

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO DE
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

Florianópolis, julho de 2006

**Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde**

**Prefeito
Dário Elias Berger**

**Secretário de Saúde de Florianópolis
João José Cândido da Silva**

**Secretário Adjunto
Clécio Antônio Espezin**

**Diretor do Departamento de Saúde Pública
Selma Loch**

**Assessoria de Desenvolvimento Institucional
Leodemar Rodrigues Ferreira
Geresa Machado Ribeiro**

**Equipe técnica:
Jacqueline C. de Vasconcellos Back
Marynes Terezinha Reibnitz**

**Colaboradoras:
Rita de Cássia Vieira dos Santos
Isabel Cristina Poletto de Matos**

Sumário

Protocolo de Atenção à Saúde Bucal	5
Sistema de agendamento de consultas nas unidades básicas de saúde	6
A criança	7
O adolescente	13
Normatização para os procedimentos coletivos	15
Gestantes	17
Adulto	18
Idoso	18
Referências e contra-referências em saúde bucal	20
1) Endodontia	20
2) Periodontia	22
3) Odontopediatria	23
4) Referência de pacientes de portadores de necessidades especiais ao CEO	24
5) Cirurgia	26
6) Diagnóstico oral – Fluxograma	28
Referências	29
ANEXO A – MANUAL DE FLUORTERAPIA	32
Introdução	32
Uso seguro do flúor	33
1) Dentifrícios	33
2) Flúor gel	35
3) Soluções de Fluoreto de sódio	35
4) Verniz com Flúor	36
Considerações	38
Referências	41

Protocolo de Atenção à Saúde Bucal

A atual visão de promoção de saúde é abrangente, superando a prática corrente que entende a promoção de saúde apenas como ações voltadas à mudança de comportamento e prevenção das doenças. Esta visão implica reconhecer que o objeto de atuação dos profissionais de saúde bucal constitui-se em três vertentes; a recuperação dos danos causados pelas doenças bucais, a aplicação de métodos de prevenção e o repasse de informações para o autocuidado e manutenção da saúde. O preparo dos profissionais de saúde bucal em práticas e atitudes que os ajudem neste processo é prioritário, integrando-os à equipe de saúde. Dispondo de conhecimentos abrangentes e participando das questões mais amplas da comunidade, como por exemplo: educar e informar as pessoas sobre os efeitos da dieta, higiene, uso de fluoretos, do fumo, do consumo de álcool e, sobre o processo saúde/doença estaremos contribuindo para que os indivíduos tenham um estilo de vida mais saudável.

Várias atividades de promoção de saúde bucal têm sido conduzidas de forma efetiva por setores não ligados diretamente à saúde e incorporadas a rotinas diárias e ambientes, como escolas. Há evidências de expansão de efeitos a outros membros da família a partir destes espaços sociais.

“Promover saúde é mais do que contar para o paciente que cárie pode ser prevenida através da utilização correta de produtos contendo flúor, da limpeza adequada dos dentes e da racionalização do consumo de açúcar. Promoção de saúde é uma ação global, objetivando a melhoria na qualidade de vida das pessoas. Neste contexto, [...] é apenas uma parte do todo. É qualquer esforço planejado para construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes que apoiem o esforço individual e comunitário de ser saudável, fortalecer ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais ou reorientar os serviços...” (BUISHI, 2003).

A equipe odontológica deve agir em parceria com os demais membros da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e com a população para que ela atue em sua própria saúde. Atuar de forma integrada com base epidemiológica, buscando impacto, controle e redução de índices para as doenças da placa bacteriana para que haja um estado de equilíbrio favorável entre saúde e doença. A humanização do atendimento, sua resolutividade e qualidade, a melhoria do acesso, a territorialização, e a otimização das ações de vigilância à saúde para prevenção e controle das doenças e agravos servirão como base para adequar as normas da atenção odontológica. As ações educativas para promoção de práticas saudáveis e do autocuidado e as atividades extra-clínica devem ocupar de 15% a 20% das atividades da equipe de saúde bucal.

A organização deste protocolo vem atender uma necessidade do serviço de ter escrito as diretrizes gerais do atendimento odontológico à população para possibilitar que a promoção de saúde alcance todos os cidadãos que dele se utilizam.

Anteriormente haviam sido organizadas as normativas do Programa Capital Criança que se constituíram durante muitos anos como os únicos documentos norteadores do atendimento odontológico do serviço, ao lado das portarias de parâmetros de atendimento dos profissionais de saúde.

Com a inclusão dos Cirurgiões-Dentistas no Programa de Saúde da Família surgiu a necessidade de se definir estratégias de ação para as equipes de saúde bucal da saúde da família e como início deste processo a instituição proporcionou cursos de atualização e especialização em áreas de interesse aos cirurgiões-dentistas.

O projeto de Saúde Bucal no PSF para o município foi escrito e discutido com os cirurgiões-dentistas da Secretaria da Saúde e as ações estão acontecendo ou estão em fase de implementação.

Este protocolo foi construído a partir de normativas existentes no serviço e como instrumento dinâmico que é, está sendo apresentado para conhecimento dos profissionais, porém não se encerra em si e possibilita transformações a partir das práticas diárias do serviço.

A integração da saúde bucal ao Programa Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família é uma estratégia para a organização da atenção básica que tem por objetivo a implementação da Vigilância à Saúde, por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde.

Busca construir novos processos de trabalho voltados às famílias, valorizando a intersetorialidade e o controle social.

O reconhecimento do território, a identificação das famílias de risco, a apropriação das condições socioculturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade social local possibilitam a compreensão da causalidade das doenças e a proposição, de maneira multidisciplinar e multiprofissional, da atenção adequada à comunidade.

As equipes de Saúde Bucal da Saúde da Família foram instituídas no município a partir de agosto de 2004 e as ações destas equipes foram inicialmente orientadas para o atendimento dos escolares e das demandas clínicas dos usuários, também para a integração destes profissionais nas equipes que já atuavam nas unidades.

A construção do trabalho das equipes de Saúde Bucal deve seguir as orientações da Portaria GM/MS 648 (de março de 2006) que: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Na Portaria acima referida em seu anexo 1 estão definidas as atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS.

São atribuições comuns a todos os profissionais:

- 1) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relacionados ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- 2) realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

- 3) realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- 4) garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- 5) realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- 6) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- 7) responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- 8) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- 9) promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- 10) identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- 11) garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- 12) participar das atividades de educação permanente; e
- 13) realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

São atribuições específicas do Cirurgião-Dentista:

- 1) realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- 2) realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- 3) realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da

saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

- 4) encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;
- 5) coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- 6) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- 7) contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;
- 8) realizar supervisão técnica do THD e ACD; e
- 9) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

São atribuições do Técnico em Higiene Dental (THD):

- 1) realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- 2) coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- 3) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- 4) apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
- 5) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

São atribuições do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

- 1) realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- 2) proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- 3) preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- 4) instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;
- 5) cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- 6) organizar a agenda clínica;
- 7) acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros de equipe da saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e
- 8) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do PSF.

Sistema de agendamento de consultas nas unidades básicas de saúde

O agendamento das atividades da equipe de saúde bucal seguirá o planejamento e programação local levando em conta as necessidades da população, considerando os grupos prioritários estabelecidos pelo serviço e as escolas existentes na área de abrangência da unidade.

Os grupos prioritários têm preferência no agendamento de consultas e atividades, porém deve-se garantir o acesso ao serviço às pessoas que dele necessitam.

O sistema de agendamento para a população adulta em geral deve considerar a capacidade de atendimento instalada e a demanda ao serviço na tentativa de equacionar procura e oferta local.

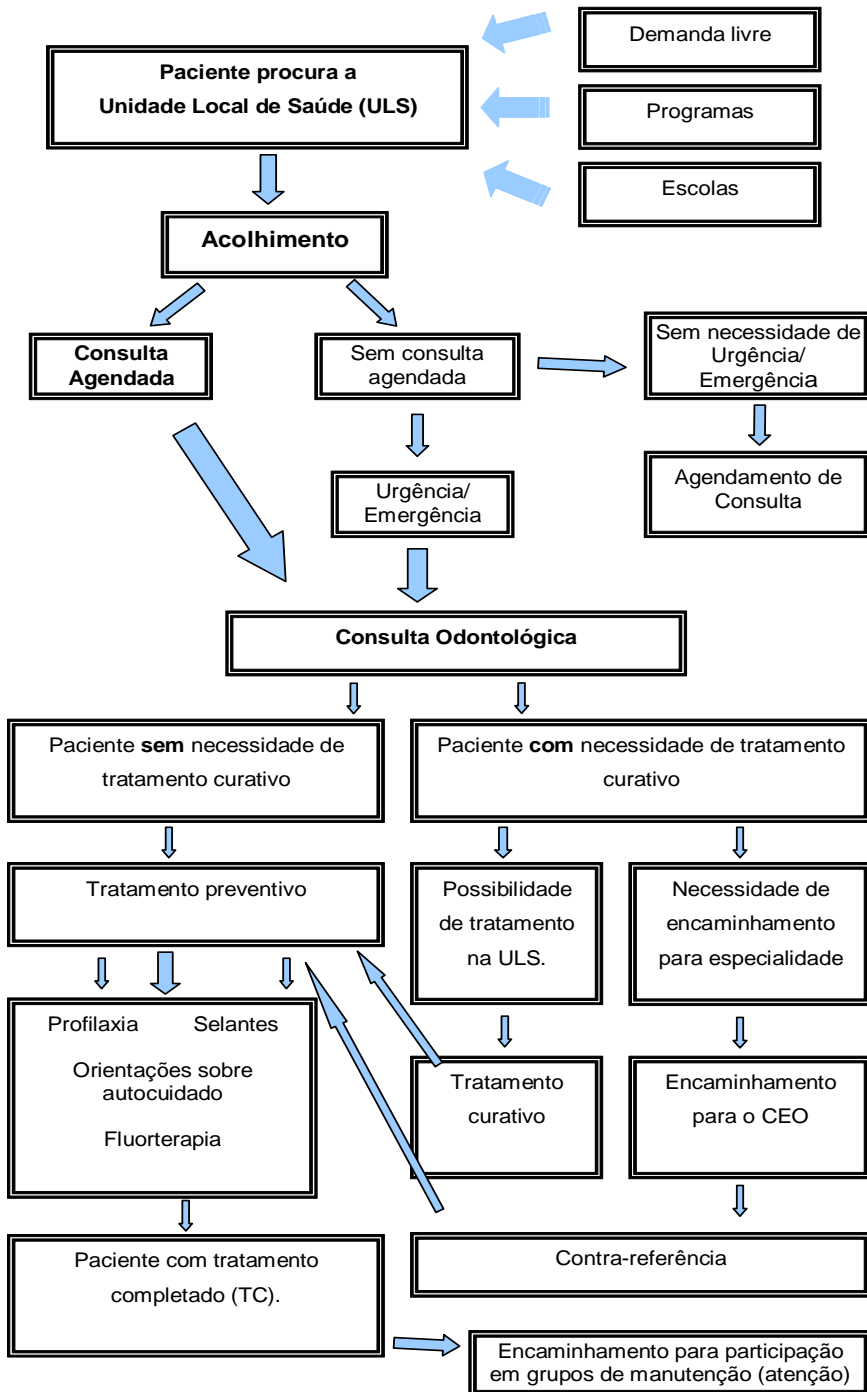
Apresentamos abaixo exemplo de agenda a ser construída para a equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família.

