

**PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE
TRANSTORNOS PSÍQUICOS.**

MARTA HELENA PENA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE
TRANSTORNOS PSÍQUICOS**

VÁRZEA DA PALMA/MINAS GERAIS

2010

MARTA HELENA PENA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE
TRANSTORNOS PSÍQUICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador- Andréia Maria Duarte Vargas

VÁRZEA DA PALMA/MINAS GERAIS

2010

MARTA HELENA PENA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE
TRANSTORNOS PSÍQUICOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Andréia Maria Duarte Vargas

Banca Examinadora

Prof UFMG

Prof..... UFMG

Prof..... UFMG

Aprovada em...../...../.....

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão de literatura sobre a atenção à saúde bucal na atenção básica, visando a proposta de um protocolo de atendimento para o CAPS, no sentido de estimular ações de prevenção à saúde bucal dentro da saúde básica oferecida pelo município. Uma vez que estas estratégias vêm mostrando resultados promissores, uma forma de contribuir ainda mais para seu sucesso é por meio da construção e implantação de protocolos que orientem o desenvolvimento das ações tendo como base as linhas guias, diretrizes e princípios do SUS. Traz a revisão bibliográfica do tema trabalhado, além da explicitação do protocolo a ser implantado na saúde bucal. Apresenta também sugestões para a melhoria da prevenção em saúde bucal.

Descritores: prevenção, saúde, bucal, protocolo

Abstract

This paper aims to review the literature on oral health in primary care, aiming to draft a protocol of care for the CAPS in order to stimulate actions to prevent oral health within primary health care offered by the municipality. Once they see these strategies showing promising results, a way to further contribute to their success is through the construction and implementation of protocols to guide the development of actions based on the guidelines, policies and principles of the NHS. Brings to review the issue worked beyond the explanation of the protocol to be deployed in oral health. It also presents suggestions for improvement in oral health prevention.

Descriptors: prevention, health oral protocol

Sumário

Introdução	6
Objetivo.....	9
Metodologia	9
Revisão da Literatura	9
Cárie Dentária	11
Doença Periodontal.....	14
Gengivite	16
Periodontite.....	16
Câncer de boca	18
Edentulismo	20
Proposta de organização da atenção em saúde bucal aos usuários do CAPS – adultos.....	26
Considerações finais.....	28
Referências	28

PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL EM PORTADORES DE TRANSTORNOS PSÍQUICOS.

INTRODUÇÃO

Nos anos 2000, a “Conferência Estadual de Saúde Mental” elaborou diretrizes coerentes e claras para políticas de Saúde Mental. A realização de Serviços Substitutivos de Saúde Mental, promovidos pelos movimentos sociais com apoio de órgãos públicos e de Conselhos de Classe, vem permitindo a discussão e o aprimoramento da reforma psiquiátrica.

Chamamos de rede de serviços substitutivos em Saúde Mental ao conjunto de ações necessárias para que cada município possa atender aos portadores de transtornos psíquicos que são: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os Centros de Convivência, Moradias (protegidas ou não), os Núcleos de Produção Solidária, as Unidades Básicas de Saúde, e outras, priorizando o atendimento aos casos mais graves.

Esta rede de serviços articulados entre si segue uma lógica inteiramente diversa daquela do hospital psiquiátrico, buscando a liberdade, a participação social e a cidadania de seus usuários.

Os portadores de sofrimento mental têm, como todas as pessoas, uma trajetória de vida no espaço social. Esta presença não é valiosa apenas para eles, mas também para a própria cultura: convivendo com as diferenças e a prática da solidariedade.

As políticas de saúde são criadas para minorar as desigualdades sociais, econômicas e de acesso aos serviços que existem em nosso país. Nos últimos 30 anos as políticas de saúde mental têm sido norteadas pela busca de cidadania, pelo resgate da autonomia e pela igualdade social do portador de sofrimento mental. Na perspectiva do cuidado e reafirmando a importância da atenção ao usuário em habitat, faz parte da política nacional de atenção à Saúde Mental a criação de equipes de apoio matricial. Em saúde mental, o apoio matricial é geralmente realizado por profissionais da saúde mental (CAPS). Para suprir demandas específicas da alta prevalência de usuários com transtornos psíquicos foram criados

os Centros de Atenção Psíquico Sociais (CAPS 1 e CAPS ad, álcool e droga) instalados no bairro Pinlar em Várzea da Palma. Os usuários são referenciados nas unidades básicas de saúde (ESF) e são recebidos nos CAPS em crise onde são preparados para reabilitação psicossocial.

O CAPS deve ser um local de passagem, ou seja, a permanência dia e noite no serviço é uma etapa na vida do paciente e não um meio de viver. Outros serviços e atividades podem atendê-lo melhor numa outra etapa, a Unidade básica, o Centro de Convivência, um grupo de produção, uma Associação de usuários. A idéia é a composição de um leque amplo de ações capazes de atuar desde o nível da promoção e da proteção a saúde até o das urgências e outras situações de maior complexidade. Contudo cabe a equipe despertar os usuários para o desejo de partir – não porque queremos livrar-nos deles, mas porque existem no mundo horizontes mais amplos. Assim, apenas quando a saúde do usuário respeita o seu ritmo e a sua decisão, o CAPS opera realmente como lugar de passagem (MINAS GERAIS, 2006).

Neste processo histórico e com a edição da norma operacional básica do SUS Nº 01 de 1996 (NOB 96), a Atenção Básica foi, gradualmente, fortalecendo e constituindo-se como porta de entrada do SUS. A estratégia de Saúde da Família surge como uma proposta de reorganização efetiva deste modelo assistencial, uma responsabilidade entre profissionais e população.

