



Pós-Graduação em

Atenção Básica em Saúde da Família

Saúde Bucal por Ciclos de Vida

Módulo Optativo 6

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Valéria Rodrigues de Lacerda



Saúde Bucal por Ciclos de Vida

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 29/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento
Claudete Cameschi de Souza
Edgar Aparecido da Costa.
Edgar Cézar Nolasco
Elcia Esnarriaga de Arruda
Gilberto Maia
José Francisco Ferrari
Maria Rita Marques
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Rosana Cristina Zanelatto Santos
Sonia Regina Jurado
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira
Gisela Maria A. de Oliveira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Sílvia Helena Mendonça de Soares
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

S255 Saúde bucal por ciclos de vida / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole...[et al.]. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
191 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-347-6
Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Saúde bucal. I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama. II. Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal.

CDD (22) 362.1976



Saúde Bucal por Ciclos de Vida

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Valéria Rodrigues de Lacerda



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO
SUS - UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE / MATO GROSSO DO SUL
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

Os Módulos Optativos são compostos por uma série de 9 módulos com os seguintes temas: Saúde Carcerária, Saúde da Família em População de Fronteiras, Saúde da Família em Populações Indígenas, Assistência Médica por Ciclos de Vida, Saúde Bucal por Ciclos de Vida, Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida, Administração em Saúde da Família, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) e Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Os temas dos módulos privilegiam a singularidade dos diferentes profissionais de saúde da família e as particularidades de seus respectivos territórios.

Estes módulos não pretendem esgotar os temas abordados e sim servir como um instrumento orientador, que possa responder as questões mais frequentes que surgem na rotina de trabalho. A sua importância está justificada dentro dos princípios da estratégia de saúde da família que enfatiza que as ações da equipe precisam ser voltadas às necessidades das populações a elas vinculadas. As equipes de saúde da família estão distribuídas em Mato Grosso do Sul, com situações peculiares, como as equipes inseridas em áreas de fronteira, as equipes de saúde que fazem a atenção à população indígena, a população carcerária e suas famílias. São populações diferenciadas, com culturas e problemas próprios, com modo de viver diferenciado, sujeitas a determinantes sociais diferentes, que necessitam ser assistidas por profissionais com competências adequadas à sua realidade.

Desta forma, cada estudante trabalhador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pode optar por módulos que lhes interessam diretamente.

Esperamos que os conteúdos apresentados possam ter proporcionado a você, especializando conhecimentos para desenvolver seu trabalho com qualidade desejada e seguindo as diretrizes do SUS, na atenção às diferentes populações, respeitando sua singularidade.



Módulo Optativo 6 Saúde Bucal por Ciclos de Vida

Apresentação Módulos Optativos	15
Prefácio do Módulo	21
Apresentação	23
Seção 1 - Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família	25
Seção 2 - Planejamento, Programação e Execução das Ações e Serviços em Saúde Bucal.	34
Seção 3 - Saúde Bucal do Bebê	36
Seção 4 - Saúde Bucal da Criança	56
Seção 5 - Saúde Bucal do Adolescente	60
Seção 6 - Traumatismo Dentário	66
Seção 7 - Saúde Bucal da Gestante	72
Seção 8 - Saúde Bucal do Adulto	80
Seção 9 - Saúde Bucal do Idoso	96
Seção 10 - Saúde Bucal do Paciente com Necessidades Especiais	110
Seção 11 - Alterações Médicas X Manejo Odontológico.	113
Referências	167
Anexos	176

MÓDULOS OPTATIVOS



MÓDULO OPTATIVO 6

SAÚDE BUCAL POR CICLOS DE VIDA

AUTORES

Andrea Carla Fachini Melani
Cibele Bonfim Rezende Zárate
Edílson José Zafalon
Eduardo Ferreira da Motta
Valéria Rodrigues de Lacerda



Sobre os Autores:

Andrea Carla Fachini Melani

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Professora Colaboradora da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Cibele Bonfim Rezende Zárte

Mestre em Odontologia (Endodontia) pela Universidade de São Paulo. Professora Assistente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Edílson José Zafalon

Mestre em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia. Professor assistente da Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Eduardo Ferreira da Motta

Mestre em Odontologia pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic. Professor do Centro Universitário da Grande Dourados.

Valéria Rodrigues de Lacerda

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

PREFÁCIO DO MÓDULO

A compreensão do ciclo de vida familiar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é importante para a construção e fortalecimento do cuidado em saúde, pois entende melhor o momento e o contexto da vida de cada membro da família e da família como um todo.

É importante ressaltar que, nas últimas décadas, as famílias passaram por mudanças que interferiram no processo de desenvolvimento da dinâmica familiar e nos diferentes papéis de cada membro da família.

Frente a essas mudanças, aspectos relacionados aos cuidados em saúde, em especial à saúde bucal, precisam ser melhor compreendidos a fim de promovermos a saúde e controlarmos a doença.

Nesse sentido, o módulo “Saúde Bucal por Ciclos de Vida” apresenta ao leitor informações sobre cuidados em saúde bucal, aspectos relacionados à prevenção, promoção e manutenção da saúde bucal, bem como sobre a recuperação de danos causados pelas doenças bucais. Para tanto, considera os vários estágios de vida do indivíduo no contexto familiar. Além disso, os autores do módulo buscam integrar as informações científicas e as experiências clínicas e de serviço em um tema fascinante, a fim de oferecer subsídios para a compreensão das transformações que ocorrem ao longo da história familiar.

A relevância do assunto e a necessidade de entendimento da saúde bucal no decorrer dos ciclos de vida familiar são fundamentais para a formação do profissional da área da saúde, mais especificamente aquele que atuará na Atenção Básica, uma vez que estará em contato permanente com as famílias.

O leitor poderá se apropriar de um conteúdo atualizado e que auxiliará na sua prática e atitude durante os vários estágios de vida do indivíduo e da família.

Bom estudo!

Profa. Dra. Rosana Mara Giordano de Barros

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Professora Associada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Diretora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O novo paradigma permitirá que a Odontologia amplie os seus compromissos éticos com a sociedade e com o social. O dentista deverá se converter num verdadeiro profissional da saúde.

