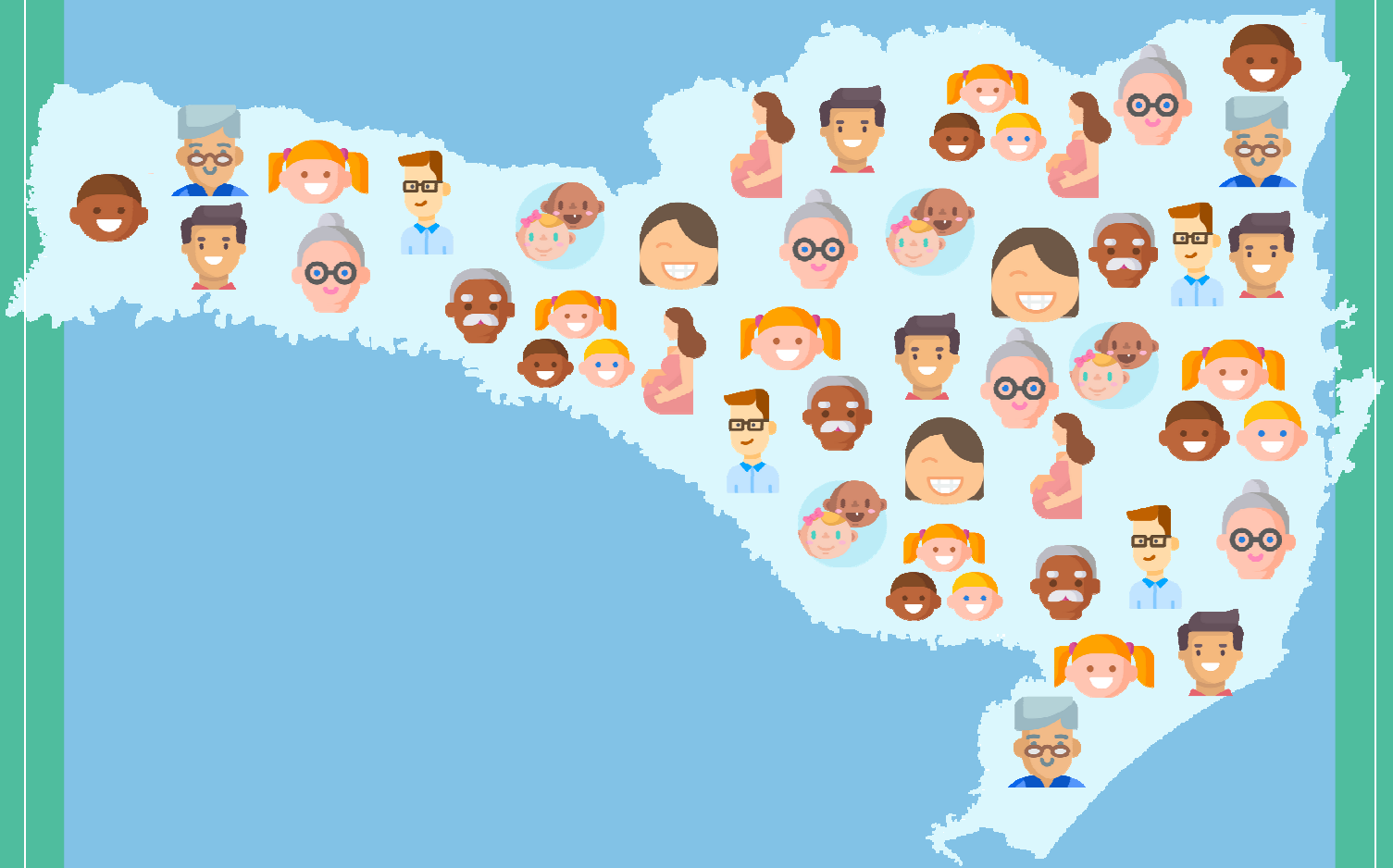


LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE BUCAL



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE BUCAL

JUNHO
2022

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Governador

Carlos Moisés da Silva

Secretário de Estado da Saúde

Aldo Baptista Neto

Superintendência de Gestão e Planejamento - SPS

Carmem Regina Delziovo

Diretoria de Atenção Primária à Saúde - DAPS

Jane Laner Cardoso

Elaboração e Organização – área técnica da Saúde Bucal - DAPS

Adriana Remor Teixeira

Cheila Furrati

Fernanda Guglielmi Faustini Sônego

Isabela Karsten Marques

Márcia Bittencourt

Mirvaine Panizzi

Nestor Antonio Schmidt de Carvalho

Colaboração - Área técnica Linhas de Cuidado - DAPS

Ana Borges França

Csele van de Sand

Juliane Gomes Berto dos Santos

Larissa Pruner Marques

Samara Eliane Rabelo Suplici

Silvia Cardoso Bittencourt

Veridiana Tavares Costa

Colaboração externa

Alessandra Rodrigues de Camargo – UFSC

Luiza Seffrin Von Muller - UFSC

Nathalie Egues de Moraes - UFSC

Renata Goulart Castro - UFSC

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1 Competências das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Estadual de Saúde (SES)	7
2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	9
3. VIGILÂNCIA DOS TEORES DE FLÚOR DAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO.....	13
4. PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	15
4.1 Atenção Primária à Saúde.....	17
4.1.1 Sistema de Referência e Contrarreferência	20
4.1.2 Referência lateral ou Referência interna	20
4.1.3 Tecnologias De Cuidado	21
4.1.3.1 Atendimento Domiciliar	21
4.1.3.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)	22
4.1.4 Atendimento de Urgência.....	23
4.1.1 Ações/Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal na APS.....	23
4.2 Atenção Especializada Ambulatorial.....	27
4.2.1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).....	27
4.2.1.1 Ações/Atribuições dos Profissionais do CEO	28
4.2.2 Centros de Defeito de Face e Malformação	30
4.2.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	30
4.3 Atenção Especializada em nível Hospitalar	31
4.3.1 Atribuições da equipe de saúde bucal no hospital	31
4.3.2 Rede de atendimento odontológico hospitalar para PNE (Portadores de Necessidades Especiais).....	33
4.4 Pontos de apoio	33
4.4.1 Laboratório Regional de Prótese Dentária - LRPD	33
5. SAÚDE BUCAL NOS CICLO DE VIDA	35
5.1 Atenção à gestante e ao pré-natal odontológico	35
5.2 Atenção à infância.....	37
5.3 Atenção ao Adolescente (10 a 19 anos)	40
5.4 Atenção ao Adulto (20 a 59 anos).....	40
5.5 Atenção ao Idoso (Acima de 60 anos)	41

6. SAÚDE BUCAL E AS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	42
6.1 Diabetes Mellitus (DM).....	42
6.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	43
6.3 Doença renal crônica	44
6.4 Pacientes com HIV/AIDS	45
6.5 Hepatites virais	45
6.6 Pacientes submetidos a tratamento oncológico e transplantados.....	45
6.7 Atenção ao câncer de boca.....	46
6.7.1 Telestomatologia	48
6.8 Atenção à pessoa com deficiência.....	49
6.8.1 Deficiência física/motora	49
6.8.2 Deficiência auditiva.....	50
6.8.3 Deficiência visual.....	50
6.8.4 Deficiência mental/ intelectual.....	50
6.8.5 Deficiência Múltipla	50
6.8.6 Transtorno do Espectro Autista (TEA)	50
6.8.7 Pessoa Portadora de Necessidades Especiais.....	51
7. EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA.....	53
8. INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	54
9. INDICADORES DE MONITORAMENTO DA SAÚDE BUCAL.....	55
10. REFERÊNCIAS.....	57

LISTA DE SIGLAS

ACE- Agente de Combate a Endemias
ACS – Agente Comunitário de Saúde;
AD – Atenção Domiciliar;
AEA – Atenção Especializada Ambulatorial;
AEH – Atenção Especializada Hospitalar;
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
APS – Atenção Primária à Saúde;
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal;
ATM – Articulação Temporo mandibular;
CAD - Centro de Apoio Diagnóstico;
CD- Cirurgião Dentista;
CDC - Disease Control and Prevention;
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas;
CFO- Conselho Federal de Odontologia;
CGSB - Coordenação geral de Saúde Bucal;
CIB – Comissão Intergestores Bipartite;
CIR - Comissão Intergestores Regional;
CPOD – Dentes cariados, perdidos e obturados;
DM - Diabetes Mellitus;;
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
eSB- equipe de Saúde Bucal;
eSF – equipe de Saúde da Família;
ESF - Estratégia de Saúde da Família;
FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação;
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica;
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana;
HPV - Papilomavírus Humano
INCA - Instituto Nacional do Câncer;
LRPD – Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias;
MAC - Financiamento da Média e Alta Complexidade;
MS – Ministério da Saúde;
OMS - Organização Mundial de Saúde;
OPNE - Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais;
PcD - Pessoa com Deficiência;
PHC - Política Hospitalar Catarinense;
PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde;
PNE - Pessoas com Necessidades Especiais;
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica;
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares;
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal;
PSE - Programa Saúde na Escola;
RAS – Rede de Atenção à Saúde;

RCPD - Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência;
SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SB – Saúde Bucal;
SC - Santa Catarina;
SES - Secretaria de Estado da Saúde;
SISAGUA - Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano;
SISREG - Sistema de Regulação;
SMS - Secretaria Municipal de Saúde;
SUS – Sistema Único de Saúde;
TEA- Transtorno do Espectro Autista;
TSB - Técnico em Saúde Bucal;
TFG - Taxa de Filtração Glomerular;
UBS – Unidade Básica de Saúde;
UPA- Unidade de Pronto Atendimento;
UTI - Unidade de Terapia Intensiva;
VD- Visita domiciliar;
VIGIAGUA - Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano.

1. INTRODUÇÃO

Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004, as ações da Saúde Bucal passaram a ser ofertadas de forma mais integral. A implantação de novos serviços possibilitou a reorganização do cuidado nos diferentes pontos de atenção em saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS), apontando para o desenvolvimento de ações organizadas em linha de cuidado e condições especiais de vida, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo.

Os atendimentos em saúde bucal devem ser orientados pelos princípios do SUS, diretrizes e atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). O conhecimento da realidade a partir do perfil sócio/demográfico/cultural da população, bem como de indicadores de morbimortalidade são essenciais para o planejamento e monitoramento das ações.

A identificação de fatores de risco para as doenças bucais, principalmente cárie dentária, doença periodontal e lesões bucais, contribui para estabelecer critérios para o diagnóstico precoce.

O processo de trabalho das equipes de Saúde Bucal (eSB) fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco na atenção centrado no território - família - comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (BRASIL, 2004).

Na APS é essencial que as eSB estejam organizadas para disponibilizar aos usuários o acesso a estes serviços, de modo a promover um cuidado adequado às necessidades de saúde bucal, com o objetivo de aumentar a resolutividade e evitar encaminhamentos para outros pontos da Rede de atenção. As equipes de saúde dos diferentes pontos de atenção devem estar organizadas para o acompanhamento da evolução dos tratamentos, negociação e contratualização de metas dos serviços, definição de prioridades de apoio institucional e educação permanente, assim como para o assessoramento à gestão de forma a melhorar o acesso e a cobertura dos serviços de saúde bucal.

A PNSB também conhecida como Brasil Sorridente, além da ampliação e desenvolvimento de novos serviços de saúde bucal, reorientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articula a APS no Brasil. A Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) e a Atenção Especializada Hospitalar (AEH), além

das ações multidisciplinares e intersetoriais, estão associadas à consolidação da PNSB. A AEA foi potencializada por meio da criação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Assim, a PNSB – Brasil Sorridente tem contribuído de inúmeras formas para a melhoria no acesso e na qualidade da atenção em saúde bucal dos brasileiros (BRASIL, 2019).

A área técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) vem priorizando ações relacionadas à reorganização da atenção em saúde bucal, realizando monitoramento da fluoretação das águas de abastecimento público, ampliação e qualificação da APS, AEA e AEH, fortalecendo a articulação das Redes de Atenção à Saúde Bucal (RASB), possibilitando assim, a ampliação do acesso da população às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde bucal. Tem utilizado a educação permanente como eixo transversal para o processo de qualificação dos profissionais.

Para a operacionalização do SUS são necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes. O presente instrumento tem como objetivo organizar a assistência dos serviços odontológicos ofertados por meio da linha de cuidado, estabelecer fluxos e qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e da longitudinalidade do cuidado.

1.1 Competências das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Estadual de Saúde (SES)

Compete às SMS aplicar as seguintes estratégias para o funcionamento da Linha de Cuidado em Saúde Bucal:

Em relação a 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 SES através de planilhas ou sistema eletrônico de informação;
- Estabelecer vínculo com a comunidade, realizando atenção extra clínica;

Em relação ao processo de trabalho:

- 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 APS, e quando possível na AEA e AEH;
- Realizar os procedimentos inerentes à parte clínica das próteses dentárias na APS e quando possível na AEA.

Compete à SES aplicar as seguintes estratégias para o funcionamento da Linha de Cuidado em Saúde Bucal:

- Apoiar os municípios para a melhoria do acesso à saúde bucal;
- Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da Rede por meio de programas de educação permanente;
- Garantir atendimento de qualidade para os pacientes de todos os municípios na APS, na AEA e na AEH;
- Realizar a Vigilância dos teores de Flúor das Águas de Abastecimento, articulando juntamente com os municípios;
- 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;
- Estimular os municípios a implantação de serviços na Atenção Ambulatorial especializada e Hospitalar;
- Ampliar ações de Promoção de Saúde e prevenção das doenças bucais;
- Ofertar cofinanciamento na implantação e custeio de LRPD e CEO;
- Implantar e implementar a Linha de Cuidado em Saúde Bucal em Santa Catarina.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil já foram realizados quatro grandes levantamentos nacionais nos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010. Estes levantamentos são importantes para o conhecimento do perfil epidemiológico da população e verificação da evolução histórica dos principais problemas em saúde bucal. O 5º levantamento proposto pelo Ministério da Saúde (MS), SB Brasil 2020 (2021-2022), acontece por meio de parceria com universidades federais e conta com mais de 50 mil pessoas avaliadas em várias regiões do país. A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) lidera o levantamento epidemiológico, em articulação com a Coordenação-Geral de Saúde Bucal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do MS (CGSB/SAPS/MS). A parceria envolve o apoio de secretarias estaduais e municipais de saúde, instituições representativas da odontologia, além de institutos de pesquisa em saúde pública.

