

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Eduardo Milani Ribeiro

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS
DE SAÚDE BUCAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA CANDIDÉS, DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS**

Formiga - MG

2014

Eduardo Milani Ribeiro

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA CANDIDÉS, DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS**

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 Título de Especialista.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Viviane Elisângela Gomes

Formiga - MG

2014

Eduardo Milani Ribeiro

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA CANDIDÉS, DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Viviane Elisângela Gomes

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - UFMG

Prof. Sonaly Araújo Garcia - UFMG

Aprovada em Formiga-MG em 15/02/2014

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo apresentar estratégias para a equipe de saúde bucal realizar diagnóstico situacional de risco à cárie dentária e desenvolver ferramentas que auxiliem a identificar e quantificar a prevalência e gravidade deste agravo e ainda desenvolver uma proposta de organização do acesso e atendimento à população residente na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Candidés, localizada no município de Divinópolis, MG. Foi realizada revisão da literatura sobre os temas cárie dentária, estratégia saúde da família e organização da atenção em saúde bucal buscando fundamentar as proposta de intervenção da Equipe de Saúde Bucal nas ações de controle da cárie dentária, ampliação da cobertura de atendimento e propostas de promoção da saúde e prevenção a fim de promover melhoria na qualidade de vida da população na área de abrangência. Para desenvolver a revisão da literatura foi realizada busca por trabalhos científicos durante os meses de junho e julho de 2013, sendo selecionados apenas estudos publicados a partir do ano de 2000, nos idiomas português ou inglês. A pesquisa foi realizada utilizando as bases de dados BVS, PubMed, LILACS e SCIELO. Os descritores Saúde da Família e Acessibilidade aos Serviços de Saúde foram utilizados associados a um dos seguintes termos: Índice CPOD, Cárie Dentária, Saúde Bucal. A proposta de intervenção para contemplar os ciclos de vida preconizados consiste em atendimentos com agenda programada, reservando horário para tratamento direcionado ao grupo determinado para cada período de trabalho. Pode-se concluir que diagnosticar a situação de saúde da população, bem como seus determinantes é fundamental para planejar e desenvolver ferramentas de acompanhamento e avaliação das ações. Também é relevante contemplar a atenção considerando a especificidade de cada ciclo de vida

Palavras chaves: Índice CPOD, Cárie Dentária e Saúde Bucal

ABSTRACT

The study aimed to present strategies for oral health team perform situational diagnosis risk for dental caries and develop tools that help to identify and quantify the prevalence and severity of this disease and to develop a proposal for the organization of access and care to the resident population in the scope of the Family health strategy (FHS) Candidés area, located in the municipality of Divinópolis , MG , review of the literature on dental caries , the family health strategy and organization of oral health care topics seeking substantiate proposal was made intervention of the Oral Health Team in efforts to control tooth decay, expansion of service coverage and proposals for health promotion and prevention to promote improvement in the quality of life of the population in the catchment area . To develop the literature review was performed by searching scientific papers during the months of June and July 2013, with only selected studies published from the year 2000 in Portuguese or English. The search was performed using database of BVS, PubMed, LILACS and SciELO. The descriptors Health and Family Services Accessibility Health associated with the following terms were used. DMF Index, Dental Caries, Oral Health: The proposed intervention to contemplate the cycles of life consists of recommended care with programmed schedule, allowing for periods relating to the period determined in each treatment group. It can be concluded that diagnose the health status of the population and its determinants is essential to plan and develop tools to monitor and evaluate actions. Also relevant is contemplating attention given the specificity of each life cycle

Key words: DMF Index, Dental Caries, Oral Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Contextualização do trabalho em equipe na estratégia saúde da família	5
1.2 Diagnóstico situacional	6
1.3 Justificativa	10
2 OBJETIVOS	11
3 MÉTODOS	12
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do trabalho em equipe na estratégia saúde da família

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu na década de 90, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo assim o modelo tradicional. A primeira etapa de sua implantação se iniciou em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, em 1994 as primeiras equipes de PSF começaram a ser formadas, incorporando e ampliando as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2001). O PSF norteou suas ações pelos princípios da integralidade, hierarquização, caráter substitutivo, territorialização, adscrição de clientela e equipe multiprofissional.

A operacionalização do PSF se deu mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes passaram a atuar em territórios definidos e a acompanhar as famílias que vivem neste território. As ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde desta comunidade compõe o rol de atividades das equipes (BRASIL, 2004).

Ribeiro et al. (2004) levantaram questionamentos quanto ao PSF, do ponto de vista deste consistir em um programa ou estratégia. Foi lançado como programa em 1994 (BRASIL, 1994), entretanto catalogado como estratégia, buscando diferenciar-se dos programas tradicionais já produzidos pelo Ministério da Saúde (MS). O documento “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, publicado em 1997, define-o efetivamente como estratégia de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1997). O processo de implantação tem enfrentado desafios propostos por essa dicotomia. Por um lado, sua condição de programa que apresenta objetivos, metas e passos definidos com *modus operandi* estabelecido; e por outro lado, reivindica a posição de “estratégia” para que possa atender aos objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica (RIBEIRO et al., 2004).

A Estratégia de Saúde da Família está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família e caracterizada por equipe multiprofissional (BRASIL, 2001). Esse novo modo de fazer, caracteriza a Atenção Básica à Saúde (ABS) como “um novo conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de

atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006). No âmbito da ABS, cada indivíduo deve ser considerado em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (FARIA et al., 2008).

Por meio da portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, as Equipes de Saúde Bucal foram incluídas à Estratégia Saúde da Família. Tal instrumento foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001, que aprovou as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, por meio do Plano de Reorganização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica (BRASIL, 2002). Nesse contexto, o cuidado em saúde bucal, passou por profundas mudanças no processo de trabalho e o trabalho em equipe multiprofissional passou a ser desenvolvido, tendo como núcleo central as famílias adscritas em seus respectivos territórios (BRASIL, 2006).

Essa mudança no processo de trabalho, associada a outros fatores, pode ter contribuído com a melhora da saúde bucal das crianças brasileiras. Segundo a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ampliou o acesso aos serviços de saúde bucal e saiu de uma condição de média prevalência de cárie, aos 12 anos de idade, em 2003 (CPOD 2,78), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPOD 2,07) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010).

1.2 Diagnóstico situacional

A cidade de Divinópolis localiza-se na Região Centro Oeste de Minas a 106 km de Belo Horizonte. Sua altitude máxima é de 1.106 na Serra dos Caetanos e mínima de 670 m na Foz do Morro Grande. Apresenta clima quente e semi-úmido com umidade relativa do ar em média de 72%, temperatura média no inverno de 18,5°C, no verão de 29°C e nas outras estações de 23,8°C. O Índice Médio Pluviométrico Anual é de 1.200 a 1700 mm (CÂMARA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2013).

Segundo o Censo do IBGE (IBGE, 2010) Divinópolis possui atualmente uma população de 213.016 habitantes, com área territorial de 708,115 km² e densidade demográfica de 300,82 habitantes/ km². O município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,764 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2010).

A cidade tem como principais fontes de renda a indústria de confecções, a metalurgia e a siderurgia. A maior atração da cidade é o turismo de negócios que atrai milhares de compradores do setor vestuário. Em se tratando de Regionalização da Assistência em saúde, Divinópolis é sede da Regional de Saúde da Microrregião de Saúde (Divinópolis/Santo Antônio do Monte) e da Macrorregional de Saúde Oeste (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2013).