“Deixará de tratar de dentes, para tratar de gente.” (Weyne, 1999)

Este módulo tem por objetivo estimular uma reflexão sobre a importância da saúde bucal na prática do cuidado familiar. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a prática do cuidado familiar ampliado propõe intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da comunidade (Brasil, 2006). Nessa perspectiva, valoriza diferenças nas realidades das famílias em relação ao convívio, interação e subjetividade das mesmas.

O ciclo de vida familiar caracteriza os movimentos e transformações que ocorrem ao longo da história familiar, apresentando padrões de relativa previsibilidade, constituindo-se em estágios de desenvolvimento e exigindo adaptação e ajustamento de seus membros (Moysés e Silveira Filho, 2002). Além disso, cada membro familiar, ao desempenhar um papel de acordo com seu contexto social, pode influenciar a dinâmica do processo saúde-doença.

A compreensão ampliada da promoção de saúde, que inclui ações voltadas à mudança de comportamento e prevenção de doenças e, também, aos determinantes sociais de saúde das populações, implica uma abordagem diferenciada na atuação dos profissionais da equipe de saúde bucal. Nesse sentido, é primordial o preparo dos profissionais de saúde bucal em práticas e atitudes que os ajudem nesse processo. Para tanto, os profissionais devem conhecer as questões mais amplas da comunidade, bem como participar delas, no intuito de educar e informar as pessoas sobre os efeitos da dieta, higiene, uso de fluoretos, fumo, consumo de álcool e sobre o processo saúde/doença. Desse modo, vamos contribuir para que os indivíduos

tenham um estilo de vida mais saudável a partir da compreensão dos ciclos de vida presentes nas famílias.

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), compreender o ciclo de vida familiar e incorporá-lo na construção de estratégias de cuidado em saúde significa incorporar o impacto da família na saúde e doença de seus membros, entendendo melhor o momento e o contexto da vida familiar (Moysés e Krieger, 2008).

Neste módulo, serão abordadas estratégias de cuidado em relação à saúde bucal das famílias, incluindo as diferentes fases dos ciclos de vida: bebê, criança, adolescente, gestante, adulto, idoso e paciente com necessidades especiais.

Seção 1 - SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família é uma estratégia proposta para a reorganização dos serviços de saúde na Atenção Primária. Propõe o processo de trabalho inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e centrado na vigilância em saúde através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Baseia-se na nova concepção sobre o processo saúde-doença, com atenção voltada à família e com ações organizadas em um território definido (Souza et al., 2001).

A saúde bucal, compreendida nesse contexto, possibilita romper com o antigo modelo assistencial centrado na cura, excludente e biologicista, uma vez que busca articular propostas da vigilância em saúde baseando-se na integralidade e na busca ativa de famílias, as quais são consideradas como núcleo social primário (Souza e Roncalli, 2007).

1.1 Princípios

A saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família deve considerar os seguintes princípios:

- a organização da atenção primária cujo objetivo é 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;
- a construção de 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;

- a ideia de que unidade de saúde da família é a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde;
- a condição de que o profissional de saúde da família deve ser capacitado para responder a situações mais frequentes que afetam a saúde da população;
- o vínculo e a responsabilização com a família são estratégias que permitem entender as pessoas como sujeitos de sua própria realidade;
- a atuação do profissional deve centrar-se na atenção ao indivíduo e não simplesmente no tratar, uma vez que a atenção centrada no indivíduo significa compreender o contexto pessoal e social; assim, vai perceber não apenas um evento isolado ao preocupar-se com o significado da doença para o paciente e sua família, informando e orientando as pessoas no desenvolvimento de habilidades para lidar com seus próprios problemas e encarar cada momento como uma oportunidade de promover a saúde;
- a habilidade clínica deve ser desenvolvida através do conhecimento baseado na melhor evidência científica disponível; a busca pelo conhecimento e informação, portanto, deve ser constante na equipe de saúde bucal;
- o atendimento deve ser resolutivo no âmbito da competência da unidade de saúde da família, especialmente quando se tratar de situações clínicas frequentes.

1.2 Atribuições dos profissionais da equipe de saúde bucal

O Ministério da Saúde, através da Portaria 1444 (Brasil, 2000), propôs a incorporação do cirurgião-dentista através de

incentivo financeiro à equipe de saúde da família, resultando em uma grande expansão de equipes de saúde bucal pelo Brasil.

Entretanto, apesar da rápida expansão das propostas de reorganização das ações na atenção primária, apoiadas na nova concepção do processo saúde-doença, estas não implicaram, necessariamente, uma mudança do modelo assistencial em saúde bucal.

Segundo Moysés e Silveira Filho (2002), um dos nós críticos para a efetiva mudança do modelo assistencial diz respeito aos recursos humanos na saúde bucal. A integração da equipe de saúde bucal com a de saúde da família para a realização de um trabalho em conjunto tem sido um dos maiores desafios para a saúde bucal. Sabe-se que a inclusão de equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado possibilita organizar o trabalho com níveis de complementaridade e, ao mesmo tempo, de especificidade, ou seja, há que se complementarem os campos de saberes das profissões sem excluir a especificidade de cada uma.

A Portaria GM/MS 648, de março de 2006, estabelece as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde (Brasil, 2006).

São atribuições comuns a todos os profissionais:

- I. participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II. 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;
- III. realizar ações de atenção integral conforme a

- necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV. 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;
 - V. realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
 - VI. realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
 - VII. responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado, mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
 - VIII. participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
 - IX. promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
 - X. identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
 - XI. garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
 - XII. participar das atividades de educação permanente; e
 - XIII. realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

São atribuições do Técnico em Saúde Bucal (TSB):

- I. 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;
- II. coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
 - III. 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;
 - IV. apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e
 - V. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

São atribuições do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB):

- I. realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II. proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;
- III. preparar e organizar instrumental e materiais necessários;
- IV. instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o TSB nos procedimentos clínicos;
- V. cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;
- VI. organizar a agenda clínica;
- VII. 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; e
- VIII. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

São atribuições específicas do Cirurgião-Dentista:

- I. realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- II. realizar os procedimentos clínicos da Atenção Primária em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- III. 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;
- IV. encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo-se responsável por acompanhá-lo no tratamento, bem como no seguimento deste;
- V. coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- VI. 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;
- VII. contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do TSB, ASB e ESF;
- VIII. realizar supervisão técnica do TSB e ASB; e
- IX. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Segundo o Protocolo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 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. (Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2006)

1.3 Diagnóstico de Situação

A seguir, apresentaremos o diagnóstico de situação baseado no Guia de Ações e Serviços em Saúde Bucal do Município de Sobral/CE (Sobral, 2009).

