation of the staining potential of silver diamine fluoride: in vitro. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 28, n. 5, p. 514-522, 2018.

PEREA, L. M. E.; PERES, M. A. ; BOING, A. F.; ANTUNES, J. L. F. Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. *Rev. Saúde Pública*, v. 52, n. 10, 2018.

PILINOVÁ A, KRUTINA M, SALANDOVÁ M, PILIN A. Oral health status of drug addicts in the Czech Republic. *J Forensic Odontostomatol* 2003; 21:36-9.

PINTO, V.G. Saúde Bucal: Odontologia social e preventiva. 3 ed., São Paulo: Editora Santos, 1992.

PIVOVAR. A, Gonçalves Dos Santos ZFD, Torres-Pereira CC. Oral cancer screening for high-risk individuals in the primary healthcare setting using an active approach. *J Oral Pathol Med*. 2017;46(9):786-791. doi:10.1111/jop.12552

POLITANO, CA. Pré-natal médico. In: Echeverria SR, Politano GT. Tratamento odontológico para gestantes. 2.ed. São Paulo: Grupo Gen. 2014.

PORTARIA Nº198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

PORTARIA GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

PRABHU, S. R.; WILSON, D. F. Human papillomavirus and oral disease - emerging evidence: a review. *Aust Dent J*, v. 58, n. 1, p. 2-125, 2013.

PURICELLI, E. Técnica Anestésica, Exodontia e Cirurgia Dentoalveolar. São Paulo: Artes Médicas, 2014. 160p. (Série Abeno: Odontologia Essencial - Parte Clínica).

REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide Medical Teacher, v.39, 2016.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo da SBPT – 2008. J. Bras. Pneumol., Brasília, DF, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008. Disponível em: . Acesso em 31 jan. 2020.

ROBINSON, C. et al. The Effect of Fluoride on the Developing Tooth. Caries Research. Leeds, v. 38, n. 3, p. 268–276, 2004. DOI 0.1159/000077766. Disponível em: <https://www.karger.com/Journal/Home/224219>. Acesso em: 26 jun. 2020.

ROCHA, N. B.; Franchin A. T., Gasparetto A.; Lolli L. F.; Fujimaki M. Conhecimento sobre acolhimento com classificação de risco pela equipe da Atenção Básica. Espaço saúde (Online) ; v. 18, n. 1, p. 72-80, jul. 2017.

ROCHA, J.S., et al. Barreiras e facilitadores para os cuidados de saúde bucal durante a gravidez: uma revisão sistemática e meta-síntese de estudos qualitativos. Cad. Saúde Pública [online], v.34, n.8, p.1-20, 2018a.

ROCHA, J. S., et al. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. Caries Res, v. 52:139–152, 2018b.

ROCHA, J.S. et al. Cartilha da gestante: cuidados com a saúde bucal/ Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2015.

ROCHA TAH, Thomaz EBAF, da Silva NC, et al. Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. BMC Cancer. 2017;17(1):706. Published 2017 Oct 30. doi:10.1186/s12885-017-3700-z

RONCALLI, A.G. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Peres MA, Antunes JLF, editores. Epidemiologia em saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

ROSENBLATT, A, Stamford TCM, Niederman R. Silver Diamine Fluoride: a caries “Silver-Fluoride Bullet”. J Dent Res. 2009;88(2):116-25.

ROSENBLATT, A.; STAMFORD, T. C. M.; NIEDERMAN, R. Silver diamine fluoride: a caries “silver-fluoride bullet”. Journal of dental research, v. 88, n. 2, p. 116-125, 2009.

RUZANY MH, SZWARCOWALD CL. Oportunidades perdidas de atenção integral ao adolescente: resultado de estudo piloto. Adolesc Latinoam 2000; 2:26-35.

SALMAN, R.; TALIH, S.; EL-HAGE, R. et al. Free-Base and Total Nicotine, Reactive Oxygen Species, and Carbonyl Emissions From

SANTOS, A.P.P, Marques WD, Pentagna MB. Efeitos cariostático e preventivo do diamino fluoreto de prata utilizado em Odontopediatria: uma revisão crítica da literatura. Rev ABO Nac. 2008;16(2):118-21

SANTOS, A.P.P, Nadanovsky P, Oliveira BH. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. Community Dent Oral Epidemio. 2013a;41:1-12.

SANTOS, A.P.P, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: systematic review and meta-analysis. Caries Res. 2013b;47(5):382-90. SHOU L, CURRY C,

- MCQUEEN D. Using a “life-style” perspective to understand toothbrushing behaviour in Scottish school-children. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18:230-4.
- SANTOS, R. F. et al. Prevalence of and Factors Associated with Actinic Cheilitis in Extractive Mining Workers. *Braz. Dent. J.*, Ribeirão Preto, v. 29, n. 2, p. 214-221, Mar. 2018.
- SADDKI, N.; YUSOFF, A.; HWANG, Y.L. Factors associated with dental visit and barriers to utilization of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital University Saints Malaysia. *BMC Public Health*, v.10, n. 75, p.1-11, 2010.
- SARODE, S. C., et al. A New Classification for Potentially Malignant Disorders of the Oral Cavity. *Oral Oncology*, v. 47, n. 9, p. 920-1, 2011.
- SASSI, L. M. et al. Prevalence of oral lesions in 25 years of Oral Cancer Prevention campaigns in Paraná State, Brazil, 1988 to 2013. *RSBO*, v.11, n. 2, p. 134-137, 2014.
- SCARPELLI, B.B, Ricioli SR, Walter LRF. Programa de atenção precoce à saúde bucal. EDUEL: Londrina; 1996. 24p.
- SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 49, n. 98, 2015.
- SCHWENDICKE, F. et al. Managing carious lesions: consensus recommendations on carious tissue removal. *Advances in Dental Research*, 28, n. 2, p. 58-67, 2016.
- SCLIAR, M. Um olhar sobre a saúde pública. São Paulo: Scipione; 2003.
- SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME. National Dental Advisory Committee. Scottish Government. NHS Education for Scotland. November, 2007.
- SEIFO, N. et al. Silver diamine fluoride for managing carious lesions: an umbrella review. *BMC Oral Health*, v.19, n. 1, p. 145, 2019.
- SIGNOR, P; MARCOLIN, M. Diagnóstico Do Consumo Industrial De Erva-Mate no Paraná. Núcleo Regional de União da Vitória. 2016, 12 p. Disponível em: http://www.florestasparana.pr.gov.br/arquivos/File/AREA_TECNICA/Publicacoes/Diag_erva_Uniao.pdf Acesso em 28 de outubro de 2016.
- SILVA, C. H. F., CARNEIRO, S. V., MELO, E. A. C., DANTAS, E. S. Avaliação dos Efeitos da Educação em Saúde sobre o Conhecimento e Comportamento de Higiene Bucal de Escolares. *Rev. bras. ciênc. saúde*; 23(2): 215-222, 2019.
- SILVA, R. F., PRADO, M. M, GARCIA, R. R., JÚNIOR, E. D. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 Mar; 7(1):110-6.
- SILVEIRA, Marise Fagundes, FREIRE, Rafael Silveira, BRITO, Maria Fernanda Santos Figueiredo, MARTINS, Andrea Maria Eleutério de Barros Lima, & MARCOPITO, Luiz Francisco. (2019). Periodontal condition of adolescents and associated factors. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 67, e20190004. Epub April 25, 2019.
- SHEREEF M, SANARA PP, KARUPPANAN S, NOORUDEEN AM, JOSEPH K. The effect of cigarette smoking on the severity of periodontal diseases among adults of Kothamangalam Town, Kerala. *J Pharm*

Bioallied Sci. 2015;7(Suppl 2):S648-51. <http://dx.doi.org/10.4103/0975-7406.163588>.