Segundo informações obtidas junto a secretaria municipal de saúde de Divinópolis-MG, a Estratégia de Saúde da Família teve início em 1996, primeiramente com quatro equipes, que foram reorganizadas com o passar do tempo, para adequação às normas do Ministério da Saúde. Atualmente o município conta com a implantação de 15 centros de saúde, 16 ESF, 17 equipes de saúde bucal (ESB) e 93 ACS, o que representa aproximadamente 25% de cobertura populacional estimada.

A ESF Candidés pertence ao serviço de saúde do município de Divinópolis, está localizada no setor sanitário 11. Os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município mostram que em junho de 2013 a ESF apresentava 2.198 pessoas cadastradas, distribuídas em 625 famílias moradoras dos bairros Candidés; Ipanema; Floramar; Savassi; Grajaú; Centro Industrial e área rural, que foram distribuídos em quatro microáreas. Sua implantação foi em Outubro de 2008 e hoje conta com equipe composta por um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, um agente de endemias, um motorista e um auxiliar de serviços gerais, um médico (8 horas semanais), um Fisioterapeuta (4 horas por semanais) e Equipe de Saúde Bucal (ESB) Modalidade 1.

Como preconizado pelas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), a Equipe de Saúde Bucal da ESF Candidés realiza ações de promoção e proteção de saúde, educação em saúde, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica de flúor e ações de recuperação e reabilitação. São realizados também ações de ampliação e qualificação da atenção básica, também relacionadas nas diretrizes, como prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, ampliação do acesso, grupo de 0 a 5 anos e Grupo de Gestantes.

As principais demandas odontológicas, durante um ano de produção da equipe de saúde bucal, num total de 881 atendimentos clínicos estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1. Produção da Odontologia ESF Candidés durante o período de 20/07/2012 até 20/07/2013. Divinópolis, 2013.

Tipo	Especificações	Número
Procedimentos Endodônticos	Capeamento pulpar	64
	Acesso à polpa e medicação	44
	Curativo de demora (endodôntico)	92
	Obturação de dente decíduo	1
	Drenagem de abscesso via boca e anexos	3
	Drenagem de abscesso via canal	11
	Total	215
Procedimentos Restauradores	Selamento provisório de cavidade dentária	109
	Restaurações de dentes permanentes	226
	Restaurações de dente decíduo	62
	TRA	110
	Total	507
Procedimentos Preventivos	Escovações supervisionadas	257
	Entrega de pasta dental	70
	Entrega de escova dental	75
	Profilaxia	114
	Aplicação tópica de flúor	232
	Total	748
Procedimentos Cirúrgicos	Extrações de dentes decíduos	73
	Extrações de dentes permanentes	183

	Ulotomia/Ulectomia	3
	Total	259
Outros Procedimentos	1ª Consulta odontológica	155
	Tratamento completado	137
	Atendimento a gestante	10
	Encaminhamento a atenção secundária em saúde bucal	7
	Atendimento de urgência	346
	Atendimento ao bebê	2
	Raspagem sub-gengival (por sextante)	87
	Solicitação de radiografia	253
	Retirada de pontos	94
	Visita domiciliar	23
	Total de Procedimentos realizados	

Fonte: Prefeitura Municipal de Divinópolis

A expressiva demanda por procedimentos restauradores, endodônticos e cirúrgicos são reflexos da doença cárie na população atendida pela equipe. Outros problemas, resultantes da evolução desta doença, como dentes com comprometimento pulpar, fraturas dentárias, necessidade de prótese e perda de elementos dentários reforçam a necessidade de intervenções com objetivo de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

A equipe de saúde bucal observa a presença de demanda reprimida, originando muitos atendimentos de urgência, mas este problema ainda não foi quantificado.

Considerando a importância das ações de organização e diagnóstico situacional para ampliação e qualificação do serviço de atenção em saúde bucal na atenção primária, esta proposta de intervenção visa estabelecer um protocolo para realização de um diagnóstico situacional da saúde bucal, priorizando o problema do risco à cárie dos moradores pertencentes à área de abrangência da ESF Candidés, bem com criar estratégia para organizar o acesso ao atendimento de maneira

universal por classificação de risco individual e familiar preconizando o princípio da equidade descrito pelo SUS.

1.3 Justificativa

Este estudo é de fundamental importância para organização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, possibilitando o acesso universal por classificação de risco individual e familiar em conformidade com o princípio da equidade descrito pelo SUS.

Desenvolver ferramentas que auxiliem a identificar e quantificar a prevalência e gravidade da cárie dentária, apresentar proposta de reorganização do atendimento e ampliar a capacidade do atendimento odontológico à população residente na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Candidés, Divinópolis, MG, para organizar a demanda reprimida em uma agenda de atendimento tornando esta uma demanda programada.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Apresentar estratégias para a realização do diagnóstico situacional de risco à cárie dentária e desenvolver uma proposta de organização do acesso e atendimento à população residente na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Candidés, Divinópolis, MG,

Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão da literatura sobre os temas cárie dentária, estratégia saúde da família e organização da atenção em saúde bucal;
- Fundamentar o planejamento das ações das Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal Candidé para o controle da cárie dentária;
- Propor estratégias para a ampliação da cobertura de atendimento odontológico, na área de abrangência e organização da agenda (demanda programada);
- Propor estratégias de promoção da saúde e prevenção a fim de promover melhoria na qualidade de vida dessa população.

3 MÉTODOS

Para desenvolver a revisão da literatura foi realizada busca por trabalhos científicos durante os meses de junho e julho de 2013, sendo selecionados apenas estudos publicados a partir do ano de 2000, nos idiomas português ou inglês. A pesquisa foi realizada utilizando as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) [<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>], PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health) [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>], LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online),

Os descritores Saúde da Família (*Family Health*) e Acessibilidade aos Serviços de Saúde (*Health Services Accessibility*) foram utilizados associados a um dos seguintes termos: Índice CPOD (*DMF Index*), Cárie Dentária (*Dental Caries*), Saúde Bucal (*Oral Health*).

Foi realizada a leitura dos títulos e resumos e selecionados 15 artigos completos considerados relevantes para este estudo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Diversos estudos epidemiológicos, envolvendo a população brasileira em todos os ciclos de vida, foram realizados com o objetivo de avaliar as condições de saúde bucal e fatores associados.

Silva et al. (2001) realizaram um estudo com 201 pessoas, dentadas, com 60 anos ou mais, com objetivo de avaliar a autopercepção das condições de saúde bucal por idosos e analisar os possíveis fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que interferissem nesta percepção. Foi aplicado questionário com questões sobre as características sociodemográficas da amostra, a autopercepção da condição bucal e o índice *Geriatric OralHealth Assessment Index* (GOHAI), composto por 12 questões fechadas e com perguntas sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto, dos idosos. Realizou-se exame clínico para determinar o CPO-D, para avaliar a cárie dentária, e o índice CPITN (*Community Periodontal Index and Treatment Needs*), a prevalência das principais doenças bucais. Foram usados testes estatísticos para determinar a associação das variáveis sócio-demográficas e clínicas e do índice GOHAI com a auto percepção da condição bucal. O exame clínico revelou grande prevalência das principais doenças bucais, apesar de 42,7% das pessoas avaliarem sua condição bucal como regular. Concluiu-se assim que a percepção da saúde bucal teve pouca influência nas condições clínicas apresentadas, mostrando ser necessário desenvolver ações preventivas e educativas para a população.

Colucci e Freitas (2002) analisaram 8 artigos contendo estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal dos idosos no Brasil, pesquisados nas bases de dados BBO, LILACS e MEDLINE, a partir de 1988, data da publicação do Levantamento Epidemiológico Nacional. Estes traziam dados epidemiológicos a partir dos quais foi feita uma análise do índice CPOD, do percentual de dentes extraídos e indivíduos edêntulos, e do uso e necessidade de prótese total. Os resultados apresentados nos artigos, confirmam as precárias condições de saúde bucal em que se encontra a população idosa no Brasil, onde o CPOD variou de 26,8 a 31,0, com grande participação do componente extraído (84%) e alta prevalência de edêntulos (68%). Os autores afirmaram sobre a necessidade do serviço público reformular e direcionar ações específicas aos problemas da terceira idade, dentre os

quais se situa a falta de dentes. Além de medidas educativas e preventivas, deve-se pensar em medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo.