O projeto “SB Brasil 2020” marca a continuidade de pesquisas feitas em 2003 e 2010, consolidando assim uma série histórica. A iniciativa contribui para o avanço de estratégias de avaliação e planejamento dos serviços ao mesmo tempo que fortalece um modelo metodológico e fixa um campo de atuação do componente de vigilância à saúde, como preconiza a PNSB – Brasil Sorridente.

Os levantamentos epidemiológicos de condições bucais, elaborados a partir de estudos transversais, têm por objetivo coletar informações referentes a um determinado problema em uma população, podendo ainda abordar aspectos referentes a fatores de risco, uso de serviços, consumo de medicamentos, conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com a saúde, além de dados demográficos e de outra natureza (PEREIRA et al., 2009).

Os dois últimos levantamentos epidemiológicos realizados pelo MS em nível nacional, denominado SB Brasil, finalizados em 2003 e 2010, demonstraram a importância de coletar informações referentes aos principais agravos que acometem a população, que são, a cárie dentária, doença periodontal, edentulismo, maloclusão, câncer de boca, fluorose dentária e traumatismos dentários (BRASIL,2019).

A prevalência e a incidência da cárie dentária são usualmente avaliadas em estudos epidemiológicos a partir do emprego do índice CPO-D (índice de dentes cariados, perdidos e obturados), composto pela soma dos dentes acometidos por lesões de cárie cavitadas, restaurados (obturados) ou extraídos (perdidos) devido à cárie dentária. Pelo caráter cumulativo da doença cárie ao longo dos anos, o índice CPO-D é sempre referido em relação à idade, e um indicador utilizado internacionalmente é o valor do CPO-D aos 12 anos de idade.

Verifica-se que, quanto mais precocemente forem realizadas atividades de prevenção

de doenças bucais, detectando alterações e promovendo saúde, menores serão as complicações advindas das doenças bucais (Corrêa et al., 2015; Guidetti & Almeida, 2013).

O SB Brasil de 2010, foi realizado em todas as capitais brasileiras, junto a alguns municípios previamente selecionados. Na ocasião foram entrevistados e examinados em seus domicílios indivíduos nas idades de 5, 12 anos e pertencentes aos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos (BRASIL, 2012).

No SB Brasil 2003, o primeiro inquérito de saúde bucal que inclui, além de todas as 27 capitais, os municípios do interior das cinco regiões (BRASIL, 2004). Neste estudo, o CPO aos 12 anos foi igual a 2,8, representando quase três dentes afetados pela cárie. Na pesquisa de 2010 (BRASIL, 2012), ficou em 2,1 - representando redução de 26% em sete anos. Pela classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie (CPO entre 2,7 e 4,4), em 2003, para uma condição de baixa prevalência (CPO entre 1,2 e 2,6), em 2010. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,2 duas vezes o número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO entre 12 e 15-19 anos tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo. Comparando com 2003, contudo, a redução no componente “cariado” foi de quase 40% (de 2,8 dentes, em 2003, para 1,7, em 2010). A pesquisa ressalta que uma atenção especial deve ser dada à dentição decídua. Avaliando a presença de cárie em crianças de 5 anos (dentição decídua), foi encontrada a média de 2,4 dentes afetados, sendo 80% formada por dentes ainda não tratados (cariados).

Entre os idosos de 65 e 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,1 no ano de 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8 dentes afetados, sendo a maioria deles extraída. Entretanto, analisando os resultados para o grupo de 35 a 44 anos, observou-se que o CPO caiu de 20,1 para 16,3, significando, em termos relativos, uma queda de 19%. De modo geral, isso significa que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos anos, está tendo menor presença de cárie e também maior acesso a serviços odontológicos de caráter restaurador em detrimento dos procedimentos mutiladores (BRASIL, 2019).

No que se refere às condições periodontais, conforme os resultados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012), tais problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados indicam que o percentual de indivíduos sem problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos; 50,9% para faixa etária de 15 a 19 anos; 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos; e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. A presença de cálculo e sangramento é maior entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (de 35 a 44 anos), em que se observou prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes.

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: precárias condições de vida, baixa oferta e cobertura dos serviços, modelo assistencial

predominante de prática mutiladora aliada às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada.

Resultados dos últimos levantamentos epidemiológicos nacionais (BRASIL, 2004; 2012) indicam que a perda precoce de dentes é grave e o edentulismo constitui-se, no Brasil, em um persistente problema de saúde pública.

Em 2010, quanto ao uso e necessidade de prótese dentária no Brasil, dos examinados na faixa etária de 15 a 19 anos 96,3% não usavam qualquer tipo de prótese dentária superior, não havendo diferença entre as regiões. Na idade de 35 a 44 anos 67,2% dos examinados não usavam prótese dentária superior. Dos usuários de prótese dentária superior, 16% usava prótese parcial removível. A prótese total foi o segundo tipo de prótese superior mais usada (9,1%), sendo o maior percentual de indivíduos (14,5%) na região Sul.

Nos idosos de 65 a 74 anos, apenas 23,5% não usavam algum tipo de prótese dentária superior e na região sul 16,5%. O percentual de usuários de prótese total foi de 63,1% para o Brasil. Quanto às próteses dentárias inferiores nos jovens entrevistados com idade de 15 a 19 anos - 99,4% não usavam este tipo de prótese. Dos adultos de 35 a 44 anos - 89,9% não usavam prótese dentária inferior. A proporção de indivíduos de 65 a 74 anos, que não usavam prótese inferior foi de 46,1% (BRASIL, 2012).

No Brasil, dos adolescentes examinados de 15 a 19 anos 86,3% não necessitavam de prótese, sendo que na região sul o índice foi de 90,8%.

Na faixa etária de 35 a 44 anos, 31,2% não necessitavam de prótese dentária e na região sul do Brasil, 37,1%. Na idade de 65 a 74 anos, 7,3% não necessitavam de prótese dentária, na região sul 12,7%. Foi identificado que 15,4% das pessoas na faixa etária de 65 a 74 anos necessitavam de prótese total nos 2 maxilares e na região sul 6,9%.

Na avaliação da maloclusão no Brasil observa-se que 77,1% das crianças de 05 anos apresentaram oclusão normal para chave de caninos classe I, classe II em 16,6% e classe III em 6,4%. Aos 12 anos de idade, a presença de oclusão considerada normal, com prevalência de cerca de 60%, oclusopatia severa foi de 7,1%. Dos 15 aos 19 anos de idade a prevalência de oclusopatias severa foi de 6,6% e muito severa de 10,3%. Na região sul, foi verificado 70,3% classe I, 22,1% com classe II e 7,6% com classe III (BRASIL, 2012).

A prevalência de traumatismo dentário foi 20,5%, em crianças de 12 anos de idade com, pelo menos, um dente incisivo que tenha apresentado lesão traumática. Das crianças de 12 anos de idade 16,7%, apresentavam fluorose, enquanto que na região sul foi de 14,8%. O SB Brasil 2010 mostrou que no Brasil cerca de 18% dos jovens de 12 anos nunca foram ao dentista. A região sul do país apresentou 9,8% de crianças nessa condição.

Os tumores malignos da cavidade oral, incluindo os de língua, assoalho da boca, gengiva, palato e outros locais da boca, têm associação claramente estabelecida com o hábito de fumar ou mastigar tabaco e com o consumo de álcool. No entanto, existe um subconjunto de tipo de câncer que ocorre entre os sujeitos não expostos ao fumo ou

ao álcool. Para esses casos, há evidência epidemiológica do papel do papilomavírus humano (HPV) 16 e HPV 18 como possíveis agentes etiológicos dos tumores malignos de cavidade oral. Os cânceres de orofaringe e das tonsilas são também fortemente associados ao álcool e ao tabaco, mas a evidência extensa acumulada nos últimos anos pode apoiar um papel causal do HPV em uma fração considerável desses tipos de câncer, cuja incidência aumentou em algumas populações.

O câncer bucal tende a acometer o sexo masculino de forma mais intensa e, 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se, preferencialmente, no assoalho da boca e na língua e o tipo histológico mais frequente (90% a 95%) é o carcinoma epidermóide ou espinocelular. Segundo a estimativa de incidência de câncer no Brasil para 2016, realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), a neoplasia maligna de cavidade oral apresentará 11.140 casos estimados entre os homens e 4.350 entre as mulheres. Isto representa 5,2% e 2,1%, respectivamente, em relação a todos os tipos de câncer, à exceção do câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2019).



SAIBA MAIS

[SB Brasil 2020 \(vigência 2021-2022\)](#)

3. VIGILÂNCIA DOS TEORES DE FLÚOR DAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO

Atualmente, o Brasil é o segundo país mais fluoretado no mundo em população coberta, tendo início de sua experiência de fluoretação das águas em 1953, no município de Baixo Guandu/Espírito Santo. Há mais de 100 organizações de referência na área da saúde que reconhecem o flúor nas águas de abastecimento como seguro, efetivo e econômico para a prevenção de cáries. A fluoretação da água é defendida por organizações como a OMS, American Medical Association, American Dental Association e Centers for Disease Control and Prevention (CDC), sendo considerada por esta uma das dez medidas mais importantes de saúde pública do século XX. (SAMUEL; MOYSÉS, 2017)

Segundo Samuel e Moysés (2017), a fluoretação das águas como política pública é considerada uma das estratégias responsáveis pelo declínio da experiência de cárie na população infantil e adolescente brasileira, esboçando um padrão diferenciado de saúde bucal para as próximas gerações. No Brasil, a fluoretação das águas integra as diretrizes da PNSB, no entanto, sua implementação no País ocorre de modo desigual, deixando milhões de brasileiros à margem desse tipo de proteção sanitária. Neste sentido, tratando-se apenas de população servida por rede de abastecimento de água, estima-se que no estado de Santa Catarina haja uma cobertura de 83,5%. Fonte: IBGE/Censos demográficos (2010).

É responsabilidade do estado e dos municípios realizar a vigilância da concentração de fluoretos nas águas de abastecimento a partir de coletas e análises de amostras de água em diferentes pontos da cidade, Para isto conta com o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua). O Sisagua é um instrumento do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo Humano (Vigiagua), construído com base no referido programa e na Portaria MS nº 2.914/2011, que tem como objetivo auxiliar o gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água destinada ao consumo humano, como parte integrante das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, previstas no SUS.

Nos municípios com mais de 50 mil habitantes de Santa Catarina, a estrutura de pessoal envolvida no Programa Vigiagua conta com, no mínimo, um técnico, responsável pela coleta e transporte de amostras. O grupo técnico que apoia a coordenação do programa é composto por profissionais farmacêutico, bioquímico, engenheiro sanitário e ambiental e biólogo. Os Técnicos da Gerência de Saúde Ambiental da Diretoria de Vigilância Sanitária participam das câmaras técnicas da Secretaria de Desenvolvimento Sustentável. (ELY; STEINBACH, 2017)

Estratégias para operacionalizar a vigilância da qualidade da água e da fluoretação

Em SC existe uma rede colaborativa, hierarquizada e descentralizada que monitora a

qualidade da água e atua para correção em situações de risco. A eficácia e efetividade da vigilância é impulsionada pelo apoio na capacitação permanente dos quadros técnicos e funcionais e controle rigoroso nos resultados obtidos.

O estado conta com nove laboratórios para apoio a vigilância da qualidade da água, sendo estes localizados em Florianópolis, Blumenau e Chapecó (municipais), Criciúma, Joinville, Joaçaba, Chapecó e São Miguel do Oeste (regionais) e o Laboratório Central (LACEN). Existem também laboratórios nas faculdades de odontologia da UNIVALI (Itajaí) e UNOESC (Chapecó) como apoio na análise de fluoreto. (ELY; STEINBACH, 2017)

Nos laboratórios regionais e central das secretarias de saúde são realizadas as análises, registros, processamento das informações, alimentação do SISAGUA, emissão de laudos e diálogo com a equipe técnica do VIGIAGUA para tomada de decisões frente ao cumprimento ou descumprimento da legislação vigente da fluoretação e qualidade da água de abastecimento público. O alerta frente a situações de risco após análise laboratorial sujeita a divulgação e comunicação do resultado aos responsáveis. Os relatórios para divulgação das informações são encaminhados para Area Técnica de Saúde Bucal da SES. (ELY; STEINBACH, 2017)

Santa Catarina possui legislação específica para definição dos parâmetros da fluoretação, além de portarias ou decretos que regulamentam as sanções em caso de descumprimento das normas e outras providências (ELY; STEINBACH, 2017).

Fluoretação das águas de abastecimento

A fluoretação das águas de abastecimento consiste na adição de modo controlado de produtos de flúor na água para consumo humano no sistema de abastecimento público que reduz a prevalência de cárie dental. A fluoretação das águas de abastecimento público tem como objetivo elevar a concentração do íon fluoreto na cavidade oral, para interferir no processo de desmineralização e remineralização da superfície dental (SAÚDE, 2009). Toda a água possui alguma quantidade de fluoreto e a tecnologia se constitui no ajuste de sua concentração para valores, em média, de 0,7 mg por litro (SAMUEL; MOYSÉS, 2017).