SOUSA F.S.O, Santos APP, Barja-Fidalgo F, Oliveira BH. Evidence-based pediatric dental practice within the clinician's reach: the case of the esthetic effect of topical silver diamine fluoride for caries control in primary dentition. *Rev Gaúcha de Odontol.* 2016;64(4):369-75.

SPEZZIA, S.; CAVALHEIRO, E. M.; TRINDADE, L. L. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 72, n. 1/2, p. 109-113, 2015.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. STERN A, ELMORE J. Medication for gravid and nursing dental patients. *Dent Clin N Am.* 2016;60:523-531.

STEFFENS, J.P.; MARCANTONIO, R.A.C. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. *Rev. odontol. UNESP*, v. 47, n.5, 189-97, 2018.

STEFFENS, J. P e Marcantonio AC. Classificação das doenças e condições periodontais e Peri-implantares: guia prático e pontos-chave. *Rev Odontol UNESP.* 2018 July-Aug; 47(4): 189-197.

TAGHIBAKHSH M et al. The effect of Hookah use on buccal mucosa: Evaluation of repair Index. *Asian Pac J Cancer Prev*, v. 20, n. 4, p. 1109-1112, 2019.

TENUTA, L.M.A, Cerezetti RV, Del Bel Cury AA, Tabchoury CP, Cury JA. Fluoride release from CaF₂ and enamel demineralization. *J Dent Res.* 2008;87(11):1032-36.

TENUTA L.M.A, Chedid SJ, Cury JA. Uso de fluoretos em Odontopediatria - Mitos e evidências. In: Maia LC; Primo LG. *Odontologia Integrada na Infância.* 1.ed. Editora Santos: São Paulo; 2012. p.153-77.

TENUTA L.M.A, Cury JA. Uso de fluoretos no controle da doença cárie. In: Maltz M, editores. *Cariologia: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento não restaurador.* Série ABENO: Odontologia Essencial. 1.ed. Artes Médicas: São Paulo; 2016. p.92-95.

TENUTA, L.M.A, Cury JA. Fluoride: its role in dentistry. *Braz Oral Res.* 2010;24(Spec Iss 1):9-17.

TENUTA, L.M.A, Cury JA. Uso de fluoretos no controle da doença cárie. In: Maltz M, editores. *Cariologia: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento não restaurador.* Série ABENO: Odontologia Essencial. 1.ed. Artes Médicas: São Paulo; 2016. p.92-95.

THOMSS, COOKE M, CRAWFORD J. Cardiovascular collapse associated with irreversible cardiomyopathy, chronic renal failure, and hypertension during routine dental care. *Anesth Prog.* 2016 Spring;63(1):34-41. doi: 10.2344/0003-3006-63.1.34.

THOMSON, Peter. *Oral Cancer: From Prevention to Intervention.* Cambridge Scholars Publishing; 2019, 293p.

TOMMASI S et al. Desregulation of biologically significant genes and associated molecular pathways in the oral epithelium of electronic cigarette users. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 20, n.3, 2019.

TONETTI, MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S159-S172.

TORRES-PEREIRA C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact?. *Braz Oral Res* 2010;24 Suppl 1:37-42. doi:10.1590/s1806-83242010000500007

TORRES-PEREIRA CC, Angelim-Dias A, Melo NS, Lemos CA Jr, Oliveira EM. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde [Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services]. *Cad Saude Publica*. 2012;28 Suppl:s30-s39. doi:10.1590/s0102-311x2012001300005

TORRES-PEREIRA, Cassius C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s30-s39, 2012.

TORTORA, GJ.; DERRICKSON, B. *Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia*. 10. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2017. xxviii, 676 p.

VARGAS, I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in marketbased and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan.*, v.31, n.6, p.736-748, 2016.

VARELLIS, M.L.Z. *O paciente com necessidades especiais na Odontologia*. 3ed. São Paulo: Santos, 2005.

VELASCO-ORTEGA E, DELGADO-RUIZ RA, LÓPEZ-LÓPEZ JJ. Dentistry and diabetes: the influence of diabetes in oral diseases and dental treatments. *Diabetes Res*. 2016;2016:6073190. doi: 10.1155/2016/6073190. Epub 2016 Dec 29.

VILLA A, MENON RS, KERR AR, DE ABREU AF, GUOLLO A, OJEDA D AND WOO SB: Proliferative leukoplakia: proposed new clinical diagnostic criteria. *Oral Dis*, 2018. Doi 10.1111/odi.12830.

WALSH, T, Worthington HV, Glenny AM, Appelbe P, Marinho VC, Shi X. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD007868.

WALTER, L.R.F, Nakama RK. Prevention of dental caries in the first year of life. *J Dent Res*. 1994;73(4): 773.

WARNAKULASURIYA S. Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, v. 125, n. 6, p. 582-590, 2018.

WHO - World Health Organization. Oral health. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> consultado em 19/11/2019.

WHO. *Oral health survey: basic methods*. 4th e. Geneva, 1997. 66p.

WICKHOLM S, GALANTI MR, SÖDER V, GILLJAM H. Cigarette smoking, snuff use and alcohol drinking: coexisting risk behaviours for oral health in young males. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:269-74.

WILSON, W; TAUBERT, KA; GEWITZ, M; LOCKHART, PB; BADDOUR, LM; LEVISON, M; et al. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. *Circulation* 2007;116:1736-1754; originally published online Apr 19, 2007; DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.183095.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (Org.). International Standards for Drinking-Water. 1ª Ed. Geneva, 1958.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global school-based student health survey (GSHS). <http://www.who.int/chp/gshs/en/> (acessado em 12/Dez/2007).

YANG, L.Q.; XIAO, X.; LI, C. X. et al. Human papillomavirus genotypes and p16 expression in oral leukoplakia and squamous cell carcinoma. *Int J Clin Exp Pathol.*, v. 12, n.3, p.1022-1028, 2019.

YANG EC, Tan MT, Schwarz RA, Richards-Kortum RR, Gillenwater AM, Vigneswaran N. Noninvasive diagnostic adjuncts for the evaluation of potentially premalignant oral epithelial lesions: current limitations and future directions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2018;125(6):670-681. doi:10.1016/j.oooo.2018.02.020

YEE, R. et al. Efficacy of silver diamine fluoride for arresting caries treatment. *Journal of Dental Research*, v. 88, n. 7, p. 644-647, 2009.

ZAID, K. et al. P53 overexpression in oral mucosa in relation to shisha smoking in Syria and Lebanon. *Asian Pac J Center Prev*, v. 19, n.7, p. 1879-82, 2018. ZANDER, V. et al. Microcomputed Tomography Evaluation of Root Dentin Caries Prevention by Topical Fluorides and Potassium Iodide. *Sensors*, v.19, n. 4, p. 874, 2019.

ZAVAREZ L. Período entre a sintomatologia inicial do paciente até o diagnóstico de carcinoma epidermoide na região de cabeça e pescoço. [Dissertação]. 2017. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/62358>.