Em estudo com 300 jovens de 18 anos, do sexo masculino, alistados do Exército Brasileiro em Florianópolis no ano de 1999, Gonçalves et al. (2002) avaliaram a prevalência e severidade da cárie dentária, utilizando-se o índice CPO-D, além de testar sua associação com variáveis socioeconômicas. Os dados socioeconômicos foram coletados por meio de um questionário que incluiu os anos de estudo do alistado, do seu pai e da sua mãe, além da renda familiar, em reais, obtida no mês anterior à entrevista. As associações entre a experiência de cárie, o índice CPO-D, os componentes deste índice, e as variáveis socioeconômicas foram avaliadas por meio dos testes qui-quadrado e *Mann-Whitney*, respectivamente. A prevalência de cárie foi de 81% e o índice CPO-D médio foi igual a 4,6. Apenas 1,2 dentes por pessoa, em média, apresentou-se com necessidade de tratamento. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na prevalência e severidade de cárie (CPO-D), sendo os piores indicadores verificados nos grupos de menor escolaridade e renda, indicando serem estes grupos prioritários para medidas preventivas e assistenciais.

Amaral et al. (2005) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer a prevalência e a severidade da cárie dentária, suas associações a fatores socioeconômicos, bem como as necessidades de tratamento odontológico em jovens (n=241) de 18 anos de idade do sexo masculino conscritos do Exército Brasileiro em Maringá, Paraná. Durante a avaliação odontológica foi observada a prevalência de cárie, representada utilizando-se o índice CPO-D e também o número de dentes com necessidade de tratamento. Para coletar os dados sócio-econômicos foi utilizado um questionário para aferir a renda familiar e o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Associações entre a experiência de cárie de cárie CPO-D, a necessidade de tratamento e as variáveis socioeconômicas foram avaliadas por meio dos testes Qui-quadrado, *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. As necessidades de tratamento associaram-se somente à variável Critério de Classificação Econômica Brasil ($p < 0,05$). Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas, sendo os piores indicadores CPO-D verificados nos grupos de menor escolaridade e renda, indicando a necessidade de implantação de políticas sociais que contemplem essas populações.

Lucas et al. (2005) analisaram, utilizando dados secundários de diferentes fontes, o cumprimento de metas da OMS para a cárie dentária no ano 2000, em Minas Gerais. Foram analisadas as variáveis: nível de CPO-D médio aos 12 anos, ocorrência de CPO-D ≤ 3 , entre crianças de 12 anos, e no percentual de livres de cáries aos 5 anos, região de localização e porte do município; relação entre consultórios odontológicos do SUS e habitantes; percentual de procedimentos preventivos, tempo (anos) de fornecimento de água fluoretada; empresa de saneamento; o IDH médio (IDHM) em 1991 e seus componentes educação e renda; Índice de Condições de Vida – Médio (ICV-M) em 1991 e seus componentes educação, infância, renda, longevidade e habitação; e a mortalidade por infarto agudo do miocárdio em homens entre 40 e 49 anos em 1998. Em seus resultados demonstraram que o cumprimento da meta da OMS, para crianças aos 12 anos ocorreu em 37,5% dos 80 municípios analisados, enquanto o alcance da meta de cinco anos ocorreu em apenas 9,2% dos 65 municípios considerados. Os municípios que cumpriram a meta foram os que apresentaram dados de condições de vida superiores, se comparadas às médias das variáveis de todos os municípios analisados. Em municípios com fornecimento de água fluoretada a mais de cinco anos, as chances de observância de um CPO-D igual ou inferior a três foram 4,84 vezes maiores que em municípios sem água fluoretada ou com fluoretação a até cinco anos.

Barbosa e Gavião (2009) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a validade e a confiabilidade da Escala de Impacto Familiar (FIS), a tradução de um questionário composto de 14 perguntas, onde a pontuação final poderia variar de 0 a 56, para o qual a pontuação mais elevada denotava um maior grau de impacto das condições bucais da criança no funcionamento da família como um todo. Pretendiam avaliar também a natureza e a extensão de como o funcionamento familiar é comprometido pelas condições de saúde oral das crianças. Foram selecionados 210 pais para serem submetidos ao teste (FIS) e suas crianças, que tinham entre 8 e 14 anos, foram examinadas para cárie dentária, gengivite, fluorose e má oclusão. O Alfa de Cronbach e o coeficiente de correlação intraclasse foram, respectivamente, 0,87 e 0,90. Os autores puderam concluir que a versão em Português Brasileiro do FIS é válido e confiável. Os resultados mostraram que quase 20% dos informantes relataram algum impacto familiar "às vezes" ou "frequentemente / cotidiano"

sugerindo que as condições orais da criança pode ter um impacto negativo na família.

Peres et al. (2010), em um estudo de coorte, incluiu indivíduos nascidos no ano de 1993, foram avaliados inicialmente aos seis anos e de idade (n=359) e novamente aos doze anos (n = 339). A média do índice CPO-D aos 12 anos foi de 1,2 (DP=1,6) para a população como um todo, variando de 0,6 (DP=1,1) para o grupo livre de cáries aos 6 anos, 1,3 (DP=1,5) para os que apresentaram 1-3 dentes atacados pela cárie e 1,8 (DP = 1,8) para aqueles com 4-19 dentes atacados pela cárie ($p<0,01$). Foi observado maior aumento na proporção de indivíduos com oclusopatias muito severas aos 12 anos, conforme o número de oclusopatias presentes aos 6 anos de idade. Problemas bucais no início da adolescência foram mais prevalentes nos indivíduos que apresentaram agravos à saúde bucal na infância.

Peres et al. (2011) desenvolveram um estudo longitudinal de saúde bucal envolvendo indivíduos nascidos no ano de 1982. Foram examinados e entrevistados aos 15 (n=888) e aos 24 (n=720) anos de idade. Foram avaliados agravos bucais, cuidados com a saúde bucal e uso de serviços odontológicos. Os resultados mostraram que condições econômicas desfavoráveis influenciaram negativamente a saúde bucal. Para o grupo avaliado o índice CPO-D médio variou de 5,1 (DP=3,8) aos 15 anos para 5,6 (DP=4,1) aos 24 e ter pelo menos um dente restaurado passou de 51,9% para mais de 70% no período.

Turrioni et al. (2012) avaliaram as ações de educação em saúde bucal entre adolescentes (n=246) dentro da Estratégia de Saúde da Família. Foram selecionados aleatoriamente 80 adolescentes da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família. Estes foram distribuídos em três grupos: A) adolescentes que participaram de atividades educativas desenvolvidas na escola; (B) adolescentes que tiveram ambientação em saúde bucal, através de orientação para as famílias, durante visitas domiciliares mensais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); (C) indivíduos que participaram de um grupo semanal de orientação para melhoria da qualidade de vida. Por meio de um questionário avaliaram os hábitos de saúde, sendo consideradas nove variáveis: consumo de doces; consumo de salgados; consumo de verduras e frutas; consumo de cigarro; consumo de bebida alcoólica; obtenção de escova dental; frequência de escovação; uso do fio dental; compartilhamento de escova denta. Avaliaram a quantidade de placa bacteriana e

condição gengival em todos os participantes. Um estudo de abordagem qualitativa sobre a técnica de escovação também foi realizado com 15 adolescentes. Foi observada melhora na higiene bucal dos que participaram das ações na escola, aumento no número daqueles que apresentaram gengiva saudável ou inflamação leve no segundo exame nos grupos escola e visita domiciliar. O grupo semanal e o da escola apresentaram diminuição no consumo de doces e o grupo escola apresentou aumento na frequência da escovação. As melhoras efetivas nas condições de saúde bucal e de hábitos evidenciam a importância do processo de capacitação e planejamento conjunto das ações entre os profissionais de saúde e educação.