2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã Demanda livre	Atendimento clínico de escolares: creches, NEIS crianças até 14 anos das escolas da área de abrangência, + emergências	Atividades em escolas, creches e NEIS, realizando palestras, orientações sobre saúde bucal para as crianças (revelação de placa, escovação supervisionada) escovação com flúor gel e bochechos com flúor nos locais sem flúor na água de abastecimento público – Dentista, ACD ou agente de saúde treinado.	Atendimento clínico de gestantes + emergências	Atendimento clínico de bebês e crianças
Tarde Demanda livre	Atividades em escolas, creches e NEIS, realizando palestras, orientações sobre saúde bucal para as crianças (revelação de placa, escovação supervisionada) escovação com flúor gel e bochechos com flúor nos locais sem flúor na água de abastecimento público – Dentista, ACD ou agente de saúde treinado.	Atendimento clínico de bebês e crianças	Participação nas atividades dos grupos estabelecidos na ULS e/ou Visita domiciliar: priorizar famílias em risco biológico e social e/ou Atendimento clínico a escolares de 0 a 14 anos	Demanda livre

A criança

A criança deve ter sua primeira consulta odontológica agendada pela agente educadora que visita as maternidades para quando completar 30 dias de vida na Unidade Local de Saúde (ULS) mais próxima de sua casa. Nesta visita é entregue a mãe um *kit* de primeiros cuidados gerais do bebê que contém: folder com orientações sobre saúde bucal, folder de orientações sobre uso dos componentes do *kit*, pomada para assadura, gaze e álcool 70 para o curativo do coto umbilical, sabão de glicerina e termômetro. A marcação de consulta odontológica e a entrega do *kit* com orientações sobre higiene bucal são as primeiras ações da Secretaria de Saúde na promoção de saúde bucal da criança.

Fluxograma da Atenção Básica:



1) Roteiro para a primeira consulta odontológica da criança (30 dias)

A consulta deverá ser dividida em dois momentos:

1º momento

- Anamnese: Ouvir a família; observar o comportamento da criança, captando suas imagens não verbais; observar a queixa principal, quando houver; perguntar sobre intercorrências durante a gestação: doenças, medicamentos utilizados, carências nutricionais, traumas, etc.
- Preenchimento da ficha clínica: organizar os registros de um modo que seja compreensível e anotar tudo, se possível com autorização do responsável pelo paciente para o tratamento.
- Orientações para a mãe ou responsável: pontos a considerar:
 - a) Aleitamento materno: O profissional deverá estimular o aleitamento natural, ressaltando que o leite materno é o melhor para o bebê, e deve ser o único alimento a ser oferecido a ele até os 6 meses de vida; promove o desenvolvimento dos músculos relacionados aos maxilares e língua, auxiliando na aquisição da fala, deglutição, oclusão e colabora efetivamente na prevenção da respiração bucal; confere imunidade natural ao bebê.
 - b) Uso de bicos e chupetas: Desestimular, pois a sucção do dedo, chupeta ou mamadeira é um fator que pode interferir negativamente no desenvolvimento facial da criança, podendo levar a alterações bucais, tais como: mordida aberta, mordida cruzada, inclinação inadequada dos dentes, diastemas e alterações no padrão de deglutição.
 - c) Higiene da boca do bebê: Orientar sobre a limpeza da cavidade bucal do bebê que deve ser iniciada antes mesmo da erupção dental, a partir dos primeiros dias de vida do bebê, 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. A limpeza pode ser realizada com uma gaze ou fralda limpa embebida em água filtrada e/ou misturar uma colher de água oxigenada 10 vol. em ½ copo de água fervida ou filtrada (fria) que deve ser passada delicadamente na gengiva, nos vestíbulos bucais.
 - d) Dieta: Até os 6 meses, orientar sobre o aleitamento exclusivo, após, ao se introduzir outros alimentos, desestimular o uso de açúcar em

mamadeiras de leite e/ou sucos, papinhas, etc; alertar sobre o risco de cáries rampantes ou de “mamadeira”; orientar para não se usar mel, melado ou similar para a criança aceitar a chupeta. As papas de legumes não devem ser liquidificadas, mas sim amassadas com garfo para que a criança perceba as diferentes texturas dos alimentos e inicie o mais cedo possível o processo da mastigação.

- e) Uso de fluoretos: não há necessidade de suplementação de flúor se na área onde a família reside, a água de abastecimento público for fluoretada. Orientar para usar creme dental na higienização (escovação) dos dentes da criança a partir do nascimento dos 1^{os} molares decíduos, sempre salientando para estimular a criança a cuspir a espuma da escovação. Usar quantidade mínima de creme dental (sujar a escova apenas). Nos últimos 10 anos ocorreram mudanças nos conceitos de como o flúor age no controle do desenvolvimento da cárie dentária. Evidências científicas atuais estão dando maior importância aos efeitos cariostáticos pós-eruptivos do que os benefícios pré-eruptivos do flúor. (Promoção de saúde PCC, 1998), por isso não mais se recomenda o uso de suplemento de flúor para gestantes e não se dá tanta ênfase para o uso oral de soluções de fluoreto de sódio para a população infantil.
- f) Transmissibilidade da doença cárie: a contaminação precoce por microorganismos causadores da doença cárie em bebês pode ocorrer a partir de contatos frequentes e repetitivos entre a mãe e a criança – transmissibilidade da doença cárie, tais como beijos na boca, uso comum de talheres e hábitos de se limpar a chupeta colocando-a na boca do adulto e logo oferecendo à criança; Segundo Alaluusua, Renkomeni (1983), quanto mais cedo ocorrer a contaminação da criança por microorganismos cariogênicos, maiores são as possibilidades do aparecimento precoce da doença cárie. Uma gestante que apresente intensa atividade de cárie deve ser avaliada e tratada na clínica odontológica, para que ela tenha melhor condição bucal na hora do nascimento do seu bebê; dessa forma, haverá uma redução nos níveis salivares de microorganismos cariogênicos.

2º momento

- Exame clínico bucal: Deve-se fazer a inspeção da cavidade bucal prestando atenção para a presença de: dentes neonatais, dentes

natais, pérolas de Epstein, nódulos, cistos, anomalias congênitas, problemas com freios e/ou bridas musculares, problemas com língua (tamanho, tonicidade, posicionamento), anotações na ficha clínica.

- Encaminhamentos quando necessário.

Observações

☞ A consulta de 30 dias poderá ser realizada em grupo com agendamento mensal para os bebês na ULS quando a demanda de bebês for significativa e assim a equipe de saúde bucal da ULS julgar melhor. No atendimento de grupo iniciar com as orientações aos pais e em seguida com o exame clínico dos bebês. Preencher a RAAC, ficha clínica individual e RAAI.

☞ Os cuidados com o bebê:

A prevenção da cárie dentária pelo controle da dieta pode ser desenvolvida desde a vida intra-uterina, especificamente, a partir do quarto mês de gestação, período em que se inicia o desenvolvimento do paladar do bebê. A partir deste período a ingestão de alimentos açucarados pela mãe pode desenvolver no bebê avidez pelo açúcar, portanto, a implementação de novos hábitos alimentares na mãe proporcionará uma melhor condição de saúde bucal para o seu filho.

A amamentação natural durante o primeiro ano de vida é fundamental para a prevenção de má oclusão, além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular durante a ordenha no peito favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de posicionamento incorreto dos dentes e das estruturas orofaciais.

2) Roteiro da segunda consulta odontológica da criança

A segunda consulta da criança deverá ser realizada no 6º mês de vida, com o nascimento dos primeiros dentes de leite ou de acordo com a necessidade de cada criança. Deverá ser individual e agendada pela ULS, após a consulta médica ou de enfermagem do 5º mês.