ZIMMERMANN, C, Meurer MI, Lacerda JT, Mello ALSE, Grando LJ. The use of tools to support oral lesion description in oral medicine referrals. *Braz Oral Res.* 2017;31:e93. Published 2017 Nov 27. doi:10.1590/1807-3107BOR-2017.vol31.0093.

ZOHOORI FV, DUCKWORTH RM (eds): The Impact of Nutrition and Diet on Oral Health. *Monogr Oral Sci.* Basel, Karger, 2020, vol 28, pp 125–133 (DOI: 10.1159/000455380).

14. Anexos

Protocolo de atendimento à gestante

Quadro 1. Protocolo clínico de atendimento às gestantes a nível individualizado, nas diferentes fases da gestação durante o PNO.

1º trimestre 0 ao 3º mês zero a 13ª semanas	2º trimestre 4º ao 6º mês 14ª a 26ª semanas	3º trimestre 7º ao 9º mês 27ª a 40/41ª semanas
<p>Primeira consulta: Sinais vitais. Exame odontológico (ficha de anamnese direcionada com perguntas específicas sobre o período gestacional) e tratamento se houver necessidade, desmistificando o uso da anestesia local, uso de analgésicos, bem como exame radiológico, respeitando-se as normas básicas de segurança.</p> <p>Visualizar a caderneta de gestante. Atentar aos exames hematológicos, glicemia e demais.</p> <p>Foco no controle das doenças odontogênicas e periodontogênicas. Em caso de doença infecciosa e dor, o tratamento não deve ser postergado.</p> <p>Profilaxia profissional.</p> <p>Orientações de higiene bucal e hábitos alimentares.</p> <p>Orientações sobre as prováveis alterações sistêmicas repercutindo na cavidade bucal (doença periodontal, cárie dentária, erosão, xerostomia). Risco de baixo peso e prematuridade decorrente da doença periodontal.</p> <p>Plano de atuação/tratamento.</p> <p>Agendamento do retorno na primeira semana do segundo trimestre ou conforme a necessidade.</p> <p>Anotação dos dados da consulta PNO na ficha e carteira da gestante.</p> <p>Evoluir no prontuário da paciente.</p>	<p>Sinais vitais. Exame odontológico e tratamento se houver necessidade.</p> <p>Visualizar a caderneta de gestante. Atentar aos exames hematológicos, glicemia e demais.</p> <p>Profilaxia profissional. Realizar os procedimentos necessários, conforme o plano de tratamento.</p> <p>Reforço nas orientações de higiene bucal e hábitos alimentares.</p> <p>Agendamento do retorno na primeira semana do terceiro trimestre.</p> <p>Anotação dos dados da consulta PNO na ficha e carteira da gestante.</p> <p>Evoluir no prontuário da paciente.</p>	<p>Sinais vitais. Exame odontológico e tratamento se houver necessidade.</p> <p>Visualizar a caderneta de gestante. Atentar aos exames hematológicos, glicemia e demais.</p> <p>Foco nas orientações ao neonato.</p> <p>Profilaxia profissional.</p> <p>Aconselhamento sobre o Aleitamento materno exclusivo, enfatizando a importância para o desenvolvimento estomatognático do bebê e os benefícios para a respiração e todas as funções que ocorrem na cavidade bucal (sucção, deglutição, mastigação e fala).</p> <p>Orientação sobre a Avaliação do Frênulo Lingual.</p> <p>Aconselhamento sobre os malefícios da introdução dos hábitos de sucção não-nutritiva (mamadeira e chupetas). Orientação dos malefícios do açúcar “zero açúcar”.</p> <p>Orientação sobre a higienização bucal do Lactente e prevenção para cárie da primeira infância.</p> <p>Orientação do retorno com o neonato aos 10 (dez) dias após o nascimento (exame bucal, Teste da linguinha e reforço e apoio sobre o manejo e a importância do aleitamento materno exclusivo no crescimento e no desenvolvimento craniofacial), bem como do acompanhamento odontológico na primeira infância.</p> <p>Anotação dos dados da consulta PNO na ficha e carteira da gestante.</p> <p>Evoluir no prontuário da paciente.</p>

Fonte: próprio autor

Protocolo Técnica Restauração Atraumática – ART

1. Instrumental/Material Necessário

O instrumental necessário para a realização de uma restauração atraumática compreende: tríade odontológica (espelho bucal, pinça bucal e sonda exploradora/sonda padrão OMS), colheres de dentina de tamanhos variados, espátula para manipulação e inserção de cimentos odontológicos.

Além disso, são necessários potes dappen, cunhas, tiras de matriz metálica, gaze, roletes de algodão, luvas para procedimentos, vaselina, bolinhas de algodão/microbrush, bloco para manipulação de cimentos odontológicos.

O material restaurador deve ser o cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade, precedido por um agente condicionador dentinário (ácido poliacrílico).

2. Limpeza do dente

A limpeza da superfície do dente que receberá a restauração pode ser feita com bolinhas de algodão umedecidas em água filtrada ou fervida, por meio de escovação dentária ou profilaxia dentária em consultório.

3. Preparo cavitário

O preparo cavitário fundamenta-se na remoção da dentina infectada com colheres de dentina de tamanho compatível com a lesão de cárie, cujo limite clínico é ditado pela sensação tátil de aumento na consistência/dureza da dentina.

A fim de evitar possíveis exposições pulpares, particularmente em cavidades mais profundas, a remoção seletiva do tecido cariado deve priorizar as paredes circundantes da cavidade, seguida pela remoção completa do tecido cariado na junção amelo-dentinária e no bordo cavo superficial da cavidade. Este cuidado permite uma adesão adequada do cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade à cavidade, garantindo o vedamento da restauração, requisito fundamental para o reparo biológico da dentina afetada remanescente.

Em situações onde a dentina cariada não está acessível, haverá a necessidade de remoção do esmalte dentário. Isto pode ser feito com instrumentos cortantes manuais como machados ou o opener (instrumento desenvolvido especificamente para este fim). Apesar de não fazer parte do protocolo ART, se o procedimento é realizado em consultório odontológico, a abertura da cavidade pode ser realizada com brocas carbide em alta rotação. Independente da forma como a abertura é realizada, a remoção da dentina infectada será feita com colheres de dentina e o tecido dentário eliminado será o mínimo necessário, dentro dos princípios da Odontologia Minimamente Invasiva.

4. A inserção do material restaurador

As restaurações atraumáticas devem ser realizadas com cimento de ionômero de vidro de alta viscosidade. Nesta etapa, atenção deve ser dada para o pré-tratamento da dentina, manipulação do cimento de ionômero de vidro e inserção do material restaurador na cavidade.

Após finalização do preparo cavitário, a cavidade e a superfície oclusal (nos dentes posteriores) deve ser condicionada com condicionador dentinário (ácido poliacrílico) por 10 a 15 segundos, utilizando para isso bolinhas de algodão ou microbrush, seguida pela lavagem e secagem da cavidade. Esta etapa visa re-

mover a smear layer formada após remoção da dentina infectada e melhorar a interação do cimento de ionômero de vidro com a estrutura dentária.

Em caso de restauração de cavidades de múltiplas superfícies, é necessário a adaptação de matriz metálica e cunha em cavidades ocluso-proximais e matriz de poliéster em cavidades de classe III.