O trabalho é desenvolvido de forma inter e multidisciplinar, sendo que cada equipe de Saúde da Família (ESF), assume responsabilidade sobre sua população adscrita. A família passa a ser objeto precípua de atenção entendida a partir do seu ambiente de vivência (BRASIL, 1997). Assim, pode-se realizar atividades mais direcionadas às diferentes realidades, a partir do diagnóstico situacional (FARIAHD et al, 2008).

No Brasil, o modelo teve início em 1994, assim como em Minas Gerais, que apresenta hoje grande vantagem em relação aos outros estados. Tem o maior número de ESF, com 3862 equipes, o que garante cobertura de 67% à população mineira (BRASIL, 2009).

Em Várzea da Palma, município situado no norte mineiro a 300 km de Belo Horizonte, no encontro do rio das velhas com o rio São Francisco, a cobertura é de 100% de sua população de 33.252 habitantes. São 13 equipes ESF (Estratégia Saúde da Família) com 11 equipes de saúde bucal ESB (equipe de saúde bucal).

Todas as ações são realizadas de forma interdisciplinar, incluindo aí a atenção a Saúde Bucal. Uma vez que estas estratégias vêm mostrando resultados promissores, uma forma de contribuir ainda mais para seu sucesso é por meio da construção e implantação de protocolos que orientem o desenvolvimento das ações tendo como base as linhas guias, diretrizes e princípios do SUS.

O planejamento em Saúde cria a possibilidade de se compreender melhor a realidade, os principais problemas e necessidades de usuários que estão de passagem pelo CAPS.

A equipe de Saúde Bucal tem como competência atuar nas ações de promoção e proteção a saúde na prevenção e preparação do usuário para ser acolhido pela ESB na equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da sua comunidade. O objetivo deste estudo é fazer uma revisão de literatura sobre atenção à saúde bucal na atenção básica visando uma proposta de um protocolo para atendimento no CAPS.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão de literatura sobre a atenção à saúde bucal na atenção básica, visando a proposta de um protocolo de atendimento para o CAPS, no sentido de estimular ações de prevenção à saúde bucal dentro da saúde básica oferecida pelo município. Uma vez que estas estratégias vêm mostrando resultados promissores, uma forma de contribuir ainda mais para seu sucesso é por meio da construção e implantação de protocolos que orientem o desenvolvimento das ações tendo como base as linhas guias, diretrizes e princípios do SUS. Traz a revisão bibliográfica do tema trabalhado, além da explicitação do protocolo a ser implantado na saúde bucal. Apresenta também sugestões para a melhoria da prevenção em saúde bucal.

2- METODOLOGIA

Para a elaboração do TCC, a revisão da literatura foi realizada com o material disponível armazenado durante o curso, incluídos livros texto, cadernos do curso de especialização, textos disponibilizados pelo Governo do Estado de Minas Gerais e pelo Ministério da Saúde.

A elaboração do protocolo foi baseada nos textos e nos resultados das ações desenvolvidas no CAPs de Várzea da Palma pela Saúde Bucal.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1- SAÚDE MENTAL

A reabilitação psicossocial deve ser entendida como uma exigência ética, um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania também de plena contratualidade nos três grandes cenários, habitat, rede social e trabalho com valor social. Nesse processo estão incluídas a valorização das habilidades de cada indivíduo, as práticas terapêuticas que visam ao exercício de cidadania, a postura dos profissionais usuários, familiares e sociedade frente à doença mental, as políticas de saúde mental transformadoras do modelo hegemônico de assistência, a indignação frente às diretrizes sociais e técnicas que norteiam a exclusão das minorias, dos diferentes. É, portanto, uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidades habituais.

A abordagem psicossocial aponta para o reconhecimento do papel dos usuários da família, da comunidade e de outros profissionais da saúde como fontes geradoras de recursos para tratamento da doença mental e promoção da saúde mental.

É importante frisar que a reforma psiquiátrica surgiu no bojo da reforma sanitária a qual lhe deu sustentação política. Com o passar do tempo, a reforma psiquiátrica organizou-se como um movimento social independente que inclui em seus princípios “o desenho de um novo modelo que tem como premissa fundamental a cidadania do usuário do serviço”

Percebemos hoje no país um desenvolvimento desigual das ações propostas pela reforma psiquiátrica nas diferentes regiões brasileiras, mas já fica evidente um modelo de atenção centrado cada vez menos no hospital psiquiátrico. Os serviços substitutivos cresceram sobremaneira na última década, apesar de ainda serem insuficientes para atender a demanda existente. A atual política do Ministério da Saúde para a área da saúde mental tem como diretrizes a “implantação de uma rede

integrada de base integrada com ofertas completas de atenção médico-social sob a diretriz da reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2002)

3.2 SAÚDE BUCAL

Em 2003 surge o programa Brasil Sorridente: “a saúde bucal levada a sério “. Este programa teve como meta aumentar o incentivo financeiro para os municípios para implantação das equipes de saúde bucal nas modalidades I e II, dos laboratórios de prótese em todo o país e criar condições para que 100% dos municípios com água tratada realizem a fluoretação. A implantação dos Centros de Referência em Especialidades Odontológicas (CEO) nas áreas a serem definidas por cada região e atenção a população penitenciária também estavam previstas. Nesse sentido, incentiva-se uma política de rede com a implantação e expansão dos serviços odontológicos de referência secundária e terciária ao estabelecer com o suporte da atenção básica uma rede especializada.

Os principais agravos que acometem a saúde bucal são: cárie dentária, doença periodontal, câncer de boca, traumatismos dentários, fluorose dentária, edentulismo e má oclusão.

3.2.1 Cárie dentária

A lesão cariosa é considerada como manifestação clínica de uma infecção bacteriana. A atividade metabólica das bactérias resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário, e o desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente com consequente formação da lesão de cárie. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes. Considera-se, hoje, que os estágios anteriores da doença antes da cavidade podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações.