Esta consulta divide-se em dois momentos:

1º momento

- Anamnese.
- Orientações preventivas das doenças bucais para os responsáveis pela criança salientando:
 - a) Higienização bucal: demonstrar técnica de higienização bucal com o uso do creme dental. Iniciar a erupção dos primeiros molares decíduos, em pouca quantidade (“sujar” a escova) e orientação para ensinar a criança a cuspir o excesso do creme dental.
 - b) Dieta: A ingestão do açúcar deve ser controlada, fazer o uso inteligente do açúcar, onde o ideal é usar a menor quantidade e menor frequência e a consistência menos aderente possível. Salientar sobre o perigo da ocorrência de cárie rampante ou de mamadeira, como pode ocorrer a transmissibilidade da doença cárie.

A mastigação e a sucção são reflexos de alimentação. A sucção é um reflexo inato e a mastigação é um reflexo adquirido, que depende de aprendizado. Oriente e estimule o uso da colher: frutas amassadas e alimentos passados em peneira; depois amassados com o garfo, finalmente oferecidos em grãos ou pedaços. A introdução de alimentos sólidos deve ser feita após os seis meses, mesmo sem o aparecimento dos dentes. As terminações nervosas que acionam os músculos da mastigação estão totalmente mialinizadas aos 6 meses de idade. A criança pode então substituir o prazer de sugar pelo de mastigar alimentos.

2º momento

- Exame clínico bucal com preenchimento da ficha clínica.
- Encaminhamentos quando necessários.

3) Consultas subseqüentes

As demais consultas podem ser semestrais ou de acordo com a necessidade da criança para tratamento clínico e manutenção de sua saúde bucal e poderão ser oferecidas:

- a) Atendimento clínico nas Unidades Locais de Saúde para as crianças que estão fora das unidades escolares e as que necessitarem de tratamento clínico vindas das Creches NEIS e Escolas.

- b) Nas Creches e NEIS Municipais o atendimento será coletivo e efetuado, basicamente com orientações sobre prevenção para crianças, pais, professores e encaminhamento para a ULS quando necessário. Será realizado o exame clínico no início do semestre letivo, verificando as crianças de risco e com necessidade de encaminhamentos. Também serão realizadas ações educativas (palestras, e atividades interativas com as crianças); técnica de escovação e escovação supervisionada com entrega de 1 escova dental para cada criança, e um creme dental por sala; revelação de placa bacteriana; escovação com fluorgel nas crianças com risco de desenvolver cárie, distribuição de desenhos educativos entre outros.

Consultar manual de fluoroterapia.

- c) Encaminhamentos existentes: Odontopediatria no CEO (Centro de Especialidades Odontológicas – a partir de julho de 2006); encaminhamento à UFSC.

O adolescente

Para assumir papel de relevância na sociedade, é necessário que o adolescente tenha acesso a bens e serviços que promovam sua saúde, educação e bem estar, sendo fundamental que a família e a equipe de saúde compreendam os processos da adolescência.

Cabe à equipe de saúde bucal incorporar-se aos atendimentos de grupo de adolescentes e através de linguagem apropriada para esta faixa etária divulgar os conceitos de promoção de saúde bucal tão amplamente utilizados para a nossa clientela infantil. Deve-se buscar dar seqüência ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com a criança e consolidar a idéia do autocuidado e da importância da saúde da boca para cada indivíduo, lembrando a importância de estimular uma alimentação saudável, balanceada, evitando refrigerantes, *chips* e doces, sempre enfatizando os cuidados com a higiene bucal, e uso do flúor.

Dicas para a atenção ao adolescente:

- Captação do adolescente na ULS: o acolhimento ao adolescente tem como objetivo humanizar e melhorar a qualidade do atendimento, ampliando o acesso dos adolescentes aos serviços prestados nas Unidades de Saúde, captando e estimulando essa faixa etária à promoção de sua saúde bucal;

- Será nesta fase que o indivíduo consolidará, se bem orientada, uma mentalidade de autocuidado que irá garantir uma saúde bucal duradoura;
- Surge uma oportunidade para as equipes de saúde, que tanto investiram na saúde bucal das crianças, de eliminar a solução de continuidade existente entre a infância e a vida adulta;
- Atenção especial nesta fase será o risco aumentado à doença periodontal: fica evidente quando se observa a alta incidência de gengivites e o surgimento da Periodontite Juvenil Localizada ou Generalizada; que se caracteriza pela destruição do periodonto de sustentação.
- Pode ocorrer gengivite gravídica nas adolescentes gestantes;
- Pode-se suspeitar ou diagnosticar as DST's pelas lesões orais, haja vista a prática usual do sexo oral sem proteção;
- Pode-se suspeitar de anorexia /bulimia nervosa pelas erosões dentárias decorrentes de vômitos repetidos;
- As más-oclusões são acentuadas pelo crescimento sagital do crânio, que ocorre na puberdade.

Atendimento clínico nas unidades locais de saúde:

- 1) Anamnese,
- 2) Exame clínico bucal (intercorrências, queixa principal, planejamento do tratamento odontológico).
- 3) Preenchimento da ficha clínica odontológica.
- 4) Orientações sobre prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental, o que é e como acontece; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor.
- 5) Atendimento clínico (restaurações, profilaxias, tartarectomias, extrações, aplicação de flúor tópico, entre outras ações preventivas).
- 6) Encaminhamentos para especialidades quando necessário e controle dos retornos (referência e contra-referência).

Atendimentos coletivos: O Dentista ou THD/ACD treinados deverão atuar junto à grupos de atenção nas ULS, desenvolvendo atividades

de educação em saúde bucal. Este grupo deverá ser priorizado para os procedimentos coletivos nas escolas (0 a 14 anos) e estimulado para sua inserção no programa de saúde da família.

As ações educativas para promoção de práticas saudáveis e do autocuidado intra e extra-clínica devem ser estimuladas em todas as idades visando o repasse de informações e/ou orientações sobre cuidados com a saúde bucal, estas ações podem ser realizadas dentro ou fora da Unidade Local de Saúde.

Na Unidade de Saúde: Utilizar o tempo de espera dos usuários para o atendimento: 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 Locais de Saúde.

Nas escolas: Detectar os adolescentes de risco e encaminhá-los para a ULS de acordo com a necessidade, aqueles que tiverem indicação, serão referenciados para atendimento especializado (CEO).

Normatização para os procedimentos coletivos

Conjunto de procedimentos de educação em saúde e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, que dispensa equipamentos odontológicos; devem ser realizados de acordo com os critérios de risco social e atividade de doença, avaliados pela equipe de saúde bucal que deverá definir método e frequência para o acompanhamento de grupos populacionais, previamente identificados, que devem prosseguir durante todo o ano com ênfase na promoção de saúde:

- 1) Os procedimentos coletivos escolares deverão priorizar crianças de 0 à 10 anos nas escolas, creches e NEIS da rede pública municipal de Florianópolis, e paulatinamente expandir até 14 anos.
- 2) Realizar o exame clínico para diagnóstico nas escolas no início do ano e encaminhar as crianças até 10 anos que necessitarem tratamento para a Unidade Local de Saúde (ULS). Preencher a ficha de encaminhamento e autorização para tratamento para os pais (Anexo A) relatando as necessidades ou não de tratamento da criança. Os pais deverão ir à ULS agendar a consulta, sem enfrentar fila.
- 3) Preencher no início de cada semestre o Cadastro de Procedimentos Coletivos para o pedido de materiais a serem utilizados nos trabalhos

com os escolares. Anexar as listagens com nome dos alunos por turma, fornecidos pelas escolas atendidas.

- 4) É necessário preencher a RAAC a cada atividade de grupo realizada com os nomes das crianças participantes nas atividades, número de crianças, grupo de atenção, tema, etc.
- 5) O Dentista terá disponível inicialmente um dia por semana na agenda para realizar as atividades coletivas nas escolas. As atividades coletivas deverão ser programadas por turma de acordo com necessidade das crianças.
- 6) Agendar palestra sobre educação em saúde bucal com pais e professores de cada unidade escolar no início do semestre.
- 7) Realizar atividades educativas interativas, teatros de fantoches ou palestras com álbum seriado no início de cada semestre, com linguagem apropriada a cada faixa etária, complementando as atividades com desenhos ou outras atividades lúdicas. Enfocar temas como dieta, aleitamento materno, higiene bucal, técnica de escovação e escovação supervisionada, distribuição de *folders* com orientações em saúde bucal. Também enfatizar sobre os efeitos nocivos do fumo e álcool e cuidados com a exposição prolongada ao sol (conforme faixa etária que se vai trabalhar). Este repasse de informações visa o auto-cuidado e a manutenção da saúde para melhorar a qualidade de vida.
- 8) Após ensinar a técnica de escovação, realizar a entrega semestral de 1 escova dental para cada criança cadastrada nos procedimentos coletivos e 1 creme dental por sala. Enfatizar para as crianças pais e professores o uso de pouco creme dental na escova (quantidade igual a 1 grão de ervilha) e somente utilizá-lo quando a criança souber cuspir. Realizar a escovação supervisionada, treinando os professores para mantê-la diariamente após as refeições.
- 9) A escovação com fluorel gel deverá ser realizada em crianças maiores de 5 anos que souberem cuspir e de acordo com necessidade individual (risco) e sempre com acompanhamento do dentista ou THD. Consultar manual de fluoroterapia (Anexo C) na ULS. Os bochechos com solução fluoretada deverão ser realizados semanalmente de acordo com necessidade e nos locais sem água de abastecimento público fluoretada.
- 10) O Odontomóvel (Kombi) está disponível, para visita nas creches e escolas, onde as crianças poderão conhecer o consultório odontológico,

ambientando-se com o mesmo. Também poderão ser realizados procedimentos preventivos (como exame clínico, técnica de escovação, e escovação supervisionada para o condicionamento das crianças utilizando o odontomóvel.