Em 2011, a Portaria Nº 2.914 determinou que os valores do íon deveriam seguir o previsto pela Portaria GM/MS nº 635/1975, e define a nível federal a concentração máxima de fluoreto permitida na água em 1,5 mg/L (BRASIL, 2011). Entretanto, em 2016, a Portaria nº 421, estabeleceu para o estado de SC o valor máximo de fluoreto em 1,0 mg/L, sendo 0,7 mg/L o valor mínimo e 0,8 mg/L o valor ideal (SANTA CATARINA, 2016).

Monitoramento da concentração de fluoreto na água

O monitoramento da concentração de fluoreto na água de abastecimento se inicia pela coleta de amostras nos municípios e prossegue pela análise nos laboratórios regionais das coordenadorias regionais de saúde. Os resultados são inseridos no sistema SISAGUA pelo responsável de cada município. A partir destes dados forma-se um poderoso banco de dados do programa VIGIAGUA, acompanhado pelas regionais de saúde e coordenado a nível central pelos técnicos da Vigilância da Qualidade da Água (ELY; STEINBACH, 2017).

É importante ressaltar que a vigilância utiliza dados de heterocontrole para todos os municípios com mais de 50 mil habitantes e fluoretados do Estado, possibilitando a correção de problemas identificados, para expandir a cobertura ou adequar teores de íon Flúor aplicados na água (ELY; STEINBACH, 2017).

A ingestão de flúor, quando adicionado artificialmente na água, requer rigor nas dosagens aplicadas, atendendo as legislações, haja vista que o efeito do flúor na dentição depende da concentração e não se limita somente ao aumento da resistência à cárie, podendo causar mudanças visíveis nos dentes, como a condição conhecida como fluorose dentária.

4. PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A atenção em Saúde Bucal compreende um conjunto de ações que envolvem o cuidado em saúde bucal da população por meio da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A rede de atenção possui três níveis: primária, especializada e hospitalar, com objetivo de descentralizar e promover um melhor atendimento à população, uma vez que cada um desses níveis corresponde a determinado conjunto de serviços assistenciais. A Linha de Cuidado em Saúde Bucal está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS), proposta por Mendes (2011). Essa se consolidará a partir da implantação dos seus componentes assim constituídos em sua estrutura operacional:

Usuários com agravos de maior complexidade serão encaminhados para a atenção especializada e/ou hospitalar.

A estrutura operacional das é estruturada por cinco componentes:

Atenção Primária: A APS é definida como porta prioritária e centro de comunicação das RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, capaz de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde. Cabe a este nível de atenção o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação,

redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Atenção Especializada e Atenção Hospitalar: Constitui-se pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), recebem os usuários que apresentam necessidades de atendimentos especializados encaminhados pelas unidades da APS; Atenção especializada Hospitalar constitui-se pela rede Hospitalar. Os usuários são encaminhados pela APS e Atenção Secundária.

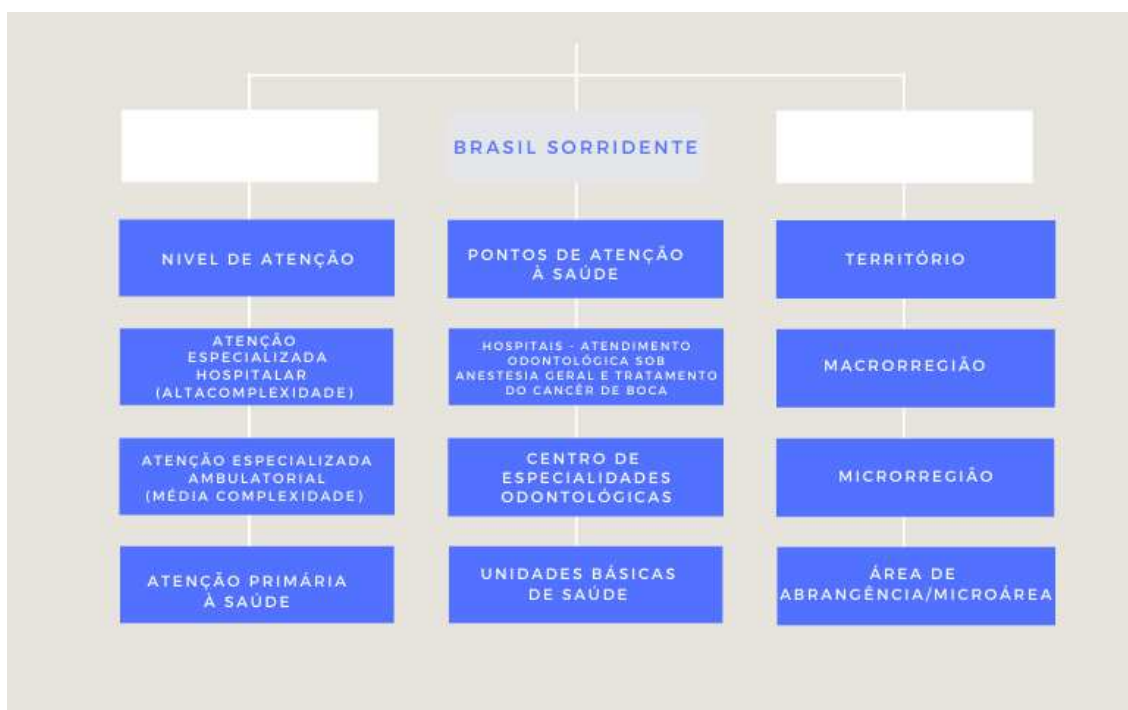
Os sistemas de apoio, representado pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde.

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.

Sistema de governança, por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR).

Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, definem-se como pontos de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, respectivamente, os CEO e os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e/ou sedação e tratamento do câncer de boca.

Figura 1: Matriz de pontos de atenção à saúde bucal.



Fonte: Mendes, 2011

4.1 Atenção Primária à Saúde

As ações da eSB na APS envolvem prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. Além disso, responde pelo cuidado em todos os ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos; bem como em condições especiais: por exemplo, gestantes e pessoas com necessidades especiais.

Organização do processo de trabalho:

- Para organizar o processo de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS), é necessário prever espaço e tempo, tanto para a demanda programada quanto para a espontânea, incluindo nestas o acolhimento às urgências, de forma complementar, dando respostas às necessidades dos usuários e aumentando a resolutividade dos serviços de APS. Para que haja efetiva organização da demanda, é necessária ampla discussão envolvendo todos os trabalhadores da UBS e a participação da comunidade na tomada de decisão. A PNSB sugere parâmetros para maximizar a hora-clínica do Cirurgião-Dentista/equipe de saúde Bucal (CD/eSB), bem como para atividades coletivas, visita domiciliar (VD), além de atendimento a urgências (BRASIL, 2019).
- As agendas dos profissionais devem ser flexíveis, com tempo de consultas de duração variáveis, de modo a garantir aos usuários os princípios do SUS (universalidade,

equidade e integralidade). O MS recomenda para as consultas clínicas o tempo estimado entre 20 a 40 minutos. Sugere-se que os agendamentos programados ocupem no máximo 50% da agenda do CD (Brasil, 2019).

- A equipe de eSF/SB e de APS deve garantir escuta a todos os usuários que procuram atendimento, de forma organizada e pactuada entre os profissionais da equipe, estabelecendo fluxos assistenciais. A maximização das potencialidades de todos os profissionais das equipes devem ser levadas em conta na oferta do cuidado em saúde.
- Cabe ao serviço redimensionar seu processo de acolhimento. O acolhimento pressupõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrado, garantido por um equipe multiprofissional, nos atos de receber, escutar, orientar, acolher, atender, encaminhar e acompanhar, e nos casos que julgar necessário matricular.
- O matriciamento tem como finalidade ser uma ferramenta de mudança no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), proporcionando maior resolutividade e ampliação da atuação dos demais profissionais. O apoio matricial tenta instituir integração, coordenação e comunicação entre os profissionais, criando um espaço onde haja comunicação ativa e funcional entre os membros da equipe.
- A interconsulta é um instrumento do matriciamento e define-se como uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral de saúde, e tem como objetivo complementar ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento, para traçar um plano terapêutico, como exemplo: a necessidade de um parecer de outro profissional (médico, psicólogo, nutricionista) sobre determinado aspecto de saúde do paciente para que o dentista elabore seu plano de tratamento (BRASIL,2019).
- As equipes de saúde devem atender e acompanhar todas as pessoas dos ciclos de vida e com condições especiais, a partir dos protocolos instituídos.
- O acesso deve ser garantido a todos os usuários durante todo o período de funcionamento da UBS, de forma presencial e não presencial (telefone, email e aplicativos da equipe). Recomenda-se que as equipes discutam a implantação de estratégias não presenciais para potencializar a comunicação.
- Não deverá haver distinção entre agenda programada e espontânea, sendo de responsabilidade da APS atender as pessoas nas suas demandas (agudas e não agudas). Os agendamentos, quando pactuados pela equipe, devem ser realizados de forma a evitar desperdício de tempo (falta do paciente) e devem ser oferecidos de acordo com a melhor disponibilidade para o usuário.
- Orientar os profissionais que atuam na UBS em relação às consultas/atendimento de urgência, primeira consulta odontológica programática, consultas de retorno e manutenção, alta clínica/tratamento concluído e Atenção Domiciliar (AD) (BRASIL,2019).
- Sugere-se que os profissionais da UBS participem das reuniões de planejamento e que os profissionais das equipes de saúde bucal participem das reuniões semanais e dos espaços de discussão das eSF, onde o cuidado ao território for discutido.
- As ações de Saúde Bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da UBS, atuando de forma multiprofissional e interdisciplinar.

- Atividades de promoção e prevenção devem ser realizadas no território (escolas, creches, casas de repouso, domicílio).
- As atividades de educação em saúde têm como finalidade difundir elementos que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de auto gerirem seus processos de saúde-doença, sua vida, com vistas à melhoria da qualidade de vida. São aspectos significativos a serem observados na educação em saúde bucal: respeito à individualidade/ singularidade dos sujeitos; contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança; respeito à cultura local; respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática; ética; autopercepção de saúde bucal; reflexão sanitária (capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde); além do uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.
- O Programa Saúde na Escola (PSE), do MS e do Ministério da Educação, foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. A escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e UBS é, portanto, importante demanda do PSE. A adesão ao PSE pressupõe que os municípios tenham a ESF, mas esse fator não pode ser determinante para a realização de ações coletivas de saúde bucal em escolas. Isto é, independentemente da adesão ou não ao programa, as eSB devem realizar atividades coletivas com os escolares e os não escolares também.

Na perspectiva da assistência integral em SB e diante da necessidade de reabilitação protética, a partir de 2005 o MS passou a financiar o LRPD, incluindo: prótese dentária total, prótese parcial removível e prótese coronária/intra radicular fixa, sendo atribuição da atenção primária à instalação, adaptação e moldagem dento gengival para confecção de prótese dentária, além do reembasamento e conserto das mesmas. o estado de SC cofinancia (deliberação nº 54 CIB, de 10 de abril de 2019) os municípios de acordo com faixa de produção.

O processo de trabalho dentro de uma rede assistencial organizada por meio de diferentes níveis de governança exige uma base populacional e uma base territorial para atuação dos serviços. Nesse sentido, a criação de territórios sanitários, áreas e população de responsabilidade de serviços é fundamental para a conformação de redes de atenção. Considerando esses aspectos, a rede pode ter organização local, distrital, municipal ou regional e ser compostos por UBS, CEO, Centros de Apoio Diagnóstico (CAD), LRPD, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias e hospitais de referência (Figura 2).

Figura 2 – Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)



Fonte: BRASIL, 2019

4.1.1 Sistema de Referência e Contrarreferência

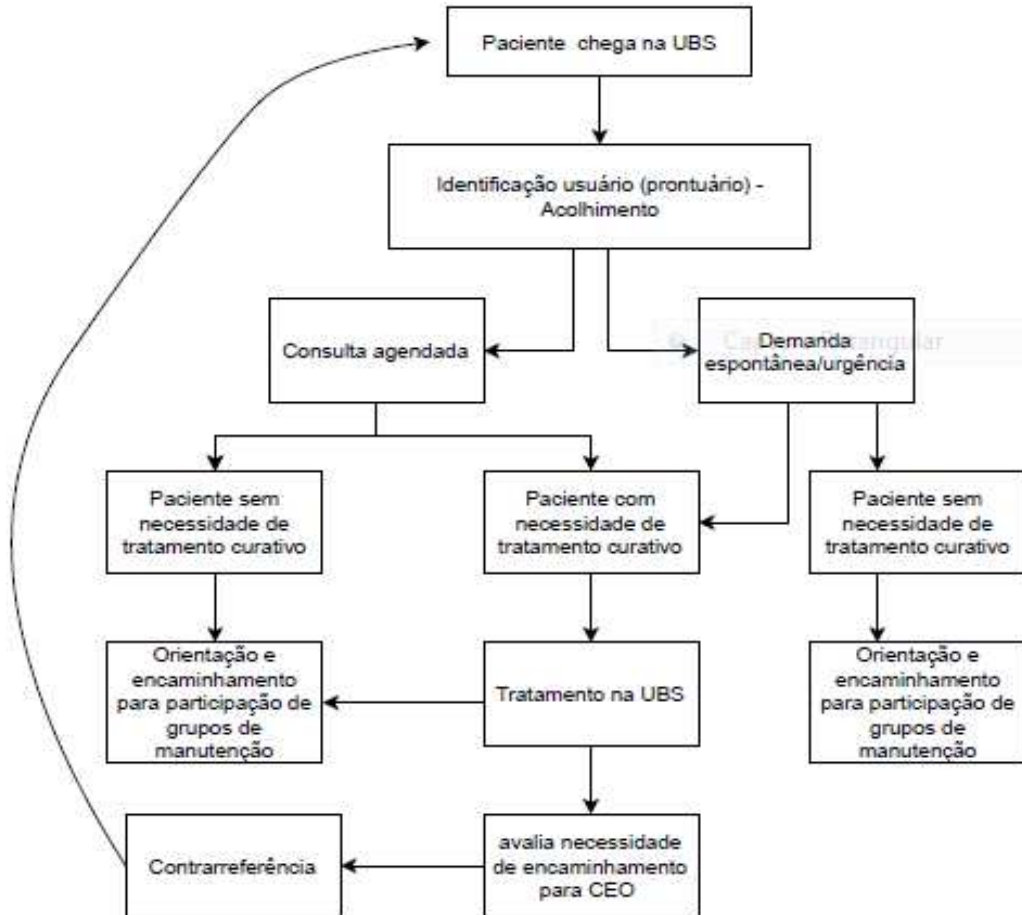
Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a viabilização de encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra equipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes(BRASIL, 2019).