A etapa de diagnóstico de situação de saúde de uma área é bastante importante quando se pretende elaborar um planejamento de ações e serviços em saúde em um território. Nessa fase, há necessidade de conhecimento das condições socioeconômicas e culturais da população que será beneficiada com essas ações e serviços sob um ponto de vista dinâmico e integrado. Dessa forma, é indispensável a identificação e apropriação do território pela equipe de saúde responsável pelo planejamento e execução desse trabalho.

O trabalho do profissional de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta como princípio básico trabalhar “junto” à comunidade. É indispensável que cada um atue no sentido de conhecer a realidade local na qual está inserido, identificando as perspectivas, angústias e anseios da população, bem como exercendo a capacidade de viabilizar estratégias objetivas de atenção à saúde adequadas à realidade local.

Quais são os objetivos dessa fase?

- Identificar a área de abrangência da equipe de saúde da família;
- Investigar o total da população coberta pela equipe de saúde;
- Reconhecer as condições sociais, culturais, espaciais e econômicas de cada família adscrita;
- Identificar as áreas de risco à saúde nesse território;
- Localizar geograficamente os espaços sociais a serem cobertos pela equipe de saúde da área;
- Caracterizar esses espaços sociais quanto à estrutura física, tipo de clientela, número de participantes e locais para desenvolvimento das atividades de saúde.

A seguir, destacaremos os pontos que deverão ser explorados pelas equipes de saúde dentro da Estratégia Saúde da Família no que diz respeito à identificação e apropriação do território, bem como o reconhecimento das condições socioeconômicas e culturais de cada área adscrita.

1.4 Identificação e Apropriação do Território

O objetivo da primeira fase faz referência à identificação e apropriação do território. O conceito de **territorialização** é incorporado como um dos princípios estruturantes de atendimento e da organização do processo de trabalho em Saúde da Família.

A territorialização diz respeito à compreensão do espaço de atuação dos profissionais de Saúde da Família, bem como da dinâmica social e sanitária. A partir da delimitação do território da área de abrangência de cada Unidade de Saúde da Família, será possível identificar os principais problemas de saúde que afetam a comunidade, analisar e compreender os principais agravos da população, permitindo elaborar diagnóstico e

avaliações permanentes, bem como planejar e desenvolver ações de saúde coerentes com a realidade vivida por essa população.

Quando falamos de área ou território de atuação das equipes de saúde da família, podemos dizer que cada uma delas atende a uma comunidade ou população definidas. É o que se chama de adscrição de clientela. Por isso, é preciso que fique bem delimitada a população com que cada equipe deve trabalhar. Só assim, será possível estabelecer vínculos de compromisso entre as duas partes.

Nessa etapa de trabalho, vale destacar ainda a necessidade do planejamento de visitas para reconhecimento das condições sociais, culturais, espaciais e econômicas de cada família adscrita. A identificação de áreas de risco à saúde também é elemento integrante dessa etapa, assim como a realização de levantamento dos determinantes de saúde, como condições de saneamento, habitação e educação da área a ser trabalhada.



VAMOS REFLETIR!

Conhecer a comunidade significa conhecer as pessoas, de uma forma geral, e tentar entender quais são os seus problemas comuns. Aqui, é interessante investigar o tipo de moradia, como trabalham e como se divertem, saber sobre a sua alimentação e a água que bebem, saber sobre as condições do meio ambiente (lixo, esgoto, poluição, etc.) em que vivem, quais os recursos de saúde disponíveis e acessíveis, além de conhecer suas ideias e aspirações relativas à saúde e às doenças.

Assim, poderemos elencar pontos de grande importância quanto ao planejamento e priorização das ações e serviços de saúde bucal a serem contemplados.

Essa fase é de grande relevância para a organização das ações e serviços a serem planejados.

Seção 2 - PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS EM SAÚDE BUCAL

É indispensável elaborar estratégias de atuação, priorizar as atividades, identificar as atribuições de cada um dos participantes envolvidos e definir indicadores e metas para avaliação periódica de cada ação e serviço, utilizando como base aquilo que você já identificou.

Para a organização do trabalho das ESB (Equipes de Saúde Bucal) na ESF (Estratégia Saúde da Família), propomos que se faça um planejamento estratégico com base nos seguintes momentos:

Sugestão de agenda semanal

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

Sugestões:

1. São recomendados 8 atendimentos clínicos por turno;
2. No turno de trabalho de prótese, recomendam-se 4 atendimentos clínicos;
3. Os casos de urgência destinam-se ao alívio da sintomatologia;
4. As ações clínicas e coletivas devem ser programadas na proporção de 75 (85) e 25% (15%), respectivamente;

5. Para a assistência clínica, disponibilizar, mensalmente: 96 vagas para adultos e adolescentes; 48 vagas para crianças; 24 atendimentos de gestantes e puérperas; 24 atendimentos de idosos, hipertensos e diabéticos e 4 atendimentos de pacientes para confecção de próteses.

Seção 3 - SAÚDE BUCAL DO BEBÊ

Não se pode ensinar tudo a alguém, pode-se apenas ajudá-lo a encontrar por si mesmo. (Galileu Galilei)

O nascimento de um filho desperta nos pais o desejo de ajudar seu bebê a se desenvolver integralmente como ser humano feliz, saudável e socialmente realizado, em meio às ações e atitudes que fortaleçam o vínculo com a família e a sociedade. Essa fase para a família favorece o conhecimento e valorização de oportunidades a fim de garantir ao bebê as melhores condições de desenvolvimento. Nesse momento, a atenção odontológica tem como objetivo a manutenção da saúde bucal do bebê, por meio de ações programadas de atenção precoce para prevenir os problemas de saúde bucal nesta população (Cambé, 2006).