Almeida et al. (2012) realizaram um estudo com os pré-escolares residentes em áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família em Salvador, Bahia. As crianças (n=472) foram examinadas para avaliar a prevalência de cárie, suas mães foram entrevistadas utilizando-se um questionário cientificamente validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Self-Report Questionnaire (SRQ-20), para detectar casos suspeitos de doença psiquiátrica na população, contendo 20 perguntas com respostas sim/não o teste pode detectar distúrbios mentais comuns com sensibilidade de 85% e especificidade de 80%. Os resultados mostraram que problemas mentais maternos associaram-se ao maior risco à cárie nos escolares estudados.

Chaves (2012), em revisão da literatura, discutiu a saúde bucal de adultos do Brasil sobre três perspectivas: evidências epidemiológicas disponíveis, modelos de saúde e suas implicações e, os possíveis desafios a odontologia coletiva brasileira na superação destes obstáculos. Inicialmente as políticas de saúde adotadas no Brasil eram embasadas na medicina curativa, com o modelo hospitalocêntrico, composta principalmente por consultórios médicos, privado, especializados, e que ofereciam atenção curativa em sua grande maioria. Esta dinâmica não era exclusividade do setor privado, repetindo-se no setor público. Após a segunda metade do século XIX as políticas públicas de saúde ainda eram bastante centralizadas, possuíam pouca ou nenhuma relação com práticas preventivas, bem como poucas práticas relacionadas a saúde bucal. Com necessidade de utilizar uma política pública de saúde com custo menor, maior impacto na saúde da população, começou-se a utilizar um modelo de medicina preventiva, modelo este que influenciou fortemente a saúde bucal coletiva. Passou-se então a utilizar um modelo

de odontologia preventiva, originado nos Estados Unidos e que previa ações coletivas de saúde bucal, este foi o grande motivador para a fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil. Os autores afirmaram que embora a cárie dentária e a perda de dentes tenha diminuído entre os adultos, a mesma realidade não foi observada na população idosa. Concluíram que, atualmente a saúde bucal coletiva atua principalmente em atividades preventivas, em escolas e comunidades, e atividades clínicas visando o término do tratamento de indivíduos da população, reforçando as práticas tradicionais da medicina preventiva e que nenhum progresso real está sendo feito em termos de saúde pública.

MACHADO et al. (2012) estudaram a prevalência do uso regular de serviços odontológicos e fatores associados entre adultos e idosos (n=3.391), em áreas de vulnerabilidade social. Foi observado que a população de maior quintil de renda e que possuía maior escolaridade teve maior prevalência de uso regular de consultas odontológicas quando comparada aos mais pobres e de menor escolaridade. Aumentar o conhecimento sobre a saúde bucal e incentivar o autocuidado podem contribuir para o aumento do uso regular dos serviços odontológicos.

COSTA et al. (2013) estudaram a distribuição da cárie dentária no Brasil a partir de análise documental dos inquéritos epidemiológicos em saúde bucal, de base nacional, 1986, 2003 e 2010 e realizaram discussão e análise dos dados sob o referencial da Bioética da Proteção. O levantamento epidemiológico 2003 contribuiu para a intervenção do Estado no sentido de implantar ações protetoras que poderiam reduzir o problema da cárie dentária. Constataram mudanças com a introdução de critérios de equidade na destinação dos recursos da atenção primária a saúde (APS) em busca de inclusão de populações em estado de vulnerabilidade e que eram negligenciadas pelas normas do sistema de saúde pública. O problema da cárie dentária ainda persiste no Brasil, exigindo a implantação de outras medidas pertinentes e que legitimam o papel do Estado como protetor da saúde pública. Os autores afirmam a necessidade de avançar mais nos modelos assistenciais em saúde bucal usando a Epidemiologia como uma ferramenta estruturante, já que as diferenças regionais ainda permaneceram marcantes, em interface com uma bioética protetora e socialmente responsável.

Neste contexto, tendo em vista o uso da epidemiologia para a estruturação e avaliação das políticas públicas cabe destacar os estudos a seguir.

PUCCA JUNIOR et al.(2009) publicaram um estudo sobre a políticas públicas de saúde bucal no Brasil, onde afirmaram que estas políticas foram construídas de acordo com circunstâncias e possibilidades de acordo com a realidade de cada período de seu desenvolvimento. Em 1.952 surgiram os primeiros serviço de saúde bucal direcionado a escolares, que foram considerados epidemiologicamente susceptíveis e altamente sensíveis a intervenções de saúde pública, porém a prática clínica era individualista e os programas não apresentaram bons resultados. Na década de 80 iniciou-se a descentralização dos serviços de saúde pública no país. Na década seguinte foi consolidada a descentralização com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei 8080 de 1990. A análise contextualiza várias questões da Política de Saúde Bucal do Brasil, chamado de "Brasil Sorridente", descrevendo seu atual estágio de desenvolvimento. Hoje a atenção em saúde bucal organiza-se através de cuidados de saúde bucal com a implantação Equipes de Saúde Bucal inseridas em equipes de ESF, a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em uma rede de saúde bucal como uma medida de atenção secundária. O modelo atual também prevê a criação de Laboratórios de Prótese Dentária Regional e mais extensa fluoretação da água de abastecimento público.

ANTUNES e NARVAI (2010) realizaram um estudo sobre as políticas públicas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades sociais. Avaliaram o impacto da fluoretação da água de abastecimento público no Brasil sobre a ampliação da desigualdade na experiência de cárie dentária. Os autores afirmam que fatores de risco e de proteção podem incidir de modo desigual sobre os estratos sociais, com efeitos deletérios ou salutareos que atingem a população de modo heterogêneo e aumentam as desigualdades em saúde. Nesse sentido, é necessário avaliar as políticas de saúde não apenas pelo efeito global que exercem sobre a saúde coletiva, mas também pelo resultado de suas intervenções sobre o quadro pré-existente de desigualdades em saúde.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Como observado na revisão da literatura é relevante contemplar a população considerando a especificidade de cada ciclo de vida, por essa razão, foram utilizados como referências principais na confecção deste plano os documentos LINHA GUIA da Secretaria de Estado da Saúde-MG (MINAS GERAIS, 2006), o Caderno de Atenção Básica número 17 do Ministério da Saúde sobre saúde bucal (BRASIL, 2006) e o material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS Saúde Bucal Por Ciclos de Vida (GENIOLE et al., 2011), adequando suas orientações as condições locais encontradas na região de atuação da equipe bem como as limitações impostas pelo sistema de saúde municipal.

Esta proposta de intervenção considera os ciclos de vida como aspecto relevante para o cuidado em saúde bucal, visando em cada grupo, promover de maneira mais eficaz prevenção, promoção e manutenção da saúde bucal bem como ações de limitação e recuperação de danos causados por doenças bucais.

A maneira que utilizamos para contemplar os ciclos de vida preconizados consiste em atendimentos com agenda programada, reservando períodos para atividades e tratamento relacionados ao grupo alvo no período determinado.

Nos ciclos de vida com maior número de indivíduos, crianças, adolescentes, adultos e idosos, os agendamentos serão organizados de acordo com a classificação de risco de cada indivíduo, priorizando aqueles que apresentarem maior necessidade.