4.1.2 Referência lateral ou Referência interna

A referência lateral ou interna é a referência que se faz internamente no CEO para encaminhamento às diversas especialidades, buscando a resolutividade do atendimento de forma que a necessidade do usuário seja atendida em sua totalidade, evitando que retorne para a APS a fim de obter outro encaminhamento para a especialidade da qual necessita. Deve-se buscar o monitoramento constante dessa prática para evitar iniquidades no atendimento. A referência lateral ou interna deve

ser utilizada quando o procedimento executado por uma especialidade seja previsto, para sucesso da intervenção, de outra especialidade que a complemente.

Figura 3: Fluxograma de referência e contrarreferência de atendimentos da APS



Fonte: Area técnica Saúde Bucal/SES/SC 2021

4.1.3 Tecnologias De Cuidado

4.1.3.1 Atendimento Domiciliar

Os cuidados à saúde bucal em domicílio compõem um conjunto de ações de educação em saúde, orientações sobre o autocuidado, prevenção e assistência odontológica realizados no âmbito do domicílio, além de estabelecer uma rede de comunicação participativa com a família. Ao se referir a ampliação e qualificação das ações de saúde bucal, destaca-se a realização de Atendimento Domiciliar a pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, visando a identificação dos riscos, acompanhamento e tratamento necessário (BRASIL, 2004).

As atividades de assistência odontológica oferecidas no domicílio devem ficar restritas aos casos em que a equipe que acompanha o paciente julgar necessário, sempre

considerando, acima de tudo, a necessidade apresentada por ele. Em 2002 entrou em vigor a Lei nº 10.424, com a finalidade de regulamentar a assistência domiciliar do SUS (BRASIL, 2002). Em 2016, a portaria MS/GM 825 redefiniu a Atenção Domiciliar (AD) como modalidade de atenção à saúde integrada à RAS. É caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas no domicílio, garantindo continuidade de cuidados e podendo ser realizada por equipes multidisciplinares (BRASIL, 2016).

A AD à saúde engloba a VD, o atendimento e a internação domiciliar, sendo que cada uma delas possui um propósito e características específicas. É um processo integrado pelo atendimento, à visita e a internação em domicílio, sendo considerado um componente de continuidade do cuidado em saúde, pois ao ofertar os serviços de saúde ao indivíduo e sua família em sua residência, pode promover, manter e restaurar a saúde e contribuir para a autonomia, melhorar a qualidade de vida e reduzir as possibilidades de internação devido a complicações pela falta do cuidado específico (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

4.1.3.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

Para que o SUS exerça seus princípios e garanta a integralidade na atenção à saúde, o MS criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que consiste em implementar práticas já desenvolvidas para o sistema público (BRASIL, 2006). As PICS vêm sendo inseridas gradativamente como diferentes práticas em saúde. As PICS denominadas pela OMS foram inseridas no SUS pela PNPIC por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 novas práticas a partir da publicação da Portaria GM nº 849/2017, totalizando 19 práticas.

Nova ampliação ocorreu em 2018 por meio da Portaria nº 702 de 21 de março de 2018 com a proposta de 10 novas práticas. O Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconhece e regulamenta determinadas PICS específicas como a Acupuntura, Homeopatia e Fitoterapia para o uso pelo CD por meio da Resolução CFO 82/2008, Resolução 165 e 166/2015.

Segundo a resolução CFO-82, o CD deve respeitar o limite de atuação do seu campo profissional, aplicando a acupuntura como método para o tratamento, prevenção e/ou manutenção do estado geral de saúde do paciente, sempre que existirem circunstâncias clínicas das quais haja a participação das estruturas do sistema estomatognático. De acordo com o artigo 30 do capítulo V da Resolução CFO-82, o CD deve obter conhecimento na área de homeopatia atendendo aos seguintes tópicos: filosofia homeopática, semiologia homeopática, clínica e terapêutica homeopática, matéria médica, farmacotécnica homeopática e áreas conexas. Além disso, o CD deve apresentar certificado de curso portaria do pelo CFO (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2008).

As atribuições do Fitoterapeuta em Odontologia constituem-se em aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas dos fitoterápicos e plantas medicinais nos procedimentos

odontológicos e promover embasamento que permita o uso e manejo de plantas medicinais, desenvolver habilidades para identificar plantas medicinais e conhecer as fórmulas farmacêuticas utilizadas na Fitoterapia (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2008).

4.1.4 Atendimento de Urgência

As urgências odontológicas podem ser compreendidas como situações que requerem medidas rápidas de atendimento, às quais não podem ser adiadas e são bastante comuns na prática clínica das eSB. O atendimento às pessoas em situações de urgência em saúde bucal deve ser realizado na APS durante todo o período de funcionamento da UBS, deve ser organizado por meio de classificação. Esse atendimento diferencia-se do atendimento realizado na UPA, por possibilitar a continuidade do cuidado com a mesma equipe, estabelecer vínculo e não somente um atendimento pontual.

A urgência odontológica caracteriza-se pelo atendimento em casos de dor aguda ou agudização de patologias crônicas, que são acolhidos nas UBS, sem necessidade de agendamento.

O processo de trabalho deve ser pactuado em equipe para o atendimento a esta demanda. O usuário deverá ser acolhido na UBS e encaminhado para eSB avaliar e encaminhar conforme o quadro do paciente.

Nas situações de dor e outras urgências, a avaliação e o atendimento ao usuário deverá ser sempre realizado pelo CD. Caso necessário, os usuários poderão ser encaminhados para os demais pontos de atenção.

4.1.1 Ações/Atribuições dos Profissionais de Saúde Bucal na APS

As atribuições dos profissionais das eSB que atuam na APS, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Atribuições da equipe de Saúde Bucal (eSB):

I. Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação e utilizar os dados para a análise da situação de saúde, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

II. Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, no âmbito da UBS, nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros) e, quando necessário, no domicílio.

III. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local.

IV. Garantir atenção à saúde, buscando a integralidade, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; garantir atendimento à demanda espontânea, realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.

- V. Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e a identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.
- VI. Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos da Rede de saúde.
- VII. Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais.
- IX. Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da eSB, a partir da utilização dos dados disponíveis.
- X. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.
- XI. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.
- XII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe.
- XIII. Participar das atividades de educação permanente.
- XIV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.
- XV. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- XVI. A principal atuação da eSB se dá nas ações educativas, orientações sobre o autocuidado, prevenção de agravos e assistência odontológica;
- XVII. 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, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- XVIII. Desenvolver atividades referentes à saúde entre os membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar.

Atribuições específicas do CD:

- I. Realizar a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico em lesões bucais e anquiloglossia, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde, individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, 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, observadas as disposições legais da profissão; realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
- II. Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da APS 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; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

III. Realizar supervisão do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB);

IV. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS (Agente comunitário de Saúde) e ACE (Agente de Combate a Endemias) em conjunto com os outros membros da equipe;

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

VI. Realizar todos os procedimentos ambulatoriais da saúde bucal na APS.

Atribuições específicas do 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, 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 a 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 ASB 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 CD;

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 CD nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII. Realizar a remoção de sutura conforme indicação do CD;

XIV. Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV. Proceder à limpeza e a antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI. Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

- XVII. Processar filme radiográfico;
- XVIII. Selecionar moldeiras;
- XIX. Preparar modelos em gesso;
- XX. Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação. (BRASIL,2019).

Atribuições específicas do 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 a saúde bucal com os demais membros da equipe de APS 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;
- XII. Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação. (BRASIL,2019).

Atribuições específicas do ACS:

Quando o CD está atuando em uma UBS na qual há equipe da ESF, o ACS pode ser um profissional a contribuir com as ações de saúde bucal. O ACS é o profissional da equipe mais envolvido com o território, a comunidade e a família e deve estar capacitado para identificar situações de maior vulnerabilidade e que estejam relacionadas com risco de desenvolvimento dos principais agravos de saúde bucal, como: etilismo, doenças sistêmicas, doenças crônicas, trauma, violência familiar, negligências e alterações de normalidade da mucosa bucal.

Portanto, compete à eSB a organização do trabalho com o ACS, destacando-se as seguintes atribuições: Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Desenvolver atividades de promoção de saúde de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visita domiciliar e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e nas comunidades, por exemplo, ação coletiva de escovação dental supervisionada. Esta atividade é planejada, organizada, avaliada e supervisionada pelo CD e a execução é realizada pelo ACS.

4.2 Atenção Especializada Ambulatorial

A AEA é composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demanda a disponibilidade de especialidade e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL,2019).

4.2.1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

Os CEO são pontos da AEA, criado pelo MS em 2004, para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Utilizam a referência, contrarreferência e o apoio matricial que busca superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde. Para implantar um CEO o gestor municipal/estadual deverá apresentar uma proposta ao Conselho Municipal/ Estadual de Saúde e, se aprovada, encaminhar à CIB do respectivo estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1, Tipo 2 ou Tipo 3. Caberá à CIB solicitar a implantação do CEO ao MS para apreciação e formalização em portaria específica.

São classificados em:

Tipo I (com 03 cadeiras odontológicas)

Tipo II (de 04 a 06 cadeiras odontológicas)

Tipo III (acima de 07 cadeiras odontológicas)

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. Todos os CEOs devem funcionar minimamente por 40 horas de atendimento para cada cadeira nas seguintes especialidades: Estomatologia, Periodontia, Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, Endodontia e Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais (PNE).

Tabela 1: número de equipes odontológicas e a meta mínima de produção mensal para cada tipo de CEO

	Nº de equipes	Nº de procedimentos Básicos – PNE	Nº de procedimentos Periodontia	Nº de procedimentos Endodontia	Nº de procedimentos Cirurgia
CEO Tipo I	3	80	60	35	80
CEO Tipo II	4 a 6	110	90	60	90
CEO Tipo III	7 ou mais	190	150	95	170

De acordo com a realidade do CEO, e sendo opcional, é possível ofertar ortodontia, implante e prótese sobre implante, que estarão na dependência da decisão dos gestores locais, das condições técnicas e financeiras do município.

O fluxo de encaminhamento para o CEO deverá ser realizado pelas eSB da APS. 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 a finalização do atendimento, o profissional do CEO deve realizar a contrarreferência para a UBS de origem do paciente, para continuidade do cuidado.

Criada por meio da Portaria de Consolidação nº3/GM/MS, Anexo VI, de 28 de setembro de 2017, a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), no âmbito da saúde bucal, propõe-se a garantir o atendimento odontológico qualificado a todas as pessoas com deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na APS que referenciam para o CEO ou para atendimento hospitalar. Todos os CEO credenciados pelo MS poderão solicitar o incentivo adicional, para tanto, precisam cumprir os compromissos mínimos. Para fazer a adesão ao RCPD o gestor municipal, estadual ou distrital deverá enviar os documentos conforme o Passo a Passo das ações da PNSB.



SAIBA MAIS

[CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO - SC](#)

Passo a Passo PNSB 2022

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/acoes_politica_saude_bucal.pdf

4.2.1.1 Ações/Atribuições dos Profissionais do CEO

Cabe destacar que a denominação “Centro de Especialidades Odontológicas” não se caracteriza como um “centro de especialistas”, mas sim como um ponto da rede de AEA, que promove a continuidade do cuidado e da assistência integrada à APS.

Os profissionais do CEO devem desenvolver as competências no campo relacional, de caráter clínico, de aprendizagem e de gestão. A eSB do CEO é composta por um CD, que possui conhecimento, habilidades e competências de uma especialidade, sem que isso represente exigência e desempenho exclusivo de especialista, pois requer a compreensão da integralidade do cuidado e da atuação em rede de atenção à saúde (BRASIL, 2019).

Os profissionais da eSB do CEO poderão realizar o matriciamento com os profissionais da APS ou de outro ponto na rede, com a finalidade de realizar a construção compartilhada da intervenção pedagógica-terapêutica. A proposta do matriciamento

pelo CEO é para que os profissionais possam aumentar a autonomia das equipes da APS, agregando, para ambas as equipes, novas capacidades técnicas e pedagógicas para os projetos terapêuticos, promovendo a continuidade do cuidado e da assistência (BRASIL, 2019).

O profissional CD do CEO deve realizar a contra referência à UBS que demandou o atendimento especializado, quando for necessário, com orientações pertinentes.

Estomatologia: É de responsabilidade do CD do CEO, o diagnóstico e tratamento das lesões bucais por meio de exames clínicos e complementares (imagens e invasivos, tais como biópsias), terapêutica cirúrgica (nível Ambulatorial) e medicamentosa, quando pertinente.

Periodontia: As principais atividades são, raspagem e alisamento radicular subgingival de maior complexidade, cirurgia de acesso, com plastia de furca, gengivectomia, aumento de coroa clínica, ressecção radicular e tunelização.

Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial: Terão prioridades pacientes com as seguintes necessidades: frenotomia; dentes supranumerários; cirurgia pré-protética (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos); dentes retidos, inclusos e impactados; lesões não neoplásicas de glândulas salivares; remoção de cistos; tumores dos maxilares; corpos estranhos e luxação de articulação temporomandibular.

