



Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Fatores de risco e rede de
atenção à saúde bucal

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Deise Garrido Silva

Ana Estela Haddad



Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Fatores de risco e rede de
atenção à saúde bucal







Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Fatores de risco e rede de
atenção à saúde bucal

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Deise Garrido Silva

Ana Estela Haddad

São Luís



EDUFMA

2022

Copyright © 2022 by EDUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho

Reitor

Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos

Vice-Reitor

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Luís Henrique Serra

Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni

Prof. Dr. André da Silva Freires

Prof. Dr. Jadir Machado Lessa

Prof^a. Dra. Diana Rocha da Silva

Prof^a. Dra. Gisélia Brito dos Santos

Prof. Dr. Marcus Túlio Borowski Lavarda

Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva

Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães

Prof^a. Dra. Rosane Cláudia Rodrigues

Prof. Dr. João Batista Garcia

Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas

Bibliotecária Suênia Oliveira Mendes

Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior

Coordenação Geral da DTED/UNA-SUS/UFMA

Prof^a Dr^a Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Gestão de Projetos da UNA-SUS/UFMA

Amanda Rocha Araújo

Coordenação de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA

Paola Trindade Garcia

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Deise Garrido Silva

Ana Estela Haddad

Professoras-autoras

Lorena Lúcia Costa Ladeira

Elisa Miranda Costa

Cecilia Claudia Costa Ribeiro

Projeto Gráfico

João Gabriel Bezerra de Paiva

Katherine Marjorie Mendonça de Assis

Priscila Penha Coelho

Tiago do Nascimento Serra

Diagramação

Tiago do Nascimento Serra

Supervisão de produção pedagógica

Thálya Maciel de Alencar

Josiely Nogueira Araújo

Revisão Técnica

Antonio Carlos Frias (USP)

Doralice Severo (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo)

Nicole Aimée Rodrigues José (Coordenação Geral de Saúde Bucal/SAPS)

Revisão Textual

Camila Cantanhede Vieira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ladeira, Lorena Lúcia Costa.

Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e rede de atenção à saúde bucal [recurso eletrônico] / Lorena Lúcia Costa Ladeira, Elisa Miranda Costa, Cecília Claudia Costa Ribeiro; organizadoras, Ana Emilia Figueiredo de Oliveira, Deise Garrido Silva, Ana Estela Haddad — São Luís: EDUFMA, 2022.

78p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web

<<http://www.edufma.ufma.br/index.pht/loja/>>

ISBN: 978-65-5363-070-3

1. Doenças crônicas. 2. Rede de atenção à saúde bucal. 3. SUS. I. Oliveira, Ana Emilia Figueiredo de. II. Silva, Deise Garrido. III. Haddad, Ana Estela. IV. Título.

CDD 614
CDU 616-084

Ficha catalográfica elaborada pela Diretoria Integrada de Bibliotecas - DIB/UFMA
Bibliotecária: Amanda Rocha Belfort - CRB 13/725

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2022. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS/UFMA.

EDUFMA | Editora da UFMA

Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga

CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil

Telefone: (98) 3272-8157

INFORMAÇÕES SOBRE AS ORGANIZADORAS

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Diretora da Diretoria Interdisciplinar de Tecnologias na Educação - DETED/UFMA. Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão. Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (UFMA), Mestrado e Doutorado em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Pós-Doutorado/Professora Visitante pela University of North Carolina/Chapel Hill-EUA (UNC-Chapel Hill/USA). É coordenadora da Universidade Aberta do SUS/UFMA. É líder do Grupo de Pesquisa SAITE – Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde (CNPq/UFMA). Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Educação a Distância, Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde, Atenção Primária em Saúde, Aplicativos para Dispositivos Móveis, Sistemas de Gestão e Acompanhamento Educacional, Inovação aberta.



Deise Garrido Silva

Possui graduação em Odontologia pela FORP-USP, mestrado e doutorado em Ciências Odontológicas pela FOUSSP. Especialista em informática em Saúde pela UNIFESP. Docente da Universidade de Santo Amaro-UNISA. Pesquisadora do Núcleo de Telessaúde FOUSSP-SAITE da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.



Ana Estela Haddad

Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo (1988), Mestre (1997), Doutora em Ciências Odontológicas (2001), Livre-Docente (2011) pela Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Ortodontia e Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), Membro Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da FOUSSP. É membro do Grupo SAITE de Pesquisa do



INFORMAÇÕES SOBRE AS ORGANIZADORAS

CNPq. Linhas de pesquisa: Educação Superior na Saúde, Educação Permanente na Saúde, Força de Trabalho em Saúde, Políticas públicas de educação e de saúde, Primeira Infância, Telessaúde, Teleodontologia, Educação mediada por tecnologias. É Coordenadora do Núcleo de Telessaúde e Teleodontologia FOU SP-S AITE, Coordenadora Adjunta do Núcleo de Apoio à Pesquisa em Políticas Públicas para a Metr ópole (NAP Escola da Metr ópole) e Coordenadora da Estação FOU SP-ABENO da Rede de Observat órios de Recursos Humanos em Sa úde (Minist ério da Sa úde/OPAS). É uma das representantes do Brasil na Red de Lideres por la Primera Infancia (Rede Latino Americana, integrada por líderes de 28 pa íses), convidada pela ex-Presidente do Chile, Michelle Bachelet.

INFORMAÇÕES SOBRE AS AUTORAS

Lorena Lúcia Costa Ladeira

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestrado e Doutorado (em andamento) em Odontologia também pela UFMA. Especialista em Saúde Coletiva e Educação à Distância (UniBF). Atua nas áreas de Odontologia e Saúde Coletiva - Epidemiologia nos temas: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Bucais e Sistêmicas, especialmente com foco nos seus fatores de risco comuns ao longo do ciclo vital.



Elisa Miranda Costa

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (2010-2014). É especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Cândido Mendes (2016-2017) e em Odontopediatria pela Faculdade Sete Lagoas de Minas Gerais (2016-2018). Coursou Mestrado (2016-2018) e Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (2018-2021) pela Universidade Federal do Maranhão. Atualmente, cursa programa de Pós-doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Maranhão. Como pesquisadora, atua principalmente nas áreas de Epidemiologia, Saúde Bucal Coletiva e Educação em Saúde.



INFORMAÇÕES SOBRE AS AUTORAS

Cecilia Claudia Costa Ribeiro

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (1993), Mestrado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998) e Doutorado em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (2004). Atualmente é Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão. Professora visitante no Departamento de Ciências da Saúde Bucal, Universidade da Colúmbia Britânica, Canadá (2019). Atua nas áreas da Odontologia e Saúde Coletiva – Epidemiologia, especialmente nos temas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Bucais e Sistêmicas, com foco nos seus fatores de risco comuns ao longo do ciclo vital.



SUMÁRIO

1.	Doenças Crônicas	14
1.1	Fatores de risco comportamentais para DCNT	17
1.1.1	Tabagismo	17
1.1.2	Inatividade física.....	19
1.1.3	Dieta não saudável	20
1.1.4	Uso nocivo de álcool	23
1.2	Fatores de risco metabólicos para DCNT	24
1.2.1	Hipertensão arterial	25
1.2.2	Sobrepeso/obesidade	26
1.2.3	Hiperglicemia	27
1.2.4	Hiperlipidemia.....	28
2.	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	32
2.1	Princípios e Diretrizes.....	33
2.2	Linhas de Cuidado Prioritárias.....	36
2.3	Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	41
3.	Pontos de Atenção e suas funções na Rede de Atenção às Doenças Crônicas	45
3.1	Atenção Primária à Saúde: Ordenadora da Rede e Coordenadora do Cuidado...	47
3.2	Pontos de Atenção Ambulatorial Especializada e de Atenção Hospitalar (Pontos de atenção à Saúde Bucal)	51
3.3	Estratificação do Risco e a identificação da Necessidades em Saúde Bucal para a população de Rua.....	57
3.4	Sistemas de Informações – informações em saúde / prontuários	62
4.	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	65
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	71

PREFÁCIO

Desde sua formulação, os desafios para a construção do Sistema Único de Saúde têm sido imensos. Superá-los requer muita luta, compromisso social e ações estratégicas no contexto macroestrutural. No entanto, sem que se instrumentalize e empodere aqueles profissionais que estarão diretamente atuando na Atenção Primária à Saúde, pouco se avançará. A iniciativa criada em 2010 da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) responde de forma exemplar a essa demanda de formação de profissionais com sensibilidade social e capacidade crítica e criativa.

Um bom exemplo desse esforço é o primeiro volume da coletânea “Doenças Crônicas Não Transmissíveis, fatores de risco e rede de atenção à Saúde Bucal”. Nele o leitor poderá encontrar os elementos necessários para a reflexão sobre o papel da equipe de saúde bucal nas Redes de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas. Especialmente com relação a integralidade e longitudinalidade do cuidado desses indivíduos.

As autoras Lorena Lúcia Costa Ladeira, Cecília Claudia Costa Ribeiro e Elisa Miranda Costa apresentam um texto com clareza e profundidade científica. Utilizam de forma brilhante situações de rotina clínica na Atenção Primária à Saúde para exemplificar a importância da atenção odontológica na identificação e modificação dos fatores comportamentais associados ao desenvolvimento e agravamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Desta forma as autoras competentemente conduzem o leitor à compreensão dos fatores de risco comum para as DCNT a partir de um conteúdo atrativo e cientificamente consolidado que envolve desde as bases clínicas das DNT até a implementação de ações estratégicas para a seu enfrentamento.

Certamente todos terão uma agradável e produtiva leitura.

Fabian Calixto Fraiz

Professor Titular Odontopediatria

Universidade Federal do Paraná

APRESENTAÇÃO

Olá aluno (a)!

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis- DCNT são o principal desafio para a Saúde Pública e para o desenvolvimento global nas próximas décadas, sendo responsáveis por mais de 70% das mortes em todo o mundo. A carga das DCNT ameaça a qualidade de vida de milhões de pessoas, e representam grande impacto econômico para os países, especialmente os de baixa renda. Frente ao novo desafio mundial da pandemia pela Covid-19, as maiores taxas de mortalidade se concentram nos grupos portadores das DCNT.

A maior expressão dessas condições acarretou em desafios para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e para o processo de trabalho em saúde, tendo em vista a necessidade de transposição do modelo predominante de tratamento de doenças transmissíveis para o tratamento de problemas de saúde de longo prazo. Considerando esses aspectos o sistema brasileiro passou a ser organizado como uma rede poliárquica, que visa integralidade e cuidado longitudinal.

Diante disso, é importante que você cirurgião-dentista, inserido no SUS conheça os fatores de risco comuns para as DCNT, incluindo as doenças de maior mortalidade, bem como também as mais prevalentes: cárie e doença periodontal. Neste material também apresentaremos as Redes de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, seus principais elementos estruturantes, os pontos de atenção que a constituem, identificar as principais linhas de cuidado, compreender o papel da Atenção Primária, como ordenadora da RAS e buscar estratégias e planos de enfrentamento destas condições de saúde.

Esse é o primeiro volume de uma **Coletânea** sobre o **Atendimento Odontológico para Pacientes Portadores de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**, nos próximos livros vamos abordar individualmente as DCNT de maior mortalidade: câncer, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares, diabetes e doença renal crônica, com foco no atendimento odontológico desses pacientes. Esperamos que essa coletânea contribua de forma grandiosa para sua formação!