É importante que o pai participe das consultas do pré-natal, dividindo com a mãe o cuidado do bebê, uma vez que fortalece a relação do casal e o vínculo pai-filho. Moysés e Krieger (2008) sugerem a criação de espaços nas unidades de saúde para casais gestantes a fim de trocarem experiências e preocupações e abordarem assuntos de interesse nesse momento do ciclo de vida familiar.

A seguir são descritas as ações odontológicas previstas para atenção à saúde do bebê, segundo o Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal (Curitiba, 2004). <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/bucal.pdf>

3.1 Os cuidados com o bebê

É fundamental que as equipes de saúde bucal das unidades de saúde iniciem, precocemente, ações programadas de promoção de saúde bucal para as gestantes, ainda no período materno-fetal, quando são desenvolvidas ações educativas para

as famílias sobre os cuidados com o bebê, independentemente do fator de risco, com atividades continuadas no pós-parto.

A prevenção da cárie dentária, através do controle da dieta, pode ser desenvolvida desde a vida intrauterina, especificamente a partir do quarto mês de gestação, período em que se inicia o desenvolvimento do paladar do bebê; portanto, a implementação de novos hábitos alimentares da mãe proporcionará uma melhor condição de saúde bucal para o seu filho.

Já nos primeiros meses de vida do bebê, podem surgir na família os primeiros hábitos inadequados como, por exemplo, amamentação noturna, com ausência de higiene bucal, e estimulação para o uso de chupetas.

Os hábitos da família, particularmente da mãe, determinam o comportamento que os filhos adotarão. Hábitos saudáveis são fundamentais, como por exemplo, hábitos de higiene bucal e de alimentação equilibrada. Uma boa alimentação significa também evitar a frequência de produtos açucarados, principalmente os industrializados. O açúcar natural dos alimentos é suficiente para a saúde da gestante e o desenvolvimento do bebê.

A amamentação natural durante o primeiro ano de vida é fundamental para a prevenção de má oclusão dentária. 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.

3.2 A contaminação e a transmissibilidade precoce em bebês

A contaminação e transmissibilidade podem ocorrer a partir de contatos frequentes e repetitivos entre a mãe e a criança, 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, Renkomi (1983), quanto mais precoce é a contaminação da criança por micro-organismos 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, tendo o controle e melhoria de sua saúde bucal sob responsabilidade da equipe de saúde bucal da unidade de saúde. Dessa forma, haverá uma redução nos níveis salivares de micro-organismos cariogênicos.

Evidências científicas mostraram que a criança está mais propícia a adquirir micro-organismos por meio do contato, entre os 19 e 31 meses, com média de 26 meses de vida.

Esse período foi chamado por Caufield et al. (1993) de janela de infectividade. No Brasil, porém, a janela de infectividade é mais precoce e a doença cárie atinge um número mais elevado de crianças, em decorrência de hábitos inadequados de dieta (alto consumo de açúcar) e higiene bucal deficiente.

Questões relacionadas à culpabilidade e afetividade, entre outras relações familiares, devem ser levadas em conta no momento da abordagem educativa às famílias.

A equipe de saúde bucal deve procurar formas de repassar as informações, sem, contudo, gerar problemas emocionais.

3.3 A relação entre a amamentação e o desenvolvimento facial do bebê

O recém-nascido apresenta, fisiologicamente, uma grande desproporção entre o crânio e a face, resultando clinicamente num aspecto de face curta e mandíbula pequena.

O crescimento do crânio se deve principalmente ao crescimento expansivo da massa cefálica, porém a face necessita de estímulos externos para se desenvolver.

Esses estímulos são oferecidos naturalmente pela função da ordenha (amamentação), respiração e deglutição. A ordenha no peito é um trabalho muito importante para as estruturas estomatognáticas da criança.

O reflexo da sucção é desencadeado pelo toque do mamilo no palato. O sabor adocicado do leite materno é um estímulo a mais para ajudar a pega. O mamilo comprimido ritmicamente pela língua contra o palato se alonga e conduz o leite até o ponto de sucção, no limite entre palato duro e mole, jorrando o leite. O reflexo seguinte é a preensão fásica, composta pelos movimentos rítmicos da onda peristáltica que vai deste a ponta da língua até o estômago. Esses movimentos são coordenados com os movimentos da ordenha.

O primeiro movimento para a ordenha é o abaixamento mandibular, formando o que podemos chamar de grande boca para pegar mamilo e a maior parte possível da aréola e, assim, extrair o leite que está atrás dela, nas ampolas lactíferas. Quando a pega está correta, a língua fica anteriorizada entre os roletes gengivais, e o mamilo aumentado vai até o ponto de sucção, que fica no limite entre o palato duro e mole.

Como segundo movimento da ordenha, a mandíbula executa a protrusão mandibular, fase cujo objetivo é alcançar os seios lactíferos que se encontram sob a aréola. Esse movimento é o principal responsável pelo crescimento da mandíbula. Após a protrusão mandibular, ocorre a elevação desse osso, com o objetivo de comprimir ou apreender os seios lactíferos. O rolete inferior eleva-se contra o superior, a língua se justapõe mais firmemente com relação ao bico do peito, e os seios lactíferos comprimidos ejetam o leite para o interior da boca. Somente a compressão não é suficiente para a extração do leite, e um movimento retrusivo inicia-se para que os rebordos e a língua, já comprimindo os seios lactíferos, tragam o leite do peito para a cavidade bucal, ocorrendo a deglutição. Esses movimentos cíclicos se repetem durante todo o período da amamentação,

trabalhando a musculatura e os ligamentos retrodiscais inseridos tanto no disco articular, quanto no côndilo.

Outro fato importante é o de que, mesmo quando a mandíbula se abaixa, o mamilo permanece em contato com o palato duro por ação exclusiva da musculatura lingual. Todo esse processo estimula o crescimento ósseo facial de maneira fisiológica. Além de fornecer nutrientes para o bebê, a amamentação promove o desenvolvimento psíquico e estimula o desenvolvimento crânio-facial. No momento da amamentação, os côndilos e a mandíbula do bebê são estimulados simultânea e bilateralmente. Durante esse movimento ântero-posterior para a ordenha da mama, é estabelecida a normo-oclusão.