Endodontia: Na média complexidade é realizado tratamento endodôntico em dente com polpa viva, em dentes com polpa sem vitalidade, retratamento endodôntico, tratamento de perfurações radiculares.

Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais (PNE): Quando não houver condições de atendimento à PNE na APS, este deve ser encaminhado para o CEO, onde será realizado o atendimento. Procedimentos de maior complexidade e/ou quando não se tem a segurança para a realização dos mesmos, seja pela agressividade do paciente ou movimentos involuntários ou, ainda devido a outras complicações de saúde os atendimentos devem ser realizados sob anestesia geral, podendo ser referenciados para o atendimento hospitalar.

Técnico de Saúde Bucal e/ou Auxiliar de Saúde Bucal: Estes profissionais compõem também a equipe do CEO, seguindo as mesmas atribuições da APS.

Em SC está constituída uma rede de CEO, que abrange todos os municípios. O CEO pode ser municipal ou regionalizado. O CEO municipal atende aos seus municípios e o CEO regionalizado atende aos seus municípios e também a população de outros municípios de sua região, de acordo com pactuação realizada no espaço de governança regional que é a CIR.

O estado de SC possui cofinanciamento, tanto para implantação, quanto para custeio mensal de CEO.



SAIBA MAIS

CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - CEO - SC

4.2.2 Centros de Defeito de Face e Malformação

Existem duas referências infantis em SC para atendimento de deformidades da face: Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG e o Núcleo de Reabilitação Lábio Palatal (NRLP - Centrinho/Joinville). As referidas Unidades estão com as agendas configuradas no Sistema SISREG para todos os municípios do estado com os procedimentos:

HIJG: Consulta em Cirurgia Plástica – Fissura lábio palatal–Pediatria, Consulta em bucomaxilofacial pediátrico

Centrinho Joinville: Consulta em Cirurgia Plástica–fissura lábio palatal–Pediatria. Consulta em Cirurgia Plástica–fissura lábio palatal–Adulto.

O serviço de Bucomaxilofacial Pediátrico do HIJG atende casos de deformidades faciais com equipe multidisciplinar.

4.2.3 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

A UPA se constitui no ponto de atenção intermediário entre a APS, AEA e AEH, compondo uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, ampliando e qualificando o acesso e a resolutividade da atenção à saúde nos serviços do SUS, devendo funcionar 24 horas todos os dias da semana, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção da RAS. As UPA são de gestão municipal, sendo opcional o atendimento odontológico neste serviço de saúde.

Ao chegar na UPA, o usuário é acolhido e assistido na própria unidade com atendimento resolutivo e qualificado aos quadros agudos ou agudizados de natureza clínica. Conforme cada caso, após o primeiro atendimento, o usuário pode ser encaminhado a um Hospital ou à UBS.

4.3 Atenção Especializada em nível Hospitalar

Serão referenciados para a AEH os pacientes impossibilitados de receber atendimento na APS e nos CEO devido às suas necessidades mais complexas, como necessidade de tecnologia em Alta complexidade, 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), referenciados pela APS e AEA.

As atividades clínicas de Odontologia Hospitalar visam recuperar e promover a saúde do paciente institucionalizado, internado ou atendido em hospital dia, tratando as alterações do sistema estomatognático que exigem procedimentos de equipes multidisciplinares e/ou execução de tratamentos odontológicos em pacientes com condições de saúde que impedem o tratamento fora do ambiente hospitalar (alta complexidade)

Em 05/05/2010 o MS publicou a Portaria Nº 1.032/GM, que inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS, voltados aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar e Nota Técnica da Portaria 1.032/GM – Tratamento Odontológico para PNE em Ambiente Hospitalar. Porém com a publicação da Portaria nº 3.011, de 10 de novembro de 2017, do MS, os municípios que tinham série histórica de produção em um determinado período, os recursos foram transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade – MAC.

4.3.1 Atribuições da equipe de saúde bucal no hospital

Os profissionais que compõem a equipe precisam conhecer as rotinas, estruturas e tecnologias do ambiente hospitalar; estar ciente das normas e dos procedimentos operacionais padrões; dominar protocolos assistenciais e farmacológicos de prescrição da equipe e sua interação com os equipamentos e medicamentos de uso odontológico; ter habilidade para o trabalho multidisciplinar; saber interpretar exames laboratoriais e de imagens; e reconhecer situações de emergência e ações de suporte básico de vida. Além disso, como em qualquer ponto da rede, o CD deve reconhecer a repercussão dos problemas bucais, na saúde geral do indivíduo, atentando também na sua correlação com a doença de base dos pacientes internados; bem como na influência de problemas sistêmicos na saúde bucal.

A atuação do CD/eSB no hospital deve proporcionar a integração dos conhecimentos da área odontológica ao modelo assistencial do hospital, dentro do sistema e da rede de saúde aos quais ele está vinculado. A assistência odontológica do paciente na UTI, à beira leito hospitalar, no domicílio, na UPA, no CEO e na UBS compõem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado que a rede precisa garantir aos

cidadãos. Também podem integrar programas e grupos desenvolvidos nesse ponto da rede para orientação aos pacientes, familiares, equipes de Enfermagem e profissionais sobre a importância da condição bucal para a saúde, bem como participar da gestão hospitalar, das comissões de controle de infecção, comitês de ética, grupos de pesquisa clínica, entre outros cenários que compõem esse ponto de atenção. Nesse sentido, além do aspecto assistencial, a presença da eSB no hospital tem caráter formativo ao participar da educação permanente com objetivo de aperfeiçoar os protocolos de cuidado aos pacientes internados em ambulatórios hospitalares, assim como auxiliar na elaboração de manuais ou diretrizes clínicas para esse fim (BRASIL,2019).

Ainda a Resolução CFO nº 163, de 9 de novembro de 2015, define as áreas de atuação do cirurgião-dentista habilitado em Odontologia Hospitalar:

- I. Atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização.
- II. Ter competência e habilidade para prestar assistência odontológica aos pacientes críticos.
- III. Saber atuar em caso de emergência médica.
- IV. Atuar na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo.
- V. Aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em odontologia hospitalar.
- VI. Incrementar e estimular pesquisas que permitam o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da odontologia hospitalar.
- VII. Atuar integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação de saúde em ambiente hospitalar.

Pelo exposto, pode-se aduzir que, dentro da RAS, os hospitais próprios ou conveniados poderão dispor de equipamentos e equipes que garantam:

Tratamento odontológico na promoção, prevenção e na reabilitação oral aos pacientes internados, ou para os que possuam patologias importantes que requeiram o tratamento odontológico em ambiente hospitalar.

Adequação e manutenção da homeostase do meio bucal para os pacientes que passarão por transplante de medula óssea, hepático, renal, cardíaco, cirurgias cardíacas, radioterapia, quimioterapia, ou quando recomendado pela equipe médica. Reabilitação protética dos pacientes que sofreram mutilações faciais por cirurgias oncológicas ou outras causas.

Tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais: assistência odontológica, tanto restauradora quanto cirúrgica, sob anestesia local ou sedação/geral em centro cirúrgico, abordagens interprofissionais para realização de exames de imagem ou clínicos, viabilizando diagnóstico e tratamentos especializados.

Tratamento cirúrgico ou uso de próteses/órteses para disfunções temporomandibulares, malformações congênitas e dores orofaciais.

Atividades odontológicas preventivas e curativas em pacientes pertencentes aos grupos de crônicos acompanhados pelo hospital.

4.3.2 Rede de atendimento odontológico hospitalar para PNE (Portadores de Necessidades Especiais)

Para promover atendimento integral e resolutivo às pessoas com deficiência que necessitam de orientação, prevenção, cuidados ou assistência à saúde bucal pelo SUS, a eSB deve estar adequadamente capacitada para acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar os pacientes para unidades de AEA ou Hospitalar, para casos de maior complexidade e para os que necessitem de atendimento sob anestesia geral, e outras estruturas da rede quando for necessário.

Com o objetivo de ofertar atendimento odontológico hospitalar à PNE, como forma de prover a integralidade da atenção odontológica e de atender a uma demanda reprimida em SC, a Política Hospitalar Catarinense (PHC), aprovada pela Deliberação nº 231/CIB/2021, prevê uma rede de hospitais que serão referência regional para atendimento odontológico de PNE nos procedimentos que exijam anestesia ou sedação para sua realização, com incentivo financeiro estadual de custeio aos hospitais pertencentes à rede. Todas as macrorregiões de saúde e regiões de saúde possuem hospitais de referência para este atendimento.

Este braço da Política abrange hospitais que são referência para atendimento odontológico ao PNE nos procedimentos que exijam anestesia ou sedação para sua realização. O procedimento 0414020413 - tratamento odontológico para pacientes com necessidades especiais está incluído no rol de procedimentos eletivos com incremento estadual na Deliberação CIB nº 008/2021.



SAIBA MAIS

Deliberação Nº 231/CIB/2021:

<https://saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/politica-hospitalar-catarinense/phc-2022/18935-politica-hospitalar-catarinense-aprovada-2/file>

4.4 Pontos de apoio

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde.

4.4.1 Laboratório Regional de Prótese Dentária - LRPD

Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral da saúde bucal, o MS passou a financiar, a partir de 2005, o LRPD. Nenhuma política de saúde pública havia proporcionado esse tipo de atendimento; porém, com a criação do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma das principais

metas da PNSB.

O LRPD é uma unidade própria do município, ou de consórcios intermunicipais, de natureza jurídica pública ou privada, que recebe recurso do MS para confecção de próteses totais, próteses parciais removíveis e prótese coronária/ intrarradicular fixa/adesiva.

Os municípios, com qualquer base populacional, podem se cadastrar para receber recursos do governo federal para produção de próteses dentárias. Não há restrição quanto à natureza jurídica do laboratório, ou seja, o gestor municipal pode contratar a prestação deste serviço. O gestor municipal/estadual interessado em credenciar um ou mais LRPD deve acessar o Sistema de Credenciamento de LRPD disponível no Portal e-Gestor (<https://egestorab.saude.gov.br/>). O credenciamento ocorre mediante a aprovação do pleito pelo Departamento de Saúde da Família (Desf/Saps/MS), e de acordo com a programação física e disponibilidade orçamentária.

O estado de SC possui cofinanciamento para custeio mensal de LRPD, de acordo com a faixa de produção em que está credenciado.



SAIBA MAIS

[LABORATÓRIOS DE PRÓTESES DENTÁRIAS - LRPD - SC](#)

5. SAÚDE BUCAL NOS CICLO DE VIDA

5.1 Atenção à gestante e ao pré-natal odontológico

Considerando os fatores relacionados à gestação e cuidados de pré natal, essas mulheres compõem um grupo de fácil acesso ao serviço durante a gestação, pois comparecem aos serviços oferecidos com periodicidade nas UBS favorecendo a adesão em programas com intervalos agendados. O uso de serviços odontológicos pode auxiliar na prevenção de problemas bucais para a mãe, além de ofertar acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento de agravos de saúde bucal

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, tanto por parte das gestantes quanto dos próprios profissionais de saúde.

Considerando que a mãe e a família têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, temos na realização de ações educativas e preventivas com gestantes uma qualificação da saúde gestacional, tornando-se fundamental para introdução de bons hábitos desde o início da vida da criança. A equipe de saúde deve trabalhar articuladamente, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal e, garantir ao menos, uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento das demais consultas conforme as necessidades individuais da gestante.

Gestantes podem e devem ser atendidas na APS, devendo ser inseridas na rotina do pré-natal para receberem consultas odontológicas regulares de manutenção, controle de possíveis focos de infecção, tratamento da gengivite, orientação de dieta, controle de placa e acompanhamento no território.

Nas gestações consideradas de alto risco (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão descontrolada) 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 devem ser referenciadas para o CEO ou AEH caso identificada a necessidade de cuidado especializado (BRASIL, 2019).

Idealmente, deseja-se que a gestante seja atendida pelo menos uma vez a cada trimestre, com foco na sua saúde bucal e também na do bebê. Sugerindo-se a abordagem de assuntos sobre dieta, higiene bucal, profilaxia profissional, aplicação tópica de fluoretos (MIALHE; POSSOBON, 2009).

O MS vem induzindo a realização do pré-natal odontológico como medida para a qualificação do pré-natal oferecido na APS, com iniciativas como a inclusão de um indicador de cobertura de consulta odontológica durante o pré-natal e a proposta de um programa de pré-natal odontológico (PNO), constituído por um conjunto de medidas que viabilizam e apoiam a oferta do cuidado pelos municípios.

Em Maio de 2022 ocorreu o lançamento do Plano Nacional do Pré Natal Odontológico pelo MS, que visa apoiar os CD e demais profissionais da APS acerca das melhores condutas baseadas em evidências.

O Plano Nacional de Garantia de Acesso ao PNO no SUS consiste na sistematização do processo de organização de um conjunto de ações cujo objetivo é permitir que todas as gestantes assistidas no pré-natal tenham o encaminhamento correto ao atendimento odontológico, como etapa de rotina das consultas de pré-natal.

Para isso, o Plano possui as seguintes diretrizes:

- Garantir acesso livre das gestantes ao atendimento odontológico na APS;
- Orientar gestantes sobre a importância do cuidado em saúde bucal para a sua saúde e a do bebê;
- Disseminar a importância do PNO para todos os profissionais de saúde do SUS;
- Aumentar o resultado do indicador do Programa Previne Brasil “Proporção de gestantes com atendimento odontológico na APS”.



SAIBA MAIS

[LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL](#)

5.2 Atenção à infância

Consideram-se bebês as crianças na faixa etária compreendendo de zero a três anos de idade. As ações de cuidado nos primeiros anos de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo. O trabalho de prevenção deve estar direcionado desde a gestação e na sequência aos pais e às pessoas que cuidam da criança nesta fase da vida.