A avaliação de risco pelo Cirurgião Dentista (CD) definirá a priorização para a atenção individual programada e determinará as necessidades dos usuários. Será realizada em consulta agendada, com frequência a ser definida pela equipe.

Os critérios abaixo relacionados serão utilizados para avaliação de risco levando em consideração os riscos biológicos em relação à saúde bucal, e as necessidades percebidas pelo usuário. Serão consideradas prioritárias as condições com risco de agravamento do quadro.

No prontuário ou ficha de urgência dos usuários será registrada a data e a classificação de risco de forma que ele possa ser identificado posteriormente no processo de cobertura sucessiva.

O CD irá avaliar a situação de risco de cada usuário, dando prioridade para o atendimento programado aos usuários de acordo com os critérios propostos pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) (Minas Gerais, 2006) a partir do Risco 1 (R1), como descrito no quadro 1.

Quadro 1. Classificação de risco de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG):

Risco 1 (R1)

Presença de doenças/problemas bucais descritos a seguir, dando prioridade aos usuários com sintomatologia aguda e com lesão de tecidos moles:

1. Cárie ativa: mancha branca ativa; tecido amolecido.
2. Doença periodontal ativa: sangramento; secreção.
3. Lesão de tecidos moles ou sintomas que possam ser indicativos de câncer bucal (dificuldade de deglutição, dificuldade de movimentos, rouquidão, etc.)
4. Limitações psicossociais em decorrência do comprometimento estético, halitose, entre outros.
5. Limitações funcionais: comprometimento da mastigação, deglutição, fala, entre outros, causado por alterações bucais.

Risco 2 (R2)

Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, mas com necessidade de tratamento clínico/cirúrgico/restaurador/reabilitador

1. presença de cálculo
2. necessidade de prótese removível
3. necessidade de tratamento/atenção primária
4. necessidade de tratamento/atenção especializada

5. outros

Risco 3 (R3)

Ausência de atividade de doença, lesão de mucosa ou impacto psicossocial/funcional, e sem necessidade de tratamento, apenas de manutenção da saúde bucal.

Fonte: SES-MG, 2006

Seguindo o princípio de equidade do SUS, com vistas à organização da demanda acumulada e universalização gradual do atendimento, serão priorizados para agendamento das consultas os usuários na sequência de classificação.

Considerando-se os períodos de trabalho na unidade de saúde da família ESF Candidés, sendo 4 horas pela manhã e 4 horas durante a tarde, podemos estabelecer que sejam realizados 6 atendimentos clínicos em cada um destes períodos, conforme agenda estabelecida no Quadro 2.

Quadro 2. Programação da agenda semanal, definida por ciclos de vida atendidos pela equipe de saúde bucal na Unidade de Saúde da Família ESF Candidés, Divinópolis, MG.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Crianças (0 a 14 anos)	Gestantes e Puerperas	Idosos, hipertensos e diabéticos	Adultos e adolescentes	Atividades relacionadas a ESF *
Tarde	Crianças (0 a 14 anos)	Adultos e adolescentes	Idosos, hipertensos e diabéticos	Adultos e adolescentes	Reunião da ESF

* Visitas domiciliares, Grupos operativos e atividades preventivas em escolares

Para a assistência clínica, disponibilizar-se-á, mensalmente: 72 vagas para adultos e adolescentes; 48 vagas para crianças; 24 atendimentos de gestantes e puérperas; 48 atendimentos de idosos, hipertensos e diabéticos e um período destinado a grupos operativos, atendimento domiciliar a acamados e atividades preventivas de orientação de escovação e bochechos fluoretados para escolares de acordo com o risco e atividade de doença.

Os casos de urgência, que se destinam ao alívio de sintomatologia, serão absorvidos por demanda espontânea, devendo o paciente comparecer a unidade de saúde no início do período manifestando a necessidade deste atendimento e condição clínica compatível com urgência odontológica.

Saúde bucal da gestante

A atenção a gestante será ofertada de maneira coletiva e individual. A atenção coletiva dar-se-á por meio de grupos operativos para gestantes, com os seguintes objetivos:

- Apresentar as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez e a importância do cuidado nessa fase;
- Sensibilização para a importância de a gestante cuidar de sua própria saúde bucal;
- Mostrar a relação entre doença periodontal e problemas durante a gravidez, o que torna importante o autocuidado;
- Discutir os anseios e as preocupações em relação ao tratamento odontológico, ouvindo as gestantes;
- A equipe de saúde bucal deve levar em consideração as crenças, tabus e costumes que permeiam a gravidez e dão suporte a variados comportamentos e explicações nesse período da vida, trabalhando junto com a gestante a construção de conhecimentos que venham a fortalecer as relações positivas entre gravidez e atenção em saúde bucal;
- Explicar como o tratamento é feito, os riscos, as medidas de segurança, os cuidados para o atendimento, de modo a diminuir os anseios normais dessa fase de vida;
- Discutir os cuidados com a saúde bucal do bebê. Este pode ser um momento muito fértil, pois geralmente a gestante está muito aberta a tudo que diz respeito à saúde do bebê. No entanto, a equipe deve estar preparada para lidar com outros diferentes contextos que podem estar relacionados à gravidez (gravidez não desejada,

gravidez na adolescência, entre outros) quando a gestante pode não estar receptiva às ações educativas.

Os grupos serão estruturados de acordo com o trimestre de gestação. Sempre antes de cada grupo será realizada uma dinâmica onde as gestantes poderão comentar pontos positivos e negativos da gestação e realizarem perguntas sobre suas dúvidas e curiosidades. Essas poderão ser respondidas na hora ou no próximo encontro. A Equipe de Saúde Bucal trabalhará em parceria com a Equipe de Saúde da Família. Serão abordados os seguintes temas em cada reunião:

1º TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

A partir do conhecimento das participantes do grupo, abordar:

- Relação entre saúde bucal e saúde geral; importância dos dentes;
- Processo saúde-doença da cárie dentária, gengivites e doença periodontal;
- Alterações bucais que ocorrem na gravidez, desmistificando os mitos;
- Alimentação saudável, importância de dieta equilibrada, identificação de alimentos cariogênicos e daqueles que contêm açúcar “embutido”;
- Escovação dentária e uso de fio dental (técnicas e frequência); cuidados quando houver enjoos e vômitos;
- Tratamento odontológico - pode e deve ser realizado nesse período.

2º TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

Retomar com as participantes os itens da primeira reunião, estimular, se necessário, o grupo com perguntas, induzir à troca de experiências e focar:

- Aleitamento materno
- Os benefícios para a saúde do bebê;
- Cuidados e preparo das mamas para a amamentação;
- Aleitamento exclusivo até os seis meses de idade;
- Como realizar ordenha manual e armazenar o leite.
- Cuidados para com o bebê:
- A importância da respiração nasal;
- Introdução de alimentos, a partir dos 6 meses;
- As razões por que não se devem usar chupetas e mamadeiras;
- Limpeza da boca após a erupção dos dentes;
- Prevenção de cárie rampante;

- Importância dos dentes decíduos;
- Alimentação nos primeiros anos de vida;
- A importância de uma mastigação eficiente, inclusive para a prevenção de má oclusões dentárias.

3º TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

- Retomar com as participantes os itens das reuniões anteriores por meio de perguntas, se necessário, lembrando conceitos trabalhados, de forma que a abordagem enfoque todos os itens já estudados e o que mais o grupo tiver curiosidade de saber;
- Reforçar o autocuidado para com a saúde bucal da gestante e os cuidados para com o bebê, enfatizando os benefícios do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida e a importância de oferecer com critérios chupetas ou mamadeiras;
- Orientar as gestantes a procurarem a unidade para a consulta de puerpério e para o grupo de bebês.