Nossos sinceros agradecimentos ao Ministério da Saúde do Brasil, pelo financiamento dos cursos da temática deste livro, que inspiraram o desenvolvimento da presente obra.

Vamos começar? Bons estudos!

OBJETIVO EDUCACIONAL

Compreender os fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.

1. Doenças Crônicas

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são o maior desafio em saúde pública do século XXI, pois suas taxas têm aumentado na população mundial, e com projeção de ascendência ainda maior nos países de baixa e média renda. Essas doenças são responsáveis por 63% das mortes em todo o mundo (WHO, 2011). No Brasil, os números são ainda maiores, com as Doenças Crônicas respondendo por 72% dos óbitos. Dentre as principais Doenças Crônicas, destacam-se as doenças cardiovasculares, o câncer, o Diabetes Mellitus, a doença renal crônica e as doenças respiratórias crônicas. Em 2019, essas doenças foram incluídas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na lista das dez maiores ameaças à saúde pública no planeta.

Na cavidade bucal, a cárie dentária e a doença periodontal são exemplos de DCNT (WHO, 2015). Tanto a cárie quanto a doença periodontal, bem como a perda dentária decorrente destes agravos bucais, têm sido associadas às DCNT sistêmicas, como Diabetes, doenças cardiovasculares, doença renal crônica e doenças respiratórias crônicas. O Comitê de Saúde Bucal da Organização Mundial de Saúde preconiza que a abordagem preventiva para as DCNT bucais e sistêmicas deve ser direcionada aos seus fatores de riscos comuns.

Ademais, a etiologia das Doenças Crônicas é multifatorial, o que torna seu enfrentamento ainda mais desafiador para as equipes multidisciplinares de Saúde da Família, nas quais o cirurgião-dentista está inserido. Nesse sentido, se faz necessário uma abordagem a partir dos fatores de risco comuns para as DCNT.

A OMS classifica os fatores de risco para as Doenças Crônicas em comportamentais e metabólicos.

Vejamos a seguir:

Os fatores de risco **comportamentais** são:



a) tabagismo



b) inatividade física



c) dieta não saudável




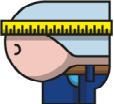


d) uso nocivo de álcool

Fonte: UNA-SUS/UFMA.

As Doenças Crônicas atingem indivíduos de todos os níveis socioeconômicos, principalmente aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda. Esses grupos sociais estão mais predispostos ao tabagismo, inatividade física, dieta não saudável e ao uso nocivo de álcool, o que pode explicar por que são mais acometidos pelas Doenças Crônicas. Na Atenção Básica, é comum que o dentista se depare com pacientes que apresentem pelo menos um desses fatores de risco comportamentais, e é seu dever alertar e instruir o paciente sobre as consequências desses hábitos em um panorama geral.

Como resultante desses hábitos comportamentais inadequados, os fatores de risco levam a alterações metabólicas que aumentam o risco para Doenças Crônicas.

Os fatores de risco **metabólicos** são:

-  a) hipertensão arterial
-  b) sobrepeso/obesidade
-  c) hiperglicemia
-  d) hiperlipidemia

Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Todos esses fatores de risco também estão associados às doenças bucais, portanto, estratégias em saúde pública para prevenção das Doenças Crônicas sistêmicas devem estar integradas às soluções das doenças bucais, com abordagens direcionadas às suas causas comuns.

A Atenção Primária é a porta de entrada dos serviços de saúde para indivíduos com Doenças Crônicas e desempenha um papel fundamental na prevenção de agravos, diagnóstico e gerenciamento dessas doenças a longo prazo. As Doenças Crônicas bucais podem ocorrer, ainda, em idades mais jovens, e são preditoras do risco futuro das demais Doenças Crônicas, colocando o cirurgião-dentista em um

papel protagonista de prevenção. Portanto, são necessários esforços concentrados não só para o tratamento, mas também para reduzir os fatores de risco na população, afinal, intervir nestes fatores de risco comuns permite a prevenção das Doenças Crônicas e não apenas o tratamento das consequências dessas doenças.

Assim, estratégias para prevenção de DCNT sistêmicas devem estar alinhadas à promoção de Saúde Bucal. Mas, como fazer isso?

Nos capítulos seguintes, vamos nos aprofundar sobre os fatores de risco para as DCNT bucais e sistêmicas!

1.1 Fatores de risco comportamentais para DCNT

Embora as DCNT estejam presentes em todos os níveis socioeconômicos, os grupos mais vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda, são os mais afetados por essas comorbidades, uma vez que estão mais predispostos ao tabagismo, inatividade física, dieta não saudável e ao uso nocivo de álcool. Na Atenção Básica, é comum que o dentista se depare com pacientes que apresentem pelo menos um desses fatores de risco comportamentais, e é seu dever alertar e instruir o paciente sobre as consequências desses hábitos em um panorama geral.

1.1.1 Tabagismo

Segundo a OMS, 22% da população mundial de 15 anos ou mais é de fumantes e o controle do tabagismo faz parte do Plano de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde do Brasil para o Enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2011; WHO, 2019).

O tabagismo pode afetar tanto a saúde sistêmica quanto a Saúde Bucal. O câncer bucal envolve a mutação gradual das células sadias na boca e pode ocorrer de várias maneiras. Sempre que a pessoa inala a fumaça vinda dos cigarros, as substâncias químicas prejudiciais dos produtos com tabaco passam primeiro pela boca e pela garganta antes de atingir os pulmões. Com o passar do tempo e a exposição frequente, essas substâncias podem causar mudanças na cavidade bucal que podem levar ao câncer bucal.

A incidência e a progressão da periodontite também são afetadas pelo tabagismo, sendo claramente identificado como fator de risco em indivíduos jovens e adultos, uma vez que fumantes têm duas vezes mais risco de desenvolver a doença periodontal do que os não fumantes. O hábito de fumar, portanto, é uma informação importante que deve ser investigada desde o primeiro contato com o paciente, considerando o impacto negativo do tabagismo em várias doenças inflamatórias crônicas destrutivas dos tecidos (JOHANNSEN *et al.*, 2014). O tabaco fumado em qualquer uma de suas formas causa até 90% de todos os cânceres de pulmão e os produtos de tabaco que não produzem fumaça também causam dependência e são responsáveis pelo desenvolvimento de câncer de cabeça, pescoço, esôfago e pâncreas, assim como muitas patologias bucodentais (WHO, 2008).



IMPORTANTE!

Em comparação aos não fumantes, estima-se que o tabagismo aumenta o risco de desenvolver doença coronariana em 2 a 4 vezes e em 23 vezes as chances do homem desenvolver câncer de pulmão (INCA, 2018).

Assim, fica claro o papel do tabagismo na etiologia das DCNT tanto bucais quanto sistêmicas. Cabe aos dentistas aumentar a conscientização da população sobre os efeitos nocivos e mortais do uso do tabaco e da exposição à fumaça derivada de seus produtos, além de desencorajar seu consumo em qualquer forma.

1.1.2 Inatividade física

Mais de um quarto (1,4 bilhão) da população adulta mundial não praticou atividade física suficiente em 2016 (WHO, 2018) e isso coloca essas pessoas em maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, Diabetes Mellitus, demência e alguns tipos de câncer. O novo plano de ação mundial da OMS sobre atividade física e saúde (2018 a 2030) estabelece a meta de reduzir a inatividade física em 10% até 2025 e em 15% até 2030.

Você pode estar se perguntando como o sedentarismo pode contribuir para a ocorrência de doenças bucais crônicas. É simples: o indivíduo que não pratica atividade física comumente apresenta outros hábitos inadequados, como uma dieta não saudável, consumo de álcool e até mesmo o tabagismo. E, infelizmente, o estilo de vida adotado pela maioria da população inclui esses fatores de risco. Além disso, a atividade física regular aumenta várias capacidades físicas e reduz muitos marcadores inflamatórios. A inflamação sistêmica subclínica e de baixo grau é apontada como um mecanismo comum a todas DCNT, inclusive a doença periodontal.

Um estudo recente avaliou os efeitos da atividade física na doença periodontal e mostrou que a frequência de atividade física está diretamente relacionada à baixa ocorrência de periodontite

(FERREIRA *et al.*, 2019). Paralelamente, mediadores inflamatórios vindos da cavidade bucal de um paciente com doença periodontal podem estar associados a quadros inflamatórios em outras regiões do corpo humano, como músculos e articulações, e isso influencia diretamente no rendimento físico do indivíduo.

1.1.3 Dieta não saudável

O padrão de dieta ocidentalizada está relacionado ao excessivo consumo de produtos muito calóricos e pouco nutritivos, estando diretamente associado às piores condições de saúde. Hábitos alimentares inadequados estão associados ao sobrepeso e à obesidade, que conseqüentemente, se tornam fatores predisponentes para doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, Diabetes Mellitus etc. (DI BONITO *et al.*, 2012), e na cavidade bucal, a obesidade também pode estar associada à cárie e à doença periodontal.



Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Os açúcares de adição são vilões da saúde sistêmica e bucal, e as principais fontes são os refrigerantes, sucos de caixinha, sobremesas lácteas e produtos lácteos (achocolatados, sorvetes, iogurte edulcorado e leite açucarado) além de doces, bolos, biscoitos, tortas etc. (AHA, 2016).

As bebidas ricas em açúcar de adição (refrigerantes, sucos de caixinha, energéticos e achocolatados) contribuem amplamente

com a densidade total de energia e são a principal fonte de calorias discricionárias (diferença entre a necessidade total de energia e a energia consumida para atender à ingestão recomendada de nutrientes) da dieta. Essas bebidas são associadas a alterações metabólicas, como: obesidade, resistência insulínica, aumento de triglicerídeos, aumento de colesterol LDL, redução de colesterol HDL e hipertensão arterial.

A maioria da população brasileira consome diariamente esses produtos ultraprocessados e industrializados, então, você enquanto dentista e profissional da saúde, sempre que consultar o seu paciente, questione sobre os seus hábitos alimentares e alerte-o quanto aos riscos de uma dieta não saudável.

Você sabia que importantes organizações internacionais têm um claro posicionamento sobre o consumo de açúcares de adição?



- A American Dietetic Association sugere como estratégia para melhor qualidade de vida e promoção de saúde a redução de consumo de açúcares livres (TOUGER-DECKER *et al.*, 2007).



- A OMS lançou diretrizes em 2015 para a redução do consumo de açúcares livres para quantidades menores que 10% do consumo diário de energia, preferencialmente para menos que 5% das calorias diárias, para prevenção da cárie e obesidade e possivelmente de outras DCNT (WHO, 2015).



- A American Heart Association também publicou recomendações para que crianças tivessem um consumo de açúcares de adição em torno de, no máximo, 25 g/dia (6 colheres de chá), e que crianças menores de dois anos de idade não sejam expostas aos açúcares de adição visando a diminuição do risco cardiovascular futuro (VOS *et al.*, 2017; AHA, 2016).

As bebidas ricas em açúcar de adição também estão implicadas como ocorrências de DCNT, como Diabetes, doenças cardiovasculares e asma, além da cárie e também da doença periodontal.