Os profissionais da eSB podem realizar o primeiro contato por meio de atividades em grupo (ex.: orientações aos pais e responsáveis seguido do exame clínico dos bebês), interconsulta ou consulta sequencial programada (ex.: estipular o dia da consulta odontológica no mesmo dia e horário da consulta de acompanhamento Médico e de Enfermagem). Uma planilha pode ser construída com toda a equipe para serem armazenadas as informações coletadas nas consultas pré-clínicas e, dessa forma, conduzir a um planejamento de ações mais efetivo e estratégico na definição de riscos e no tratamento adequado. O registro das consultas, além do prontuário clínico, deverá ser realizado na Caderneta da Criança (BRASIL,2019).

A Lei Nº 13.002, de 20 de junho de 2014 obriga a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências. O teste da linguinha, caso não tenha sido realizado na maternidade ao nascer, ou necessitando de um reteste, deverá ser realizado nas primeiras consultas médica, odontológica, enfermagem e/ou fonoaudiológica. Preferencialmente esta avaliação deve ser realizada nos primeiros 30 dias de vida.

Com a finalidade de atender à Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, a Nota Técnica Nº 11/2021 - COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS visa orientar os profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, bem como estabelecer o fluxo de atendimento dessa população na rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, tendo em vista sua potencial interferência sobre a amamentação. A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido, no entanto, para fins do cumprimento da Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, que impõe a aplicação de um protocolo de avaliação do frênulo lingual, com base nas evidências científicas disponíveis recomenda-se a utilização do Protocolo Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool) por profissional capacitado da equipe de saúde que atenda o binômio mãe e recém-nascido na maternidade.

No primeiro contato com o bebê o CD deverá: orientar e apoiar a família para a amamentação; avaliar a higidez dos rodets gengivais e procurar detectar anomalias comuns como nódulos, pérolas e cistos bucais, os quais na maioria das vezes desaparecem, porém 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) devendo ser avaliados, pois muitas vezes podem ferir a mãe. Seguindo uma sequência de esclarecimentos pontuais como: Irrupção dos primeiros dentes, higiene bucal após surgir o primeiro dente e ao introduzir a alimentação junto do aleitamento, uso de cremes dentais com flúor (1.100 ppm especificado e quantia condizente com a faixa etária da criança), possível

surgimento de fungos (candidíases). Aproveitar o momento para desmistificar o fato de que o leite materno sozinho poderá causar cáries, bem como o uso de antibióticos que “estragam” os dentes.

Aleitamento materno e pega correta da mama: Excetuando-se situações especiais, o aleitamento deve ser realizado com exclusividade até os 06 meses de vida. O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é muito importante para o desenvolvimento adequado da cavidade bucal, propiciando uma melhor conformação do palato duro, para o alinhamento correto dos dentes e uma boa oclusão dentária. O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionando má oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral (SAÚDE, 2009a).

Para correta amamentação visualizamos mais a aréola na porção superior do peito que na inferior - a boca deverá estar bem aberta -os lábios virados para fora e o queixo tocando o peito. No caso de pega incorreta, deve-se realizar o exame das estruturas e das funções da boca, identificando possíveis alterações como anquiloglossia. Neste caso, o bebê deve ser encaminhado para o CEO e/ou hospital para nova avaliação e tratamento.

HIV-AIDS: Mulheres que convivem com HIV/AIDS e outras doenças que podem ser transmitidas ao bebê por meio do leite materno, não devem amamentar. As recomendações quanto ao uso da mamadeira são as mesmas da amamentação: posicionamento da cabeça e do corpo do bebê alinhados; boca do bebê no mesmo plano de frente para a região mamilo areolar; corpo do bebê próximo e voltado para mãe; nádega do bebê apoiada.

Promoção de hábitos saudáveis:

- a. Amamentação possibilita o fortalecimento de vínculo entre família e bebê;
- b. A oferta de alimentos nutritivos e fibrosos estimula a mastigação, formação dos dentes e desenvolvimento das arcadas e da articulação temporomandibular (ATM). Na introdução da alimentação é importante oferecer alimentos naturais e não adicionar qualquer tipo de complementos como: açúcar, mel, achocolatados e ou carboidratos;
- c. É indispensável à oferta de água assim que for introduzida a alimentação.

O estabelecimento de hábitos saudáveis vem sendo o foco para a prevenção das principais doenças que acontecem na cavidade bucal de crianças e adolescentes, principalmente por atuarem nos fatores etiológicos primários como, por exemplo, a cárie dentária (FAUSTINO-SILVA et al., 2008).

Higiene bucal: Bebês edêntulos não precisam ter seus rodets gengivais higienizados se estiverem sendo amamentados no peito, pois as imunoglobulinas do leite materno agem como proteção da mucosa oral. Porém, se o bebê utilizar mamadeira deverá ocorrer a profilaxia com fraldas e gazes úmidas limpas.

O uso de creme dental com flúor na concentração 1.100 ppm de flúor está indicada a partir da irrupção do primeiro dente decíduo ao menos uma vez ao dia- usando não mais que a quantia de “1 grão de arroz cru” em escova dental compatível com o tamanho da cavidade bucal do bebê, cerdas macias e material emborrachado. Indicar aos pais verificar rótulos de cremes dentais e indicações de idades compatíveis às escovas dentais.

Sucção não nutritiva prolongada: Os profissionais devem orientar as famílias sobre as consequências negativas dos hábitos bucais de sucção não nutritivos prolongados (chupeta e dedo) e ajudá-los a testar alternativas para que estes hábitos se extinguem. Quando o hábito de sucção não nutritiva prolongada estiver instalado há necessidade de considerar a frequência, intensidade e duração do hábito para subsidiar as orientações à família pela equipe da APS. Em casos de indicação da oferta de mamadeira ao bebê, importante orientar que o furo do bico da mamadeira não seja aumentado para não prejudicar a sucção e deglutição.

Quando a necessidade de sucção não for satisfeita com o aleitamento materno, a chupeta deve ser usada racionalmente, não sendo oferecida a qualquer sinal de desconforto. Utilizar exclusivamente como complemento a sucção na fase em que o bebê necessita deste exercício funcional. Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta.

Oferta de assistência odontológica: A saúde bucal de crianças de até 12 anos deve permear todos os espaços e ações das UBS, todas as crianças residentes da área de abrangência da UBS deverão ter acesso e atendimento odontológico priorizado e garantido. As vias de acesso de atendimento para esse público se dão através da puericultura, escola, vacinação, atendimento com outros profissionais da UBS, demanda espontânea, ACS, entre outros (BRASIL,2019).

As crianças devem ser estimuladas continuamente sobre a importância do uso da escova e fio dental, já que nesta faixa etária estão mais expostas a alimentos com excesso de açúcar. A periodicidade do atendimento odontológico será avaliada pela equipe sempre considerando os fatores de risco de acordo com cada criança. Nesta fase é fundamental a preservação dos dentes decíduos para que não ocorra a alteração da erupção e formação dos dentes permanentes.

5.3 Atenção ao Adolescente (10 a 19 anos)

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 UBS. 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.

A equipe de saúde deve aproveitar este momento para orientar sobre a importância do cuidado em saúde bucal:

- Atentar-se para casos de bulimia que podem ocasionar erosão dentária e cárie na face lingual dos dentes anteriores, uso de piercing na cavidade oral, que podem gerar complicações de ordem inflamatória e infecciosa, uso indiscriminado de drogas, cigarros e narguilé que causam maior número de erosão dental, risco para câncer bucal e doenças periodontais.
- Repassar informações sobre gengivite e periodontite.
- Informá-los sobre a erupção dos terceiros molares (dente siso), exigindo cuidado especial na escovação devido ao difícil acesso.
- Com a aproximação da idade adulta, aumenta o risco das doenças periodontais, sempre reorientando sobre a importância da escovação e uso do fio dental.
- Ressalta-se o cuidado mais focado no acolhimento e preservação da autonomia do indivíduo sobre a saúde e direito à privacidade. A relação indivíduo-profissional precisa ser considerada caso a caso: frente às circunstâncias em que o cuidado está sendo buscado e a capacidade do adolescente para avaliar o problema e solucioná-lo.

5.4 Atenção ao Adulto (20 a 59 anos)

Por ser um grupo que o risco biológico muitas vezes já está instalado pelo fato desse paciente não ter recebido ações de prevenção quando criança é de extrema importância a organização do planejamento de ações a fim de trazer esse paciente para a UBS. É um grupo que precisa de uma avaliação mais cuidadosa, levando em consideração fatores sociais importantes (desemprego, vida social e lazer, moradia, família e renda), estes fatores podem levar a estresse emocional, dificuldades financeiras e falta de tempo (BRASIL, 2019).

Na fase adulta é fundamental a prevenção, dando continuidade ao estímulo à escovação e o uso de fio dental, visando o autocuidado e a detecção de doenças e agravos. É importante observar precocemente as lesões existentes no tecido mole, pois podem significar sinais primários de câncer.

5.5 Atenção ao Idoso (Acima de 60 anos)

Com aumento da expectativa de vida da população, se coloca em discussão a respeito da saúde bucal do idoso e o aumento da atenção a esta faixa etária como necessidade real do SUS. É fundamental o trabalho conjunto da equipe multi e interdisciplinar da APS, buscando conhecer a história de vida do usuário e identificar as necessidades de saúde para formular um plano preventivo/terapêutico adequado. Vale destacar que a prestação de cuidados à saúde da pessoa idosa é necessariamente multiprofissional, tendo em vista a presença das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a necessidade do cuidado longitudinal. Assim, a promoção da saúde bucal para idosos deve envolver especialmente as áreas de Educação, Nutrição, prevenção de câncer, controle do tabaco e do álcool, na perspectiva do curso de vida e dos fatores comuns de risco (BRASIL, 2019).

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. As condições bucais mais comuns nesta fase são: cárie de raiz, xerostomia, lesões de tecidos mole, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal adaptada, dificuldade de higienização (relacionada à limitação da coordenação motora). É prioritário nesta fase, orientações sobre alimentação saudável e menos cariogênica, higiene bucal (escovação dental/prótese dentária, e uso do fio dental), limpeza da língua, ingestão de água conforme as recomendações.

O envelhecimento populacional requer novos arranjos organizacionais de saúde, promovendo a longitudinalidade do cuidado interdisciplinar dos fatores comuns de risco. É fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para acolher e orientar o usuário que muitas vezes acessa a UBS para outros fins, para realizar o agendamento com o cirurgião dentista para uma avaliação. Fundamental também que os agentes comunitários de saúde, que têm mapeados os idosos restritos ao domicílio, informem ao CD da UBS para a realização de VD. O CD deve avaliar as condições bucais, da face e do pescoço e também estar atento para os aspectos gerais do usuário.



SAIBA MAIS

[LINHA DE CUIDADO PARA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA PESSOA IDOSA](#)

6. SAÚDE BUCAL E AS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Algumas condições sistêmicas crônicas podem repercutir em alterações da cavidade bucal necessitando de atenção especial dos profissionais da saúde. São alguns exemplos:

6.1 Diabetes Mellitus (DM)

DM é uma síndrome metabólica caracterizada por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

O cuidado em saúde bucal para as pessoas com DM é fundamental para a manutenção dos níveis glicêmicos e deve contemplar orientação de dieta, controle do biofilme dental e acompanhamento no território pela equipe de saúde da UBS na busca pelo trabalho multiprofissional. Pacientes bem controlados, sem complicações crônicas, com boa higiene bucal e acompanhamento médico regular podem ser tratados sem necessidade de cuidados especiais, uma vez que eles respondem de forma favorável e da mesma forma que não diabéticos (BRASIL, 2019).

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%

Orientar pacientes com diabetes quanto ao maior risco para gengivite e periodontite. Informar, também, que, se sofrerem de periodontite, suas metas terapêuticas glicêmicas podem ser mais difíceis de serem alcançadas e que, além disso, estão em maior risco de outras complicações, como doenças oculares, renais e cardiovasculares. Realizar anamnese detalhada, coletando histórico sobre o tipo de diabetes, a duração da doença, a presença de complicações, o tipo de terapia e das terapias concomitantes, lembrando que a maioria dos pacientes com diabetes também está sendo tratada com medicamentos anticoagulantes/antiplaquetários, anti-hipertensivos ou com medicamentos hipolipemiantes.

Sinais e sintomas frequentemente relatados: sede intensa (polidipsia), micção frequente (poliúria), fome excessiva (polifagia), difícil cicatrização, perda de peso, entre outros que sugerem possível diagnóstico desta doença podem ser relatados aos profissionais da saúde bucal por usuários que desconhecem serem diabéticos.

Pacientes diabéticos apresentam com frequência xerostomia (boca seca), sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. É comum a modificação da flora bucal com tendência à candidíase oral e queilite angular. A doença periodontal é significativa nos casos de DM.

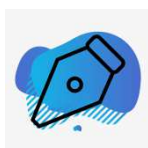
Para a realização de um atendimento mais tranquilo, é importante que não haja descompensações metabólicas no quadro do paciente, bem como a realização de consultas de curta duração e adequadas ao horário do uso do medicamento avaliando o tipo do medicamento e a dieta. Caso o indivíduo apresente sintomas de hipoglicemia durante a consulta, deve-se interromper o procedimento, aferir sua glicemia e oferecer algum alimento leve para reverter o quadro. A glicemia casual deve ser aferida pré e pós consulta.

Deve-se priorizar o tratamento odontológico do diabético, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose. Além de um atendimento focado em uma boa anamnese, investigação do prontuário médico e da enfermagem, pois muitas vezes os pacientes negligenciam seus cuidados.