Sob o ponto de vista do desenvolvimento facial, o peito é insubstituível, porque a amamentação natural requer um extremo esforço muscular por parte do bebê para extrair o seu alimento, estimulando o crescimento dos ossos da face; já na mamadeira, esse esforço é bem menor, pois o leite sai com mais facilidade.

3.4 Os benefícios da amamentação natural

Benefícios para a criança:

- Correto padrão de respiração;
- Correto posicionamento da língua sobre as arcadas dentárias, estimulando o vedamento labial, crescimento das arcadas e a posição correta dos dentes sobre a arcada;
- Obtenção de um adequado tônus muscular orofacial, crescimento das funções de mastigação, deglutição e fonação;
- Perfeita estimulação sensória, motora e oral dos órgãos fono-articulatórios, propiciando o bom desenvolvimento da fala;
- Deglutição correta.

É recomendado amamentar no peito exclusivamente até o sexto mês. A partir de então, já é possível introduzir alimentos através de colher, desmamando progressivamente. Entre um ano e um ano e meio, passa-se o leite para o copo, não precisando usar mamadeira.

Porém, em situações adversas nas quais a família necessite dar mamadeira ao bebê, alguns cuidados devem ser tomados: não aumentar o pequeno furo do bico do mamilo artificial, que serve para o bebê fazer a sucção, fazendo com que o mínimo fluxo do leite seja suficiente para que ele aprenda a deglutir; não acrescentar açúcar, mel, achocolatados nem carboidratos ao leite, a não ser com recomendações médicas.

Também é importante evitar as mamadas noturnas, que podem causar as cáries de mamadeira, denominadas cáries de aparecimento precoce, quando o leite fica depositado a noite inteira na região superior anterior dos dentes do bebê e depois escoar para a região posterior, causando as cáries rampantes, que provocam a destruição total desses dentes. É uma característica clínica dessa referida lesão atacar primeiro os dentes superiores anteriores, depois os posteriores. Os dentes inferiores raramente são atacados, pois têm a proteção da língua.

3.5 Os hábitos bucais

Hábito é a repetição de um ato (sucção de chupeta, por exemplo), com uma determinada finalidade (por exemplo, carência afetiva).

A sucção do dedo, chupeta ou mamadeira é um fator que pode interferir no desenvolvimento facial da criança, podendo levar a alterações bucais, tais como: mordida aberta, mordida cruzada, inclinação dos dentes, diastemas e alterações no padrão de deglutição. Para promover essas alterações, o hábito precisa de certa intensidade, frequência e duração ao longo do tempo.

No primeiro ano de vida, o bebê ainda necessita de sucção; não tendo o seio materno para suprir essa necessidade, ele irá precisar de mamadeira. A chupeta passa pelo mesmo processo.

Crianças com até 2 anos de idade encontram-se na fase oral, estando nesse período com a sua satisfação voltada para a cavidade bucal. Em algumas crianças, essa necessidade é bem maior, requerendo maiores cuidados no sentido de impedir que o hábito se transforme em vício, removendo-o o quanto antes, de forma gradativa, explicando o porquê da remoção, com reforços positivos, motivados pelo amor e compreensão, usando muita criatividade para distrair a criança.

No ciclo natural evolutivo, o bebê deve respirar bem, sugar e deglutir. A sucção é um impulso presente desde o nascimento e serve de treinamento para o segundo reflexo da alimentação: a mastigação.

A sucção não visa somente à nutrição, mas também à satisfação psicoemocional, de forma que cada bebê apresenta a sua necessidade individual de sucção que pode não ser satisfeita apenas com o aleitamento natural. Dessa forma, quando isso ocorre, a chupeta deve ser usada racionalmente; não deve, portanto, ser oferecida a qualquer sinal de desconforto, para acalmar o choro provocado por outros fatores, nem entendida como apoio emocional.

Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta, devido à necessidade de manter a boca fechada, enquanto dorme, para criar uma memória muscular do contato entre os lábios e favorecer a correta respiração pelo nariz. Caso seja necessário recorrer à chupeta como um aparelho de sucção que pode prevenir a sucção de dedo, é melhor que esta apresente as características mais anatômicas e funcionais possíveis, para não provocar danos maiores na eventualidade de se formar um hábito.

A chupeta deve ter o bico compatível com o tamanho da boca e com a idade do bebê. Além disso, é importante que a

direção do longo eixo do bico esteja em uma posição inclinada para cima em relação ao apoio labial.

Para os recém-nascidos, a chupeta pode ser: de látex ou de silicone e, para os bebês de baixo peso ou prematuros, o tamanho do bico deve ser adequado para não provocar um posicionamento incorreto com uma posteriorização da língua.

- O disco ou apoio labial deve ser de plástico firme e maior do que a boca do bebê para prevenir que a chupeta seja colocada inteira dentro da boca, proporcionando uma vedação para que o bebê não coloque os lábios em cima do apoio.
- Deve ser recortado como um grão de feijão, para evitar uma consequente deformação na região anterior da arcada dentária e na base do nariz.
- Deve apresentar no mínimo dois furos de ventilação opostos com diâmetro de 5mm e a distância do bico de 5 a 6mm para favorecer a circulação do ar no rosto do bebê e prevenir irritações na pele causadas pelo acúmulo de saliva. Não precisa, obrigatoriamente, ter argola, podendo possuir apenas uma saliência para que se possa puxar ao estimular os exercícios de sucção, ou ao retirá-la da boca do bebê.
- Jamais deve ser amarrada com fita, corrente ou fralda, ou pendurada ao redor do pescoço do bebê, pois, além de haver o risco de estrangulamento, pendurá-la e deixá-la acessível favorecerá a instalação do hábito.

Quando o bebê chora por falta de sucção ou por necessidade de sugar mais, mesmo estando alimentado, a mãe deve estimular a sucção colocando a chupeta lentamente em contato com o contorno dos lábios do bebê e com toques leves, para que o bico seja umedecido e haja estímulo para o reflexo. O bebê, então, começa a sugar e a mãe deve segurar a chupeta e puxá-la com movimentos leves, como se fosse para retirá-la da boca, estimulando a sucção.