O papel dos açúcares de adição na epidemia de cárie em todo o mundo é bem conhecido, mas a discussão da sua relação com a doença periodontal é mais recente. O consumo de açúcares de adição já foi associado ao aumento da profundidade de sondagem em adultos jovens em estudo de base populacional americano (LULA *et al.*, 2014). Assim como um estudo experimental verificou a redução de sangramento gengival e da profundidade de sondagem de indivíduos seguindo uma restrição total de açúcares refinados e uma dieta da Idade da Pedra por quatro semanas, mesmo na ausência de métodos tradicionais de higiene oral (BAUMGARTNER *et al.*, 2009).

É importante ressaltar que, mesmo com etiopatogenias bem distintas, a cárie acomete tecido mineralizado, e a doença periodontal, os tecidos de suporte, o açúcar de adição é um denominador comum à essas doenças, embora que com mecanismos de ação diferentes. O metabolismo do açúcar no biofilme oral resulta em produção de ácido e consequente perda mineral do esmalte e da dentina; enquanto a hiperglicemia resulta em inflamação sistêmica de baixo grau, que é um

mecanismo ligado à doença periodontal, que pode elevar a fosfatase alcalina e ocasionar a perda mineral óssea.

Fica claro, portanto, que a dieta não saudável e, especialmente, o consumo excessivo de açúcares de adição, é um fator comum às DCNT bucais e sistêmicas. A adoção de hábitos alimentares mais saudáveis é fundamental para promover a Saúde Bucal, evitar cárie e doença periodontal e contribuir para prevenção das principais DCNT.

1.1.4 Uso nocivo de álcool

De acordo com a OMS, em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. Você sabia que na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao consumo álcool? Além disso, existe uma relação causal entre o uso nocivo do álcool e uma série de transtornos mentais e comportamentais, além das DCNT. Como consequência, o uso nocivo do álcool provoca perdas sociais e econômicas significativas para os indivíduos e para a sociedade em geral.

O alcoolismo está associado ao risco de DCNT graves, como cirrose hepática, alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares, além de estar fortemente relacionado ao desenvolvimento de câncer orofacial e orofaríngeo, uma vez que o contato do álcool com a mucosa oral pode deixá-la mais vulnerável às células cancerígenas ou até mesmo potencializar a doença já existente. O quadro torna-se ainda mais desfavorável se a bebida alcoólica estiver associada ao tabagismo.

Em geral, pessoas em situações de maior vulnerabilidade social estão mais propensas ao uso nocivo de álcool. Dessa forma, deve-se

pensar em ações voltadas para os níveis e contextos do consumo de álcool, considerando os determinantes sociais mais amplos da saúde. Ao reduzir o uso nocivo de álcool, a carga de doenças causadas por ele também será minimizada.

O consumo abusivo do álcool também tem sido associado à doença periodontal, podendo modificar o processo saúde-doença pela interferência com a resposta do hospedeiro, uma vez que diminui as funções dos neutrófilos e macrófagos, aumentando a susceptibilidade do organismo a infecções, além de reduzir a massa óssea. Um estudo mostrou que o risco de periodontite aumentou 0,4% (IC 95% 1.002–1.007, $p = 0,002$) para cada incremento de 1g/dia no consumo de álcool (WANG *et al.* 2016), sugerindo a influência negativa do consumo de álcool nos parâmetros periodontais e microbiológicos (níveis mais altos de patógenos periodontais e citocinas pró-inflamatórias) (LAGES *et al.*, 2015).

O consumo de álcool tem correlação com outros comportamentos viciantes, como tabagismo, drogas ilícitas e de açúcares de adição, além de estar geralmente associado ao sedentarismo. Assim, esse comportamento de risco frequentemente coocorre em indivíduos que adotam um estilo de vida não saudável e contribui para potencializar o surgimento de DCNT.

1.2 Fatores de risco metabólicos para DCNT

Como resultante desses hábitos comportamentais inadequados, os fatores de risco levam a alterações metabólicas, como: hipertensão arterial, sobrepeso/obesidade, hiperglicemia e hiperlipidemia, que aumentam o risco para DCNT.

1.2.1 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é uma condição médica crônica em que a pressão sanguínea nas artérias está aumentada.

E como diagnosticar a hipertensão?

De acordo com a OMS, a hipertensão é diagnosticada em adultos, quando, medida em dois dias diferentes, a leitura da pressão arterial sistólica nos dois dias for ≥ 140 mmHg e/ou a leitura da pressão arterial diastólica nos dois dias for ≥ 90 mmHg.

Dados da pesquisa VIGITEL (2018) mostraram que um em cada quatro brasileiros (24,7%) vivem com um diagnóstico de hipertensão. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão mal controlada ou sem diagnóstico pode reduzir a expectativa de vida em até 16,5 anos.

Evidências coletadas a partir de revisões sistemáticas da literatura mostram que o aumento na ingestão de carboidratos refinados e açúcar de adição pode levar ao aumento da incidência de hipertensão (KIM *et al.*, 2016; KIM *et al.*, 2018). Os efeitos da hipertensão, quando não controlada, são devastadores e podem levar a várias DCNT, incluindo acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, entre outras. Portanto, o controle da hipertensão e da progressão dos danos deve ser prioridade em nível global.

Em relação às doenças bucais, estudos recentes também sugeriram uma associação entre periodontite e hipertensão, o que pode ser explicado por fatores de risco comuns. Nesse contexto, pacientes hipertensos devem passar por uma triagem periodontal e o tratamento periodontal pode ser incluído no manejo multidisciplinar (MARTIN-CABEZAS *et al.*, 2016).

1.2.2 Sobrepeso/obesidade

O sobrepeso e a obesidade vêm se tornando uns dos maiores desafios de saúde pública do século XXI. As taxas vêm aumentando, especialmente, entre os países de baixa e média renda, o que representa uma ameaça ao controle das DCNT. A obesidade resulta de uma interação complexa de dieta não saudável, sedentarismo e outros fatores que resultam em desequilíbrio entre ingestão e gasto de energia durante um período prolongado (BRAY *et al.*, 2016).

A obesidade é um fator de risco metabólico que predispõe uma variedade de comorbidades, incluindo Diabetes Mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares (PISCHON *et al.*, 2007). Além disso, a obesidade também está relacionada às principais DCNT bucais, como a doença periodontal (MARTINEZ-HERRERA *et al.*, 2017; MARTENS *et al.*, 2017; KHAN *et al.*, 2018) e a cárie (HAYDEN *et al.*, 2013; ALSHIHRI *et al.*, 2019). Também já é conhecido que o sobrepeso e a obesidade influenciam na progressão da perda de inserção clínica periodontal (GAIO *et al.*, 2016).

Prevenir e controlar a obesidade implica no controle dos fatores de risco comportamentais modificáveis comuns que já discutimos na primeira parte deste livro. A você, dentista, fica o alerta: se o seu paciente apresentar sobrepeso/obesidade ou mesmo estilo de vida inadequado (dieta não saudável e sedentarismo) que pode levar a essa condição, investigue se ele já apresenta alguma DCNT subjacente, instrua-o sobre os fatores de risco e como controlá-los. E, não menos importante, encaminhe-o para um atendimento multiprofissional. O trabalho interligado, envolvendo a participação de dentistas, médicos e nutricionistas, vai proporcionar melhores resultados.

1.2.3 Hiperglicemia

Hiperglicemia é o aumento dos níveis de açúcar no sangue que acontece quando há pouca insulina no organismo ou quando o corpo não consegue usá-la apropriadamente. Em geral, está acompanhada de altos níveis de açúcar na urina.

O Diabetes Mellitus abrange um conjunto de distúrbios metabólicos caracterizados por defeitos na ação da insulina, na sua secreção ou em ambos, causando um estado hiperglicêmico (AMERICAN Diabetes ASSOCIATION, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2018). Trata-se de um problema de saúde pública com proporções epidêmicas e a projeção é de mais de 640 milhões de pessoas com Diabetes até 2040 (INTERNATION Diabetes FEDERATION, 2015).

Você, enquanto profissional de saúde, sabe interpretar a taxa de glicose no sangue do seu paciente? Não? Ela pode ser facilmente consultada através do teste da glicemia em jejum.

- Glicemia de jejum normal: inferior a 99 mg/dL;
- Glicemia de jejum alterada: entre 100 mg/dL e 125 mg/dL;
- Diabetes: igual ou superior a 126 mg/dL.

A tolerância à glicose diminuída e a glicemia de jejum aumentada são categorias de risco para o desenvolvimento de Diabetes e doenças cardiovasculares.

O Diabetes está associado ao acidente vascular cerebral e ao risco de doenças coronarianas e também é a principal causa de insuficiência renal. Pessoas com Diabetes também têm um risco aumentado de doença periodontal (CHÁVARRY *et al.*, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A associação entre Diabetes e doença periodontal é bidirecional, ou seja, a doença periodontal pode ser risco para o Diabetes e vice-versa. Entretanto, nessa relação, é plausível que haja envolvimento de fatores de risco comuns, como uma dieta rica em açúcares, o que pode desencadear uma inflamação sistêmica de baixo grau, vista na doença periodontal e no Diabetes (PINK *et al.*, 2015; GLURICH *et al.*, 2019).

A cárie também tem sido associada ao Diabetes. Pacientes com controle metabólico deficiente apresentam concentrações maiores de glicose na saliva, xerostomia e mais biofilme (BAJAJ *et al.*, 2012; MOHAMED *et al.*, 2013). Além disso, o risco de cárie dentária pode ser duas vezes mais alto em pacientes com Diabetes em comparação com controles saudáveis (MOHAMED *et al.*, 2013). Essa associação também pode ser explicada pelos fatores de risco comuns, por exemplo, o consumo excessivo de açúcar de adição, que resulta em cárie, obesidade e no desenvolvimento de outras Doenças Crônicas, entre elas, o Diabetes Mellitus e as doenças cardiovasculares.

1.2.4 Hiperlipidemia

As alterações do perfil lipídico podem incluir colesterol total alto, triglicerídeos (TG) alto, colesterol de lipoproteína de alta densidade baixo (HDL-c) e níveis elevados de colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c). A hiperlipidemia é o aumento dos níveis séricos dos lipídeos (gorduras) e também é um dos fatores de risco para ocorrência de doenças cardiovasculares, estando associada à doença periodontal em adultos (LEE *et al.*, 2015).

A doença periodontal está associada à redução de HDL-c e à elevação de LDL-c e triglicerídeos, sugerindo uma associação com o

controle metabólico lipídico. Talvez, em parte, a inflamação periodontal possa afetar negativamente o controle lipídico sérico, contribuindo para um maior risco de doença cardiovascular. A desregulação lipídica aumenta a suscetibilidade à periodontite, por meio do aumento da inflamação sistêmica. Isso sugere uma relação de mão dupla entre dislipidemia e doença periodontal (NEPOMUCENO *et al.*, 2017).

Mas, ao contrário do que a maioria pensa, a hiperglicemia não é desencadeada apenas pelo consumo excessivo de gorduras. O açúcar é metabolizado da mesma forma que o álcool e produz colesterol nesse processo. A digestão do açúcar leva à formação de uma substância chamada acetilcoenzima A, que forma o triglicérides e acaba se transformando em uma lipoproteína chamada VLDL. Esta lipoproteína, quando quebrada no fígado, produz colesterol LDL pequeno e denso, que está associado a doenças cardiovasculares, já que ele forma placas nas artérias. O consumo excessivo de açúcar de adição também está associado ao aumento da pressão arterial e dos triglicérides e à redução do colesterol HDL. Assim, fica o alerta: o açúcar não é vilão apenas no desenvolvimento da cárie, muitas outras doenças sistêmicas podem ser desencadeadas a partir de uma dieta rica em açúcar de adição.