Além das recomendações específicas aos médicos, cirurgiões-dentistas e pacientes, recomenda-se que se estimule a criação de grupos comunitários que abordem fatores de risco comuns para doenças crônicas não transmissíveis, como orientação para atividade física e orientação nutricional, cessação do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, no âmbito da ESF. Que se oriente o paciente a buscar espaços ou grupos públicos que auxiliem na estratégia preventiva ou terapêutica de abordagem de fatores de risco comuns. Que o médico solicite expressamente, na carta de encaminhamento ao CD da UBS, a necessidade, se for o caso, de encaminhamento ao periodontista do CEO, em municípios onde a estrutura estiver disponível. Em municípios onde o CEO não estiver presente, e na necessidade de encaminhamento ao periodontista, esse deve ser feito ao CEO de referência regional. Na impossibilidade ou desinteresse do paciente, o médico deve informar ao CD da UBS sobre a condição sistêmica do paciente.

Cuidados na terapêutica medicamentosa:

Analgésicos devem ser 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.



SAIBA MAIS

[LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS](#)

6.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos, seu diagnóstico consiste na média aritmética da Pressão Arterial

maior ou igual a 140/90 mmHg verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, mesmo que em mais do que uma medida, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão.

Previamente ao início do tratamento odontológico, deve-se regularmente aferir a pressão arterial dos pacientes, podendo haver o diagnóstico precoce da hipertensão arterial nesse processo, com consequente encaminhamento do paciente para avaliação médica e intervenção necessária (FERRAZZO et al., 2014).

Os hipertensos podem e devem ser atendidos na APS e receber consultas programadas de recuperação, manutenção, reabilitação, orientação de dieta, controle do biofilme dental e acompanhamento no território.

A HAS é uma doença assintomática na maioria dos usuários adultos. É importante estabelecer uma conduta para o tratamento odontológico destes pacientes. A pressão deve ser aferida a cada sessão clínica e quando alterada, deve ser encaminhada para cuidados médicos. A consulta odontológica deve ser de curta duração, evitando sessões longas e dolorosas. No caso do uso de anestesia, utilizar protocolo de atendimento seguro.



SAIBA MAIS

[LINHA DE CUIDADO À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA](#)

6.3 Doença renal crônica

Está indicado cuidado especial nos casos de insuficiência renal crônica e pacientes transplantados renais por parte do CD. Considerar as condições sistêmicas e a necessidade de ajuste de doses de medicamentos de acordo com a taxa de filtração glomerular (TFG), consultando o médico que acompanha o paciente.

Podem ser realizados todos os procedimentos necessários para a manutenção da saúde bucal. O que o CD precisa fazer é diminuir a duração das consultas e a extensão dos procedimentos, para que se respeite o limite máximo de 2 (dois) tubetes anestésicos por sessão, evitando os anestésicos com vasoconstritor adrenérgico. Confirmar se o paciente realizou tratamento e/ou diálise realizando o tratamento no dia de “não diálise”. Evitar tratamento em dias de hemodiálise.

Pacientes heparinizados só podem submeter-se à cirurgia 6 horas após a hemodiálise. 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.

6.4 Pacientes com HIV/AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é causada após a infecção do organismo pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A AIDS é a manifestação clínica avançada da infecção pelo HIV, levando a imunossupressão progressiva, causando maior suscetibilidade a infecções oportunistas, neoplasias e manifestações neurológicas. O CD tem papel fundamental na identificação de manifestações de sinais clínicos na cavidade bucal. O paciente com diagnóstico de HIV pode e deve ser atendido na APS.

Durante o atendimento deve-se avaliar o estado imunológico do paciente (modificar conduta de acordo com situação clínica), solicitar exames complementares de imagem e laboratoriais, contagem de CD4 e avaliação médica por escrito.

Apenas deve ser encaminhado para o CEO quando o paciente apresentar complicações sistêmicas avançadas, necessidade de encaminhamento para exames de tecidos moles, tratamento de doença periodontal grave e outras necessidades como endodontia, prótese, entre outros serviços especializados (BRASIL, 2019).

6.5 Hepatites virais

Os tipos de hepatites causadas pelos vírus hepatotrópicos mais comuns são: A, B, C, D, E, F e G. Podendo ser causada também por uso excessivo de álcool, medicamentos, reação autoimune, doenças metabólicas e infecciosas não virais.

No atendimento deve-se atentar a sinais e sintomas e a repercussão bucal de seu tratamento. Se necessário solicitar exames de imagem e exames laboratoriais complementares, mantendo contato com médico para conhecimento geral da saúde e dano hepático do paciente.

Em pacientes sem cirrose e sem alterações de coagulação, deve-se realizar os procedimentos normalmente. Nos casos onde houver doença hepática avançada ou cirrose descompensada, histórico de peritonite bacteriana espontânea, ascite ou condições clínicas que possam agravar após procedimentos invasivos, deve-se realizar a profilaxia antibiótica antes de procedimentos odontológicos cruentos (BRASIL, 2019). Evitar fármacos com grande potencial hepatotóxico como acetaminofeno, paracetamol, ácido acetilsalicílico (AAS), azitromicina.

Somente será encaminhado para AEA para realização de procedimentos não realizados na UBS.

6.6 Pacientes submetidos a tratamento oncológico e transplantados

A prevenção e o tratamento das complicações orais da terapia antineoplásica e de pacientes que vão passar por cirurgias de transplantes são de extrema importância para aumentar a qualidade de vida, reduzir a morbidade e os custos dos tratamentos.

A eSB é responsável pelo preparo e pelo acompanhamento, antes e após a terapia oncológica e transplante, desempenhando papel indispensável na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, devendo identificar e eliminar os focos de infecção na cavidade oral, procurando minimizar os riscos de complicações bucais durante o tratamento. A avaliação odontológica deve ser realizada nas UBS previamente ao tratamento quimioterápico, radioterapia na região de cabeça e pescoço, aos transplantes e à terapia com anticorpos monoclonais ou bisfosfonatos, visando identificar e eliminar possíveis focos de infecção bucal.

Pacientes de carcinomas espinocelulares em cabeça e pescoço necessitam receber tratamento odontológico e adequação do meio bucal antes da radioterapia (BRASIL, 2019). Casos complexos ou de osteonecrose devem ser referenciados para CEO ou AEH.

6.7 Atenção ao câncer de boca

Câncer ou neoplasias malignas 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 CD. Conversar com o paciente sobre as causas conhecidas e modos de prevenção faz parte da APS. Assim, o profissional deve orientar sobre tabaco, álcool, radiação solar, dieta e riscos ocupacionais.

Os principais tratamentos incluem cirurgia, radioterapia e quimioterapia, os quais podem apresentar consequências para a saúde odontológica. Muitos tratamentos são realizados com terapias combinadas.

Em geral, o diagnóstico do câncer de boca é tardio, corroborando para prognósticos desfavoráveis e influenciando diretamente na sobrevida dos pacientes acometidos, o diagnóstico precoce é o meio mais eficaz para melhorar o prognóstico do câncer de boca e, conseqüentemente, aumentar a taxa de sobrevida. Os pacientes demoram para procurar ajuda profissional, muitas vezes por não terem conhecimento.

Para os pacientes oncológicos, o sistema de saúde pode oferecer ações combinadas com outros profissionais para enfrentar fatores de risco como tabagismo e etilismo, ações de rastreamento utilizando a equipe multiprofissional e diagnóstico a qualquer tempo.

A avaliação pré tratamento e o manejo adequado das condições dentárias deveriam idealmente prevenir emergências odontológicas durante a radioterapia. O acompanhamento do paciente deve ser realizado por um especialista em oncologia de cabeça e pescoço.

O CD da UBS deve conhecer as necessidades de tratamento odontológico de pacientes irradiados e ser capaz de realizar procedimentos de preparo da boca para a terapia antineoplásica, sem retardo para o início da mesma. Isso assegura que a promoção de saúde seja reforçada e que quaisquer problemas dentários possam ser resolvidos precocemente. A higiene oral do paciente deve ser avaliada, e todas as oportunidades para a educação devem ser aproveitadas (BRASIL, 2019).

Após a radiação, alterações microbianas e químicas resultam em mudanças no meio bucal, tornando-o mais vulnerável a doenças bucais. A cárie por radiação ocorre em

locais diferentes do que na cárie dental comum. Os locais mais afetados pós-radioterapia são as superfícies vestibulares, cervicais, cúspide e incisivos. O uso de flúor reduz drasticamente o risco de cárie dental e a prescrição de fluoreto deve ser utilizada pelo menos uma vez por dia. Técnicas preventivas adicionais incluem medidas de higiene dental, escovação, uso do fio dental e avaliação da xerostomia (BRASIL, 2019).

A utilização de reuniões na UBS ou em espaços sociais, para discussões sobre o câncer de boca entre os profissionais da equipe multiprofissional e entre os profissionais e usuários, é de fundamental importância para o enfrentamento conjunto dos fatores de riscos associados à doença, e de planejamento de ações para seu diagnóstico precoce. Para os usuários diagnosticados com o câncer, é essencial que ocorram consultas frequentes de manutenção, orientação de dieta, controle de placa e acompanhamento no território.

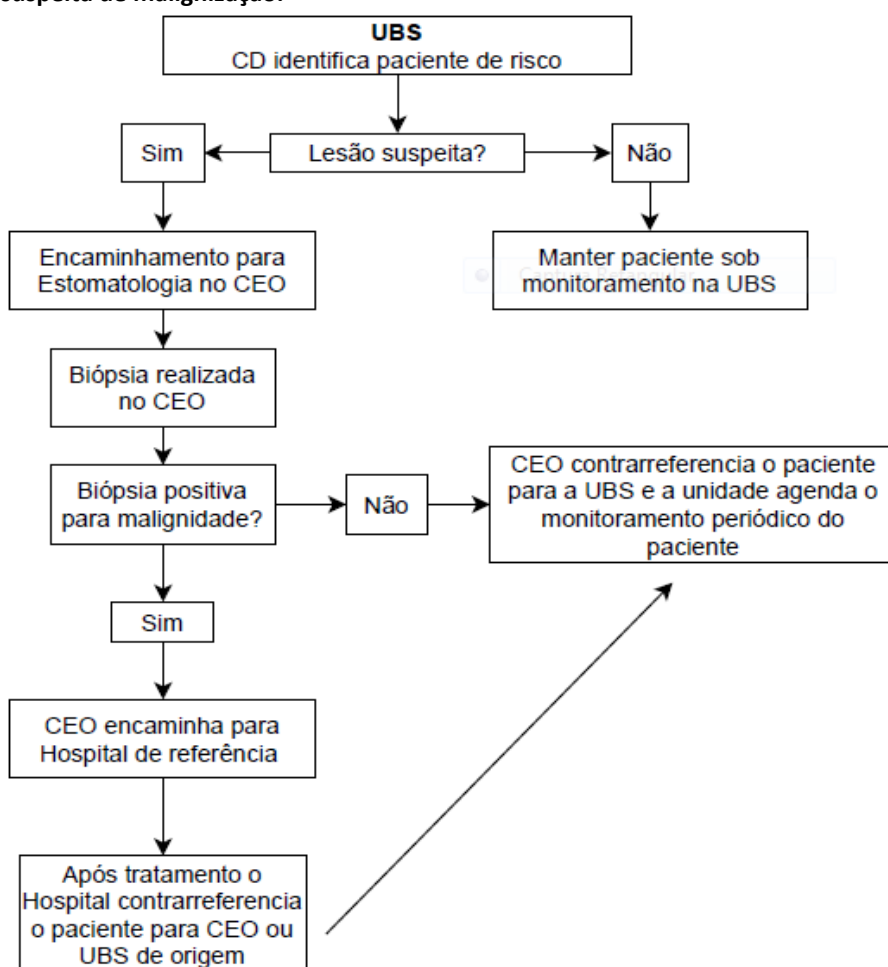
É importante se atentar para a possibilidade do uso de bisfosfonatos pelos usuários, e da realização de radioterapia na região de cabeça e pescoço, devido ao risco de osteonecrose. O trabalho deve ser realizado de forma multiprofissional, considerando a saúde integral do usuário.

O registro do diagnóstico do câncer deve incluir o tipo de tumor e o estadiamento, a localização dentro da cavidade oral e o envolvimento das estruturas adjacentes.

O registro do tratamento oncológico proposto inclui a dose de radiação e campo de radiação (dosimetria), extensão cirúrgica e quimioterápicos empregados

A contrarreferência se dá entre os Serviços e para o Gestor Municipal de Saúde, sendo esta obrigatória para assegurar a garantia de continuidade do cuidado ao paciente, de acordo com a figura 4.

Figura 4: Fluxograma de referência e contrarreferência para pacientes com suspeita de lesões com suspeita de malignização.



Fonte: Area técnica da saúde Bucal/SES/SC 2021

6.7.1 Telestomatologia

O Ambulatório de Estomatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e vinculado à Rede Ebserh (HU-UFSC/Ebserh) oferece, em parceria com a SES/SC, o serviço de Telestomatologia. A iniciativa permite a interação à distância entre especialistas em Estomatologia, para a avaliação de pacientes com doenças de boca. O serviço está sendo ofertado via Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde (STT/SC).

O profissional da UBS precisa inserir no sistema as informações e fotografias da lesão que o paciente tem na boca. Esses dados são acessados pelo especialista, que em até 72 horas emite um laudo sugerindo o diagnóstico mais provável para a lesão e orientando o profissional da UBS sobre o encaminhamento do caso. Quando possível, o especialista sugere no laudo a conduta clínica ou tratamento.

Nas situações consideradas urgentes, como as suspeitas de câncer de boca, está sendo autorizada a marcação de consulta presencial no HU-UFSC/Ebserh pelo Sistema de Regulação (SISREG).