Os principais fatores de risco são: fatores culturais e sócio-econômicos, falta de acesso ao flúor, deficiente controle mecânico do biofilme (placa

bacteriana), consumo excessivo e frequente de açúcar, xerostomia (MALTZ E CARVALHO, 1997).

Segundo a Linha Guia de Saúde Bucal do Estado de Minas Gerais, duas abordagens devem ser realizadas: a abordagem coletiva e a individual para a promoção de saúde bucal com relação à doença cárie dentária. A abordagem coletiva deverá incluir:

- **Ações de Vigilância sobre Risco e de Necessidades em Saúde Bucal** - a cárie, por ser uma doença multifatorial, é afetada pelas condições sócio-econômicas. Assim, as ações de saúde para controle da cárie devem ser direcionadas à população sob risco social, oportunizando acesso aos tratamentos e ao uso do flúor (água fluoretada, dentifício fluoretado). Deve ser incentivado o monitoramento de indicadores como a média ceo/CPOD e percentual dos grupos livres de cárie nas idades de 5 e 12 anos como vigilância mínima para cárie dentária, devendo avançar nesse monitoramento para a faixa etária de 18 anos e acompanhamento das perdas dentárias de acordo com as possibilidades, com período mínimo de quatro anos, para acompanhamento da série histórica. Para as populações, adscritas, a vigilância sobre os sinais de atividade da doença (manchas brancas e cavidades) em ambientes coletivos (escolas, espaços de trabalho, creches) permite otimizar o planejamento da intervenção para cada realidade encontrada.
- **Ações de Promoção à Saúde:** para controle e prevenção da cárie na população destacam-se medidas de saúde pública intersetoriais e educativas, que possibilitem acesso à alguma forma de flúor, redução do consumo do açúcar e disponibilidade de informação sistemática sobre os fatores de risco e autocuidado. São também determinantes as políticas relacionadas à melhoria das condições sócio-econômicas, da qualidade de vida, do acesso à posse e uso dos instrumentos de higiene e estímulo à manutenção da saúde. Neste sentido, cabe à equipe de saúde comprometer-se no planejamento, organização e suporte técnico à gestão municipal para efetiva prioridade das ações de promoção da saúde.
- Garantir monitoramento dos teores de flúor agregados à água.
- **Ações Educativas e Preventivas:** são realizadas com grupos de pessoas e, por isso, usam os espaços sociais (creches, escolas, locais de trabalho,

comunidade) e espaços da unidade de saúde, os usuários do CAPS podem ser alvo dessas ações pelo impacto de medidas educativas preventivas no processo de estímulo para melhoria de hábitos de acordo com riscos o, dados epidemiológicos ou critérios locais. Recomenda-se a ampliação do acesso a essas ações envolvendo as famílias. As ações coletivas devem ser executadas, preferencialmente, pelo pessoal auxiliar, de forma a potencializar o trabalho da equipe de saúde bucal em relação às atividades clínicas.

Portanto, a abordagem coletiva deve incluir os seguintes procedimentos: exame epidemiológico, educação em saúde bucal, incluindo a integração da família dos usuários ao organizar as ações educativas, escovação dental supervisionada pelo menos duas vezes por semana, entrega de escova e dentífrico fluoretado e de fio dental para uso na unidade de saúde e fornecer também para uso na residência, aplicação tópica de flúor (ATF):

A abordagem individual deverá incluir o diagnóstico para a identificação da lesão de cárie que é visual, feito por meio de exame clínico, podendo ser complementado com radiografias. No exame é importante avaliar os sinais da atividade da doença: lesões ativas (manchas brancas rugosas e opacas no esmalte ou cavidades com tecido dentinário amolecido e de cor marrom clara) ou inativas (manchas brancas brilhantes ou cavidades com tecido dentinário escurecido, liso, brilhante e duro).

O tratamento da doença cárie ativa tem como objetivo restabelecer o equilíbrio entre os processos de desmineralização e remineralização das estruturas dentárias, paralisar ou reduzir a progressão das lesões, e promover a restauração/reabilitação quando necessário. O tratamento deve ser individualizado e compreende:

- Instrução de higiene bucal, incluindo: orientações sobre a escovação dental, uso do fio dental, limpeza da língua e frequência de higienização.
- Remoção profissional de placa, por meio de raspagem e/ou utilização de instrumentos rotatórios ou vibratórios apropriados.
- Adequação do Meio Bucal: compreendendo: remoção de placa, remoção da dentina cariada e selamento das cavidades com material provisório

(ionômero de vidro ou cimento modificado) e remoção de outros fatores retentivos de placa como restos radiculares e cálculos.

- Controle da atividade de doença: envolve a avaliação das causas do desequilíbrio identificado e intervenção sobre os fatores determinantes e inclui:
 - Ações educativas para controle de placa, instruir os cuidadores para auxiliar e monitoramento da escovação após as principais refeições.
 - Uso tópico de flúor de acordo com a indicação e risco até o controle da doença.
 - Aconselhamento dietético, campanhas junto com nutricionista para equilibrar a dieta, estimulando consumo de frutas, verduras, hortaliças, diminuindo o uso de carboidratos,
 - Estímulo ao fluxo salivar.
- Restauração/Reabilitação: preparar o usuário para atendimento pela equipe de saúde bucal da sua área de abrangência (PSF). A decisão sobre a restauração do dente deve ser conservadora. As lesões restritas ao esmalte dentário devem ser monitoradas, não sendo indicada também a abertura de sulcos escurecidos, pois, são característicos de lesões de cárie crônica. As lesões não cavitadas e com alteração de cor que indicam a possibilidade de cárie na dentina devem ter seu diagnóstico complementado com radiografia. No tratamento das lesões cavitadas em dentina, procurar conservar a maior quantidade de tecidos dentários, evitando assim, a exposição pulpar, principalmente por meio da manutenção da dentina desorganizada em cavidades profundas. Nos casos de exposição pulpar, os tratamentos conservadores quando indicados (pulpotomias e capeamentos) devem sempre ser incentivados em relação às extrações dentárias.
- Estes procedimentos ficarão a cargo da equipe de saúde bucal da área de abrangência do usuário.