Outro ponto importante é que os níveis de lipídios na corrente sanguínea estão associados ao hábito de praticar exercícios e de ingerir bebidas alcoólicas, carboidratos e gorduras. Além disso, o índice de massa corpórea e idade influenciam as taxas de gordura sérica. Assim, mais uma vez, observamos a interação dos fatores de risco comportamentais e metabólicos e fica claro que as modificações no estilo de vida são fundamentais para o controle metabólico.



Fonte: UNA-SUS/UFMA.

Agora, antes de iniciarmos a segunda parte deste livro, que tal conhecermos o caso da dentista Juliana e do usuário dos serviços de saúde, o Raimundo?

Juliana atua como cirurgiã-dentista e integra uma equipe de Saúde Bucal, vinculada à Estratégia de Saúde da Família, há três anos. A Política Nacional de Atenção Básica foi instituída e é atualizada constantemente, com o objetivo de ampliar a capacidade de resolutividade da Atenção Primária, colocando-a como porta de entrada prioritária de acesso dos usuários ao SUS. Portanto, Juliana busca reorganizar o processo de trabalho da equipe de Saúde Bucal, nessa perspectiva.

Ao chegar à Unidade de Saúde, Juliana foi informada que um usuário, Sr. Raimundo, aguardava por atendimento, embora não estivesse agendado para esse dia. Como o usuário apresentava dor e Juliana tinha espaço em sua agenda, pois seu outro paciente não compareceu na Unidade de Saúde, ela realizou a primeira consulta

do Raimundo. O usuário tem 65 anos, é operário numa fábrica, apresenta sobrepeso, é cardiopata, diabético e hipertenso não controlado. Raimundo relatou ser fumante há 30 anos e consumir bebidas alcoólicas com frequência. Ao ser questionado sobre seus hábitos de vida, Raimundo mencionou não fazer atividade física regular e apresentar dieta baseada no consumo de alimentos processados, industrializados e que possuem alto teor de açúcar. Também disse ter consumo escasso de verduras e legumes. Com relação à Saúde Bucal, disse que não tinha hábito de escovar os dentes à noite e que já tinha perdido muitos dentes. Raimundo é da área coberta pela equipe de Saúde da Família, mas ainda não tinha sido cadastrado na unidade. Diante disso, Juliana percebeu que não poderia fazer apenas o tratamento odontológico de emergência. Frente a esse cenário, a dentista Juliana se questionou: como o SUS se organiza para atender um paciente como Raimundo? Como deveria manter a integralidade do cuidado nesse caso e em casos semelhantes?

Diante do cenário apresentado, de que forma Juliana e você, enquanto cirurgião-dentista da Atenção Primária, podem contribuir no encaminhamento de pacientes com essas características?

2. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

As doenças em geral estão relacionadas a causas múltiplas, e são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias apropriadas*, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura. As tecnologias apropriadas são as tecnologias relevantes às necessidades de saúde da população, avaliadas de maneira correta, socialmente aceitáveis e com uma boa relação custo-benefício (GIOVANELLA, 2012).

Para a operacionalização do cuidado às Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS), são necessárias formas de organização que articulem os serviços existentes, considerando os princípios da regionalização e da hierarquização, de modo que o processo de descentralização não sobrecarregue os municípios, e para superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde.

No Brasil, a concepção de Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos: Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, e o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentaria a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A concepção da RAS tem sido apontada como a melhor estratégia de organização dos serviços de saúde, por serem capazes de materializar a produção em saúde de forma mais eficaz e integral, dando corpo

a uma proposta inovadora para a gestão do SUS. Considerando esse aspecto, a Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas visa realizar a atenção, de forma integral, aos usuários com Doenças Crônicas, em todos os pontos de atenção, realizando ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

2.1 Princípios e Diretrizes

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas fomenta a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com Doenças Crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das Doenças Crônicas e suas complicações (MENDES, 2011).

Para que uma transformação do modelo de atenção à saúde ocorra, é importante ampliar o acesso dos usuários com Doenças Crônicas aos serviços de saúde e promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com Doenças Crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela Atenção Primária que sejam contínuas e que busquem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado em saúde; propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário; promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às Doenças Crônicas; ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às Doenças Crônicas, tais como o tabagismo, o consumo excessivo

de álcool e alimentação não saudável; atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e na ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia. Tais ações podem ser traduzidas em melhores indicadores relacionados às Doenças Crônicas (BRASIL, 2013).

Entre as diretrizes propostas para a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, estão (BRASIL, 2013):

- Acesso e acolhimento aos usuários com Doenças Crônicas em todos os pontos de atenção;
- Humanização da atenção, almejando a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde;
- Respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais;
- Modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais;
- Articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- Atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

- Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- Articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada;
- Participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- Autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado;
- Equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;
- Formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- Regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.



IMPORTANTE!

Portanto, a construção da Rede de Atenção à Saúde para Doenças Crônicas requer esforços de todos os atores envolvidos, principalmente quando se trata da articulação e da comunicação entre os componentes da Rede.

2.2 Linhas de Cuidado Prioritárias

As diretrizes clínicas podem ser compreendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção, promoção e de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, e incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos (BRASIL, 2014).

As Linhas de Cuidado, por sua vez, consistem numa forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização, e a conectividade de papéis e de tarefas

dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas (BRASIL, 2014).

Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das linhas de cuidado, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; e gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional (BRASIL, 2018).

Portanto, as linhas de cuidado apontam as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, levando em consideração a estratificação dos riscos (BRASIL, 2013). Elas delimitam o percurso terapêutico dos usuários na rede, considerando não somente protocolos estabelecidos, mas também o potencial de gestores dos serviços em pactuar fluxos, de modo a reorganizar o processo de trabalho e facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita (MENDES, 2011).

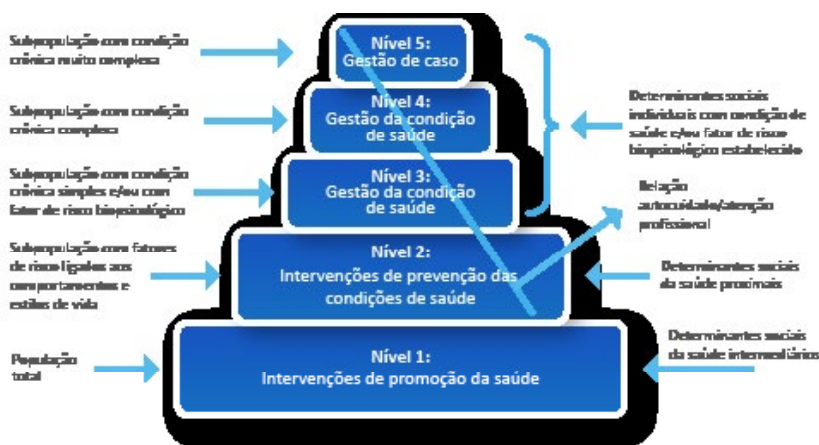
As linhas de cuidado prioritárias devem ser estabelecidas a partir das doenças/fatores de risco mais prevalentes, como: doenças renocardiovasculares; Diabetes; obesidade; doenças respiratórias crônicas; câncer (de mama e colo de útero) (BRASIL, 2013).

O Chronic Care Model, inicialmente apresentado em 1998 pelo MacColl Institute for Health Care Innovation, a partir de estudos da literatura internacional, propõe um modelo para atenção às condições crônicas, que foi implantado, com diversas adaptações, em uma série de países. Ele tem como princípios: organização da atenção à saúde;

recursos da comunidade; autocuidado apoiado; desenho da linha de cuidado; suporte às decisões clínicas; sistema de informações clínicas (BRASIL, 2013).

A partir desse modelo, das experiências internacionais e dos modelos de determinação social da saúde e de pirâmide de riscos, Mendes (2012) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esse modelo estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações, a partir do qual se definem ações e práticas da equipe de saúde que sejam mais adequadas (Figura 1).

Figura 1: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2012).



Fonte: MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 169. Disponível em: < https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf >.

Esse modelo de atenção subsidiará os passos seguintes de constituição da rede do caso já apresentado, como: elencar os pontos de atenção e definir suas atribuições, instituir fluxos e diretrizes clínicas que norteiem a prática dos profissionais nesses pontos, entre outros (Figura 1). Retomando o caso da dentista Juliana e do paciente Raimundo, como se organizaria e qual o nível de intervenção necessário para esse usuário do serviço, segundo o Modelo de Atenção às Doenças Crônicas?

Classificação dos Níveis de Intervenção segundo o Modelo de Atenção às Doenças Crônicas (MENDES, 2012):



Nível 1 (Intervenções da Promoção da Saúde):

opera-se com a população total de uma Rede de Atenção à Saúde com foco nos determinantes sociais intermediários, ou seja, os macrodeterminantes, condições de vida e de trabalho, o acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias. As intervenções de promoção da saúde para a população total serão realizadas por meio de ações intersetoriais.



Nível 2 (Intervenções de Prevenção das Condições Crônicas):

opera-se com subpopulações estratificadas por fatores de risco, com foco nos determinantes proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção de doenças, voltadas para indivíduos e subpopulações. A prevenção dá-se com a modificação de fatores de risco comportamentais, tais como a alimentação inadequada.

3

Nível 3 (Gestão da Condição de Saúde):

trabalha-se com subpopulações que já apresentam doença crônica estabelecida. Nele, as condições crônicas são de baixo ou médio risco ou a subpopulação apresenta fatores de risco biopsicológicos. Nesse nível, a atenção à saúde é fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado, mas existe também a atenção clínica ao indivíduo, realizada, de maneira geral, pela Atenção Primária.

4

Nível 4 (Gestão da Condição de Saúde):

opera-se com subpopulações com condição crônica de alto ou muito alto risco. Nesse nível, além do autocuidado apoiado, observa-se a necessidade mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o especializado.

5

Nível 5 (Gestão do Caso):

opera-se com subpopulações que apresentam condição de saúde muito complexa e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. Nesse nível, as intervenções podem ser realizadas pela tecnologia da gestão de caso e, em geral, exigem planos de cuidado mais singulares.

O caso de Raimundo requer uma atuação mais abrangente, incluindo todos os níveis desse modelo de atenção à saúde. Esse modelo possui três âmbitos de aplicação para os cuidados inovadores para as condições crônicas (CICC): o âmbito MACRO, o âmbito MESO e o âmbito MICRO (MENDES, 2012).

O âmbito micro é representado pela tríade: pessoas usuárias e suas famílias, equipe de saúde e grupos de apoio da comunidade. Os objetivos fundamentais nesse âmbito são: preparar, informar e motivar

cada elemento dessa tríade (MENDES, 2012). O âmbito meso propõe uma mudança de foco das organizações de saúde, incorporando um modelo de atenção que dê conta não só de condições agudas, mas também da atenção às condições crônicas. Para isso, atuar junto à comunidade é indispensável para integrar os recursos da organização com os recursos comunitários. No âmbito macro, o trabalho deverá ser direcionado a elaborar políticas que considerem as singularidades das condições crônicas e que desenvolvam essas redes de forma sustentável (MENDES, 2012).