A atenção individual a saúde da gestante ((MINAS GERAIS, 2006))

O tratamento odontológico pode ser realizado na gestante em qualquer período, preferencialmente no 2º trimestre, por meio de procedimentos clínicos essenciais. No 1º trimestre, período da formação embrionária, deve-se evitar tomadas radiográficas; porém, quando necessárias, sempre deverão ser realizadas com o uso de avental protetor de chumbo adequado. No 3º trimestre, a ansiedade da gestante pode aumentar e o posicionamento na cadeira odontológica pode dificultar o atendimento, ocasião em que se toma o cuidado para não colocá-la em decúbito dorsal por muito tempo.

As urgências poderão ser atendidas, observando-se os cuidados indicados em cada período de gestação e os procedimentos de anamnese, essenciais para o planejamento adequado do atendimento da gestante. Também é recomendável o tratamento odontológico programado à gestante, principalmente àquelas de alto risco para cárie e doença periodontal. Dentre os procedimentos clínicos, enfatizar-se-á o controle do biofilme dental, a remoção de focos de infecção e adequação do meio, raspagem e alisamento radicular.

Saúde Bucal do Bebê (0 a 2 anos)

O trabalho de prevenção nesta faixa etária será direcionado à gestante, principalmente nos grupos operativos, aos pais durante as visitas após o nascimento do bebê, e às pessoas que cuidam da criança, abordando os seguintes pontos principais:

- Importância do aleitamento materno, que além de ser a melhor opção nutricional para o bebê, exercita os músculos faciais, promovendo a instalação da respiração nasal, o crescimento harmônico da face e, conseqüentemente, o desenvolvimento adequado da oclusão, da fala e da deglutição;
- Orientação sobre a limpeza da cavidade bucal do bebê deve ser iniciada antes mesmo da erupção dos dentes, com a finalidade de remover o leite estagnado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-lo à manipulação da boca;
- Sensibilização para importância dos dentes decíduos e controle dos fatores de risco em saúde bucal;
- Orientação sobre erupção dentária.

A equipe ficará a disposição dos responsáveis durante o desenvolvimento do bebê caso seja observado alterações relacionadas a saúde bucal, realizando avaliação e condutas necessária de acordo com cada caso apresentado.

Saúde Bucal da criança (2 a 9 anos)

A atenção em saúde bucal nessa faixa etária é essencial, pelo impacto causado pelas ações preventivas e por ser um período de formação de hábitos. A atenção em saúde bucal nessa faixa etária está muito ligada a atividades com enfoque familiar, que é essencial, pois o aprendizado se faz, principalmente, através da observação do comportamento dos pais.

Os principais pontos de prevenção a serem trabalhados serão:

- Higiene bucal, promovendo ações coletivas de escovação supervisionada em escolas e na unidade de saúde, bem como antes de cada atendimento. Esclarecer sobre a necessidade de utilização de dentifrícios sem flúor nas crianças, somente a partir da erupção dos primeiros molares decíduos, por volta de 1 ano e meio a escovação com dentifrício fluoretado deve ser feita somente uma vez ao dia, preferencialmente à noite e sempre pelos pais, e principalmente em presença de atividade de cárie ou de alto risco, a ser avaliado pelo CD. Deve ser utilizada uma

quantidade mínima de dentifrício, do tamanho de um grão de arroz. Outras escovações podem ser feitas sem o dentifrício fluoretado.

- Distribuição de escova e dentifrício durante ações preventivas.
- Orientação dos responsáveis sobre a necessidade do uso do fio dental nas crianças, feito por um adulto.
- Vigilância sobre as crianças de até 6 anos para se trabalhar a orientação preventiva à família, detectar a presença de manchas brancas ou sinal de atividade de doença e de risco, e verificar o uso correto do dentifrício. Em caso de atividade de cárie, deverá ser feito o encaminhamento individual para tratamento.
- Esclarecimentos a respeito da dieta da criança, pois neste período da evolução ocorre a mudança de uma alimentação pastosa para alimentos mais duros e secos.
- Realização de trabalho educativo em relação a uma dieta saudável, juntamente com a equipe de saúde.
- Destacar a importância do cuidado com os dentes permanentes recém erupcionados.
- Orientação aos pais sobre a possibilidade da criança aderir a hábitos deletérios, como a sucção não nutritiva (dedo, chupeta, entre outros) que proporciona à criança um prazer especial, aquecimento e proteção, podendo se tornar um hábito de sucção persistente, adotado pela criança em resposta a frustrações e para satisfazer sua ânsia e necessidade de contato. Estes hábitos devem ser removidos para que não causem alterações irreversíveis, tanto físicas como emocionais.
- Advertir aos pais sobre a possibilidade de ocorrência de traumatismos dentários, especialmente em crianças na faixa etária entre 12 a 30 meses, propensas ao traumatismo, no momento do início dos primeiros movimentos independentes, quando ainda não há coordenação motora suficiente; na faixa compreendida entre 7 a 14 anos, decorre, provavelmente, de práticas esportivas acentuadas e eventuais brincadeiras radicais.

Procedimentos odontológicos individuais realizados no paciente infantil na unidade ESF Candidés:

- Primeira Consulta Odontológica Programática;
- Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão;
- Aplicação de cariostático;
- Aplicação de selante;

- Controle da placa bacteriana;
- Escariação por dente;
- Remoção de indutos, placa e cálculo supragengivais por hemiarcada;
- Inserção e condensação de substâncias restauradoras – por dente;
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
- Restauração com amálgama;
- Restauração com material fotopolimerizável;
- Remoção de cárie e preparo cavitário;
- Restauração com cimento de ionômero de vidro;
- Exodontia de dente decíduo;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de emergência;
- Ulotomia;
- Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente;
- Obturação endodôntica de dente decíduo;
- Glossorrafia;
- Ulectomia.

Saúde bucal do adolescente (10 a 19 anos)

A equipe de saúde bucal deve estabelecer com o adolescente uma relação amistosa e pessoal, falando com ele de uma forma honesta e madura, valorizar suas qualidades e tentar desenvolver nele a responsabilidade pelo autocuidado em saúde. Conceitos de si próprios, de estética e de aceitação pelo seu grupo são fortes motivadores para o adolescente, estímulo sobre a aparência e sobre como o cuidado com a saúde bucal torna o sorriso mais bonito, o hálito mais agradável, etc.

O adolescente deve ser observado em seu contexto familiar, trabalhar junto a família e valorizar a participação dos pais é muito importante para o desenvolvimento do tratamento.

Principais pontos a serem trabalhados no tratamento com adolescentes:

Higiene bucal;

Dieta;

Periodontite juvenil;

Uso de aparelhos ortodônticos;

Mau hálito;
 Erupção do terceiro molar;
 Erosão dentária;
 Traumatismo dentário;
 Fumo e álcool;
Piercing.

Procedimentos odontológicos individuais realizados no paciente adolescente na unidade ESF Candidés:

- Primeira Consulta Odontológica Programática;
- Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão;
- Aplicação de selante por dente;
- Controle da placa bacteriana;
- Escariação por dente;
- Remoção de indutos, placa e cálculo supragengivais por hemiarcada;
- Curetagem subgengival e polimento dentário por hemiarcada;
- Inserção e condensação de substâncias restauradoras – por dente;
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
- Restauração com amálgama;
- Restauração com material fotopolimerizável;
- Remoção de tecido cariado e preparo cavitário por dente;
- Restauração com cimento ionômero de vidro;
- Exodontia de dente decíduo;
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de emergência;
- Ulotomia;
- Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente;
- Glossorrafia;
- Ulectomia.