O retorno para manutenção deve ser instituído como rotina, ter frequência definida pela avaliação da atividade de doença e fatores de risco individuais e ser agendado de acordo com cada situação. Nas consultas de manutenção, as ações educativo-preventivas devem estimular a autonomia no cuidado à saúde.

Serão inspecionadas pela ESB (equipe de saúde bucal) que monitora o controle da carie e agenda o retorno para atendimento dos procedimentos realizados no consultório da unidade ESF de sua área de abrangência.

3.2.2- Doença periodontal

A doença periodontal deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, que tem como principal determinante a placa bacteriana, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro. Pode ter padrões variáveis de progressão. É entendida como uma doença infecciosa, onde as alterações de forma e função são consideradas sinais.

A doença periodontal se constitui, atualmente, em um importante fator de risco para parto prematuro de baixo peso, diabetes e doenças vasculares e cardíacas (OPPERMANN e ROSING, 1994)

Duas formas clássicas são descritas como manifestações do processo saúde/doença periodontal: gengivite, periodontite

Os Principais Fatores de Risco são: fatores culturais e sócio-econômicos, diabetes, fumo, álcool e drogas, ausência de controle de placa, imunodepressão e stress. (OPPERMANN e ROSING, 1994)

No tratamento da doença periodontal é importante uma abordagem integral, envolvendo as ações de promoção à saúde e prevenção da doença e os seus fatores de risco (causa) e de tratamento cirúrgico-reabilitador.

Segundo a Linha Guia de Saúde Bucal do Estado de Minas Gerais, a abordagem coletiva no tratamento e prevenção da doença periodontal deverá incluir:

- Organização das ações de vigilância sobre os sinais de risco em saúde bucal: risco social, falta de acesso à escovação, sangramento/secreção gengival, diabetes mellitus, imunodepressão e fumo.

- Ações de promoção à saúde (ações intersetoriais e ações educativas) principalmente associada a esses grupos. Promover ações educativas junto aos familiares e cuidadores. A abordagem coletiva de controle a doença periodontal deve incluir:

- a) Exame epidemiológico – exame do periodonto IPC, avaliação das atividades diárias (AVD, índice de KATZ Modificado), avaliação das

atividades diárias de higiene bucal. ADHB (capacidade para autocuidado) IADHB e índice de determinação de saúde bucal geral (GOHAI).

- b) Ações educativas para o controle da placa estendido aos familiares e cuidados para ajudarem no monitoramento das ações.
- c) Desenvolvimento de técnicas de escovação e uso de fio dental em modelo.
- d) Participação em todos os eventos específicos deste grupo sempre acentuando a importância de manter a saúde bucal na conquista da reabilitação psicossocial.
- e) Entrega de escova, fio dental e creme dental.
- f) Escovação supervisionada (duas vezes por semana usando fio dental) técnica complementar.

3.2.2.1 Gengivite

A gengivite é uma manifestação inflamatória da gengiva marginal desencadeada pelo acúmulo de placa bacteriana supragengival e rompimento do equilíbrio agressão/defesa. Constitui-se em um processo inflamatório que deve ser prevenido e tratado. Para o diagnóstico da gengivite é importante a realização de: avaliação do controle de placa, avaliação da presença de sangramento, avaliação de alterações sistêmicas ou presença de tabagismo, etilismo e usuários de drogas, ações educativas para controle de placa, utilização de controle químico da placa (apenas quando necessário e por um tempo limitado), monitoramento e controle dos fatores de risco como diabetes, gravidez, alterações hormonais, entre outros. Em caso da gengivite estar relacionada com fatores sistêmicos ou medicamentosos, deve ser avaliado a possibilidade de intervenção sobre esses fatores (OPPERMANN E ROSING, 1997).

3.2.2.2 Periodontite

As condições inflamatórias presentes na gengivite favorecem o surgimento da placa bacteriana subgengival, mais virulenta, que causa a inflamação dos tecidos de suporte.

A periodontite é um grupo de doenças que se caracteriza pela inflamação dos tecidos de sustentação e proteção dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo, consequência da agressão promovida pela placa bacteriana

subgingival. A periodontite crônica é de evolução lenta, onde a perda de inserção está associada aos padrões de higiene bucal e fatores de risco, sendo o tipo mais prevalente. A periodontite agressiva é rara, mas face à sua rápida progressão tem alta morbidade e mortalidade dental. Essas periodontites têm uma forte agregação familiar, fator importante para a prevenção da mesma.

O diagnóstico está ligado à avaliação da presença da doença ativa, do tipo de progressão e dos fatores causais e modificadores: determinação da atividade da doença: definida pela perda de inserção aliada a sinais inflamatórios (sangramento, secreção), avaliação do controle de placa, avaliação das condições sistêmicas, tabagismo e consideração do risco sócio-econômico e uso de medicamentos.

A manutenção da saúde periodontal e o sucesso do tratamento dependem fundamentalmente da capacidade de controle de placa pelo binômio usuário/profissional e controle dos fatores de risco, principalmente o fumo e o diabetes (OPPERMANN e ROSING, 1997)

Segundo os mesmos autores, o tratamento irá consistir basicamente de ações ligadas a uma fase de controle da doença, e de uma fase de tratamento das manifestações clínicas:

O tratamento da gengivite, como descrito anteriormente, deve incluir as ações educativas. Muitas vezes a falta de controle de placa pelo paciente é o principal motivo do insucesso e, portanto, deverá ser o foco principal da atenção profissional. Com relação ao monitoramento da Terapia Periodontal, deve-se levar em conta que o tratamento pode se estender por várias sessões. Em curto prazo o monitoramento se dá pelos sinais inflamatórios e em longo prazo pela ausência na progressão da perda de inserção.