Portanto, a análise da Linha de Cuidado possibilita mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir usuários dos serviços de saúde como o Raimundo quanto ao tipo, fluxos, mecanismos de regulação, tentativas de negação de acesso, ações de vigilância à saúde, promoção e utilização dos recursos das clínicas especializadas.

2.3 Componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

Considerando todas as Doenças Crônicas Não Transmissíveis apresentadas pelo usuário Raimundo, a atuação do SUS não deve se restringir a um atendimento pontual e fragmentado. Porém, quais os componentes presentes para se respeitar o princípio da integralidade?

As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER; TEISERBERG, 2007), o que implica a continuidade da atenção à saúde e a integralidade da atenção à saúde (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde constituem-se de três elementos básicos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A população sob responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados de saúde da população, com uma gestão de base populacional, elemento essencial da RAS (MOYSES, 2013).

A estruturação operacional das RAS é constituída pelos pontos da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A estrutura operacional das RAS é composta pelos Serviços de Atenção Básica/Atenção Primária, que constituem-se como centro de comunicação da rede, tendo um papel-chave na estruturação desta, como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, além de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para a organização do cuidado. O centro de comunicação das RAS é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde (MENDONÇA *et al*, 2018).

As RAS determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde em secundários e terciários. Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, especialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de Atenção Especializada, nas microrregiões sanitárias; e os pontos de Atenção Especializada hospitalar, nas macrorregiões sanitárias. Os Serviços de Atenção Especializada constituem-se de um conjunto dos diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas, que incluem ações e serviços de urgência, ambulatoriais, especializados e hospitalar, sendo apoio e complemento aos serviços da Atenção Primária (BRASIL, 2013).

Os ambulatórios especializados constituem um conjunto de serviços e ações eletivas de média e de alta complexidade. O estabelecimento hospitalar é um ponto de atenção estratégico, voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de usuários agudos ou crônicos agudizados. Enquanto que os Serviços de Urgência e Emergência podem ser definidos como o conjunto de serviços e ações voltados aos usuários que necessitam de cuidados imediatos nos diferentes pontos de atenção, inclusive de acolhimento àqueles que apresentam agudização das condições crônicas (BRASIL, 2014).

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2013).

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nessas redes. Integram este componente os sistemas de identificação e de acompanhamento dos usuários; o registro eletrônico em saúde; os sistemas de transportes sanitários; e os sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2013).

Compreende-se como regulação o componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta, promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde e auxiliar no monitoramento e na avaliação dos pactos intergestores. Visa, também, garantir o acesso às ações e aos serviços de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2013).

A governança das RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos, a fim de articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde. Governança pode ser compreendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Constituem esse componente as Comissões Intergestores (OLIVEIRA, ARAÚJO, PINHO, PACHECO, 2017).

O modelo de atenção à saúde consiste em sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre componentes da rede e das intervenções sanitárias, definidos de acordo com a visão prevalecente da saúde, a situação demográfica e epidemiológica e os determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Nesse processo de transição dos pontos da Atenção à Saúde, os diferentes equipamentos ainda podem ser classificados segundo a densidade tecnológica: a Atenção Primária (baixa densidade), a Especializada Ambulatorial (densidade intermediária) e a Especializada Hospitalar (elevada densidade) (BRASIL, 2014).

O processo de trabalho em uma rede assistencial organizada por meio de diferentes níveis de governança exige uma base populacional e uma base territorial para a atuação dos serviços. Nesse sentido, a criação de territórios sanitários, áreas de população de responsabilidade de serviços, é fundamental para a conformação das redes de atenção.

3. Pontos de Atenção e suas funções na Rede de Atenção às Doenças Crônicas

Os pontos de atenção são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de Pontos de Atenção à Saúde: domicílios, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades Odontológicas, laboratórios de prótese dentária, Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), entre outros. Todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde, e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2018a).

Os sistemas de referência e contrarreferência são modos 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 hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2018a).

A referência lateral ou interna é a referência que se faz internamente no estabelecimento da Atenção Especializada, por exemplo, encaminhamento para as diversas especialidades, buscando a resolutividade do atendimento de forma que a necessidade do

usuário seja atendida em sua totalidade, evitando que retorne para a Atenção Primária a fim de obter outro encaminhamento para a especialidade da qual necessita (BRASIL, 2018a). 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 necessite, para sucesso da intervenção, de outra especialidade que a complemente.

Ao observar o sobrepeso e a dieta inadequada na vida de Raimundo, condições adversas bastante prevalentes no Brasil, Juliana resolveu atuar com o nutricionista para traçar um plano terapêutico multidisciplinar para melhorar as condições bucais e sistêmicas de Raimundo. Como Juliana poderia sistematizar melhor essa ação interdisciplinar?

O matriciamento é um espaço coletivo de cogestão, educação e formação no qual se combinam diferentes saberes, produzindo conhecimento mútuo e trocas para fomentar a cooperação com o objetivo de assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais (BRASIL, 2018).

O matriciamento é um processo de construção compartilhada cujo fim é criar uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. A interconsulta, no entanto, 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. Por exemplo: a necessidade de um parecer de outro profissional (exemplos: médico, psicólogos) sobre determinado aspecto da saúde do paciente para que o dentista elabore seu plano de tratamento (BRASIL, 2018).

3.1 Atenção Primária à Saúde: Ordenadora da Rede e Coordenadora do Cuidado

Raimundo, ao buscar o tratamento odontológico no SUS, foi a uma Unidade de Saúde da Família próxima a sua casa. Pensando nisso, qual seria o papel ocupado pela Atenção Primária na Rede de Atenção à Saúde? Na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Primária tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. A Atenção Primária também é responsável por realizar ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população (BRASIL, 2011).

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de Poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das Redes de Atenção à Saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2011). Embora não haja ordem nem grau de importância entre os diferentes pontos de rede, a Atenção Primária tem o papel fundamental de orientador das RAS*.

IMPORTANTE:

Um marco histórico mundial da Atenção Primária à Saúde é a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo Nacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef), e realizada no ano de 1978 em Alma-Ata. Essa conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e o modelo médico hegemônico cada vez mais intervencionista e especializado.

A concepção de Atenção Primária expressada na Declaração de Alma-Ata é abrangente, pois considera a Atenção Primária em Saúde como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores, de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico. Em 2018, foi assinada a Declaração de Astana, fruto da Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, realizada no Cazaquistão, para reafirmar os compromissos definidos há 40 anos, no histórico evento de Alma-Ata. A declaração foi assinada por 194 países, o Brasil entre eles, conclamados a priorizar, promover e proteger a saúde, nos níveis individual e populacional, por meio de sistemas de saúde fortes. A Declaração de Astana alinhou-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e conclamou os países a adotar ações em quatro áreas-chave: fomentar políticas ousadas para a saúde em todos os setores; construir uma linha sustentável de cuidados primários de saúde; capacitar os indivíduos e as comunidades; e obter apoio das partes interessadas às políticas, às estratégias e aos planos nacionais.

Portanto, a Atenção Primária é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Nessa concepção, a Atenção Primária representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Contudo, não se restringe ao primeiro nível, integrando a Rede de Atenção à Saúde, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação.

As RAS são consideradas arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, estando sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, ARAÚJO, PINHO, PACHECO, 2017).

A Atenção Primária é a porta de entrada preferencial do SUS e responsável pela resolutividade das principais demandas dos usuários dos serviços de saúde. Para que a atuação da Atenção Primária se concretize, é importante a consolidação de determinados atributos característicos. Segundo Starfield (2002), são considerados atributos característicos: prestação de serviços de primeiro contato; assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; garantia do cuidado integral, considerando os âmbitos físico, psíquico e social; coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades e serviços orientados para a comunidade, de acordo com suas necessidades.

Em contrapartida, os sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Geralmente, não há uma população adstrita de responsabilização, inviabilizando a gestão baseada na população. Além disso, na organização

fragmentada, a Atenção Primária à Saúde não atua como centro de comunicação nem se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis, por sua vez, não se comunicam com a atenção terciária à saúde nem com o sistema de apoio (GIOVANELLA et al., 2012; MENDES, 2011).

Quadro 1. Análise Comparativa entre o Sistema Fragmentado e Redes de Atenção à Saúde

Sistema Fragmentado	Rede de Atenção à Saúde
Organização por componentes isolados	Organização por um contínuo de atenção
Organização por níveis hierárquicos	Organização por uma rede poliárquica
Coordenação inexistente	Coordenação feita pela Atenção Primária à saúde (APS)
Orientado para a atenção às condições agudas	Orientado para a atenção às condições crônicas e agudas
Voltado para os indivíduos	Voltado para uma população
Paciente recebe as prescrições dos profissionais de saúde	Paciente é o agente corresponsável pela própria saúde
Ação reativa	Ação proativa
Ênfase nas ações curativas	Atenção integral
Cuidado profissional	Cuidado multiprofissional
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Financiamento por procedimento	Financiamento por capitação ou por desfecho de condição de saúde

Fonte: Adaptado de MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.



REFLETINDO!

Há muitas vantagens do primeiro atendimento das complicações agudas da hipertensão arterial sistêmica e do Diabetes Mellitus, por exemplo, ser realizado nos Estabelecimentos da Atenção Primária. A maior parte das agudizações das Doenças Crônicas pode ser mais bem manejada nesse nível de atenção: o profissional/a equipe conhece o usuário, seus problemas de saúde, as medicações prescritas, sua história e seu contexto. Pensando na realidade na qual você está inserido, como organizar os fluxos de atendimento na Atenção Primária e como funciona o processo para os demais pontos de atenção à saúde?

3.2 Pontos de Atenção Ambulatorial Especializada e de Atenção Hospitalar (Pontos de atenção à Saúde Bucal)

Após o primeiro atendimento do Raimundo, Juliana percebeu que esse paciente necessitava de um tratamento interdisciplinar que abordasse a saúde sistêmica e bucal. A cirurgiã-dentista notou a necessidade de realizar tratamento endodôntico e cirurgias periodontais, portanto, para a integralidade do cuidado, Raimundo necessitará ser atendido na APS, para realizar a adequação do meio bucal, orientações de cuidado com a Saúde Bucal. Além disso, ele será encaminhado para a realização de tratamentos de maior complexidade. Após o tratamento endodôntico e as cirurgias periodontais, é realizada a contrarreferência, ou seja, Raimundo retornará à Atenção Primária para a realização de acompanhamento contínuo. Pensando nisso, quais os pontos de Atenção Ambulatorial Especializada e de Atenção Hospitalar existentes para Saúde Bucal, para que seja realizado o cuidado integral e para atender às possíveis necessidades dos usuários?

O bom funcionamento das RAS depende primordialmente da existência de um trabalho compartilhado entre os profissionais da Atenção Primária e os especialistas focais. Adicionalmente, deve-se ressaltar que, por especialistas focais, entendemos não somente os médicos, mas outros profissionais, como os enfermeiros, cuja atuação é sabidamente efetiva e eficiente (MENDES, 2012).