Ao realizar esses exercícios, a musculatura facial já deve ter trabalhado o suficiente; assim, a função de sucção deverá ter sido concluída, o bebê não deseja mais a chupeta e o hábito não se instala. Para a segurança do bebê, o bico e o disco de plástico devem ser inspecionados frequentemente para detecção de qualquer sinal de deterioração. Se o bico estiver inchado, rasgado ou pegajoso, a chupeta deve ser trocada. Depois de cada uso, a mãe deve verificar se o bico está bem preso ao disco de plástico para evitar acidentes.

É fundamental que a equipe de saúde bucal transmita às mães a informação de que a chupeta deve ser utilizada exclusivamente como aparelho para complementar a sucção na fase em que o bebê necessita do exercício funcional que é um estímulo benéfico ao crescimento e desenvolvimento dos arcos dentários. Por isso, é importante que a família realmente utilize a chupeta para satisfazer a sucção, obtendo apenas os seus efeitos desejáveis.

Sendo assim, após o término da fase de sucção, o bebê está apto para as fases subsequentes de crescimento e desenvolvimento.

3.6 A higiene bucal

A limpeza da cavidade bucal do bebê deve ser iniciada antes mesmo da erupção dental, 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.

Para tanto, pode ser usada uma dedeira ou gaze embebida em água filtrada para esfregar delicadamente a gengiva.

A erupção dos primeiros molares decíduos é um marco caracterizado por aumentar os sítios de retenção à placa bacteriana (biofilme dental), sendo, portanto, uma fase de maior suscetibilidade à doença cárie.

Nessa fase, recomenda-se utilização de escovas dentais infantis, pois dedeiras e gaze não removem adequadamente a placa bacteriana (biofilme dental) da superfície oclusal dos dentes. Deve-se lembrar que a quantidade de dentifrício deve ser mínima, correspondendo aproximadamente a dois tufos de cerdas da escova dental, pois grande parte dele é ingerida, havendo risco de ocorrer fluorose.

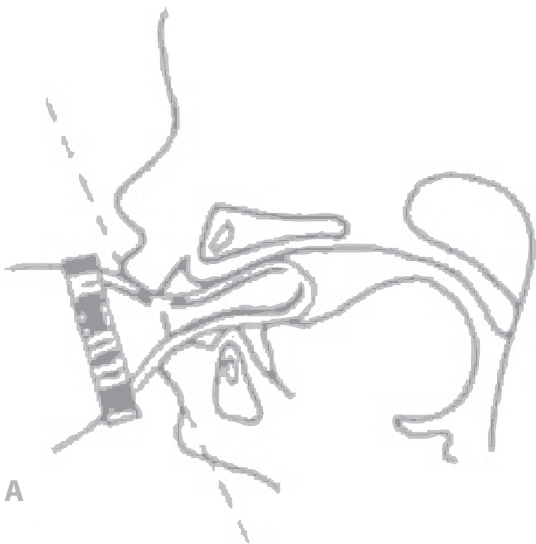
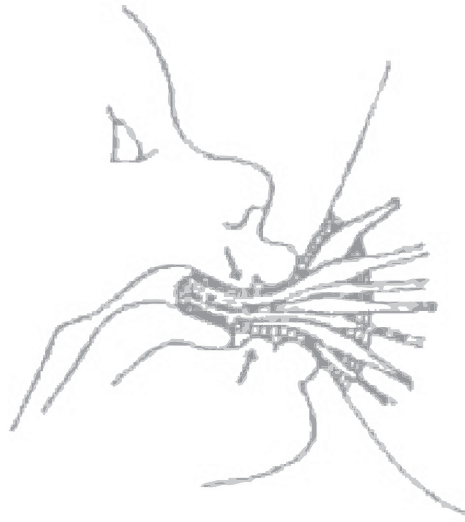
Abaixamento Mandibular (Escott, 1989)



Pega Correta (Escott, 1989)



Pega Incorreta (Escott, 1989)