- 11) Para o desenvolvimento das atividades de grupos de gestantes, idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos, fumantes e outros que possam ser necessários para atender a clientela da área de abrangência da ULS a equipe de saúde bucal deverá preencher o Cadastro de Procedimentos Coletivos para o pedido de materiais a serem utilizados nos trabalhos. Os conteúdos abordados deverão ser pertinentes às necessidades específicas de cada grupo e encontra-se neste protocolo sugestão de assuntos a serem desenvolvidos. A periodicidade de cada grupo deverá ser definida em concordância com o planejamento das atividades da ULS. Todas as atividades coletivas devem ser registradas na RAAC.

Parâmetro para as atividades coletivas:

- Dentista 30 horas com ACD – mínimo de 300 crianças
- Dentista 30hs sem ACD – mínimo de 200 crianças.
- Dentista PSF com ACD – mínimo 500 crianças
- Dentista PSF sem ACD – mínimo de 350 crianças.
- THD/PSF incrementar as atividades com no mínimo mais 500 crianças.

Gestantes

- Garantia do agendamento para tratamento odontológico da gestante que estiver realizando o pré-natal na ULS, com orientações sobre prevenção de doenças bucais, exame clínico, tratamento curativo básicos, profilaxia e adequação do meio bucal.
- As gestantes deverão ser agendadas para a consulta odontológica após a primeira consulta do pré-natal e o atendimento deverá ser o mais precoce possível, pois, na necessidade de retornos para intervenções subseqüentes sob anestesia, estes devem ser feitos preferencialmente no segundo trimestre de gestação.
- Agendamento na maternidade para a consulta da puérpera com o dentista na unidade local de saúde próximo à sua casa.

- Garantia do atendimento odontológico da puérpera e mãe até o bebê completar 1 ano.

Consulta da gestante

Atendimento nas unidades locais de saúde:

- 1) Anamnese: intercorrências na gravidez, queixa principal, inquérito de saúde.
- 2) Exame clínico bucal.
- 3) Preenchimento da ficha clínica odontológica, com posterior planejamento do tratamento odontológico.
- 4) Atendimento clínico (restaurações, profilaxias, tartarectomias, extrações, aplicação de flúor tópico, entre outras ações preventivas).
- 5) Encaminhamentos e retornos quando necessário.
- 6) O Dentista ou THD/ACD treinados deverão atuar junto a grupos de gestantes nas ULS, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal.

Temas que deverão ser abordados nos grupos de gestantes pelo dentista:

- Aleitamento materno
- Uso de bicos e chupetas
- Transmissibilidade de bactérias causadoras da doença cárie
- Início da calcificação dos dentes decíduos por volta do quarto mês de vida intra-uterina e da dentição permanente a partir do primeiro mês de vida do bebê; desta forma condições desfavoráveis durante a gestação, tais como: uso de medicamentos, carências nutricionais, infecções entre outros, podem trazer problemas na formação e mineralização dos dentes.
- Desenvolvimento do paladar do bebê na vida intra-uterina (uma dieta rica em açúcares a partir do 4º mês de gestação pode desenvolver avidez pelo açúcar no bebê).
- Orientações sobre a prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental, o que é e como acontece; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor (a suplementação com flúor não é recomendada para gestantes).
- Doenças da gengiva; alterações hormonais.

Adulto

O atendimento ao paciente adulto será oferecido através da disponibilização de vagas na agenda do profissional, com atendimento nas ULS conforme fluxograma da atenção básica descrito anteriormente. Este compreende restaurações, extrações dentárias, profilaxias, tartarectomias, procedimentos preventivos e encaminhamentos para especialidades quando necessário, realização de grupos educativos para a manutenção de saúde bucal na ULS.

Atendimento clínico nas unidades locais de saúde:

- 1) Anamnese,
- 2) Exame clínico bucal (intercorrências, queixa principal, planejamento do tratamento odontológico).
- 3) Preenchimento da ficha clínica odontológica.
- 4) Orientações sobre prevenção da cárie e doenças periodontais: cárie dental, o que é e como acontece; higienização bucal; controle da dieta; uso do flúor.
Orientações sobre auto-exame da boca para prevenção e detecção precoce de câncer bucal.
- 5) Atendimento clínico (restaurações, profilaxias, tartarectomias, extrações, aplicação de flúor tópico, entre outras ações preventivas).
- 6) Encaminhamentos para especialidades quando necessário e controle dos retornos (referência e contra-referência).

Atendimentos coletivos: O Dentista ou THD/ACD treinados deverão atuar junto à grupos de atenção nas ULS, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal.

Idoso

A prevenção primária é destacada como estratégia fundamental para a saúde bucal do idoso (FDI, 1993) e recomendada para países em desenvolvimento. A aplicação de serviços preventivos extensivos para a comunidade e distribuição de recursos quando escassos para a prevenção e educação em lugar dos procedimentos restauradores para reduzir os níveis da doença (ROSA et al., 1993).

A autopercepção da saúde bucal e a motivação para o autocuidado são fatores importantes para minimizar estes índices.

O profissional da odontologia deve estar capacitado para entender os valores e as percepções de saúde bucal do idoso a fim de melhorar as estratégias de ações de educadores e profissionais de saúde (STRAUSS; HUNT, 1993).

Além do ponto de vista biológico, dentes, mucosa bucal e gengivas saudáveis, próteses bem adaptadas darão ao idoso uma maior auto-estima, boa e agradável aparência o que é de fundamental importância para as suas relações sociais e afetivas, melhorando sua qualidade de vida, contribuindo efetivamente para a saúde deste coletivo.

Consulta do idoso:

- Anamnese; escutar o idoso, principal queixa, preenchimento da ficha clínica do idoso; verificar se está em acompanhamento médico, patologias que o idoso possui e repercussões na cavidade oral, Hiposalivação (ver lista de medicamentos que causam hiposalivação*), PA, quais remédios está utilizando no momento (polifarmácia). Exame clínico, palpação de gânglios, ATM, exames complementares; diagnóstico, plano de tratamento.
- Orientação de saúde bucal (para idosos, cuidadores, familiares): higiene bucal, prevenção de câncer de boca (auto-exame bucal, fatores de risco, lesões pré-malignas), alimentação, técnica de escovação e escovação supervisionada, limpeza das próteses, uso do flúor, autocuidado e a manutenção da sua saúde bucal.
- Interagir com o agente de saúde para detectar idosos acamados e com necessidade de atenção odontológica. Realização de visita domiciliar do agente de saúde e do dentista de acordo com necessidade. Tratamento e encaminhamento para a ULS.
- Criação de grupos da terceira idade nas ULS que não o possuem, incluindo palestras de saúde bucal com técnica de escovação e escovação supervisionada de dentes e próteses. Auto exame de boca.

* Consultar documentos enviados à ULS: Protocolo clínico para o IDOSO (Prof. Dr. José Carlos Oleiniski e Prof. Dra. Denise Maria Belliard Oleiniski)

Apostila Odontogeriatrica. Medicamentos que causam hiposalivação; Prof. Dr. José Carlos Oleiniski; Prof. Dra. Denise Maria Belliard Oleiniski; Prof. Fernando Demboski Pinter.

- Encaminhar os fumantes para grupos de referência anti-tabagismo, pois o fumo aumenta em 5 a 7% a doença periodontal, dificultando também sua recuperação.

Referências e contra-referências em Saúde Bucal

- **Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) – (julho/06)**

Protocolo de encaminhamento para atendimento de especialidades no CEO:

1) Endodontia

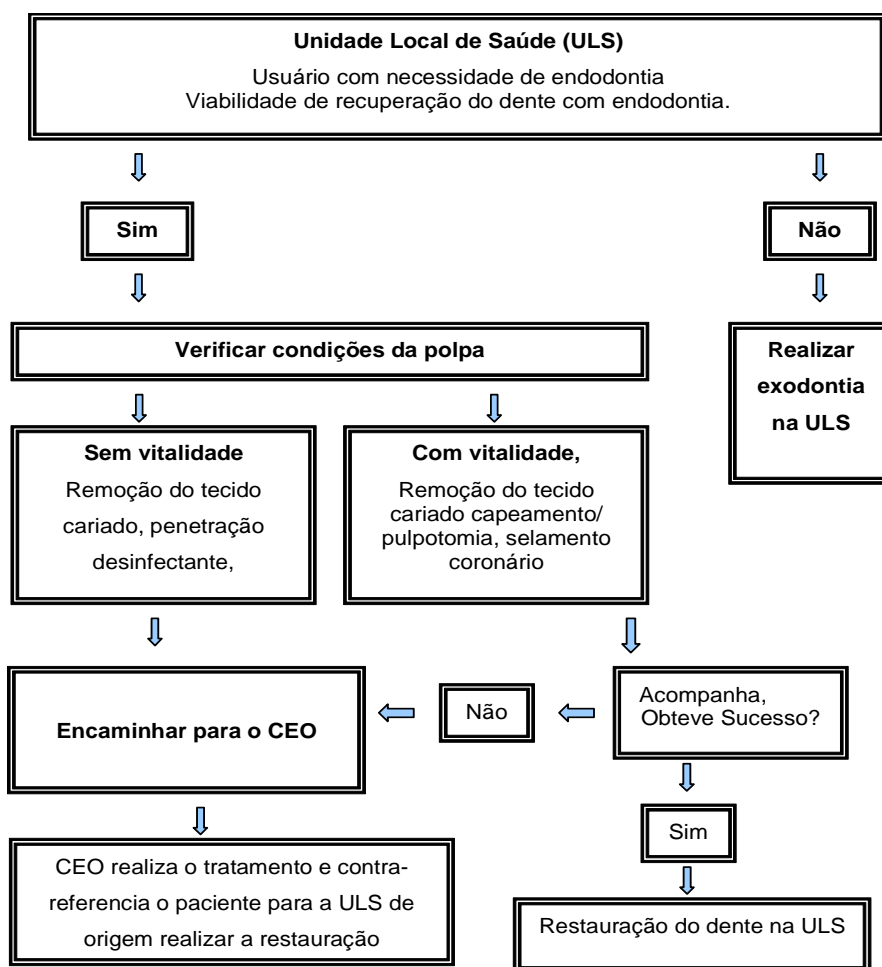
O Serviço de referência irá atender:

- ☞ Dentes permanentes: mono, bi ou multiradiculares.