O papel dos pontos de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar no cuidado às pessoas com Doenças Crônicas deve ser complementar e integrado à Atenção Primária, superando a atuação fragmentada e isolada que ocorre na maioria das localidades hoje (BRASIL, 2013). É necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada a partir do ordenamento da RAS pela Atenção Primária. No caso da relação entre os profissionais da Atenção Primária e os especialistas focais, é fundamental que o cuidado seja coordenado pelos profissionais desse nível de atenção.

A Atenção Especializada Ambulatorial 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 demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde Bucal implementada em 2004 estabelece a ampliação das ações em Saúde Bucal no SUS na Atenção Primária, a partir da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e a oferta da Saúde Bucal no âmbito hospitalar (BRASIL, 2004). Com o objetivo de superar as desigualdades em Saúde Bucal, foram estabelecidas diretrizes que visam às ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da Saúde Bucal dos brasileiros. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em Saúde Bucal voltadas para os cuidados de todas as idades, no marco de fortalecimento da Atenção Primária, tendo como eixos estruturantes o acesso universal e a assistência integral em Saúde Bucal.

Nesse sentido, os CEOs são pontos de Atenção Especializada que utilizam os mecanismos de referência e contrarreferência, o apoio matricial e a educação permanente em saúde como instrumentos para assegurar a integralidade do atendimento, buscando, dessa forma, superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde, organizando uma rede de atenção coordenada pela Atenção Primária (BRASIL, 2018a).

Os municípios devem conhecer a demanda de cada especialidade e, no caso de um CEO regional, a decisão deve se dar no âmbito da Comissão Intergestora Regional (CIR) ou tripartite (CIT), nas quais as demandas municipais deverão ser colocadas. E, de posse do conhecimento delas, deve-se optar pela tipologia mais adequada, a fim de contemplar as necessidades da população nos territórios com a oferta adequada das especialidades, garantia dos recursos necessários e acesso regulado (BRASIL, 2016).

A integração da equipe do CEO com outros pontos da Rede se dá pelo processo de interrelação dos recursos de referência e contrarreferência, pelo matriciamento e pela realização de interconsultas. As equipes dos CEOs poderão realizar o matriciamento com os profissionais da Atenção Primária ou de outro ponto da Rede, fomentando a cooperação e a retaguarda especializada às equipes para a construção compartilhada da intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2018a).

A proposta é rever, problematizar e discutir determinados casos, contando com o aporte e possíveis modificações de abordagem que o apoio matricial pode levar para um melhor entendimento e, assim, rever o planejamento da intervenção, incluindo ou não a participação direta destes profissionais ou de outros serviços de saúde da Rede de acordo com as necessidades (BRASIL, 2016).

A proposta de matriciamento pelo CEO é para que os profissionais possam aumentar a autonomia das equipes da Atenção Primária, adquirindo, ambas as equipes, novas capacidades técnicas e pedagógicas para os projetos terapêuticos, promovendo a cultura da continuidade

do cuidado e da assistência. Para isso, é importante que as equipes da Atenção Primária e do CEO reservem um tempo fixo semanal, quinzenal ou mensal para o matriciamento (BRASIL, 2018a).

A interconsulta realizada pela equipe do CEO se dá na interface dos encontros e das conversas de duas ou mais áreas de atuação, possibilitando discutir o trabalho integrado da clínica básica com a especializada, dentro das possibilidades das equipes e das necessidades dos usuários. Assim, a interconsulta será utilizada como estratégia para conformar a rede de cuidado em Saúde Bucal e sua regulação. Seria um mecanismo para possibilitar encontros e conversas, uma oportunidade para discutir o trabalho integrado da clínica básica com a especializada dentro das possibilidades das equipes e considerando as necessidades dos usuários (BRASIL, 2018a).

No âmbito do mesmo ponto da rede, a interconsulta pode e deve ser encorajada, especialmente nos casos em que a complexidade da atenção englobe as condições sistêmicas do paciente. Da mesma forma, a interconsulta pode acontecer sempre que houver dificuldades em se estabelecer o diagnóstico definitivo de alguma lesão ou condição (BRASIL, 2018a).

Essa prática pode possibilitar uma melhor comunicação entre os diferentes profissionais responsáveis pelo atendimento do paciente, tanto entre os da Rede de Atenção à Saúde quanto entre os de outras áreas que estejam relacionados.

Serão referenciados para a Atenção Especializada em nível hospitalar os pacientes impossibilitados de receber atendimento na Atenção Primária e nos CEOs devido às suas necessidades mais complexas, como necessidade de atendimento sob anestesia geral, preparo prévio com hemoderivados, monitorização cardíaca complexa em cardiopatas graves, hepatopatas graves, pacientes já internados em ambiente hospitalar, imunodeprimidos que necessitem de ambiente biosseguro e asséptico, e outros, de acordo com a evolução e a dificuldade de compensação clínica de cada doença que necessitar

de assistência em ambiente hospitalar (BRASIL, 2018a).

No âmbito da cirurgia bucomaxilofacial, casos que requeiram alta complexidade sob atendimento de uma equipe hospitalar multidisciplinar e sob anestesia geral normalmente estão relacionados aos traumas maxilofaciais mais complexos, distúrbios severos da Articulação Temporomandibular com necessidade cirúrgica, tumores benignos com comportamento agressivos que necessitem de cirurgias ressectivas e/ou reconstrutivas, cirurgias de correções de deformidades dentofaciais funcionais, casos complexos de cirurgias dentoalveolares e/ou em pacientes com necessidades especiais que apresentem riscos elevados de complicações para serem realizados na atenção de média complexidade do CEO (BRASIL, 2018a).

Os pacientes comprovadamente portadores de câncer na região de cabeça e pescoço ou que apresentem grandes tumores e outras lesões que requerem abordagem cirúrgica ou doenças malignas com repercussão bucal necessitam de encaminhamento para a Atenção Especializada em nível hospitalar (BRASIL, 2018a). Em geral, os equipamentos desse ponto de atenção encontram-se sob gestão estadual, requerendo do responsável pela Saúde Bucal do município um esforço no sentido de participar das negociações de pactuação, incluindo as necessidades do município em relação à Saúde Bucal, garantindo, assim, a referência para esse ponto de atenção na rede.

O cuidado em âmbito hospitalar exige equipes multiprofissionais e interdisciplinares observando leis, protocolos, diretrizes, rotinas, em que as condutas e procedimentos são discutidos e planejados em conjunto e as responsabilidades compartilhadas entre toda a equipe assistencial (BRASIL, 2018a).

A equipe de Saúde Bucal precisa conhecer as rotinas, as estruturas e as tecnologias do ambiente hospitalar; estar ciente das normas e dos procedimentos operacionais padrão; 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 em equipe; saber interpretar exames laboratoriais e de imagens; e reconhecer situações de emergência e ações de suporte básico de vida (BRASIL, 2018a).

O cirurgião-dentista deve reconhecer a repercussão dos problemas bucais na saúde geral do indivíduo, atentando também para sua correlação com a doença de base dos pacientes internados; bem como na influência de problemas sistêmicos na Saúde Bucal.

A atuação da equipe de Saúde Bucal 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 Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no leito hospitalar, no domicílio, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no CEO e nos estabelecimentos de Atenção Primária é composta pela integralidade e longitudinalidade do cuidado, garantidas aos usuários dos serviços de saúde (BRASIL, 2018a).

Os serviços odontológicos dentro dos organogramas hospitalares são constituídos por equipes com competência clínica e cirúrgica, capacitadas ao manejo de pacientes sistemicamente comprometidos e complexos. Além disso, podem integrar programas e grupos desenvolvidos nesse ponto da Rede para orientação aos pacientes, familiares, equipes de enfermagem e profissionais a respeito da 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 (BRASIL, 2018a).

Nesse sentido, além do aspecto assistencial, a presença da equipe de Saúde Bucal no hospital tem caráter formativo, uma vez que participa 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 (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O conhecimento profundo acerca da população usuária de um serviço é elemento essencial para a organização da atenção. Isso possibilita romper com a atenção baseada na oferta de consultas e procedimentos desorganizados, característica dos sistemas fragmentados. Cada condição pode ter uma estratificação de risco diferenciada.

3.3 Estratificação do Risco e a identificação das necessidades em Saúde Bucal para a população de Rua

É fundamental construir a Estratificação do risco de acordo com as especificidades da enfermidade, levando-se em conta não só os aspectos orgânicos, mas valorizando a capacidade de autocuidado, vulnerabilidade social, contexto local (gestão, equipe, apoio diagnóstico), entre outros (BRASIL, 2013). É importante também considerar alguns aspectos quanto ao risco dentro da RAS, entre pessoas com vulnerabilidades sociais. Assim, ao reconhecer a especificidade e a demanda da população em situação de rua, a equipe de Saúde Bucal, em conjunto com o técnico em Saúde Bucal, tem a responsabilidade de abordar, além da provisão de cuidado clínico, as necessidades preventivas de seus pacientes (BRASIL, 2018a).

Realizar esse papel de forma eficiente requer a compreensão dos princípios de promoção de saúde e, em especial, o reconhecimento da influência dos determinantes sociais sobre os comportamentos individuais. A equipe precisa adotar uma postura de compreensão e apoio para esse grupo social, de modo a permitir o acesso dessa parcela da população, que historicamente vivencia a negação de seus direitos básicos, a políticas públicas que efetivamente possibilitem a equidade (BRASIL, 2012).

A abordagem de fator comum de risco reconhece que as condições crônicas, tais como doença coronária, câncer, Diabetes, sofrimento mental e doenças bucais, compartilham um conjunto de riscos comuns. Dieta inadequada, fumo, higiene deficiente e estresse são fatores

ligados ao desenvolvimento de diversas condições crônicas, incluindo as doenças bucais. O conceito essencial de abordagem de risco é que, por meio do direcionamento da ação sobre esses riscos comuns e seus determinantes sociais subjacentes, haverá melhora de uma série de condições crônicas, por serem alcançadas mais eficientemente e com maior eficácia. A abordagem de fator de risco comum fornece uma linha de pensamento para o trabalho em conjunto, princípio essencial da prática de promoção da saúde (WATT, 2004).

Hipertensão, Diabetes Mellitus e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, entre outras, são agravos comuns de ocorrerem na população de rua. Em virtude dos hábitos de vida, com elevada prevalência de tabagismo, alimentação inadequada etc., tais doenças podem se apresentar em idade mais precoce que na população em geral. O ótimo controle desses problemas pode ser bem difícil, pela ausência de abrigo estável, impossibilidade de selecionar a própria dieta e pelas dificuldades para armazenar e tomar medicamentos em horários certos. Em geral, a população em situação de rua acumula diversas patologias e condições crônicas, necessitando de projeto terapêutico com participação de vários pontos da rede. A APS deve ser a coordenadora do cuidado desses pacientes, auxiliando-os a circular pela rede de atenção, organizando as ações e auxiliando os usuários para completar as lacunas existentes nas redes (BRASIL, 2012).