A manipulação do cimento de ionômero de vidro deve obedecer rigorosamente as instruções do fabricante, mantendo a proporção pó-líquida definida na bula do produto. O pó deve ser aglutinado ao líquido em etapas até obtenção de uma massa homogênea em ponto de fio; a inserção na cavidade deve ser feita enquanto há brilho na superfície do material restaurador com uma espátula para inserção.

Para facilitar a adaptação do cimento de ionômero de vidro ao dente e reduzir a incorporação de bolhas de ar no corpo do cimento, após inserção do material em cavidades posteriores, é realizado um procedimento denominado “pressão digital” (finger printing). Para tanto, o profissional deve colocar um pouco de vaselina no dedo indicador enluvado e fazer uma pressão na restauração, aproveitando para levar o cimento de ionômero de vidro para as fôssulas e fissuras adjacentes. Desta forma, o dente receberá a associação restauração e selante ART. Durante todo o procedimento, a umidade deve ser controlada, mantendo-se o isolamento relativo no campo operatório.

5. Proteção do cimento de ionômero de vidro:

Após checagem e ajuste oclusal, se necessário, o cimento de ionômero de vidro deve ser protegido contra sinérise e embebição até que o processo de geleificação se processe. Para este procedimento, utiliza-se a vaselina, que é o material originalmente indicado no protocolo das restaurações atraumáticas.

Doença Periodontal

	Gengivite Localizada	Gengivite Generalizada
Escore de sangramento à sondagem	≥10% e ≤30% dos sítios	> 30% dos sítios
Perda de inserção clínica	NÃO	NÃO
Perda óssea radiográfica	NÃO	NÃO

Tabela 1. Gengivite Localizada ou Generalizada em um Periodonto Intacto. Adaptado de: Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S46-S73.

	Gengivite Localizada	Gengivite Generalizada
Escore de sangramento à sondagem	≥10% e ≤30% dos sítios	> 30% dos sítios
Profundidade de sondagem (em todos os sítios)	≤ 3 mm	≤ 3 mm
Perda de inserção clínica	SIM	SIM
Perda óssea radiográfica	POSSÍVEL	POSSÍVEL

Tabela 2. Gengivite Localizada ou Generalizada em um Periodonto Reduzido sem histórico de periodontite. Adaptado de: Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S46-S73.

	Gengivite Localizada	Gengivite Generalizada
Escore de sangramento à sondagem	≥10% e ≤30% dos sítios	> 30% dos sítios
Profundidade de sondagem (em todos os sítios)	até 4 mm	até 4 mm
Perda de inserção clínica	SIM	SIM
Perda óssea radiográfica	POSSÍVEL	POSSÍVEL

Tabela 3. Gengivite Localizada ou Generalizada em um Periodonto Reduzido com histórico prévio de periodontite. Adaptado de: Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S46-S73.

		Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4
Severidade	NIC interdental no sítio com maior perda	1 mm a 2 mm	3 mm a 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Perda óssea radiográfica	Terço coronário (< 15%)	Terço coronário (15-33%)	Estendendo ao terço médio da raiz ou além	Estendendo ao terço médio da raiz ou além
	Perda dentária	Sem perdas decorrentes de periodontite		Perdas decorrentes de periodontite ≤ 4 dentes	Perdas decorrentes de periodontite ≥ 5 dentes
Complexidade	Local	PS máxima ≤ 4 mm Perdas ósseas principalmente horizontais	PS máxima ≤ 5 mm Perdas ósseas principalmente horizontais	Em adição à complexidade do estágio 2: PS ≥ 6 mm Perda óssea vertical ≥ 3 mm Envolvimentos de furca classes I e II Defeitos moderados na crista óssea	Em adição à complexidade do estágio 2: necessidade de reabilitação complexa devido a: disfunção mastigatória; trauma oclusal secundário (mobilidade dentária ≥ 2); defeitos severos na crista; colapso oclusal, espaçamento, deslocamento; menos de 20 dentes remanescentes (dez pares postos)
Extensão e distribuição	Adicionado ao estágio como descritor	Para cada estágio, descrever a extensão como localizada (< 30% de dentes envolvidos), generalizada ou padrão incisivo/molar			

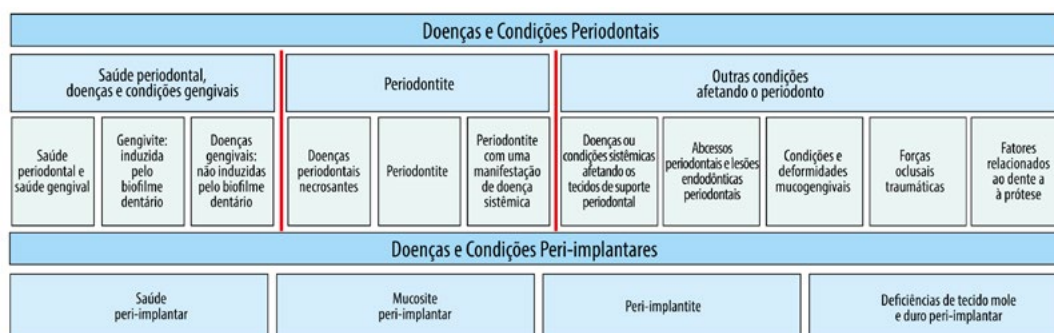
Modificado de: J Periodontol 2018;89[suppl.1]. O estágio inicial deve ser determinado utilizando a perda de inserção (NIC). Se não disponível, a perda óssea na radiografia deve ser utilizada. Fatores de complexidade devem alterar o estágio para um nível superior. Ex.: furca II ou III mudariam para os níveis 3 ou 4, independentemente do NIC. A distinção entre os estágios 3 e 4 é, principalmente, baseada nesses fatores de complexidade. Para pacientes após o tratamento, NIC e perda óssea na radiografia continuam sendo as determinantes primárias para o estadiamento. Se um fator de complexidade for eliminado pelo tratamento, o estágio inicial não deve regredir para um melhor estágio, uma vez que o fator de complexidade deve sempre ser considerado na execução de uma fase de manutenção. NIC: perda de inserção clínica; PS: profundidade de sondagem.

Tabela 4. Estágios da Periodontite. Retirado de Almeida, JM e Matheus, HR. Uma visão geral crítica sobre a classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares de 2018. INPerio 2019;4(2):267-82 Adaptado de: Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S159-S172.

Graus da periodontite			Grau A: baixa taxa de progressão	Grau B: moderada taxa de progressão	Grau C: rápida taxa de progressão
Critérios primários	Evidência direta de progressão	Dados longitudinais (perda óssea na radiografia ou NIC)	Evidência de nenhuma perda em cinco anos	< 2 mm em cinco anos	≥ 2 mm em cinco anos
	Evidência indireta de progressão	% perda óssea/idade	< 0,25	0,25 a 1,0	> 1,0
		Fenótipo do caso	Depósitos abundantes de biofilme com baixos níveis de destruição	Destruição compatível com os depósitos de biofilme	Destruição excede as expectativas, dados os depósitos de biofilme. Padrões clínicos específicos de períodos de rápida progressão e/ou início precoce da doença (padrão molar/incisivo; ausência de resposta esperada às terapias e padrão de controle bacteriano)
Modificadores dos graus	Fatores de risco	Tabagismo	Não fumante	Fumantes < 10 cigarros/dia	Fumantes ≥ 10 cigarros/dia
		Diabetes	Normoglicêmico/sem diagnóstico de diabetes	HbA1c < 7,0% em pacientes diabéticos	HbA1c ≥ 7% em pacientes diabéticos
Risco de impacto sistêmico da periodontite	Carga inflamatória	PCR de alta sensibilidade	< 1 mg/L	1 a 3 mg/L	> 3 mg/L
Biomarcadores	Indicadores de NIC/perda óssea	Saliva, fluido crevicular, soro	?	?	?