A alta clínica deve ser dada ao usuário com ausência de sinais de atividade de doença e com controle de placa adequado. É muito importante a manutenção preventiva dos usuários com periodontite. A frequência da consulta de manutenção deve ser determinada individualmente, de acordo com as diferentes variáveis relacionadas ao processo saúde/doença.

Segundo a Linha Guia de Saúde Bucal do Estado de Minas Gerais, a abordagem individual deverá incluir: diagnóstico para identificação da doença; exame clínico para avaliar a presença de placa bacteriana, o principal fator etiológico da doença periodontal; verificação de inflamação dos tecidos de suporte, detectada

pela presença de sangramento à sondagem, perda de inserção óssea e ligamento periodontal, resultando disso a formação de bolsa periodontal; avaliação da profundidade da bolsa periodontal registrando somente a bolsa de maior profundidade para cada superfície dentária e através de utilização de uma sonda graduada avaliar o nível de inserção; avaliação do grau de mobilidade dentária e análise radiográfica para identificar altura do osso alveolar. Ainda há necessidade da remoção ou tratamento de fatores retentivos da placa, raspagem e polimento supragengival profissional.

A frequência de retorno varia de acordo com o risco e destaca-se a avaliação do sangramento gengival e o controle da placa para manutenção da saúde periodontal. Após preparação, para progressão do tratamento o usuário será acolhido pela equipe de saúde bucal na unidade PSF de sua área de abrangência. O progresso do tratamento deve ser avaliado por meio da avaliação de controle de placa e da atividade da doença e poderá ter alta o usuário com ausência de sangramento gengival, aliada com uma quantidade mínima de placa, compatível com o seu estado de saúde periodontal.

No tratamento da periodontite o controle da placa subgengival é feito através da raspagem e alisamento (RASUBS), funcionando independente da profundidade e devem ser realizados sempre como primeira opção. A realização de procedimentos cirúrgicos restauradores ou reabilitadores necessários para restabelecer a estética, a forma e a função prejudicada pela doença de média complexidade, realizadas no CEO (centro de especialidades odontológicas)

3.2.3 Câncer de boca

O câncer de boca é uma denominação que inclui os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho da boca) e está entre as principais causas de óbito por neoplasias. Representa uma causa importante de morbimortalidade uma vez que mais de 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados da doença.

Tende a acometer o sexo masculino de forma mais intensa e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se, preferencialmente, no assoalho da boca e na língua e o tipo histológico mais frequente (90 a 95%) é o carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermóide). O câncer de boca é uma doença que pode ser prevenida de forma simples, desde

que seja dada ênfase à promoção à saúde, ao aumento do acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico precoce.

Os principais fatores de risco são: fatores culturais e socioeconômicos, tabagismo (uso de cachimbos, hábitos de mascar fumo, dentre outros), etilismo. O uso crônico de álcool e tabaco associados potencializa drasticamente o risco de aparecimento do câncer de boca. São também fatores de risco a exposição à radiação solar, má higiene bucal, uso de próteses dentárias mal-ajustadas, deficiência imunológica (adquiridas ou congênitas) (ALMEIDA e LOPES, 1997).

Segunda a Linha Guia do Estado de Minas Gerais, a abordagem Coletiva deve incluir:

- Promoção da saúde, incluindo ações individuais e coletivas educativas, de prevenção e detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca, para todas as faixas etárias, direcionadas ao controle dos fatores e condições de risco, estimulando o exame sistemático da cavidade bucal para análise da lesão de mucosas pelos profissionais de saúde para detecção precoce.
- Integrar a Equipe Saúde Bucal aos programas de controle do tabagismo, etilismo e outras ações de proteção e prevenção do câncer.

A abordagem individual deverá incluir:

- Realizar exames periódicos em usuários com maior vulnerabilidade para o desenvolvimento do câncer de boca, possuindo mais de um dos seguintes fatores de risco: ser do sexo masculino, ter mais de 40 anos, ser tabagista e etilista, sofrer exposição ocupacional a radiação solar sem proteção, ser portador de deficiência imunológica (congênitas e/ou adquiridas).
- Necessitando de exames mais detalhados para diagnóstico precoce do câncer de boca, providenciar acolhimento do usuário na unidade ESF de sua comunidade. (estratégia de saúde da família)

Na abordagem individual será necessário fazer um diagnóstico precoce. Deve ser uma ação desenvolvida sistematicamente pelas equipes de saúde bucal na unidade básica de saúde da sua comunidade. O estabelecimento do diagnóstico precoce é fundamental para que se assegurem medidas preventivas e um prognóstico favorável na abordagem da doença. Um dos passos mais importantes

para o diagnóstico do câncer de boca é uma boa anamnese seguida de um correio e completo exame da cavidade bucal na primeira consulta e nas consultas de urgência.

O cirurgião-dentista deve realizar o exame clínico extra-bucal (exame da face, regiões submandibular e submentoniana e articulação têmporomandibular) e intra-bucal (exame de lábios, bochecha, língua e palato), incluindo visualização e palpação, de forma a detectar anormalidades. No exame devem ser considerados alguns tipos de lesões que podem ser câncer bucal ou lesões com potencial de malignização: leucoplasias, queilose actínica, líquen plano, na sua forma erosiva ou ulcerada.

Qualquer lesão dos tecidos moles da boca que não apresente regressão espontânea ou com remoção de possíveis fatores causais (como dentes fraturados, bordas cortantes em próteses, etc) em no máximo 03 semanas, deve ser referenciada para diagnóstico. O impacto do câncer bucal para o indivíduo, sua família, seu trabalho e sua comunidade em geral é muito grande. O tratamento não se reduz à cirurgia ou radioterapia, mas depende de um complexo trabalho inter e multidisciplinar. O tratamento cirúrgico e radioterápico deverá ser feito em nível de média e alta complexidade, sempre com acompanhamento da equipe de saúde Bucal da atenção primária na unidade de Estratégia de Saúde da Família de sua comunidade. O controle de recidivas, bem como o controle dos fatores de risco para o câncer e outras doenças fazem parte da gama de cuidados a serem oferecidos pelo serviço de saúde bucal na fase de acompanhamento.