Atividades coletivas a serem realizadas com adolescentes:

A equipe odontológica deverá atuar junto com a Equipe de Saúde da Família nos grupos de atenção nas unidades de saúde, desenvolvendo atividades de educação em saúde.

Na Unidade de Saúde utilizar o tempo de espera dos usuários para o atendimento com atividades educativas e/ou ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo mínimo de 10 (dez) participantes e duração mínima de 30 (trinta) minutos, desenvolvidas nas dependências da unidade de saúde.

Nas escolas detectar a necessidade clínica de cada adolescente e encaminhá-los para a unidade de saúde, priorizando os que apresentam maior risco.

Saúde Bucal do adulto (20 a 59 anos)

Por ter a necessidade de trabalhar e ter o tempo limitado, muitas vezes o paciente adulto permanece por períodos prolongados sem realizar visita ao dentista, o que faz com que este paciente, ao ser examinado, muitas vezes apresenta uma grande demanda acumulada, problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das consequentes perdas dentárias.

O horário de atendimento deve ser discutido de forma que a população trabalhadora da área de abrangência tenha o seu acesso facilitado.

Riscos ocupacionais e hábitos deletérios - A equipe de saúde bucal deve participar juntamente com a equipe de saúde das atividades educativas voltadas para os grupos operativos da unidade de saúde e para as ações voltadas para o combate ao fumo e ao uso de álcool.

Agravos que ocorrem principalmente nessa faixa etária: lesões de tecidos moles, câncer bucal, doença periodontal, cárie de raiz, xerostomia, edentulismo e necessidade de tratamento restaurador/reabilitador.

Atividades coletivas a serem realizadas com adultos

Procedimentos odontológicos individuais realizados no paciente adulto na unidade ESF Candidés:

- Primeira Consulta Odontológica Programática
- Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão
- Controle da placa bacteriana;
- Escariação por dente;
- Remoção de indutos, placas e cálculos supragengivais por hemiarcada;

- Curetagem subgingival e polimento dentário por hemiarcada;
- Inserção e condensação de substâncias restauradoras – por dente;
- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
- Restauração com amálgama;
- Restauração material fotopolimerizável;
- Remoção de tecido cariado e preparo cavitário por dente;
- Restauração com cimento ionômero de vidro
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de emergência;
- Ulotomia;
- Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente;
- Glossorrafia;
- Ulectomia.
- Rastreamento de Câncer de boca

Saúde Bucal do idoso (mais de 60 anos)

Na realidade do país o aumento da expectativa de vida já é um fato e isso coloca a discussão da saúde bucal do idoso e o aumento da atenção a essa faixa etária como necessidades reais do SUS. É de importância fundamental garantir aos idosos o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima. A promoção da saúde bucal influencia em todos esses aspectos, à medida que melhora a mastigação, a digestão, a estética e a possibilidade de comunicação.

A equipe deve estar atenta a fatores que podem afetar o acesso do idoso à atenção em saúde bucal, tentando minimizá-los na medida de sua competência. Fatores como a dependência de familiares, as barreiras físicas, a dificuldade de locomoção por problemas de saúde, a falta de priorização dessa faixa etária pelos serviços odontológicos, os fatores socioeconômicos e culturais, o medo ou tabus, o descrédito na resolubilidade do serviço de saúde, a crença de que usuários

portadores de prótese total não necessitam de acompanhamento pela equipe de saúde bucal, e a percepção de saúde bucal.

O idoso deve ser avaliado quanto a sua autonomia na realização de tarefas diárias e quando se fizer necessário deve ocorrer o envolvimento da família ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde, facilitando processo de atenção em saúde bucal ao idoso. Os cuidadores têm de ser também orientadas para saber como lidar com a saúde bucal deste usuário.

Entre as condições bucais relevantes mais comuns no idoso podemos citar a cárie de raiz, xerostomia, lesões de tecidos moles, doença periodontal, câncer bucal, edentulismo, abrasão/erosão dentária, halitose, dificuldade de higienização, dificuldade de mastigação e deglutição, necessidade de prótese ou uso de prótese mal-adaptada. O exame para detecção dessas condições deve ser feito criteriosamente no usuário idoso, assim como a investigação dos possíveis fatores determinantes.

É importante sempre a interação dos profissionais da equipe, de maneira multidisciplinar, podendo oferecer ao paciente idoso o tratamento mais adequado e seguro.

Atividades coletivas a serem realizadas com idosos:

Rastreamento de Câncer de boca e orientações sobre a importância do auto exame e dos retornos para reavaliações.

- Ações junto a grupos de hipertensos e diabéticos, com objetivo de conscientizar sobre a relação entre saúde bucal e o controle destas condições crônicas e ainda os possíveis efeitos colaterais bucais da medicação utilizada.
- Grupos operativos com foco na cessação do tabagismo.

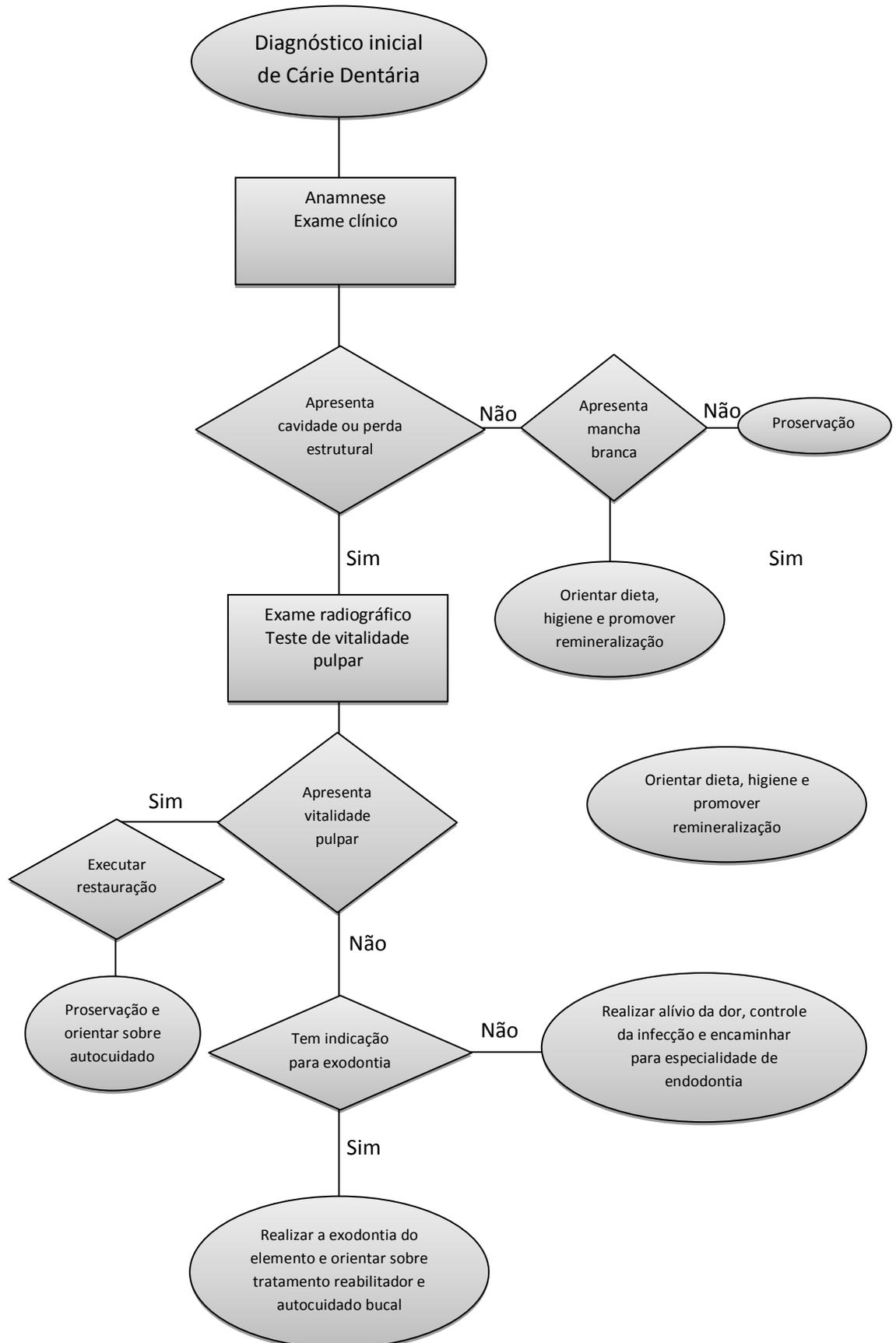
Procedimentos odontológicos individuais realizados no paciente idoso na unidade ESF Candidés:

- Primeira Consulta Odontológica Programática
- Aplicação terapêutica intensiva com flúor – por sessão
- Controle da placa bacteriana;
- Escariação por dente;
- Remoção de indutos, placa e cálculo supragengivais por hemiarcada;
- Curetagem subgengival e polimento dentário por hemiarcada;
- Inserção e condensação de substâncias restauradoras – por dente;

- Capeamento pulpar direto em dente permanente;
- Pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório;
- Restauração com amálgama;
- Restauração com material fotopolimerizável;
- Remoção de cárie e preparo cavitário por dente;
- Restauração com cimento de ionômero de vidro;
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Tratamento de alveolite;
- Tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de emergência;
- Ulotomia;
- Necropulpectomia em dente decíduo ou permanente;
- Ulectomia.

O sistema de saúde do nosso município não oferece o serviço de prótese odontológica, tornando esta uma demanda sem resposta para os pacientes na realidade atual. Orientações sobre a importância da utilização de próteses e manutenção das mesmas são rotina nos atendimentos a pacientes com indicação de exodontias e com necessidade de novas próteses ou substituição daquelas que porventura apresentam-se insatisfatórias.

Protocolo clínico a ser utilizado no diagnóstico e tratamento da cárie dentária pela equipe de saúde bucal da ESF Candidés:



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A operacionalização do ESF deve ser adequada às realidades locais, desde que mantidos os princípios e diretrizes fundamentais do SUS, por isso é muito importante diagnosticar e identificar os principais problemas relacionados com o risco à cárie. Como estratégia de enfrentamento, o plano de ação será utilizado para reorganização da assistência odontológica a população de maior risco, atuando sobre os nós críticos do risco a cárie com objetivo de diminuí-lo.

O plano de ação deverá ser colocado em prática envolvendo todos os profissionais componentes da ESF, bem como divulgado para a referência técnica de Odontologia da secretaria de saúde, como forma facilitadora para obter recursos materiais para as ações preventivas.

Ações periódicas de avaliação e planejamento deverão ser realizadas para permitir o monitoramento da nova rotina de trabalho, verificando sua aplicabilidade no dia a dia de atuação da equipe servindo como embasamento para planejamento futuros.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA T. F. et al. Family context and incidence of dental caries in preschool children living in areas covered by the Family Health Strategy in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad Saude Publica**. n. 28, v.6, p.1183-95, 2012.

AMARAL, M. A. et al. Dental caries in young male adults: prevalence, severity and associated factors. **Braz Oral Res**. n.19, v. 4, p. 249-55, 2005.

ANTUNES, J. L.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev Saude Publica**. n. 44, v. 2, p.360-5, 2010.

BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. Evaluation of the Family Impact Scale for use in Brazil. **J Appl Oral Sci**. n. 17, v.5, p. 397-403, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, 1988. 137p.

BRASIL Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva **Programa Saúde da Família / Ministério da Saúde**. Brasília. 2001. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal**. 2002. 24p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Gestão de Atenção Básica. **DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**. Brasília: Ministério da saúde, 2004. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Organização Panamericana da Saúde; 2006

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il. – (**Cadernos de Atenção Básica, n. 17**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. 256p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Caderno Humaniza SUS v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnsb/>> Acessado em 23 jul. 2013.

CÂMARA MUNICIPAL DE DIVINOPOLIS. **Sobre Divinópolis**. Disponível em: <www.camaradiv.mg.gov.br>. Acesso em: 27 dezembro de 2013.

CHAVES, S. C. Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models. **Braz Oral Res**. n.1, v.26, p. 71-80, 2012.

COLUSSI, C. F.; FREITAS. S. F. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saúde Pública**. n.18, v. 5, p. 1313-20, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Atos e Normativos. **Resolução CFO 85/2009 de 30 de janeiro de 2009 altera as redações do inciso II, do artigo 121 e dos capítulos IV e V da consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1286>> Acessado em 02 de novembro de 2013.

COSTA ,S. M. et al. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciêñ Saúde Colet**. n.18, v. 2, p. 461-70, 2013.

de PAULA, J. S. et al. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. **BMC Oral Health [on line]**, v.10, n.13, p. 1-8, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/10>>. Acesso em: 12 Out. 2013.

FARIA H. P. et al. **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Unidade didática I. Módulo 2: Modelo assistencial e atenção básica à saúde. Editora UFMG - Nescon UFMG, Belo Horizonte, 2008.

GENIOLE, L A. I. *et al.* **Saúde bucal por ciclos de vida**. Campo Grande: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.

GONCALVES, E. R.; PERES M, A.; MARCENES, W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**. n. 18, v. 3, p. 699-706, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010**. Rio de Janeiro, RJ: 2003.

LUCAS, S. D.; PORTELA, M. C.; MENDONÇA, L. L. Variações no nível de cárie dentária entre crianças de 5 e 12 anos em Minas Gerais, **Brasil. Cad. Saúde Pública**. n. 21, v. 1, p. 55-63, 2005.

MACHADO, L. P. et al. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. . **Rev Saúde Pública**. n. 46, v. 3, p. 526-33. 2012.

MELLO et al. atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. de Atenção Primária à Saúde**. n. 2, v. 12, p. 204-13, 2009

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte, 2006.

PERES, K. G. et al. Estudo longitudinal de saúde bucal na coorte de nascidos vivos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982: aspectos metodológicos e resultados principais aos 15 e 24 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**. n. 27, v. 8, p. 1569-80, 2011.

PERES M. A. et al. Estudos de saúde bucal na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993: metodologia e resultados principais. **Cad Saúde Pública**. n. 26, v. 10, p. 1990-9, 2010.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev Saúde Pública**. n. 34, v. 4, p. 402-8, 2000.

PREFEITURA DE DIVINOPOLIS. Cidade de Divinópolis. Disponível em: < www.divinopolis.mg.gov.br > Acessado em 27 de dezembro de 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Ranking IDHM Municípios 2010**. Disponível em: < www.pnud.org.br > Acessado em 27 de dezembro de 2013.

PUCCA JUNIOR, G. A. et al.. Oral health policies in Brazil. **Braz Oral Res**. n. 23, v. 1, p. 9-16, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE. **Lista de Discussão da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.**

Disponível (acesso restrito) em: <<http://www.grupos.com.br/group/sbmfc>>. Acesso em: 23 jan. 2007.

SILVA, S. R.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saúde Pública**. n. 35, v. 4, p. 349-55, 2001.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. Diferentes Conceitos da Cárie Dentária e suas Implicações. In: **Cariologia Clínica**, 2. ed. São Paulo: Santos, 1995, cap. 9, p. 209-17.

TURRIONI, A. P. et al. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. **Cien Saude Colet**. n. 17, v.7, p. 1841-8, 2012.