Modificado de: J Periodontol 2018;89(suppl.1). Os graus devem ser utilizados como indicadores da taxa de progressão da periodontite. Os critérios primários são tanto evidências diretas quanto indiretas da progressão. Sempre que disponível, são utilizadas as diretas. Contudo, na sua ausência, a estimativa indireta é feita utilizando perda óssea em função da idade no dente mais afetado ou a apresentação do caso (perda óssea/idade). Os clínicos devem, inicialmente, assumir o grau B da doença e buscar evidências específicas para mudar para os graus A ou C.
 *Refere-se ao risco aumentado da periodontite ser uma comorbidade inflamatória para o paciente específico.
 Os pontos de interrogação na última linha indicam que marcadores específicos e seus limites de valores devem ser incorporados à tabela conforme evidências tomam-se disponíveis na literatura.
 NIC: perda de inserção clínica; HbA1c: hemoglobina glicada; PCR: proteína C-reativa.

Tabela 5. Graus da Periodontite. Retirado de Almeida, JM e Matheus, HR. Uma visão geral crítica sobre a classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares de 2018. INPerio 2019;4(2):267-82 Adaptado de: Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S159-S172.



b) Modificado de: J Periodontol 2018;89 (suppl.1).

Tabela 6. Resumo simplificado da Classificação das Doenças e Condições Periodontais. Retirado de Almeida, JM e Matheus, HR. Uma visão geral crítica sobre a classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares de 2018. INPerio 2019;4(2):267-82 Adaptado de: Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL7, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Periodontol. 2018 Jun;89 Suppl 1:S1-S8.

Protocolo para Confecção Prótese Total

O exame clínico tem a finalidade de avaliar as possibilidades de tratamento do dentista, permitindo que se proponham diferentes alternativas de trabalho ao paciente. Devemos analisar o tipo de paciente, se é receptivo, céptico, histérico ou indiferente. Fundamental também realizar o exame extra oral avaliando a cor da pele, olhos, idade e a cor dos dentes da sua prótese antiga. A forma dos dentes tem uma relação direta com a forma do rosto do paciente; os formatos mais comuns são: retangular, triangular e ovoide. Prosseguir com o exame intraoral, avaliando detalhadamente a cavidade oral, existência de lesões patológicas, aspectos gerais de suporte (freios, bridas, resiliência da mucosa, etc.), forma dos maxilares, altura e forma dos rebordos, superfície dos rebordos (uniforme, irregular), inclinação dos rebordos (ascendente, descendente), altura e forma da abóboda palatina, existência ou não de tórus maxilar ou mandibular e a qualidade da mucosa (normal, rígida ou flácida).

As moldagens devem ser realizadas com os seguintes objetivos:

- Permitir mínima deformação dos tecidos de suporte, pela aplicação da técnica adequada na moldagem anatômica;
- Extensão correta da base da prótese, por meio do ajuste da moldeira individual, de acordo com as características anatomofisiológicas do paciente;
- Vedamento periférico funcional, pela espessura e contorno adequados da borda da prótese;
- Contato adequado da base da prótese com o rebordo, através da perfeita reprodução dos tecidos pelo material de moldagem.

Na moldagem anatômica, para prótese total o ideal é que o paciente fique sentado na cadeira e não deitado porque assim a sua musculatura estará muito mais relaxada. Independentemente do material a ser utilizado, o resultado deve ser bom. Os materiais mais utilizados para a moldagem anatômica dos desdentados são o alginato e a godiva. Fazer a seleção da moldeira metálica para que toda ela cubra bem a área a ser moldada com um pouco de folga e proceder com a moldagem com o material escolhido, gral de borracha e espátula plástica são disponibilizados no kit. O vibrador de gesso também faz parte do kit para que, dependendo do tempo que esta moldagem irá levar até chegar ao Laboratório Regional de Prótese Dentária, já se proceda o vazamento em gesso, minimizando assim o risco de distorções de moldagem. Da mesma forma para a moldagem funcional. Se o LRPD for de fácil acesso, então a moldagem anatômica será enviada ao técnico que irá confeccionar o modelo anatômico e a moldeira individual.

Na moldagem funcional o ajuste da moldeira individual é um dos passos mais importantes da sequência clínica. Antes de provar a moldeira, o ideal é verificar sem luva, se existem áreas na moldeira que possam machucar a boca. Fazer os alívios necessários. Nos ajustes usar as fresas para desgaste do acrílico, pedras montadas de diversos tamanhos e discos de polimento. Para se fazer a moldagem funcional, realizar o selado periférico, utilizando godiva em bastão, lamparina a álcool, lamparina tipo Hanau e a espátula lecron. Depois do selado periférico, realizar a moldagem total com o material de escolha (pasta zinco enólica, polissulfeto, silicona ou mesmo alginato para a mucosa muito flácida com a moldeira perfurada). A placa de vidro e espátula 36 também fazem parte do kit. Com este molde iremos conseguir o modelo funcional.

Do modelo funcional vem uma placa com os planos em cera. Esta base de prova não tem retenção, às vezes é necessário estabilizar com corega para se proceder os passos seguintes. As funções destes planos de cera é fazer os ajustes para se determinar a dimensão vertical, determinar e registrar a relação cêntrica para transferir ao articulador, estabelecer as linhas de referência e escolha dos dentes.

Para o ajuste do plano superior, recortar a cera com uma espátula lecron na altura do lábio superior em repouso, verificar o plano anterior com a régua de Fox (as duas linhas devem estar paralelas), verificar o plano posterior de Camper, – tragus - asa do nariz (devem estar paralelas), a curva de Spee ântero-posterior (deve ser ascendente).

Para o ajuste do plano inferior, recortar o rolete de cera com uma espátula lecron na altura do lábio inferior e proceder as medidas para a dimensão vertical. Para se realizar a medição da dimensão vertical três métodos são utilizados: o método métrico, utilizando a régua de Willis, o método fisionômico avaliando o perfil do paciente e o método fonético, que por meio dos sons sibilantes, utilizando os fonemas M e S determina-se a DVR.

No método métrico usar a Régua de Willis com o paciente na Dimensão Vertical de Repouso, medir verticalmente e diminuir de 3 a 5 mm correspondentes ao Espaço Funcional Livre para atingir a Dimensão Vertical de Oclusão.

Para correta obtenção da DVO, o CD precisa conhecer as técnicas e ter uma boa relação com o paciente, associando duas ou mais técnicas para garantir o sucesso no registro.

Para a relação cêntrica existe o método guiado, onde por manipulação o côndilo é levado na posição mais anterior e superior na cavidade glenoide e o método pela deglutição.

É fundamental a importância da DVO e RC, uma vez que a perda desta dimensão está fortemente relacionada com as disfunções Têmporo Mandibulares e comprometimento na estética facial.

As linhas de referência utilizadas são: linha mediana, linha das comissuras labiais e a linha alta do sorriso. Neste momento também com a escala de cor de dentes de estoque é feita a escolha da cor dos dentes juntamente com o paciente. Para unir os rodetes não utilizar grampos, o perigo de deslocar da posição quando se retirar da boca é grande, fazer a união fundindo a cera com espátula aquecida e pela marcação das linhas mediana e das comissuras.