3.2.4 Edentulismo

O edentulismo é resultante de diversos e complexos determinantes, tais como: as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliadas às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada.

O índice mais utilizado para estimar o edentulismo é a avaliação do uso e necessidade de próteses. As informações sobre a necessidade de prótese total são as mais relevantes para a organização de serviços odontológicos, visto que expressa a demanda para este tipo de procedimento.

Os principais fatores de risco são a falta de acesso e desigualdade social. A principal causa da extração entre os indivíduos até 40-45 anos é a cárie dentária. No entanto, em grupos com idade avançada a doença periodontal passa a ser igualmente responsável pela perda de elementos dentários (PINTO, 2000)

A Linha Guia do Estado de Minas Gerais recomenda que a abordagem coletiva deve trabalhar para a prevenção desse agravo em saúde bucal através da mudança do modelo de oferta dos serviços odontológicos, buscando a incorporação e a universalização das tecnologias preventivas das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal) que causam o edentulismo e de procedimentos reabilitadores que preservem os elementos dentais, por meio da organização de uma rede de cuidados progressivos em saúde bucal, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

A Organização das Ações de Vigilância à Saúde prevê:

- Estudos epidemiológicos sobre o uso e necessidades de próteses dentais (dimensionar a demanda e organizar a oferta do CEO)
- Investigação de casos diagnosticados de perda precoce de elementos dentais na área de abrangência com o objetivo de identificar fatores epidemiológicos, organizacionais e sócio-culturais que possam estar contribuindo para a ocorrência deste evento e para estabelecer medidas com o objetivo de evitar novos casos.

A abordagem Individual deve incluir:

- A incorporação e a universalização de tecnologias preventivas individuais e coletivas para as doenças bucais mais comuns.
- A universalização e o acesso da população aos procedimentos de controle coletivo da cárie e doença periodontal, como por exemplo, preparar o usuário para ser acolhido pela equipe de saúde bucal na unidade ESF da sua comunidade, Tratamento Restaurador Atraumático, tratamento clínico-restaurador básico e controle da doença periodontal.
- Realizar oferta de procedimentos reabilitadores de baixa complexidade e referenciar procedimentos de média complexidade como os tratamento endodônticos.

- Oferta de próteses dentarias com o objetivo de construir uma política de inclusão social de adultos e idosos edêntulos, minimizando as seqüelas da prática odontológica mutiladora.
- Estabelecimento dos fluxos de referência e contra referência para as diversas especialidades dos CEOS e do Laboratório Regional de Próteses com o objetivo da integralidade da atenção à saúde bucal.

3.4- CUIDADOS COM PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS.

Pacientes com necessidades especiais é todo aquele que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.

É importante destacar que esse conceito é amplo e abrange diversos casos que requerem atenção odontológica diferenciada, ou seja, não diz respeito apenas as pessoas com deficiência visual, auditiva, física ou múltipla (conforme definidos no Decreto 3296/99 e 5296/04), que, por sua vez, não necessariamente precisam ser submetidas a atenção odontológica especial.

A abordagem individual consiste em:

- Cadastrar o usuário no grupo de portadores de necessidades especiais.
- Fazer o controle de placa.
- Realizar polimento da coroa dos dentes eliminando a retenção de placas bacterianas.

Observações – deve-se priorizar ações no cuidado preventivo com cárie, periodontite, edentulismo e promover a reintegração psicossocial do paciente.

Os portadores de **sofrimento mental** também são considerados portadores de necessidades especiais para o atendimento odontológico, mas requer cuidadosa avaliação individual.

Os diferentes transtornos psiquiátricos em um quadro geral se agrupam:

- Quadros psiquiátricos orgânicos, cuja principal característica clínica é o prejuízo primariamente cognitivo (de inteligência e memória e/ou nível de consciência derivado de causas orgânicas constatáveis). Formas principais: demência e delirium.

- Psicoses – principais características clínicas: são psicologicamente incompreensíveis. Apresentam vivências bizarras, de forma anômala, como delírio,

alucinações, alterações da consciência do eu. Não há prejuízo primário da inteligência e de memória e/ou nível de consciência. Formas principais: esquizofrenia, paranóias (transtornos delirante persistentes), transtornos graves de humor, (a antiga psicose maníaco-depressivo, hoje fragmentada em episódios depressivo grave e transtorno bipolar.).

- Neurose – características clínicas principais: são psicologicamente compreensíveis. Apresentam um grau e frequência exacerbadas, vivências experimentadas pelo psiquismo dito normal (ansiedade, tristeza, medo, idéias obsessivas), não há prejuízo primário da inteligência e de memória e/ou de consciência. Formas principais: neurose de ansiedade (transtorno fóbico ansioso), neurose obsessiva (transtornos obsessivo compulsivo), neurose histérica (transtorno somatomorfo e dissociativos). Episódios depressivos em neuróticos (leves e moderados) disposição de animo triste, um desinteresse pelas atividades cotidianas, uma certa desvitalização num grau que costuma variar entre leve e moderado.

A equipe de saúde bucal deve ficar atenta para sinais e sintomas que acometem portadores de sofrimento mental. depois de uma anamnese uma avaliação criteriosa considerar:

- Características específicas do transtorno, duração da enfermidade, grau de comprometimento.
- Medicamentos, efeitos colaterais na cavidade bucal (antidepressivos tricíclicos e tetratriciclos podem provocar xerostomia).
- Dieta.
- Queixas no momento da higiene oral ou da manipulação da boca.
- Queixas de dor ou desconforto.
- Falta de motivação para o auto-cuidado.
- Resistência ou recusa com os cuidados com sua higiene bucal.
- Mau hálito
- Xerostomia
- Sangramento gengival
- Feridas na boca,

Os usuários com distúrbios do quadro psíquico orgânico em estágio avançado da enfermidade de seus níveis de consciência e a memória é alterada são desprezados. A abordagem e avaliação criteriosa da evolução da doença e as restrições de movimentos.