Para a qualificação da assistência, recomenda-se: a organização do processo de trabalho, garantindo procedimentos mais complexos e conclusivos, de forma a resolver a necessidade que motivou a procura da assistência, evitando o agravamento do quadro e futuras perdas dentárias e outras sequelas, além da otimização do atendimento ao usuário, aproveitando o máximo de procedimentos clínicos a serem realizados na consulta, estendendo, se for o caso, o tempo de atendimento. Para alcançar resultados significativos, é fundamental o trabalho interdisciplinar da equipe de Saúde Bucal com a equipe do Consultório na Rua. Essa parceria possibilita, além de maior

resolutividade nas demandas de saúde integral do usuário, amenizar a ansiedade e as expectativas no tratamento. (BRASIL, 2012).

Em conformidade com os princípios constitucionais que regem o SUS, a rede de serviços de atenção à Saúde Bucal vem se organizando de forma a possibilitar a atenção integral, que se inicia pela organização do processo de trabalho na rede básica, somando-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o cuidado à saúde (CECÍLIO; MERHY, 2003). Na busca pela atenção integral, o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde (Quadro 2).

Quadro 2. Elementos da Rede de Atenção à Saúde Bucal

Elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde	Elementos para construção da Rede de Atenção à Saúde Bucal	
População	Região de Saúde/ Território	Definição de regiões de saúde/territórios, com estabelecimento de serviços e ações a serem ofertados à população.
	População Adstrita	Promoção da adstrição da população aos estabelecimentos da Atenção Primária para que se possa interagir com a população do território, criar vínculo e conhecer as necessidades dessa população (definição de microáreas de atuação).
	Análise da situação local de saúde	Levantamento das condições de Saúde Bucal da população, determinação de indivíduos expostos a maiores riscos, realização de planejamento das ações e definição de grupos prioritários.
	Identificação de grupos de risco	Planejamento das ações mediante grupos prioritários, promovendo o princípio da equidade.

Estrutura Operacional

Recursos Humanos	<p>Cirurgião-Dentista (CD) em quantidade compatível com as diretrizes ministeriais (1 CD para cada 3 mil habitantes – no máximo, 4 mil habitantes) atuando na Atenção Primária e perfazendo 40h/ semana com contrato de trabalho estável. CD atuando nas especialidades mínimas exigidas para manutenção do Centro de Referência em Atenção Especializada, de acordo com a tipologia de CEO e sua respectiva carga horária. CD atuando em serviços de urgência: atenção às afecções agudas de Saúde Bucal na rede de urgência e emergência. CD em serviços de Atenção Especializada Hospitalar, garantindo a integralidade da atenção.</p>
Atenção Primária	<p>Atenção à Saúde Bucal disponível em todos os estabelecimentos da Atenção Primária, garantindo o acesso da população a este serviço. Ampliação e qualificação da Atenção Primária em Saúde Bucal mediante a oferta de procedimentos considerados mais complexos.</p>
Pontos de Atenção Especializada Ambulatorial	<p>Oferta de serviços odontológicos especializados na Atenção Especializada Ambulatorial nos CEO, de acordo com a necessidade da população, cumprindo os requisitos mínimos para a manutenção do centro. E, conforme o porte populacional e o plano de regionalização, deverá atender às necessidades de suas regiões de saúde.</p>
Pontos de Atenção Especializada Hospitalar	<p>Unidades hospitalares próprias ou de referência que ofereçam serviços de Odontologia em alta complexidade.</p>

Estrutura Operacional	Sistemas de Apoio	Oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico por meio de laboratórios próprios ou conveniados de patologia bucal, radiologia odontológica e prótese dentária, articulados à rede. Existência de apoio farmacêutico que contemple a atenção farmacêutica de acordo com a necessidade em Saúde Bucal.
	Sistemas Logísticos	Integração de todos os níveis de atenção por meio de sistema de regulação que oriente os fluxos determinados por protocolos ou diretrizes de orientação aos serviços e às ações em Saúde Bucal. Formulários de referência e contrarreferência. Utilização de prontuário clínico eletrônico como forma de otimizar a articulação entre os pontos. Disponibilização de transporte aos usuários, possibilitando acesso a todos os pontos de atenção.
	Sistemas de Governança	Construção de consensos para a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Existência de assuntos referentes à organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal em planos municipais de saúde e pautas na Comissão Intergestora Bipartite (CIB).
Modelo de Atenção à Saúde	Redes de Atenção à Saúde baseadas na Atenção Primária à saúde	Ampliação de equipes de Saúde Bucal (eSB) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo cobertura populacional acima de 50% às ações de Saúde Bucal. Equiparação entre o número de equipes de Saúde Bucal e equipes de Saúde da Família. eSB (vinculadas ou não à ESF) fundamentadas no princípio da vigilância e da promoção da saúde. Desenvolvimento de atividade de educação permanente que vise ao aperfeiçoamento e à manutenção dos profissionais.

Fonte: Adaptado de GODOI, Heloisa; MELLO, Ana Lucia Schaefer Ferreira de; CAETANO, Joao Carlos. Rede de Atenção à Saúde Bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, vol.30, n.2, pp.318-332.

Nesta lógica de organização, a produção do cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos, que são direcionados de forma a contemplá-los. Esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. A produção do cuidado parte da rede básica ou de qualquer outro ponto do sistema para os diversos níveis de atenção.

3.4 Sistemas de Informações – informações em saúde / prontuários

Considerando o caso de Raimundo, nota-se que o controle da epidemia das Doenças Crônicas Não Transmissíveis impõe grandes desafios à Saúde Pública no Brasil. Conhecer seu comportamento e a distribuição desses agravos na população e otimizar às RAS das Doenças Crônicas Não Transmissíveis são essenciais para implementar ações efetivas de prevenção e diminuir a morbimortalidade. Semelhante ao caso de Raimundo, o registro do prontuário é fundamental para alcançar esses objetivos e para organizar as demandas programadas e espontâneas no RAS, enquanto o Sistema de Informação em Saúde é bastante importante para o planejamento, para a gestão e avaliação em Saúde Bucal na RAS.

Sistema de Informação em Saúde é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento, com vistas ao controle de doenças. Trata-se, também, do conjunto de componentes (estruturas administrativas, departamento de estatística de saúde e unidades de informação em saúde) que atuam de forma integrada e que têm por finalidade produzir a informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no sistema de serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O sistema de Informação em Saúde é uma ferramenta fundamental para a organização e o planejamento das equipes de Saúde Bucal, pois permite o maior conhecimento da população adscrita.

O prontuário é um documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros de uma equipe multiprofissional (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

É fundamental o uso do prontuário de família em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, em especial nos estabelecimentos da Atenção Primária, pois é um instrumento de trabalho que garante o registro das informações dos profissionais da saúde e permite, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde, incluindo a de Saúde Bucal, além de servir para subsidiar a melhoria da qualidade no cuidado, contribuindo para a realização de diagnóstico precoce, evitando, assim, complicações desnecessárias (BRASIL, 2018).

Com a sistematização da informação pelo e-SUS, os Prontuários Eletrônicos do Cidadão (PEC) são individualizados e neles são inseridas todas as informações técnicas e os procedimentos realizados, independentemente do ponto da rede onde aconteçam as ações de cuidado em Saúde Bucal (GONÇALVES *et al.*, 2013).

O sistema informatizado do prontuário clínico permite que as informações sejam guardadas por muito mais tempo, garantindo maior segurança para o paciente e sua família, e facilitando a utilização dos dados em possíveis estudos epidemiológicos. O processamento desses dados possibilita que sejam verificadas as tendências sanitárias em determinada população, despertando previamente a atenção dos profissionais e gestores da saúde para possíveis epidemias, provocando, assim, medidas imediatas de controle. As Doenças Crônicas são um

desafio para a Atenção Primária à Saúde, e o registro eletrônico do paciente é o elemento essencial para disparar o provimento de diretrizes na gestão desse tipo de condição (GONÇALVES, *et. al.*, 2013).

As informações epidemiológicas e estatísticas sobre o setor saúde correspondem a dados coletados e registrados pelas instituições de saúde e instituições executivas que integram bases de dados locais e governamentais; que são norteadas para uma lógica contábil, quantitativa e/ou administrativa da gestão institucional de práticas e ações, estando voltadas para o processo saúde-doença e para os procedimentos médicos, programas e ações de promoção à saúde para determinados agravos ou grupos de risco (GONÇALVES *et. al.*, 2013).

4. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis foi elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com vários ministérios, instituições de ensino e pesquisa, Organizações Não Governamentais da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de Doenças Crônicas, entre outros. O objetivo do Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle dessas condições e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às Doenças Crônicas (BRASIL, 2011).

O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e Diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável) e define diretrizes e ações em: Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; Promoção da Saúde e Cuidado Integral (BRASIL, 2011).

As ações de vigilância das Doenças Crônicas compreendem o monitoramento dos fatores de risco; o monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças; e as respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais e medicamentos (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde tem implementado um sistema contínuo de vigilância de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas Não

Transmissíveis. Atualmente, esse sistema é composto pelo: Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como o Vigitel, que é um inquérito telefônico realizado anualmente nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, que permite agilidade na obtenção das informações, é de baixo custo e garante a observação continuada e sistemática, permitindo, dessa forma, o monitoramento contínuo; Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), realizada a cada três anos com os escolares do 9º ano do ensino fundamental do Brasil; Pesquisa Nacional de Saúde, que teve sua primeira etapa em 2013 e deverá ocorrer a cada cinco anos; e o Brasil Sorridente, realizado em 2003 e 2010 (BRASIL, 2018b).

De acordo com os resultados dos levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal, a prevalência de cárie dentária entre crianças de 12 anos era de 69%, em 2003, enquanto que, em 2010, essa prevalência diminuiu para 56%. Porém, as diferenças regionais no CPO-D aos 12 anos de idade persistem, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentam prevalências mais altas, e as regiões Sudeste e Sul, mais baixas. De modo geral, portanto, o grande desafio atual no enfrentamento da cárie em dentição permanente no Brasil passa não apenas pela manutenção da tendência atual, mas, fundamentalmente, em focar na redução das desigualdades na distribuição da doença. Atualmente, se observa a “polarização” da doença, com maior carga na população com pior situação socioeconômica, a qual, em geral é dependente das políticas públicas para o acesso a bens e serviços (ANTUNES, PERES, CRIVELLO, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde complementa a série histórica dos suplementos de saúde contidos na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD). Foram realizadas aproximadamente 80 mil entrevistas, além de aferição de pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal e, em uma subamostra, será feita a coleta

de material biológico (sangue e urina) (BRASIL, 2018b). Portanto, é possível coletar informações relevantes sobre os condicionantes da saúde, o acesso a medicamentos e serviços de saúde, a prevalência de doenças, entre outros fatores.

As ações de promoção da saúde incluem a importância das parcerias para superar os fatores determinantes do processo saúde-doença. Para tanto, foram definidas diferentes ações envolvendo diversos ministérios (Educação, Cidades, Esporte, Desenvolvimento Agrário, Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Agricultura/Embrapa, Trabalho e Planejamento), a Secretaria Especial de Direitos Humanos, a Secretaria de Segurança Pública, órgãos de trânsito e outros, além de organizações não governamentais, empresas e sociedade civil, com o objetivo de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco, em especial para as populações em situação de vulnerabilidade* (BRASIL, 2018b). As principais ações de promoção da saúde estão voltadas para a prática de atividade física, alimentação saudável, controle do tabagismo e álcool e busca pelo envelhecimento ativo.

Para saber mais!