Prova dos dentes

Os dentes artificiais devem preencher no mínimo duas condições, a estética e a função. Para desempenhar essas duas condições, alguns requisitos precisam ser preenchidos. As cúspides não podem ser muito altas, para não prejudicar a estabilidade do aparelho, as faces oclusais devem ter certa anatomia capaz de permitir a trituração dos alimentos, os dentes posteriores devem permitir o balanceio oclusal e satisfazer uma exigência mínima estética.

Na instalação da prótese total, antes de colocar na boca do paciente, passar o dedo sem luva para ver se não existe nenhum resíduo de acrílico que possa machucar a boca. Para o ajuste, usar a pinça Mueller com o carbono para checar contatos prematuros, bem como as fresas para desgastar espículas de acrílico e pedras montadas de várias granulações para polir (branca mais grossa, rosa mais fina). A harmonia dos contatos oclusais é um fator bastante significativo na interação das próteses totais ao sistema estomatognático. Negligências no ajuste oclusal, como um contato prematuro ou deslizante, podem refletir na estabilidade e na retenção das próteses, conseqüentemente no desempenho da função mastigatória, no conforto e na preservação do rebordo residual. Para prótese total se utiliza o conceito

de oclusão balanceada, através de contatos simultâneos, três no mínimo, distribuídos ao longo do arco dental durante os movimentos excursivos da mandíbula. O ajuste deve ser realizado tanto em oclusão cêntrica como excêntrica (lateralidade e protrusão) e em todos os casos deve manter três pontos de contato entre os arcos.

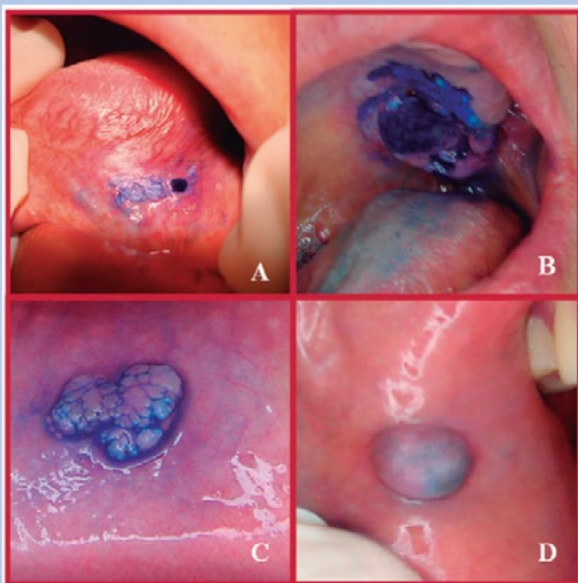
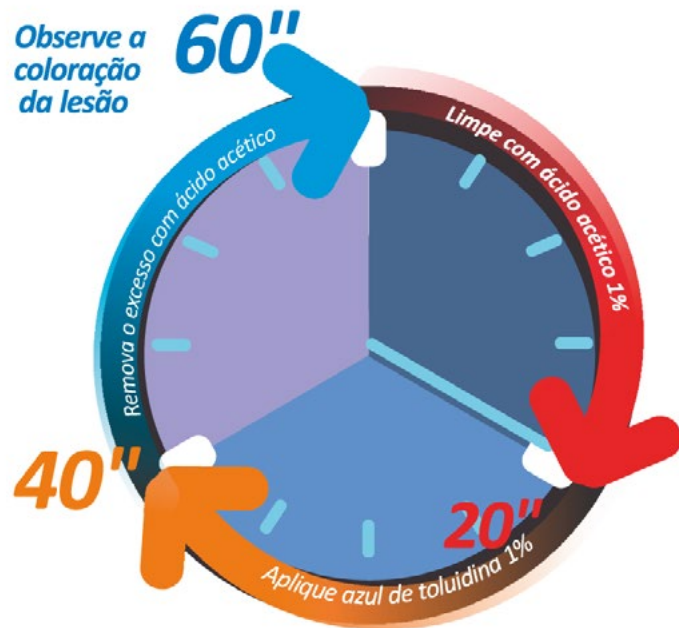
A instrução ao paciente também é um momento de fundamental importância. O paciente deve ser orientado e motivado quanto ao uso, à higiene das próteses, às limitações funcionais que as próteses podem impor e à necessidade de retornos em caso de machucados para se realizar os ajustes.

Para aprender a mastigar satisfatoriamente com as novas próteses, o paciente leva em torno de 6 a 8 semanas, período no qual os músculos faciais da mastigação estabelecem novos padrões de memória. Quando da execução de uma prótese total, o objetivo maior é oferecer conforto ao nosso paciente, permitindo que ele possa falar sem impedimentos, mastigar os alimentos de forma eficiente e ter uma posição de repouso confortável.

Protocolo de uso do azul de toluidina e ácido acético

Programa Estadual de Detecção Precoce do Câncer Bucal

1 minuto para
salvar uma vida



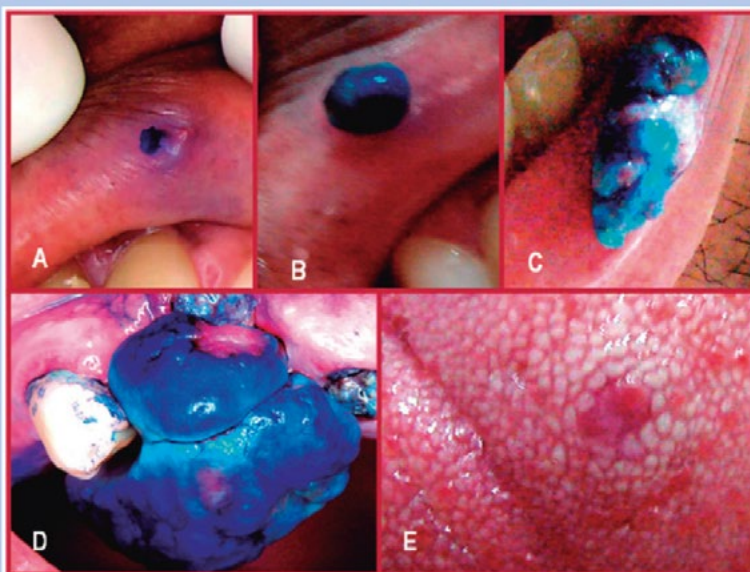
Padrões de resultados com o azul de toluidina:

- A - Positivo focal - Ceratose com displasia epitelial moderada;
- B - Positivo difuso - Adenocarcinoma células basais;
- C - Negativo com retenção - Papiloma escamoso oral;
- D - Negativo - Hiperplasia fibrosa inflamatória.

(Fonte: Calandro, Werneck, Gonçalves, Silva & Dias - UFF, 2011).



Aplicação do azul de toluidina, após limpeza com ácido acético. Aspecto da lesão corada.



Coloração do azul de toluidina em granulomas piogênicos:

A- Positivo focal;
B- Positivo difuso;
C- Positivo difuso;
D- Positivo difuso;
E- Negativo.

(Fonte: Calandro, Werneck, Gonçalves, Silva & Dias- UFF, 2011).