O profissional precisa da ajuda dos familiares para desenvolver a confiança e despertar os hábitos do auto-cuidado e desenvolver a compreensão sobre a necessidade de cuidados em saúde bucal.

Os usuários com distúrbios no quadro das psicoses com episódios maníacos depressivos grave, a melancolia caracterizada pela tristeza vital se manifesta a nível corporal, tanto na forma de vivenciar o próprio corpo como nos seus gestos e atitudes: inércia, apatia, lentificação psicomotora, profundo desinteresse por si mesmo e pelos outros. A abordagem deve ser feita centrada nas características da doença, buscando contato direto ou indireto não só com seus sintomas e doenças, mas com os mais diferentes aspectos de sua vida.

O profissional precisa respeitar o momento do paciente, escutar suas queixas que traduz essencialmente a demanda de ajuda. Ainda é necessário selecionar os problemas suscitados por estes usuários e solicitar ajuda da equipe de saúde mental para discutir alguns casos, avaliar outros, seja através de reuniões e de debates periódicos ou na observação da sua rotina.

Descobrir o momento certo para despertar o interesse do usuário para melhorar hábitos de auto-cuidado, compreender a necessidade de cuidados com a saúde bucal e com as práticas de prevenção para receber tratamento odontológico após elaboração de um plano de tratamento.

O usuário com distúrbio no quadro das neuroses com episódios depressivos, obsessivo-compulsivos a abordagem deve ser feita centrada no episódio depressivo com conhecimento das noções básicas das características dos transtornos depressivos.

Os profissionais devem buscar desenvolver a confiança, conhecer os interesses, diminuir a ansiedade para avaliar hábitos de auto cuidado, permitindo avaliação da necessidade de cuidados em saúde bucal. Realizar uma anamnese criteriosa, analisar características da doença, uso de medicamentos e elaborar plano de tratamento de acordo com as necessidades especiais.

As condições bucais relevantes mais comuns entre os portadores de sofrimento mental são: dificuldades de higienização, restos radiculares, carie de raiz, doença periodontal, edentulismo, abrasão, erosão dentária, halitose, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese, lesão de tecido mole. Deve ser realizado um exame criterioso para detecção destas condições e seus fatores determinantes.

- Higiene bucal, escovação com dentifrício fluoretado, uso de fio dental.
- Avaliar a coordenação motora para realização do controle da placa através da escovação supervisionada pela TSB e desenvolver junto ao usuário uma técnica adequada até mesmo individualizada.
- Solicitar ajuda de familiares ou cuidadores no monitoramento do cuidado no processo de higienização.
- Orientar sobre a dieta. Episódios de neurose, ansiedade, transtornos obsessivo compulsivo despertam o apetite e o interesse dieta cariogênica e o edentulismo também pode contribuir para uma dieta inadequada (alimentos pastosos ou líquidos geralmente ricos em carboidratos e pobre em fibras e vitaminas).
- Buscar ajuda da nutricionista para melhorar os hábitos alimentares dos usuários para construir uma proposta de alimentação menos cariogênica e mais saudável.

A presença de restos radiculares e sangramento gengival são riscos de infecção que podem agravar o quadro de algumas doenças sistêmicas. Profilaxia eliminando possíveis focos de infecção. A perda dos elementos dentais traz consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo, a ingestão de nutrientes, o apetite, a comunicação e a auto-estima.

Halitose – requer abordagem multidisciplinar. Causas: hábito alimentares, xerostomia e má higienização bucal. A saburra lingual (placa esbranquiçada no dorso da língua) é também causa de halitose. A limpeza da língua pode ser feita com gaze embebida em solução, escovação ou raspadores de língua, sempre com cuidado para não provocar náuseas.

Xerostomia – a falta de saliva é uma queixa de alguns usuários com transtornos depressivo. Pode se manifestar do efeito colateral de antidepressivos tricíclicos e tetratricíclicos por tempo prolongado ou aqueles com idade acima de 60 anos uma manifestação comum do envelhecimento normal, também falta de ingestão de líquidos ou tratamentos com radiação.

A xerostomia causa maior risco de carie dentária, incomodo no uso de próteses, perda do paladar, mau hálito, lábios ressecados e dificuldades na mastigação, deglutição e fala.

Para os portadores de transtorno depressivo não é recomendável sugerir substituição do medicamento e para a “boca seca” o tratamento é paliativo. Neste caso, são importantes recomendações para aumentar a produção da saliva, aumento do consumo de água (muitos usuários não tomam água em quantidade suficiente), uso de substitutos de saliva (saliva artificial), lubrificantes labiais e aconselhamento profissional sobre dieta.

Uso de prótese – usuário portadores de prótese total precisam de acompanhamento da equipe de saúde bucal. Orientar sobre higiene das próteses, verificar a adaptação se cumprem as funções de reabilitação.

Atenção especial com os usuários com transtornos psiquiátricos orgânicos. Fazer meticulosa avaliação do risco benefício ao indicar uma prótese removível.

Feridas na boca – nos exames clínicos verificar tecidos moles para que sejam observados as lesões existentes, cujo sucesso do tratamento depende da precocidade do diagnóstico.

4- PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL AOS USUÁRIOS DO CAPS – ADULTOS.