Enfrentar as causas das causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade, envolve, portanto, ações não apenas nos sistemas de atenção à saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais, por meio de políticas públicas intersetoriais. E, sobretudo, em políticas de desenvolvimento, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem-estar social. Portanto, leia mais sobre este assunto em BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto.

Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 22, p. 2005-2008, 2006.

O Programa Saúde na Escola foi uma estratégia adotada pelo eixo de promoção da saúde, uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação com os gestores municipais e estaduais, que busca integrar a escola às equipes de Saúde da Família, para a realização de atividades de promoção da saúde. No âmbito da promoção da alimentação saudável, foi firmado um acordo entre o Ministério da Saúde e a Federação Nacional de Escolas Particulares (FeNEP), que tem como objetivo a adoção de medidas e ações para a promoção de práticas alimentares saudáveis nas lanchonetes de escolas da rede privada de ensino. Também foi firmado um acordo voluntário entre o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Indústria de Alimentos (Abia), juntamente com a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (Anvisa) para a redução do teor de sódio dos alimentos industrializados (BRASIL, 2018b).

O Cuidado Integral abarca ações visando ao fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde e à ampliação de um conjunto de intervenções diversificadas capazes de uma abordagem integral da saúde com vistas à prevenção e ao controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. As principais ações se traduzem em Linhas de Cuidado; capacitação e telemedicina; ampliação do acesso aos medicamentos gratuitos; fortalecimento das ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres do colo de útero e de mama, além da implantação do Saúde Toda Hora, incluindo a atenção às Urgências, a Atenção Domiciliar e a Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) na Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2018b).

No que se refere ao cuidado integral, também se destaca a renovação da Atenção Primária por meio da Estratégia Saúde da Família sendo a principal porta de entrada do SUS. Entre as ações desse eixo, pode-se ressaltar: o estabelecimento da Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013, que Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018b).

As metas nacionais propostas pelo Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis foram: reduzir a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento de obesidade em adultos; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; reduzir a prevalência de tabagismo; aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos; e tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2018b).

Entre essas oito metas, cinco estão sendo atingidas: redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis; redução da prevalência de tabagismo; aumento de mamografia em mulheres de 50-69 anos de idade nos últimos dois anos; elevação da prevalência da prática de atividade física no tempo livre e ampliação do consumo recomendado de frutas e hortaliças. Considerando esses resultados, percebe-se que é salutar continuar implementando políticas de combate às doenças e condições crônicas não transmissíveis e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fragmentação do sistema de saúde é ainda um grande desafio a ser superado. A mudança no paradigma do sistema de saúde por meio da construção de redes vem ao encontro deste desafio, visto que o trabalho em rede busca o fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado. A geração de conhecimento sobre essas doenças é de fundamental importância e contribui para a melhor compreensão das causas e prevenção das Doenças Crônicas no Brasil. Fortalecer vínculos entre a população e os pontos de atenção é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica e para a prevenção desse desfecho. Essa construção requer os esforços de todos os atores envolvidos e a articulação das Redes Atenção à Saúde e outras políticas públicas intersetoriais.

Diante do exposto ao longo deste livro, chegou a hora de praticar*

*Agora é com você: reúna a equipe de Saúde Bucal, juntamente com os outros membros da equipe de Estratégia de Saúde da Família, sistematize o processo de matriciamento dos usuários dos serviços de saúde para que se tenha um cuidado pautado na integralidade e utilize os sistemas de informação disponíveis, como o prontuário, para auxiliar no processo de referência e contrarreferência.

Até a próxima!

REFERÊNCIAS

Adaptado: GODOI, Heloisa; MELLO, Ana Lucia Schaefer Ferreira de and CAETANO, Joao Carlos. Rede de Atenção à Saúde Bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2014, vol.30, n.2, pp.318-332.

ALSHIHRI, A. A.; ROGERS, H. J.; ALQAHTANI, M. A.; ALDOSSARY, M. S. Association between Dental Caries and Obesity in Children and Young People: A Narrative Review. **International journal of dentistry**, v. 2019, p. 9105759, 2019.

AMERICAN Diabetes ASSOCIATION. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 37, n. SUPPL.1, 2014.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; PERES, Marco Aurélio; CRIVELLO JUNIOR, Oswaldo. **Epidemiologia da Saúde Bucal**, 2013.

BAJAJ, S.; GUPTA, A.; PRASAD, S.; SINGH, V. **Oral manifestations in type-2 Diabetes and related complications. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, v. 16, n. 5, p. 777, 2012.

BAUMGARTNER, S.; IMFELD, T.; SCHICHT, O.; *et al*. The Impact of the Stone Age Diet on Gingival Conditions in the Absence of Oral Hygiene. **Journal of Periodontology**, v. 80, n. 5, p. 759–768, 2009.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014. **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.** Diário Oficial da União, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com Doenças Crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

BRAY, G. A.; FRÜHBECK, G.; RYAN, D. H.; WILDING, J. P. H. Management of obesity. **The Lancet**, 7. maio 2016.

CARRACHER, A. M.; MARATHE, P. H.; CLOSE, K. L. International Diabetes Federation 2017. **Journal of diabetes**. Anais. v. 10, p.353–356, 2018.

CHÁVARRY, N. G. M.; VETTORE, M. V.; SANSONE, C.; SHEIHAM, A. The relationship between Diabetes Mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis. **Oral health & preventive dentistry**, v. 7, n. 2, p. 107–27, 2009.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas (SP), 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução n.º 1.638 de julho de 2002. **Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde**. Brasília: Diário Oficial União, 9 ago. 2002. p. 184-185.

DI BONITO, P.; MOIO, N.; SCILLA, C. *et al.* Usefulness of the high triglyceride-to-HDL cholesterol ratio to identify cardiometabolic risk factors and preclinical signs of organ damage in outpatient children. **Diabetes Care**, v. 35, n. 1, p. 158–162, 2012.

FERREIRA, R. DE O.; CORRÊA, M. G.; MAGNO, M. B. *et al.* Physical Activity Reduces the Prevalence of Periodontal Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in physiology**, v. 10, n. MAR, p. 234, 2019.

GAIO, E. J.; HAAS, A. N.; RÖSING, C. K. *et al.* **Effect of obesity on periodontal attachment loss progression: a 5-year population-based prospective study.** **Journal of clinical periodontology**, v. 43, n. 7, p. 557–65, 2016.

GONÇALVES, João Paulo Pereira *et al.* Electronic Medical Record: a tool that can contribute to integration of Health Care Networks. **Saúde Em Debate**, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.

HAYDEN, C.; BOWLER, J. O.; CHAMBERS, S. *et al.* Obesity and dental caries in children: A systematic review and meta-analysis. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, ago. 2013.

JOHANSEN, A.; SUSIN, C.; GUSTAFSSON, A. Smoking and inflammation: Evidence for a synergistic role in chronic disease. **Periodontology 2000**, v. 64, n. 1, p. 111–126, 2014.

KHAN, S.; BARRINGTON, G.; BETTIOL, S.; BARNETT, T.; CROCOMBE, L. **Is overweight/obesity a risk factor for periodontitis in young adults and adolescents?: a systematic review.** **Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity**, v. 19, n. 6, p. 852–883, 2018.

KIM, D. Y.; KIM, S. H.; LIM, H. Association between dietary carbohydrate quality and the prevalence of obesity and hypertension. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 31, n. 5, p. 587–596, 2018.

KIM, Y.; JE, Y. Prospective association of sugar-sweetened and artificially sweetened beverage intake with risk of hypertension. **Archives of Cardiovascular Diseases**, v. 109, n. 4, p. 242–253, 2016.

LAGES, E. J. P.; COSTA, F. O.; CORTELLI, S. C. *et al.* Alcohol Consumption and Periodontitis: Quantification of Periodontal Pathogens and Cytokines. **Journal of Periodontology**, v. 86, n. 9, p. 1058–1068, 2015.

LEE, K.-S.; LEE, S. G.; KIM, E.-K. *et al.* Metabolic syndrome parameters in adolescents may be determinants for the future periodontal diseases. **Journal of clinical periodontology**, v. 42, n. 2, p. 105–12, 2015.

LULA, E. C. O.; RIBEIRO, C. C. C.; HUGO, F. N.; ALVES, C. M. C.; SILVA, A. A. M. Added sugars and periodontal disease in young adults: an analysis of NHANES III data. **The American journal of clinical nutrition**, v. 100, n. 4, p. 1182–7, 2014.

MARTIN-CABEZAS, R.; SEELAM, N.; PETIT, C. *et al.* Association between periodontitis and arterial hypertension: A systematic review and meta-analysis. **American Heart Journal**, v. 180, p. 98–112, 2016.

MARTINEZ-HERRERA, M.; SILVESTRE-RANGIL, J.; SILVESTRE, F. J. Association between obesity and periodontal disease. A systematic review of epidemiological studies and controlled clinical trials. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, 1. nov. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014. **Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado**. Diário Oficial da União, 2014.

MOHAMED, H. G.; IDRIS, S. B.; AHMED, M. F. *et al.* Association between oral health status and type 2 Diabetes Mellitus among Sudanese adults: a matched case-control study. **PloS one**, v. 8, n. 12, p. e82158, 2013.

MOYSÉS, S. J. **Saúde Coletiva: Políticas, Epidemiologia da Saúde Bucal e Redes de Atenção Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.

NASCIMENTO, G. G.; LEITE, F. R. M.; VESTERGAARD, P.; SCHEUTZ, F.; LÓPEZ, R. Does Diabetes increase the risk of periodontitis? A systematic review and meta-regression analysis of longitudinal prospective studies. **Acta diabetologica**, v. 55, n. 7, p. 653–667, 2018.

NEPOMUCENO, R.; PIGOSSI, S. C.; FINOTI, L. S. *et al.* Serum lipid levels in patients with periodontal disease: A meta-analysis and meta-regression. **Journal of clinical periodontology**, v. 44, n. 12, p. 1192–1207, 2017.

OLIVEIRA, A. E. F., ARAÚJO, F. L. S. M., PINHO, J. R. O., PACHECO, M. A. B. **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde**. EDUFMA, v. 1, n. 1, p. 1-89, 2017.

PINK, C.; KOCHER, T.; MEISEL, P. *et al.* Longitudinal effects of systemic inflammation markers on periodontitis. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 42, n. 11, p. 988–997, 2015.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

STARFIELD, Barbara *et al.* **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.

TOUGER-DECKER, R.; MOBLEY, C. C. Position of the American Dietetic Association: oral health and nutrition. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, n. 8, p. 1418–1428, 2007.

VOS, M. B.; KAAR, J. L.; WELSH, J. A. *et al.* Added sugars and cardiovascular disease risk in children: A scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 135, n. 19, p. e1017–e1034, 2017.

WANG, J.; LV, J.; WANG, W.; JIANG, X. Alcohol consumption and risk of periodontitis: A meta-analysis. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 43, n. 7, p. 572–583, 2016.

WATT, Richard G. Introdução. In: WATT, Richard G. *et al.* **Promovendo Saúde Bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas**. São Paulo: Santos, p.1-12, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011. 176 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. Geneva: World Health Organization; 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: **Sugars intake for adults and children**. Geneva: World Health Organization; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the Global Tobacco Epidemic**, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the Global Tobacco Epidemic**, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.