Programa Estadual de Detecção Precoce do Câncer Bucal

O câncer bucal permanece como um problema de Saúde Pública, com poucas melhoras nos indicadores epidemiológicos ao longo do tempo.

O estabelecimento de políticas públicas, o maior envolvimento dos profissionais de saúde bucal e a utilização de métodos simplificados de identificação das lesões bucais têm papel importante para aumentar a sobrevivência dos pacientes com câncer bucal.

A detecção precoce do câncer bucal depende do diagnóstico precoce das lesões, realizado pelos profissionais de saúde bucal que atuam nas unidades de atenção básica à saúde. A utilização de ácido acético a 1% e do azul de toluidina a 1% para colorir as lesões bucais parece ser um importante aliado neste trabalho.

O uso de uma estratégia de rastreamento do câncer bucal é o ponto fundamental do Programa Estadual de Detecção Precoce do Câncer Bucal, instituído pela SESA, propondo a utilização de um exame visual de baixo custo para a difusão do diagnóstico precoce em todas as Unidades de Saúde do Estado.



1 minuto para salvar uma vida

Passo a Passo

- 1 Faça sempre um exame minucioso da cavidade bucal, buscando encontrar lesões dos tecidos moles e duros.
- 2 Ao observar uma lesão suspeita no exame visual, informe ao paciente sobre os procedimentos que adotará.
- 3 Peça ao paciente que faça um bochecho com água, durante vinte segundos, para a remoção de restos alimentares.
- 4 Limpe a lesão com ácido acético 1% durante 20 segundos. Seque com gaze ou algodão.
- 5 Aplique o azul de toluidina 1% durante 20 segundos.
- 6 Remova o excesso do azul de toluidina 1% aplicando ácido acético 1% por 20 segundos.
- 7 Ao final dos 60 segundos, observe a lesão, utilizando como referência as imagens do verso.
- 8 Lesões que apresentarem coloração azul escuro devem ser consideradas positivas para pré malignidade e malignidade e devem ser encaminhadas para biópsia ao Centro de Especialidades Odontológica mais próximo e posterior exame citológico ou histológico.
- 9 Lesões com coloração azul-claro devem ser consideradas suspeitas e monitoradas.
- 10 A SESA está garantindo os exames citológicos e histológicos para a comprovação da malignidade das lesões.
- 11 Para mais informações e referencial teórico, acesse o site:

www.sesa.pr.gov.br

Protocolo Uso de Cariostático

Técnica de aplicação:

A técnica de aplicação do DFP é bastante simples e segue as seguintes etapas:

- Profilaxia dentária: remoção do biofilme dental da superfície que receberá o DFP com escova de dentes, pensos de algodão umedecidos em água ou profilaxia com escova Robson e pasta profilática;
- Proteção de tecidos moles (face, lábios, mucosas) com vaselina, para evitar a pigmentação das mucosas ou lesões em tecidos moles;
- Isolamento relativo do campo operatório com roletes de algodão;
- Agitação do frasco para homogeneização da solução;
- Colocação de uma gota da solução em um pote Dappen de vidro (1 gota da solução é o suficiente para aplicação em 5-6 cavidades);
- Secagem do dente que receberá o tratamento com jato de ar ou bolinhas de algodão secas;
- Aplicação do DFP com aplicador descartável ou penso de algodão na cavidade de forma ativa, por aproximadamente 1 minuto;
- Aplicação de um leve jato de ar para auxiliar na secagem do produto;
- Remoção do isolamento relativo.

Em superfícies proximais com lesões em esmalte, após profilaxia e isolamento relativo, o DFP deve ser aplicado com fio ou fita dental; após umedecer o fio dental com a solução, este deve ser inserido no espaço interproximal e friccionado contra a superfície cariada, por aproximadamente 1 minuto.

O manchamento do dente é dependente da ação da luz na superfície do dente que recebeu carios-tático. Portanto, haverá situações em que a alteração da cor não será evidenciada na mesma sessão em que foi realizada a aplicação. Recomenda-se o retorno do paciente numa sessão de acompanhamento para verificação do escurecimento da lesão de cárie, uma vez que o manchamento está diretamente relacionado com a paralisação da lesão de cárie (PATEL et al., 2018). Nesta segunda consulta, após avaliação do escurecimento dentário, poderá ser realizada uma nova aplicação do produto, sobretudo se a solução utilizada for em concentração inferior a 30%.

Notificação de Violência



ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO E/OU ENCAMINHAMENTO INTRA/INTERSETORIAL - SAÚDE

A Portaria GM/MS nº 204/2016 estabelece a notificação compulsória (obrigatória), no território nacional dos casos de violência interpessoal e autoprovocada, bem como o Instrutivo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA 2ª edição, 2016) do Ministério da Saúde.

A notificação, o preenchimento correto da ficha conforme preconizado e o comunicado a autoridade sanitária competente, quando aplicável, significa o cumprimento de um dos deveres fundamentais dos profissionais referentes ao zelo pela saúde e pela dignidade do paciente.

Considerando o código deontológico profissional de cada área, o atendimento de pessoas em situação de violência exige o cumprimento dos princípios ético-legais de sigilo ou segredo profissional, preceito esse que adquiriu fundamentação mais rigorosa ao ser centralizado no direito do cidadão à intimidade, privacidade e honra, passando a ser entendido como confidencialidade. Essa natureza do conceito de segredo profissional transforma-o em um direito-dever na medida em que, sendo um direito da pessoa, gera uma obrigação específica aos profissionais da saúde, bem como aos demais profissionais das demais áreas intersetoriais que compõe o trabalho multiprofissional.

No caso de crianças e adolescentes, uma comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou às autoridades competentes, conforme exigência do Estatuto da Criança e do Adolescente. A comunicação às autoridades competentes (delegacias especializadas, Ministério Público, Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa) também se aplica aos casos de suspeita ou confirmação de violências contra pessoas idosas, conforme determina o Estatuto do Idoso.

OBSERVAÇÃO:

- ✓ **O serviço que realizar o primeiro atendimento à pessoa em situação de violência deverá preencher a FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA de violência interpessoal/autoprovocada e encaminhar para a vigilância epidemiológica de referência do território conforme fluxo estabelecido (arquivar uma cópia no prontuário do paciente).**
- ✓ **O serviço de saúde utilizará este formulário como referência/contra-referência para comunicar a situação de violência aos demais órgãos/secretarias.**

Notificação de Violência

ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA FORMULÁRIO DE COMUNICAÇÃO E/OU ENCAMINHAMENTO INTRA/INTERSETORIAL - SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

INSTITUIÇÃO: _____ TELEFONE: _____
ENCAMINHAMENTO PARA A INSTITUIÇÃO: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

NOME COMPLETO: _____
NOME SOCIAL: _____
NOME DO RESPONSÁVEL (NO CASO DE CRIANÇA/ADOLESCENTE): _____
NOME DA MÃE: _____
IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/____ SEXO: _____
Nº RG /CPF: _____ Nº CARTÃO SUS: _____
ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____
COMPOSIÇÃO FAMILIAR (NOME/GRAU DE PARENTESCO): _____

3. SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA

3.1 TIPO/CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA _____

3.2 RELATO RESUMIDO DA SITUAÇÃO _____

4. ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS:

(Unidade de Saúde, hospital, CAPS, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, entre outros)

Professional Responsável pelo atendimento - carimbo da instituição

Local _____ Data ___/___/____

Protocolo de atendimento em Saúde Bucal do adolescente desacompanhado nas UBS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº 2-SEI/2017-CGSAJ/DAPES/SAS/MS