Critérios para encaminhamentos das Unidades de Saúde Básicas:

- ☞ Encaminhar somente dentes permanentes. Estão contra-indicados 3^{os} molares, sem antagonistas, com acesso irrestrito;
- ☞ Remover toda a cárie do dente a ser tratado e verificar as condições de receber isolamento absoluto; caso se faça necessário, encaminhar previamente para o serviço de periodontia para aumento de coroa;
- ☞ Dentes com envolvimento de furca ou coroa destruída abaixo do nível ósseo são contra-indicados para o serviço;
- ☞ Quando o dente necessitar de prótese, verificar com o paciente, o seu real interesse em manter esse dente e dar prosseguimento ao tratamento;
- ☞ Estabelecer diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica ou periodontal e, se possível, medicar o paciente, antes de encaminhá-lo ao serviço especializado, para que o dente não apresente o quadro de drenagem de abscesso ou processo fistuloso, no momento do tratamento;
- ☞ Não encaminhar dentes com o periodonto severamente agravado – grande perda de estrutura de sustentação e alto grau de mobilidade horizontal e vertical;
- ☞ Se o dente possuir estrutura suficiente para receber uma restauração, mas, se houver alguma destruição da parede em nível ósseo, encaminhar para aumento de coroa clínica, antes da endodontia;

- ☞ As emergências pós tratamento endodôntico devem ser encaminhadas ao serviço que realizou o tratamento, para que o especialista avalie a condição do processo instalado;
- ☞ Não existe a obrigatoriedade de todos os pacientes encaminhados, apresentarem tratamento odontológico concluído, porém, o paciente deve apresentar todos os dentes, ao menos com adequação do meio, remoção de focos de infecção, terapia periodontal básica realizada, inclusive com orientações de higiene bucal;
- ☞ Não serão realizados retratamentos endodônticos.



2) Periodontia

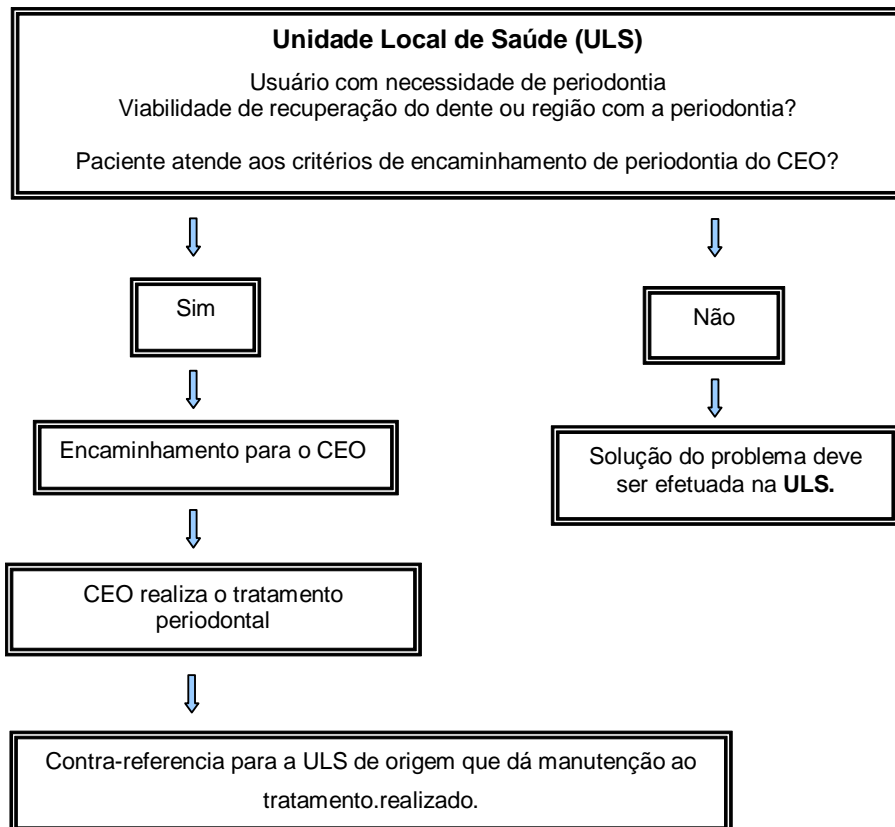
O serviço de referência irá atender:

- ☞ Tratamento não cirúrgico de periodontia avançada (com bolsas acima de 4mm);
- ☞ Cirurgia periodontal com acesso – por elemento ou por segmento . com bolsas acima de 4mm;
- ☞ Cirurgia pré-protética – aumento de coroa clínica, para restaurações e próteses (dentes que apresentem fraturas ou cárie subgingival, e casos de prótese anterior ou posterior, que o paciente tenha condições de arcar com o custo da mesma);
- ☞ Frenectomia – em casos onde o freio labial é bem desenvolvido, que penetre na papila, causando diastema. Após a erupção dos incisivos superiores;
- ☞ Bridectomia – quando a sua inserção dificultar a higienização e/ou causando recessão gengival;
- ☞ Splint – não em casos de traumatismo, somente, em casos onde o paciente já passou pelo tratamento periodontal especializado;
- ☞ Cunha distal ou mesial – nos casos de bolsas com mais de 4mm, onde se verifique hiperplasia gengival que impossibilite a higienização;
- ☞ Gengivectomia e gengivoplastia – onde exista hiperplasia gengival, inclusive medicamentosa ou crateras interproximais.

A Unidade Básica deve encaminhar pacientes com:

- ☞ RAP realizada;
- ☞ Preservação deste primeiro tratamento;
- ☞ Respeitar a vontade do paciente: encaminhando somente aqueles que tenham interesse no tratamento;
- ☞ Orientações sobre higiene bucal, controle de placa e profilaxia;
- ☞ Remoção de fatores retentivos de placa (adequação do meio com ionômero ou IRM);
- ☞ Tratamento de processo periodontal agudo efetuada (drenagem de abscessos, Guna, pericoronarite. parte emergencial, prescrições terapêuticas, entre outros).

Não encaminhar dentes condenados – mobilidade vertical, raízes residuais; extraí-los previamente para início do tratamento dos demais.



3) Odontopediatria

Encaminhar pacientes para Odontopediatria na Policlínica do Estreito.

Indicações para a referência:

- Endodontia de dentes decíduos: mono, ou multiradiculares;
- Pulpotomia em decíduos ou permanente e selamento provisório;
- Colocação de coroas de policarbonato;
- Ulectomia;
- Exodontia decíduo em pacientes com dificuldade de atendimento na ULS;

- Crianças de 0 a 2 anos com cárie aguda ou crônica que não cooperaram com o atendimento clínico na Unidade (enviar as datas e as tentativas de tratamento a ser realizado).

4) Referência de pacientes de portadores de necessidades especiais ao CEO

Requisitos básicos para a referência:

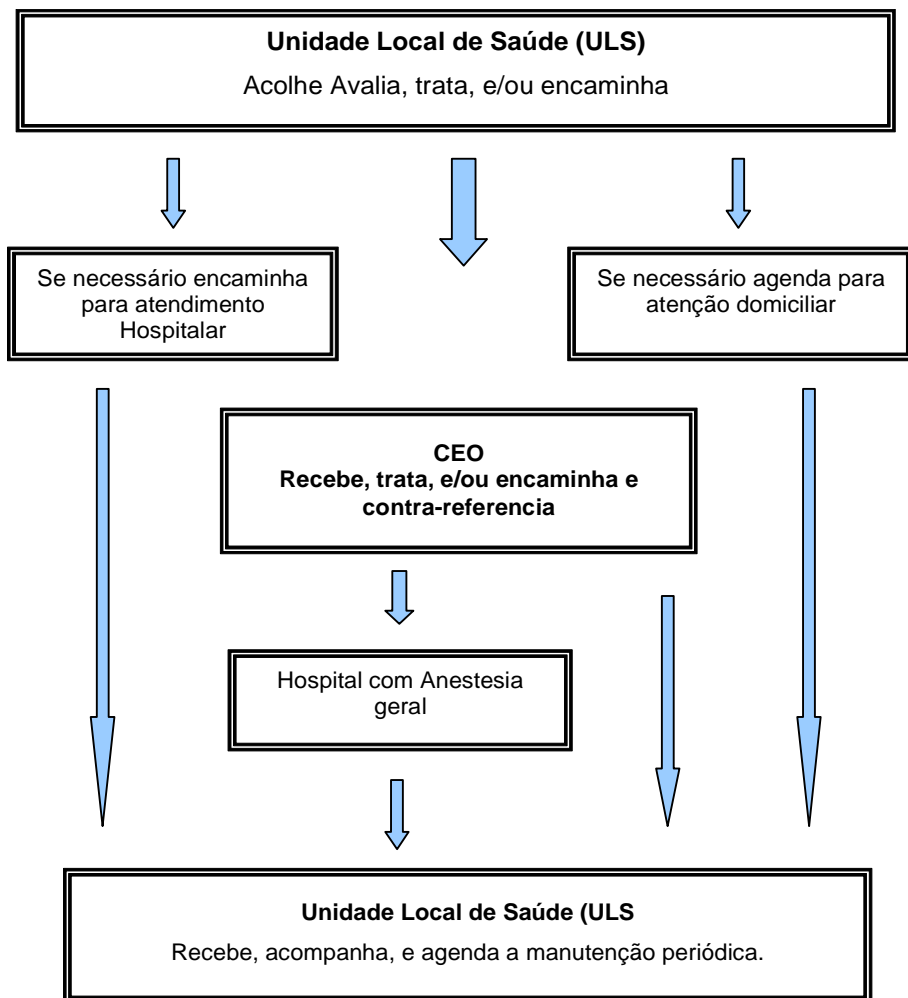
- A porta de entrada de atenção para o PPD é sempre a Unidade Local de Saúde;
- Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo, devem ser encaminhados para o Centro de Especialidades, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar sob anestesia geral;
- Avaliação médica com laudo, relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do paciente;
- Ainda que existam alguns grupos, com situações específicas que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas unidades básicas de saúde. Quando necessário deverão ser encaminhados ao CEO acompanhados de relatório detalhado, justificando a referência e assinado pelo profissional;
- Pacientes com limitações motoras, deficientes visual, deficientes auditivo, deficientes de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, 3ª idade, HIV, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, **sem outras limitações**, deverão ser atendidos nas unidades básicas de saúde.

Critérios de inclusão

- Pacientes que passaram pela Unidade Local de Saúde, e foram avaliados pelo cirurgião-dentista quanto a necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;

- Portadores de sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após duas tentativas frustradas de atendimento;
- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após duas tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- Deficientes sensoriais e físicos, quando associados a distúrbios de comportamento, após duas tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Deficiente neurológico “grave” (ex. paralisia cerebral);
- Doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando impossibilitados de atendimento no centro de saúde;
- Paciente autista;
- Crianças de 0 a 2 anos com cárie aguda ou crônica generalizada, que não cooperam com o atendimento clínico tentado na unidade básica ou com Odontopediatra.
- Outros desvios comportamentais que tragam alguma dificuldade de condicionamento;
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

No formulário de referência, devem ser informadas as datas das tentativas de atendimento.



5) Cirurgia

Requisitos básicos para a referência :

- Cabe ao cirurgião-dentista generalista (clínico geral) a seleção dos casos que serão encaminhados ao especialista. De maneira geral os clínicos ficam responsáveis pelos diagnósticos e tratamentos das lesões com diagnóstico exclusivamente clínico, como: herpes recorrente, gengivo-estomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular. Caso o serviço tenha capacitado os clínicos, as demais lesões devem ser diagnosticadas e podem ser tratadas;

- O paciente em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado aos serviços especializados deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal, incluindo remoção dos fatores retentivos de placa, restos radiculares, selamento de cavidades, instruções de higiene bucal, profilaxia e RAP supragengival);
- Paciente que passou por um atendimento de urgência também deve seguir os mesmos passos citados anteriormente;
- Nos casos de apicetomia, o tratamento ou retratamento endodôntico deverá ser realizado previamente.

O serviço de referência irá atender:

- Apicetomias e obturação retrógrada;
- Cirurgia de dentes inclusos/semi-inclusos – Priorizar casos com sintomatologia;
- Frenectomia lingual (independente da idade do usuário);
- Úlectomias;
- Osteotomia corretiva;
- Cirurgia de tecidos duros e moles (torus palatino e mandibular, cistos, outros);
- Cirurgia pré-protética.

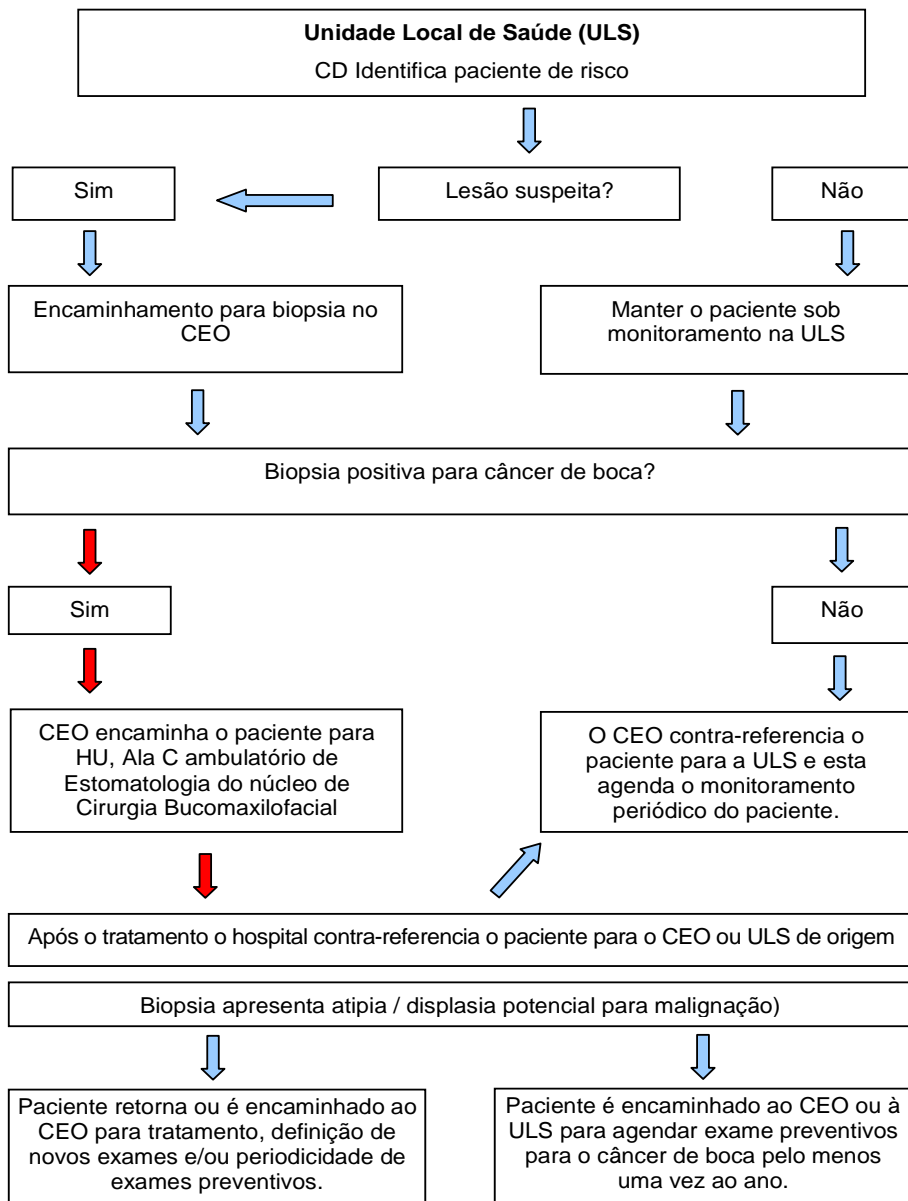
Demais procedimentos do sub-grupo 10.050.00-0 e 10.060.00-6 da tabela SIA SUS (Correção de bridas musculares; Splintagem; Correção de hipertrofia do rebordo alveolar; Excisão e sutura de lesão na boca; Excisão de fenômenos de retenção salivar; Reconstrução de sulco de rebordo alveolar; Exodontia múltipla com alvéoloplastia por hemi-arco; Redução incruenta e luxação de articulação têmporo-mandibular; Reimplante e transplante dental por elemento; Remoção de cisto; Remoção de foco residual; Remoção de dente retido (incluso ou impactado); Tratamento cirúrgico de fistula intra-oral; Tratamento de emergência, fratura alvéolo dentária, redução cruenta de fratura alvéolo dentária; Marsupialização de lesões; Curetagem periapical), exceto os indicados para ambiente hospitalar.

Critérios de exclusão para encaminhamento de cirurgias ao CEO

- Exodontias simples (inclusive para finalidade protética);
- Raízes residuais;

- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até que a avaliação médica e devido tratamento possibilitem sua inclusão e encaminhamento;
- Não serão realizados os procedimentos para ambiente hospitalar.

6) Diagnóstico oral – Fluxograma



Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde.** Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde dentro de casa.** Programa de Saúde da Família, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual para a organização da atenção básica.** Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do Programa Saúde da Família.** Departamento de atenção básica, Brasília, 2001.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente.** Curitiba, 2006.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo integrado de saúde bucal de Curitiba.** Curitiba, 2004.

DÚCCI, Luciano; GEVAERD, Sylvio P.; MOYSÉS, Samuel J.; SILVEIRA, Antonio D. F.; SIMÃO, Mariângela G. **Os dizeres da boca em Curitiba.** 2002.

FDI (Federation Dentaire Internationale). **Necessidade de salud bucal del anciano.** FDI Dental World, 1993, v.2, p. 13-15.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Capital Criança. **Normatização do atendimento de crianças de 0 a 6 anos.** 2 ed. Florianópolis:2000.