6.8 Atenção à pessoa com deficiência

O conceito de deficiência está em constante evolução. Ao longo da história, passou de uma perspectiva médica-biológica para uma abordagem biopsicossocial em que, para além das questões físicas e biológicas características dos indivíduos, são identificadas as barreiras ambientais e sociais que possam dificultar ou impedir a livre participação das Pessoas com Deficiência (PcD) na sociedade.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pelo Estado Brasileiro por meio do Decreto nº. 6.949 de 25 de agosto de 2009, destaca no artigo 1º que “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”.

Dessa forma, destaca-se a importância de minimizar os obstáculos sejam eles físicos, arquitetônicos, de comunicação ou atitudinais que afetam o cotidiano das pessoas com deficiência para que se promova a inclusão, autonomia, melhoria da qualidade de vida e possibilitar o pleno exercício de seus direitos básicos.

Segundo dados do Censo 2010, revisados em 2018 após orientações internacionais, considera-se pessoa com deficiência os indivíduos que responderam ter grande ou total dificuldade para enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, ou ainda, apresentar deficiência mental/intelectual. Assim, foi identificado que mais de 12,5 milhões de brasileiros apresentam alguma deficiência, o que corresponde a 6,7% da população (IBGE, 2010).

6.8.1 Deficiência física/motora

É a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. No Brasil, estima-se que 2,3 % da população apresenta deficiência motora.

6.8.2 Deficiência auditiva

É a perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. O percentual de pessoas com deficiência auditiva no Brasil é de 1,1% (IBGE, 2010).

6.8.3 Deficiência visual

Conceitua-se como deficiência visual:

-Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

-Baixa Visão - significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. As pessoas com baixa visão são aquelas que, mesmo usando óculos comuns, lentes de contato, ou implantes de lentes intraoculares, não conseguem ter uma visão nítida.

Pessoas com baixa visão podem ter sensibilidade ao contraste, percepção das cores e intolerância à luminosidade, dependendo da patologia causadora da perda visual. Dados do Censo 2010 indicam que o percentual de pessoas com deficiência visual no Brasil é de 3,4% (IBGE, 2010).

6.8.4 Deficiência mental/ intelectual

Conceitua-se como deficiência mental/intelectual o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. No Brasil, estima-se que 1,4% da população apresenta deficiência intelectual.

6.8.5 Deficiência Múltipla

A deficiência múltipla é considerada a associação de duas ou mais deficiências.

6.8.6 Transtorno do Espectro Autista (TEA)

O conceito de autismo modificou-se desde sua descrição inicial, passando a ser

agrupado em um contínuo de condições com o qual guarda várias similaridades, como o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação. O autismo é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica em que ocorre um transtorno no desenvolvimento, surgindo os sinais e sintomas antes dos 3 anos de idade.

Os três principais grupos de características apresentadas pelos indivíduos com este transtorno são: problemas com a linguagem (comprometida e atrasada, ecolalia); problemas na interação social (dificuldade de relacionamento, reação negativa ao toque, pobre contato olho a olho); e problemas no repertório de comportamentos (restrito e repetitivo, como o desejo obsessivo de preservar as coisas e situações), o que inclui alterações nos padrões dos movimentos (estereotípias gestuais – balançar as mãos). As pessoas com transtorno do espectro autista podem ser atendidas na APS, porém, ao se constatar a impossibilidade da prestação de assistência neste ponto de atenção, deve-se referenciar o usuário para atendimento na Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar. Em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei nº 12.764, para criar a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, desde então reconhecida como “pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (BRASIL, 2019).

6.8.7 Pessoa Portadora de Necessidades Especiais

Na Odontologia estes pacientes são assistidos pela especialidade da Odontologia Para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE), com a finalidade de promover atendimento integral e resolutivo às pessoas com deficiência que necessitem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência à saúde bucal pelo SUS.

Embora algumas pessoas com deficiência possam estar incluídas no grupo de pacientes com necessidades especiais, essa condição não impõe, automaticamente, a necessidade de atendimento especializado em odontologia, devendo ser considerados o tipo e o grau de limitações vivenciadas pelo paciente (Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência, 2019).

As ações ofertadas na APS devem englobar, sobretudo, ações de promoção da saúde, devendo ser executadas, preferencialmente, por uma equipe multidisciplinar, abordando a saúde na sua integralidade, tais ações tornam-se fundamentais, pois alterações na coordenação motora, deficiências intelectuais, más formações físicas, entre outras, podem acarretar complicações na manutenção de uma boa saúde bucal. A prevenção de doenças bucais, principalmente a cárie dentária e a periodontal, deve ser a ação a ser trabalhada e mais relevante que a eSB precisa desenvolver ao cuidar da pessoa com deficiência.

Ações de educação em saúde devem ser recomendadas aos responsáveis ou cuidadores desde o nascimento da criança, para que esta se torne um adulto com a melhor condição de saúde bucal possível.

O acesso da pessoa com deficiência aos SUS deve acontecer como acontece para todos os pacientes, ou seja, por meio da APS. É recomendado que as eSB, além da assistência odontológica preventiva-curativa nas UBS, realizem a articulação com os outros pontos

de atenção da RAS e atuem junto às equipes multidisciplinares.

A eSB deve estar adequadamente capacitada para acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar os pacientes para unidades de AEA e AEH, para os casos de maior complexidade e para os que necessitem de atendimento sob anestesia geral ou sedação, e outras estruturas da rede quando for necessário. Porém, destaca-se que o paciente deve ser contra referenciado para a APS para manutenção da saúde bucal, controle da dieta e acompanhamento no território (BRASIL, 2019).



SAIBA MAIS

[Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência](#)

7. EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA

A educação permanente tem a finalidade de transformar as práticas profissionais e organizar o processo de trabalho. Define-se como um processo pedagógico que contempla desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado de parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho.

As estratégias de educação permanente devem estar de acordo com o contexto atual das equipes, para que assim tenham maior resolutividade e efetividade. É muito importante que os profissionais das equipes de saúde bucal participem das discussões de estratégias de educação permanente do seu local de trabalho e apontem duas demandas.

Devem ser oferecidos aos profissionais das equipes que atuam na APS e da gestão e disponibilizados mecanismos virtuais e/ou presenciais, como as comunidades de práticas, Telessaúde, grupos de discussão virtual, roda de conversa, capacitação, treinamento, oficinas, entre outros com a finalidade de promover trocas de experiências e saberes que favorecem a cooperação entre profissionais do mesmo município e de outras.

Além disso, a educação continuada, em cursos de atualização, presenciais ou autoinstrucionais também devem ser incentivadas.

8. INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A regulação da assistência deve ser um espaço de diálogo entre os profissionais dos diferentes pontos da rede, tomando a educação permanente como ferramenta principal da problematização dos processos de trabalho com a finalidade de integrar as diferentes etapas da atenção, otimizando a aplicação dos recursos do SUS.

O objetivo é que as eSB realizem o encaminhamento para a atenção especializada e acompanhem o desenvolvimento do atendimento no tratamento especializado do usuário retomando o acompanhamento do mesmo após o término do atendimento estabelecendo longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2019).

É de grande importância que ao referenciar todos recebam informações detalhadas sobre o que foi realizado na UBS, qual o motivo do encaminhamento bem como o que será realizado na atenção especializada.

9. INDICADORES DE MONITORAMENTO DA SAÚDE BUCAL

Indicadores de saúde são parâmetros utilizados com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL,1993).

A seguir os indicadores para monitoramento da saúde bucal:

Cobertura de SB na APS das equipes financiadas pelo MS:

Objetivo: Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da APS.

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{População cadastrada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP) vinculadas a eSB financiadas pelo MS no Brasil} \times 100}{\text{Estimativa populacional}}$$

Cobertura de SB na APS das equipes financiadas pelo MS no estado:

Objetivo: Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população do estado de SC âmbito da APS.

Formula de cálculo:

$$\frac{\text{População cadastrada pelas eSF e de eAP vinculadas a eSB financiadas pelo MS no estado} \times 100}{\text{Estimativa populacional do estado}}$$

Cobertura de SB na APS das equipes financiadas pelo MS no município:

Objetivo: Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população dos municípios do estado de SC âmbito da APS.

Formula de calculo:

População cadastrada pelas eSF e de eAP vinculadas a eSB financiadas pelo MS no município x 100

Estimativa populacional do município

Previne Brasil - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado:

O programa Previne Brasil é o modelo de financiamento da APS, e foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Ele leva em conta três componentes para fazer o repasse financeiro federal a municípios e ao DF: capitação ponderada (cadastro de pessoas), pagamento por desempenho (indicadores de saúde) e incentivo para ações estratégicas (credenciamentos/adesão a programas e ações do MS). Este programa começou a ser implementado em 2020.

São consideradas a proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado em relação ao número de gestantes identificadas pela equipe. O denominador leva em consideração o índice de maior valor (Parâmetro de Cadastro X SINASC) ou nº gestantes identificadas pela equipe.

Assim, é possível medir a proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no curso do pré-natal na APS. Compreender o registro de consulta odontológica realizada pelo CD às gestantes da APS, visando, principalmente, prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante.

Número de gestantes com pré natal na APS e atendimento odontológico

(Parâmetro de cadastro X SINASC ou Nº de gestantes identificadas)

População do IBGE

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto Legislativo N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%203.298-1999?OpenDocument> Acesso em 30 mar. 2022.

BRASIL. Decreto N° 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York em 30 de março de 2007. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm> Acesso em 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Referente à Portaria Nº1. 032/GMde05/05/2010 – Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_portaria_tratamento_pne.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasil Sorridente. Cidades Atendidas com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Brasília, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/cidadesatendidas>

BRASIL, P. DA R. LEI No 10.424, DE 15 DE ABRIL DE 2002., 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf

Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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.

BRASIL, M. d S. Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Diário Oficial da União, n. 12, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)/Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, M. DA S. PORTARIA No 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016 Brasil, 2016.

BRASIL. Portaria/MS nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2017; 10 jun.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução nº 82 de 25 de setembro de 2008.** Reconhece e regulamenta o uso pelo cirurgião-dentista de práticas integrativas e complementares à saúde bucal. Rio de Janeiro, 2008.

ELY, Helenita Correa; STEINBACH, Marina. Cobertura e vigilância da fluoretação das águas nos municípios com mais de 50 mil habitantes da região Sul. In: FRAZÃO, Paulo; NARVAI, Paulo Capel. **Cobertura e vigilância da fluoretação da água no**

Brasil: municípios com mais de 50 mil habitantes. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Usp, 2017. p. 1-202.

FAUSTINO -SILVA, D. D. F. R. et al. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev odontol ciênc*, 2008. v. 23, n. 4, p. 375–379. Disponível em: <https://docplayer.com.br/18102029-Cuidados-em-saude-bucal-na-primeira-infancia-percepcoes-e-conhecimentos-de-pais-ou-responsaveis-de-criancas-em-um-centro-de-saude-de-porto-alegre-rs.html>.

FERRAZZO, K. L.; MEINKE, G. S.; MADRI E SILVA, U. R. M.; ANTONIAZZI, R. P. Pré-hipertensão, hipertensão arterial e fatores associados em pacientes odontológicos: estudo transversal na cidade de Santa Maria-RS, Brasil. **Revista de Odontologia da UNESP**. São Paulo, v. 43, n.5, p. 305-313, set-out. 2014.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal Linha Guia de Saúde Bucal/ Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. – Fortaleza, 2016.

FRAZÃO, Paulo; NARVAI, Paulo Capel. **Cobertura e vigilância da fluoretação da água no Brasil: municípios com mais de 50 mil habitantes.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Usp, 2017. 202 p.

Frencken J.E.; Leal S.C. The correct use of the ART approach. *J Appl Oral Sci*. 2010;18(1):1-4

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645–653, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nota técnica 01/2018 - Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Brasília, 2018.

[IBGE] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional 2010. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

LABOLITA, K. A. et al. Assistência odontológica à pacientes diabéticos. **Ciências Biológicas e Saúde Unit**, v. 6, n. 1, p. 89-98, abr. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde. “In: Mendes, E.V.”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. P.209-291.

MIALHE, F. L.; POSSOBON, R. F.; "Saúde Bucal da Gestante e da Criança: Atuação Preventiva Precoce", "Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia", 07/2009, ed. 1, 1, Editora Napoleão Limitada, Vol. 1, pp. 20, pp.623-642, 2009

OLIVEIRA, T. F.; MAFRA, R. P.; VASCONCELOS, M. G.; VASCONCELOS, R. G. Conduta odontológica em pacientes diabéticos: considerações clínicas. **Odontol. Clín.-Cient**, Recife, v. 15, n. 1, março 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Linha guia rede de saúde bucal. -Curitiba: SESA,2016.92p.

PNG:Íconescridospor:Smashicons;Freepik;Monkikparaflaticon.Disponívelemhttps://www.flaticon.com/

PORTARIA Nº2. 436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017, Política Nacional de Atenção Básica.

Portal da Saúde. SISAGUA, 07 de maio de 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/771-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/vigilancia-da-qualidade-da-agua-vigiagua/l1-vigilancia-da-qualidade-da-agua-vigiagua/12560-sisagua>

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.

SAMUEL, Marco Akerman; MOYSÉS, Jorge. Fluoretação da água de abastecimento e as políticas públicas de saúde. In: FRAZÃO, Paulo; NARVAI, Paulo Capel. **Cobertura e vigilância da fluoretação da água no Brasil: municípios com mais de 50 mil habitantes**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Usp, 2017. p. 1-202.

SANTA CATARINA, Portaria nº 421, de 13 de maio de 2016. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina. 17 Jun 2016.

SAÚDE, M. da. Saúde da criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. [S.l.]: [s.n.], 2009a

Steffens JP., et al. Manejo clínico da inter-relação diabetes e periodontite: diretrizes conjuntas da Sociedade Brasileira de Periodontologia (SOBRAPE) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) Dental Press Publishing Braz J Periodontol. 2022 Jan-Apr;32(1):90-113