Na organização da atenção em saúde Bucal no CAPS, os principais desafios são:

- unificar a Porta de Entrada ao SUS com a equipe de saúde mental (multidisciplinariedade), neste sentido o planejamento conjunto das ações e a organização das atividades programadas é a importante via para a integração do trabalho.
- garantir ao atendimento dos usuários portadores de sofrimento mental com dados de equipe de saúde bucal na ESF – o serviço deve ser resolutivo, recebendo adequadamente a população que busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um. O acolhimento além de garantir acesso (porta de entrada) reorganiza e qualifica a recepção nos serviços em todos os momentos da atenção (programada ou espontânea).

Para cada usuário que procura um serviço, deve-se chegar a uma conclusão sobre a conduta a ser tomada, admiti-lo naquele serviço ou encaminhá-lo a outros mais adequados para ele; atendê-lo imediatamente, se o caso é grave, ou marcar um outro horário, se pode esperar. Contudo, a resposta que damos ao usuário seja

ele qual for, costuma ser bem recebida quando se baseia numa escuta atenta e numa avaliação cuidadosa do seu problema.

Concebido dessa forma, o acolhimento não pode ser atribuição exclusiva de uma determinada categoria e sim um compromisso de todos os trabalhadores do centro de saúde. Não pode ter hora ou dia marcado, porque não é apenas uma etapa da introdução ao serviço, e pano de fundo de todo cuidado a saúde e postura essencial ao ofício de cuidar. (MINAS GERAIS, 2006).

Para garantir assistência no trabalho de promoção da saúde, promover junto com a equipe ESF, uma busca ativa de usuários que recebem tratamento no CAPS e que foram preparados para receber um acolhimento da Equipe de Saúde Bucal em sua comunidade. Deve-se, também, desenvolver ações programadas de promoção a saúde, prevenção de doenças e de assistência, voltadas para usuários atendidos no CAPS.

A prevenção e a detecção de doenças e agravos são fundamentais, e podem acontecer no acolhimento, nos grupos operativos, nas visitas domiciliares e nas consultas.

Nos exames clínicos, verificar tecidos moles para que sejam observadas as lesões existentes, cujo sucesso do tratamento depende da precocidade do diagnóstico.

Com relação ao Câncer bucal, deve-se realizar exames periódicos em usuários pertencentes ao grupo de risco e incentivar ações educativas, orientando quanto a realização de auto-exame da boca e estimulando responsabilidades individuais pela manutenção da saúde. A abordagem individual inclui:

- análise das lesões de mucosa-lábio inferior, lábio superior, comissura labial, mucosa jugal, língua, gengiva, rebordo alveolar, assoalho da boca, palato, orofaringe, fundo de saco de vestíbulo e trigono retromolar.
- Conferir o ajuste das próteses removíveis quando presente ou assinalar a necessidade.

Promoção da alimentação saudável: lembrar que uma alimentação rica em sacarose é fator de risco para o desenvolvimento da cárie e outras doenças. Buscar conhecer os hábitos alimentares dos usuários para dentro das possibilidades, construir propostas de alimentação saudável.

Higiene bucal: estimular a escovação e o uso do fio dental, visando o autocuidado. Orientar que a manutenção da saúde periodontal depende da

capacidade do controle de placa bacteriana (uso de dentifrício e fio dental pelo usuário, podendo o profissional lançar mão de técnicas de escovação supervisionada e reveladores de placa). O agendamento para consulta de manutenção preventiva dos usuários com periodontite deve ser de acordo com a motivação, grau de controle de placa e fatores de risco modificadores, entre outros.

Nos adultos em geral, algumas doenças sistêmicas e/ou infecto-contagiosas são prioridades na organização da atenção: diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase e HIV –AIDS e portadores de necessidades especiais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho trouxe como meta a integração da equipe de saúde bucal ESB, junto a equipe de saúde mental ESM realizando ações interdisciplinares, atuando na prevenção, promoção, reabilitação e proteção a saúde do usuário com transtorno psíquico auxiliando na reintegração psicossocial, inserindo ações preventivas, educativas, reabilitadoras no protocolo de atenção básica da saúde bucal do idoso.

Referências

ALMEIDA, O.P.; LOPES, M.A. Prevenção das doenças bucais. In: **Promoção de Saúde Bucal**, Artes Médicas, p. 435-446, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório final. **Linha guia da Saúde Mental**. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, www.saude.gov.br. Acesso em 20 de outubro de 2009

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica, saúde bucal **Cadernos de Atenção básica**, nº.17. – Brasília: 2006b. 92p.

CARDOSO, FC; FARIA, HP; SANTOS, MA. **Planejamento e organização das ações de saúde**. Unidade didática 1 módulo 3. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed.2008.

CORRÊA, E. J., VASCONCELOS, M. SOUZA, M. S. L.. **Indicação a metodologia científica; participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009. 96p.

FARIA, H WERNECK, M. Santos, MA TEIXEIRA , PF. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde.** Unidade didática 1. Belo Horizonte. Nescon/Coopmed, 2008.

FARIA, H. COELHO, 1B, WERNECK, M. SANTOS, MA; **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Unidade didática 1, módulo 2. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed, 2008.

JASPERSS, Karl. **Psicopatologia geral psicologia compreensiva explicativa e fenomenológica.** V.1, 2º ed. Rio de Janeiro. Livraria Atheneu 1979.

MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie. In: Kriger, L. **Promoção de Saúde Bucal** , Artes Médicas, p. 71-91, 1994.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Linha guia de atenção em saúde bucal.** Belo Horizonte, 2007

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde **Linha guia atenção em saúde mental.** Atenção em saúde Mental. Belo Horizonte 2006.

OPPERMANN, R.; ROSING, C. Prevenção e Tratamento das Doenças Periodontais. In: **Promoção de Saúde Bucal** , São Paulo: Artes Médicas, p. 257-281, 1994.

PALMIER, A C. **Saúde bucal no contexto da atenção básica à saúde.** Saúde do Adulto. Belo Horizonte: Nescon/Coopmed, 2008