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal de Saúde. Programa Capital Criança. **Normatização da saúde da mulher.** Florianópolis, 1 ed.1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aprova a política nacional de atenção básica. Portaria GM/MS 648 de 28 de março de 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de detecção de Lesões Suspeitas.** Coordenação de Programas de Controle do Câncer, Divisão de Educação, 1996.

KRIGER, L. **Promoção de Saúde.** São Paulo: Artes Médicas, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família.** Coordenação de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, 2000.

OLEINISKI, J. C.; OLEINISKI, D. M. B. **Protocolo clínico de Odontogeriatrics.**

PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em saúde coletiva.** Planejando ações e promovendo saúde. Editora Artmed, 2003.

STRAUSS, R. P. ; HUNT, R.J.. **Understanding the value of teeth to other adults: Influences on the quality of life.** JADA. n. 124; p. 100-5.

WALTER, L. R. **Odontologia aplicada ao primeiro ano de vida, manual de orientação e procedimentos destinado para profissionais da área de odontologia.** Londrina: convênio UEL-FINEP, p. 7, 1990.

ANEXO:

A) Manual de fluoroterapia de Curitiba (1999)

ANEXO A – MANUAL DE FLUORTERAPIA

(Prefeitura de Curitiba/SMS, 1999)

Introdução

Este manual foi elaborado considerando aspectos relevantes relativos a utilização e funções dos fluoretos:

- A importância da administração de fluoretos como parte integrante dos programas de controle da cárie, tanto do ponto de vista da reversão de quadros de alta atividade de doença já estabelecidos (função terapêutica), como para manter o controle da doença cárie (função preventiva).
- A importância do uso racional dos mesmos, utilizando os diferentes produtos fluoretados de modo a aproveitar ao máximo a sua ação “anti-cárie”, porém, com a preocupação constante de reduzir a possibilidade de ocasionar fluorose.

O princípio básico da fluoroterapia é que quanto maior a atividade de cárie do paciente ou do grupo de pacientes, mais intensivo deve ser o tratamento. Pranto quem está mais sujeito à cárie, precisa de mais flúor.

De um modo geral, o importante é que o paciente tenha sempre um regime de alta frequência e baixa concentração de flúor na cavidade bucal com o objetivo de manter o controle da doença cárie.

Quando se detecta a alta atividade, métodos de alta concentração e alta frequência devem ser aplicados como terapia intensiva e limitada com o objetivo de reverter o quadro de alta atividade para baixa atividade da doença, implicando assim no controle da placa bacteriana e dieta, simultaneamente.

Nesta proposta, considerou-se os critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Curitiba para a definição de atividade de cárie, ou seja, a presença de manchas brancas ativas e/ou cáries ativas.

Este manual foi elaborado considerando as categorias de alta e baixa atividade de cárie, os modelos de atenção coletiva e individual e

também a faixa etária, que foi agrupada considerando principalmente o risco de vir a ter fluorose devido ao uso de maiores concentrações de flúor, o que possibilitou a criação de 4 tabelas.

Sabemos que só com o flúor não se tem, como resultado, pacientes livres de cárie. Assim sendo, as principais metas a serem atingidas estão relacionadas com a conscientização da saúde bucal e do auto-cuidado, com o incentivo à mudanças de hábitos dietéticos e de higienização do paciente.

Deste modo enfatizamos a importância da avaliação quanto ao risco do paciente vir a tornar-se um paciente de alta atividade de cárie (pacientes com má higiene oral ou dieta rica em açúcar, crianças que usam mamadeira noturna e/ou não apresentam diastemas), e que medidas sejam tomadas no sentido de reversão deste quadro.

Uso seguro do flúor

Com o propósito de aumentar o uso seguro dos diferentes produtos fluoretados recomendados, várias medidas devem ser tomadas e/ou orientadas no sentido de reduzir o risco de ingestão do mesmo:

1) Dentifrícios

- Crianças devem ter seus dentes higienizados e/ou supervisionados pelos pais ou responsáveis, sendo de preferência eles os encarregados de colocar o dentifrício fluoretado na escova da criança.
- Utilizar pequena quantidade de dentifrício fluoretado na higienização. Em termos práticos deve ser recomendado o uso de uma quantidade equivalente a **metade de uma ervilha**. Entretanto tem-se observado que esta recomendação é de difícil entendimento para alguns pacientes. Devido a esta constatação foi desenvolvido a Técnica Transversal que consiste na colocação do dentifrício em sentido transversal às cerdas da escova. Ressaltamos a importância da demonstração prática da quantidade de dentifrício aos pacientes, mães ou responsáveis.
- Ensinar a criança a expelir o dentifrício residual, durante a escovação e quando for concluído a mesma.
- Não deixar o dentifrício ao alcance das crianças.

- Na faixa etária de 0 a 14 anos deve-se recomendar a utilização de dentifrícios com baixa concentração de flúor (de 1000 a 1100ppm de flúor), reduzindo a possibilidade de ingestão acidental e prolongada de maiores concentrações deste produto, o que poderia vir a ocasionar fluorose. (Tabela 1).
- Crianças de até 2 anos de idade, devem iniciar a escovação com a erupção dos primeiros dentes, para a criação deste hábito de higiene; **porém a escovação com dentifrício fluoretados deverá ser realizada somente uma vez ao dia, preferencialmente à noite, antes de dormir**, reduzindo a possibilidade de ingestão do mesmo, uma vez que crianças nesta faixa etária ainda não tem controle da deglutição. As outras escovações que ocorrerão no mesmo dia, devem ser realizadas **sem creme dental**.

Tabela 1 – Distribuição dos dentifrícios segundo a concentração de flúor existente:

Baixa concentração 1000 a 1100ppm de flúor	Alta concentração 1450 a 1500ppm de flúor
Água fresh Tart c.	Colgate gel
Aim	Colgate total
Anti-cárie	Fluortrat
Close-up	Gessy lever
Close-up White	Kolynos Flúor 2 gel
Colgate anticárie MFP-Ca	Signal Ação Global
Colgate anti-tártaro	Signal Flúor(Original)
Colgate com bicarbonato de sódio	Sorriso
Colgate júnior	
Confident	
Crest Kid's	
Crest regular	
Emoform	
Kolynos Ação total	
Kolynos antiplaca	
Kolynos clorofila	
Kolynos fresh	
Kolynos fresh mint	
Kolynos fresh tropical	
Kolynos star gel	
Malvatricim	
Oral B	
Philips	
Prevent	
Sensodyne	
Ssodyne cool gel	
Signal Jr.	
Tandy	

Obs.: A distribuição acima refere-se somente a concentração de flúor presente nos dentifrícios, os outros componentes do mesmo (bicarbonato, abrasivos, antimicrobianos, etc.) devem ser levados em consideração por ocasião de sua indicação aos pacientes.

2) Flúor gel

Com o objetivo de evitar a ingestão deste produto por ocasião de sua utilização através de moldeiras ou embrocação com bolinha de algodão, alguns passos devem ser observados:

- Utilizar pequena quantidade de gel;
- Aplicar por arcada separadamente;
- Colocar o paciente em posição ereta, com a cabeça inclinada para baixo;
- Utilizar o sugador de saliva durante todoo procediemtno;
- Retirar o excesso do produto;
- Orientar para que o paciente cuspa todo o produto após aplicação.

Importante:

- ☞ Este método não deve ser recomendado para crianças que não tenham controle da deglutição. Nestes casos deve-se optar pela utilização do verniz com flúor.
- ☞ A escovação com flúor gel deve ser sempre supervisionada por profissionais da clínica odontológica.

3) Soluções de Fluoreto de sódio

Quando utilizados de forma coletiva, como por exemplo em escolas, deve-se optar pela utilização do bochecho semanal (0,2%). Porém, quando indicado para uso domiciliar, deve-se dar preferência para a indicação do uso diário deste produto, visando facilitar a incorporação deste hábito (bochecho diário a 0,05% ou aplicação diária a 0,025%).

Cuidados devem ser tomados no sentido de evitar a duplicidade na utilização de determinado produto como por exemplo: Aplicação de flúor gel em criança que está realizando a escovação com o mesmo produto na escola.

Em pacientes com alta atividade de cárie deve-se recomendar o bochecho domiciliar mesmo quando a criança realiza o bochecho semanal na escola. Neste caso a duplicidade é válida.

4) Verniz com Flúor

Aplicação

- Profilaxia ou escovação.
- Isolamento relativo de preferência com rolo de gaze, já que o algodão tende aderir-se facilmente no verniz.
- Secagem para que o verniz seja aplicado e aderido facilmente. O incremento na incorporação de flúor no esmalte também tem sido constatado, quando este passo for realizado previamente à aplicação de verniz.
- Aplicar uma fina camada do verniz com pincel ou bolinha de algodão de preferência por quadrantes, iniciando pela arcada inferior devido a maior facilidade de depósito de saliva. Cobrir todas as superfícies dentais (interproximal, oclusal, vestibular e lingual) ou as superfícies indicadas (mancha branca ativa). Usar o sugador durante a aplicação.
- Antes de retirar o isolamento, deve-se “gotejar” água nas superfícies que receberam verniz, com a facilidade de promover a melhor fixação do mesmo, evitando sua remoção por ocasião da retirada do isolamento ou devido aos movimentos linguais da criança.
- Retirar o isolamento e o sugador e orientar a criança a cuspir.
- Não deve ser realizado o enxágüe após aplicação do verniz.

A aplicação deve ser realizada de preferência logo após as refeições, já que durante as 12 horas seguintes, recomenda-se que os pacientes tenham alimentação branda e líquida e não escovem os dentes neste período, para permitir boa aderência da película no verniz, obtendo o melhor efeito possível.