1. ASSUNTO

Atendimento em Saúde Bucal de Adolescentes Desacompanhados dos Pais ou Responsáveis nas Unidades Básicas de Saúde

1. A partir do exposto na Nota Técnica Nº 4 de 2017 da CGSAJ/DAPES/SAS/MS, sobre o direito de adolescentes serem atendidos nas Unidades Básicas de Saúde desacompanhados dos pais ou responsáveis, e das dúvidas surgidas na Webpalestra realizada com profissionais de saúde sobre essa temática, as Coordenações Gerais de Saúde de Adolescentes e Jovens e de Saúde Bucal do Ministério da Saúde ressaltam a importância da atuação do profissional de saúde bucal no atendimento dos adolescentes, independentemente da presença de um responsável.
2. A busca dos adolescentes para o cuidado de sua saúde deve ser incentivada e acolhida pelos profissionais e pelos serviços de Atenção à Saúde, a partir do entendimento da autonomia desses sujeitos, reconhecidos como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e titulares de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas Leis, em qualquer condição em que se encontrem. Essa prática está em conformidade com o direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei Federal 8069/90) de atendimento à saúde dessa população, presente principalmente em seus artigos nº 7, 16 e 17. E também, alinha-se à recomendação sobre o direito à saúde dos adolescentes expedida pelo **Comitê de Direitos da Criança** (Recomendação Geral n.º 4, de 6 de junho de 2003), na qual é destacado o direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente e ao seu acesso aos serviços, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis.
3. A atuação dos trabalhadores da atenção básica-entre eles, os profissionais de odontologia-deve estar alinhada com as diretrizes e recomendações supracitadas, de modo que cada trabalhador sinta-se corresponsável pela garantia do direito dos adolescentes de terem sua autonomia, privacidade e acesso aos serviços.
4. Reconhece-se também que, a atuação dos trabalhadores de saúde deve seguir as regulamentações dos vários segmentos de classe, e, no caso, da odontologia, podem ser destacados alguns trechos do Código de Ética odontológica (Resolução CFO – 118/2012) que se alinham às recomendações referentes à garantia do direito à saúde e autonomia dos adolescentes:
5. Art. 3º. O objetivo de toda a atenção odontológica é a saúde do ser humano. Caberá aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a **universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos**, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político administrativa dos serviços de saúde.
6. Art. 9º. Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética:
7. VII - **zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;**
8. VIII - **resguardar o sigilo profissional;**
9. Art. 11º. Constitui infração ética:
10. X - iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o **consentimento prévio do paciente** ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência;
11. Observa-se que, no que tange à atuação dos profissionais de odontologia, é imprescindível que a atuação dos mesmos resguarde: a universalidade do acesso aos serviços de saúde; a autonomia dos indivíduos; o sigilo profissional; e o consentimento de cada indivíduo antes

- do início de qualquer tratamento odontológico, na perspectiva de garantir a corresponsabilidade de cada usuário pelo seu tratamento, e não de restringir seu acesso.
12. Os adolescentes, enquanto sujeitos titulares de direitos que incluem o direito à saúde devem ter asseguradas as premissas acima expostas pela regulamentação do Conselho Federal de Odontologia, sendo beneficiados pelo acesso à saúde, pelo sigilo profissional, e também por práticas que lhes preservem a autonomia sobre sua saúde.
 13. Nessa perspectiva, devem ser adotadas pelos profissionais de odontologia, práticas que assegurem aos adolescentes as garantias relatadas, tanto no Estatuto da Criança e do Adolescente, quanto no próprio Código de Ética Odontológica.
 14. Sendo assim, não são recomendadas medidas de restrição de acesso aos adolescentes sob o argumento de que a realização do tratamento está condicionada à anuência e/ou presença de pais ou responsáveis. Compreende-se que, enquanto titular de direitos, os adolescentes devem ser abordados enquanto indivíduos que devem ter acesso ao tratamento odontológico guiado pelas noções de acolhimento, preservação da autonomia do indivíduo sobre seu estado de saúde, e direito à privacidade. Não obstante a relevância dessas premissas de atuação é importante destacar que na relação indivíduo-profissional sempre seja considerada, caso a caso, a capacidade do assistido de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, bem como as circunstâncias em que o cuidado em saúde está sendo buscado.
 15. A acessibilidade é princípio da atenção básica, sendo esse nível de atenção a porta de entrada aberta e preferencial do usuário com a rede de atenção à saúde. Tal princípio requer que todo profissional de saúde da atenção básica acolha as demandas apresentadas pelos indivíduos, sob o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deva ser acolhida.
 16. Sendo assim, todo adolescente deve ser acolhido e ter suas demandas e necessidades escutadas pelos profissionais de odontologia da atenção básica, independentemente da presença do responsável. O acolhimento e escuta aos adolescentes podem desencadear desfechos como, o atendimento no dia à demanda espontânea que se caracterize, ou não, como urgência; ou a programação do atendimento para outra data, a fim de que seja pactuado conjuntamente o plano de tratamento daquele adolescente, atendimento denominado primeira consulta odontológica programática.
 17. Conforme exposto acima, é importante considerar as circunstâncias nas quais o cuidado em saúde bucal é buscado. A demanda espontânea deve sempre desencadear a escuta, e, se a situação caracterizar uma situação de urgência que demande o atendimento no dia, o atendimento que resolva a situação naquela ocasião. Caso o atendimento possa ser realizado em outra ocasião, deve ser negociada com o adolescente, a participação de seu responsável na primeira consulta odontológica programática para o planejamento conjunto de seu plano de tratamento. **Contudo, a presença do responsável, em princípio, não deve ser colocada como condicionante para a oferta de tratamento odontológico.** Nesse caso, devem-se considerar as seguintes diretrizes:
 18. a) sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação, legal, de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;
 19. b) que a quebra do sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde juntamente com o adolescente e fundamentada no benefício real para pessoa assistida;
 20. c) no caso de se verificar que a comunicação ao adolescente poderá causar maior dano, a quebra do sigilo deve ser decidida somente pela equipe de saúde com as cautelas éticas e legais já mencionadas.
 21. Vale a pena ressaltar que é imprescindível sempre oportunizar o movimento protagonizado pelo adolescente em prol de sua própria saúde, sendo essa mobilização interpretada como uma medida de autocuidado importante a ser valorizada.
 22. Diante do exposto, é importante que todos os profissionais de odontologia identifiquem-se como corresponsáveis pela garantia do direito à saúde dos adolescentes- ainda que sem a presença do responsável durante todo o tratamento- reconhecendo a atenção básica e a atenção em saúde bucal como locus privilegiado para indução e fortalecimento do autocuidado, vínculo e fortalecimento da noção de cidadania entre os adolescentes.



Documento assinado eletronicamente por **Lívia Maria Almeida Coelho de Souza, Coordenador(a)-Geral de Saúde Bucal**, em 08/08/2017, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Taissa Freiburger Tokarski, Coordenador(a)-Geral de Saúde dos Adolescentes e Jovens**, em 08/08/2017, às 16:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0203313** e o código CRC **10A46859**.

Referência: Processo nº 25000.417286/2017-46

SEI nº 0203313



Rua Piquiri 170 - Rebouças
80230-140 - Curitiba - PR

41 3330-4300
www.saude.pr.gov.br