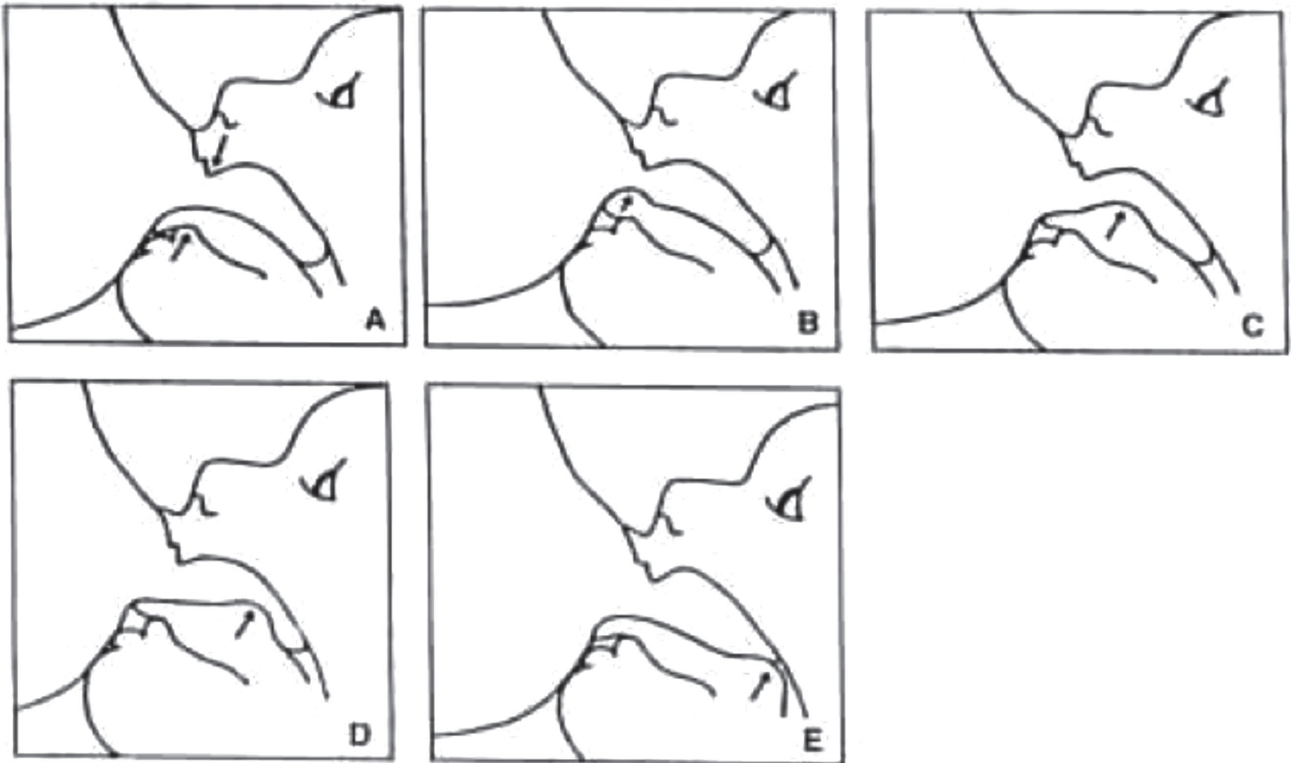
A



B

A) Posição da língua na sucção de bico fisiológico.

B) Posição da língua na sucção com bico ortodôntico na mamadeira (observar a posição da língua nos dois casos e compará-la com a posição da língua na ordenha) (GRABER, 1997).



Sequência do posicionamento da língua na ordem. A, B, C, D, e E mostram a passagem da onda peristáltica que conduz o leite por toda a extensão do mamilo (SCOTT, 1989).



VAMOS REFLETIR!

Durante uma visita domiciliar, a equipe de saúde bucal visita uma família vivenciando a chegada do primeiro filho. Tudo é novidade para essa família!

Diante dessa situação, quais as ações/orientações você considera importantes para a equipe de saúde bucal trabalhar com essa família?

Não se esqueça de registrar sua reflexão no portfólio.

3.7 Organização do atendimento

De acordo com o número de recém-nascidos vivos da área de abrangência, devem-se agendar as visitas puerperais no domicílio do bebê junto com os demais membros da equipe de saúde. As visitas devem ser realizadas durante o primeiro mês de vida do bebê, para a manutenção do vínculo criado com a mãe enquanto gestante e para apoiar a família frente a possíveis dificuldades de adaptação.

Na visita domiciliar, os pais devem ser orientados quanto aos primeiros cuidados de saúde necessários com o bebê, reforçando o estímulo para o aleitamento materno exclusivo e para a prática de autocuidado dos membros da família. Durante a visita, deve ser entregue o cartão odontológico com a data, horário, local e profissional responsável pela primeira consulta clínica do bebê, agendada na unidade de saúde da família após 3 meses de idade, para que o bebê seja inserido no atendimento odontológico programado.

Cabe ressaltar que, na primeira consulta, deve-se verificar se o bebê está inscrito ou em dia com o programa de puericultura e o programa nacional de imunização, reforçando-se a prática multiprofissional.

3.8 Acolhimento do bebê

Todos os bebês menores de 1 ano de idade e moradores na área de abrangência devem ser priorizados para o atendimento odontológico programado. O acesso pode-se dar por meio de visita puerperal, programa de puericultura, programa nacional de imunização, busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde, atendimento programado para gestantes ou ainda por livre demanda dos pais ao serviço de saúde.

A seguir é apresentado um modelo de fluxograma baseado no Protocolo de Atenção Odontológica do Município de Cambé (2006).



3.9 Identificação de risco de cárie

Para prevenir a doença cárie é importante identificar estes fatores de risco:

- contaminação precoce da cavidade bucal por *Streptococcus mutans*, através de cárie ativa da mãe;
- ausência de hábitos de higiene bucal desde a erupção dos primeiros dentes;
- aleitamento noturno sem higiene quando já existem dentes na cavidade bucal;
- consumo de carboidratos açucarados acima de 4 vezes ao dia.

Quando esses fatores estão presentes no primeiro ano de vida do bebê, podem determinar aumento na prevalência da cárie com o aumento da idade. Portanto, é fundamental a prática de ações precoces no sentido de orientar os pais para evitar, prevenir ou controlar a cárie dentária.

3.9.1 Avaliação do risco de cárie x procedimentos caseiros e clínicos

Apresentamos a seguir o modelo proposto pelo Programa de Atendimento Odontológico para Bebês da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. <http://www.abodontopediatriago.org.br/abodontopediatriago/3cgo>

Criança sem risco identificado

Procedimento Caseiro

- realizar a limpeza com gaze/ tecido macio 2 vezes ao dia com a utilização de água filtrada e/ou fervida/ água oxigenada diluída 1:4 e a utilização de fio dental;

- com a erupção dos primeiros molares, iniciar o uso da escova dental e a utilização de dentifrício não fluoretado*;
- aplicação tópica de Fluoreto de Sódio a 0,02%, 2 vezes ao dia¹.

Procedimento Clínico

- realizar a profilaxia com baixa rotação e pasta profilática sem flúor, ou escovação com água filtrada e fervida/ água oxigenada diluída 1:4/ dentifrício não fluoretado e uso do fio dental;
- aplicação de diamino fluoreto de prata nos molares/ verniz com flúor/ selante;
- agendar retorno a cada 3 meses e reavaliar o risco de cárie.

Criança com risco identificado

Procedimento Caseiro

- manter o mesmo procedimento indicado para criança sem risco **identificado**.

Procedimento Clínico

Consulta inicial:

- profilaxia (idem ao sem risco identificado), aplicação de NaF 0,2% (dentes anteriores), diamino fluoreto de prata/verniz com flúor nos posteriores;
- tratamento de choque: profilaxia (idem ao sem risco identificado), aplicação de NaF 0,2% (dentes anteriores), diamino fluoreto de prata/verniz com flúor nos posteriores.

¹ O dentifrício fluoretado (500 ppm) poderá ser usado na quantidade de um grão de arroz (0,15 g) apenas na última higiene se a criança não fizer uso de flúor sistêmico (água de abastecimento público/água mineral sem flúor).