Deve ser explicado aos pais e à criança que os dentes ficarão amarelados, e que após a remoção do produto a cor voltará ao normal.

A limpeza através da escovação e a secagem com gaze, permite a execução deste método extra clínica.

Atenção coletiva – baixa atividade de cárie

Faixa etária	gel	verniz	Dentifrício (uso ideal)	Bochecho semanal (0,2%)	Bochecho diário (0,05%)
0 a 2	Não	Não	Dentifrício com baixa concentração (até 1100ppm) 1x ao dia após o almoço. Supervisão e quantidade	Não	Não
3 a 5	Não	Não	Dentifrício com baixa concentração (até 1100ppm) Supervisão e quantidade	Não	Não
6 a 14	Não	Não	Dentifrício com baixa concentração (até 1100ppm) Supervisão e quantidade	Nas escolas	Não
Acima de 14	Não	Não	Dentifrício com baixa concentração (até 1100ppm)	Não	Não

Atenção coletiva – Alta atividade de cárie

Faixa etária	gel	verniz	Dentifrício	Solução NAF (0,025%)	Bochecho semanal (0,2%)	Bochecho diário (0,05%)
0 a 2	Não	4 aplicações, uma vez por semana	Dentifrício c/ baixa concentração (até 1100ppm) 1x ao dia após almoço. Supervisão e quantidade	Aplicação diária com uso de cotonete ou similar umedecido	Não	Não
3 a 5	Não	4 aplicações, uma vez por semana	Dentifrício c/ baixa concentração (até 1100ppm) Supervisão e quantidade	Aplicação diária com uso de cotonete ou similar umedecido	Não	Não
6 a 14	4 sessões uma vez por semana. Escovação	Não	Dentifrício c/ baixa concentração (até 1100ppm) Supervisão e quantidade	Não	Nas escolas	Não
Acima de 14	4 sessões uma vez por semana. Escovação	Não	Dentifrício c/ alta concentração (≥ 1450 ppm)	Não	Não	Domiciliar

Atenção individual – Baixa atividade de cárie

Faixa etária	gel	verniz	dentifrício	Solução NAF (0,025%)	Bochecho Diário (0,05%)
0 a 2	Não	1 aplicação no TC e retorno	Dentifrício c/ baixa concentração (até1100ppm) 1x ao dia / à noite Supervisão e quantidade	Não	Não
3 a 5	*	1 aplicação no TC e retorno	Dentifrício de baixa concentração (até1100ppm) Supervisão e quantidade	Não	Não
6 a 14	1 aplicação tópica profissional ou escovação. No TC e retorno	1 aplicação nos dentes permanentes semi-eruptados	Dentifrício de baixa concentração (até1100ppm) Supervisão e quantidade	Não	Não
Acima de 14	1 aplicação tópica profissional ou escovação. No TC e retorno	1 aplicação nos dentes permanentes semi-eruptados	Dentifrício de baixa concentração (até1100ppm)	Não	Não

Considerações

- Em crianças que ainda não tem nenhum dente eruptado, deve ser orientado higiene gengival com gaze ou similar embebida em água filtrada ou fervida, para estabelecer o hábito de higiene e evitar estomatites.
- Em crianças da faixa etária de 3 a 5 anos, deve-se optar preferencialmente pelo uso de verniz com flúor, que apresenta baixa toxicidade e alta efetividade, evitando desta forma o risco de deglutição de flúor gel, o que poderia vir a causar fluorose ou intoxicação.
- Utilizar o flúor gel (em moldeiras ou por embrocação) somente para crianças que apresentam um maior controle da deglutição, tomando os cuidados necessários para reduzir ao mínimo a ingestão acidental do produto.

Atenção individual – Alta atividade de cárie

Faixa etária	Gel	Verniz	Dentifrício	Solução NAF (0,025%)	Bochecho diário (0,05%)
0 a 2	Não	4 aplicações, uma vez por semana	Dentifrício c/ baixa concentração (até 1100ppm) 1x ao dia / à noite. Supervisão e quantidade	Aplicação diária com uso de cotonete ou similar umedecido	Não
3 a 5	*	4 aplicações, uma vez por semana	Dentifrício c/ baixa concentração (até 1100ppm) Supervisão e quantidade	Aplicação diária com uso de cotonete ou similar umedecido	Não
6 a 14	4 sessões, uma vez por semana. Escovação ou aplicação tópica profissional	1 aplicação em manchas brancas ativas e dentes semi-eruptados	Dentifrício c/ baixa concentração (até 1100ppm) Supervisão e quantidade	Não	Domiciliar
Acima de 14	4 sessões, uma vez por semana. Escovação ou aplicação tópica profissional	1 aplicação em manchas brancas ativas e dentes semi-eruptados	Dentifrício c/ alta concentração (até 1450ppm)	Não	Domiciliar

- **A escovação com gel é contra indicado na faixa etária até os 5 anos.**
- Para crianças de creches, com até 2 anos de idade, com dentes eruptados, na impossibilidade de realização da escovação com dentifrício fluoretado à noite, esta escovação deve ser realizada após o almoço.
- As quatro sessões de fluoroterapia em pacientes com alta atividade de cárie, podem ocorrer concomitantemente a fase de estabilização ou reabilitação.
- Nos casos da utilização do flúor para a reversão da alta atividade de cárie e/ ou remineralização de manchas brancas ativas, o quadro do paciente deverá ser avaliado após as 4 sessões pro-

postas e o número de sessões poderá se recrescida para se conseguir os resultados esperados. Enfatizamos, porém a importância de se realizar as 4 sessões propostas, mesmo que os resultados esperados se manifestem antes disso.

- Em pacientes com alta atividade de cárie em atenção individual, nas faixas etárias maiores que 6 anos, as 4 aplicações de flúor gel **não** devem acontecer na mesma sessão da aplicação de verniz com flúor.
- O controle avaliativo para pacientes com alta atividade de cárie, na atenção individual ou coletiva, deve ser trimestral. Nesta ocasião, pacientes que apresentarem baixa atividade, serão enquadrados na atenção proposta para este grupo, e os que ainda permanecem em alta atividade sofrerão as mesmas ações realizadas anteriormente, devendo ser reforçado nesta ocasião a importância dos hábitos de higiene e dieta para a reversão do quadro.
- A clínica odontológica deve se responsabilizar por passar instruções às babás das creches sobre o uso correto do dentífrício e da solução fluoretada, assim como pelo acompanhamento destas atividades.
- A clínica odontológica deve se responsabilizar pela implantação dos bochechos semanais nas escolas, pelo treinamento dos funcionários das escolas que realizarão os bochechos, pelo fornecimento do material necessário para a sua realização, assim como pelo acompanhamento deste programa.
- As soluções de fluoreto de sódio para uso domiciliar (0,025% e 0,05%) deverão ser dispensadas pela farmácia da ULS, através de uma receita fornecida pelo odontólogo (formulário próprio) passando assim a idéia do uso destas soluções como um medicamento. Os mesmos só deverão ser dispensados para adultos e pais ou responsáveis.
- Esta proposta não inviabiliza a utilização de outros materiais com flúor em sua composição (cariostático, ionômero de vidro).

Referências

- AKPATA, E. S. et al. **Dental fluorosis in 12-15 year old rural children exposed to fluorides from well drinking water in the Hail region of Saudi Arábia.** Community Dent Oral Epidemiology, 1997 Aug. n. 25, p. 324-327.
- BARATIERE et al. **Uso Racional do Flúor** in Procedimentos Preventivos e Restauradores. Librería e Ed. Santos. 1989, p. 63-65.
- EL-NADEEF, Honkala E. **Fluorosis in relation to fluoride levels in water in central Nigeria.** J Dent Assos S Afric. 1993 Set. n. 49, p. 507-510.
- HEINTZE, S. D. et al. **Urinary fluoride levels and prevalence of dental fluorosis in three Brazilian cities with different fluoride concentrations in the drinking water.** Community Dent Oral Epidemiology; 1998 Oct. n. 26, p. 316-323.
- KRAMER. P. F. et al. **Uso racional do Flúor.** Promoção de Saúde Bucal em Odontopediatria. Artes Médicas. 1997, p. 103-109.
- MASCARENHAS, A. K.; BURT, B. A. **Riscos de fluorose na exposição aos dentifrícios fluoretados.** Community Dent Oral Epidemiology. 1998 Aug. n. 26, p. 241-248.
- NARVAI, P. C. **Dentifrícios: vigilância sanitária no Brasil.** Boletim SOBRAVIME. jul.-set. 1996, p. 12.
- Oral Care Report, **A eficácia do verniz com flúor.** v.8, 1998, p. 3-5.
- REYNOLDS, E.C. **Conteúdo de pastas de dentes: importância para o uso seguro.** Boletim SOBRAVIME. jul.-set. 1996, p. 9-11.
- RÜGG-GUNN, A. J. et al. **Effects of fluoride level in Drinking water, nutritional status, and sócio-economic status on the prevalence of developmental defects of dental enamel in permanent teeth in Saudi 14 year old boys.** Caries-Res. 1997, n. 31, p. 259-267.
- VILLA, A. E. et al. **Avaliação da concentração ótima de flúor na água potável segundo as condições predominantes no Chile.** Community Dentistry and Oral Epidemiology, 1998 Oct. n. 26, p. 249-255.
- VILLENA, R. S.; CORRÊA, M. S. N. **Flúor – Aplicação tópica in Odontopediatria na Primeira Infância.** 1998, p. 315-342.