- Intervalo de 1 semana por 4 sessões consecutivas;
- Na última sessão, aplicar selante nos posteriores;
- Em todas as sessões fazer reforço educativo para reversão do risco.
- choque - fluoroterapia.

Após o retorno com 30 dias

- com reversão: procedimento clínico (idem ao sem risco identificado).
- não reversão: continuar o tratamento de choque com retorno a cada mês até que se consiga a reversão do risco.



VAMOS SABER MAIS!

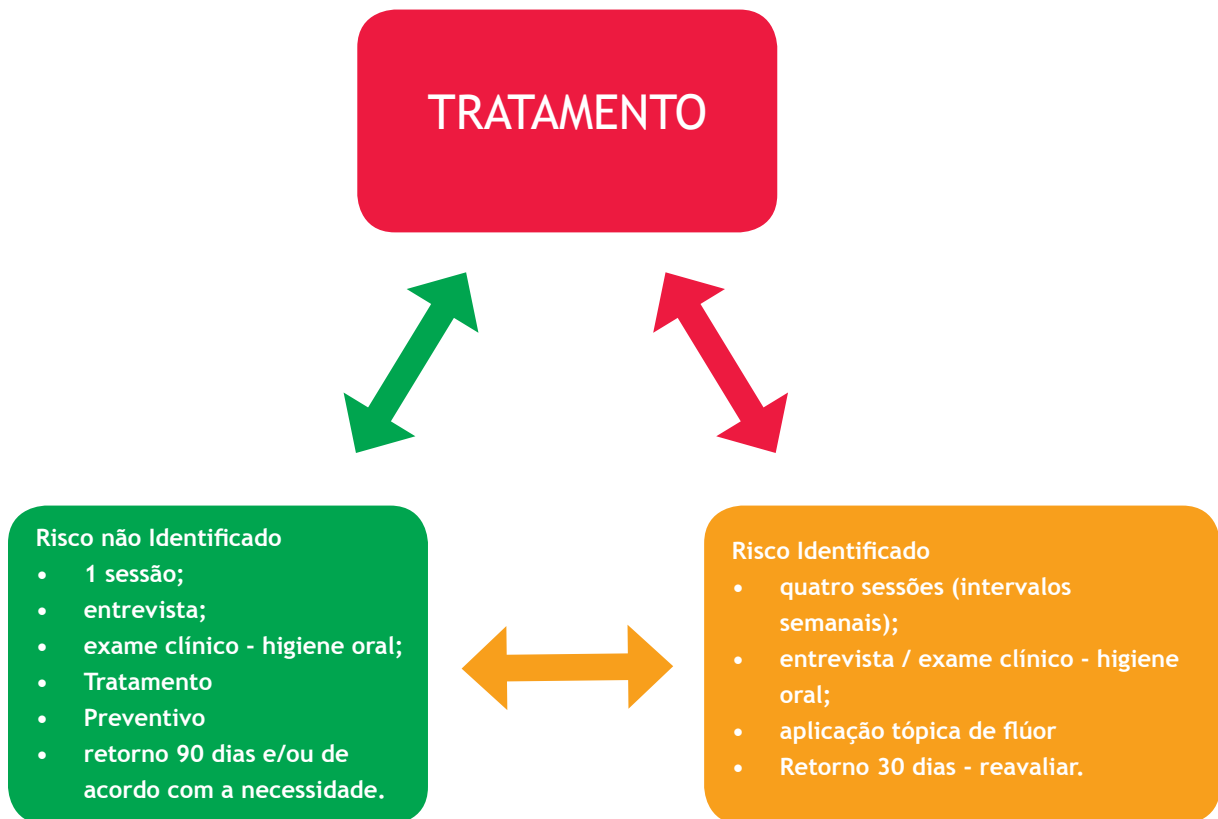
Sugestão de Leitura: CHIBINSKI ACR, TANKA F, WAMBIER DS. Diamino Fluoreto de Prata: Recurso subestimado em Saúde Pública? Rev. Ibero-am Odontopediatria, Odontologia Bebê, 2005;8(43):253-63.

3.10 Protocolo de Atendimento Odontológico para Bebês:

- apresentação do programa;
- doença cárie dentária;
- dieta; higiene oral e pessoal;
- traumatismo dentário;
- distúrbios da erupção dentária; afecções bucais;
- hábitos orais; transmissibilidade da doença cárie dentária;
- folhetos educativos com informações básicas entregues

- para as mães;
- palestra de reforço para as mães dos bebês que permanecem em risco Identificado.

3.11 Promoção e Manutenção da Saúde Bucal (Metodologia de Identificação do risco de Cárie)



3.12 Atendimento de Média Complexidade

Considera-se atendimento de média complexidade quando o bebê apresenta manchas brancas e cavidades de média profundidade sem comprometimento pulpar.

Tratamento de manchas brancas

- 04 sessões com intervalos semanais;

- reversão dos fatores desencadeantes da doença cárie;
- aplicação tópica de flúor (4 semanas);
- retorno após 30 dias para avaliar.

Tratamento de Cavidades de Média Profundidade

- quantas sessões forem necessárias (mínimo 4);
- reversão dos fatores desencadeantes da doença cárie;
- aplicação tópica de flúor (4 semanas);
- tratamento das cavidades de cárie com instrumentos manuais e/ou rotatórios de baixa ou alta rotação;
- restaurações das cavidades de cárie com materiais restauradores, do tipo ionômero de vidro e resinas fotopolimerizáveis;
- retorno após 30 dias para reavaliar.
- Recomenda-se aplicação de anestesia local frente à suspeita de sintomatologia dolorosa.

3.13 Atendimento de Alta Complexidade

Tratamento de Cavidades Profundas

- quantas sessões forem necessárias (mínimo 4);
- reversão dos fatores desencadeantes da doença cárie;
- aplicação tópica de flúor (4 semanas);
- escavação das cavidades (adequação);
- extrações dentárias (quando necessário);
- tratamento endodôntico;
- tratamento das cavidades de cárie com instrumentos manuais e/ou rotatórios de baixa ou alta rotação;
- restaurações das cavidades de cárie com materiais restauradores, do tipo ionômero de vidro, resinas fotopolimerizáveis e/ou amálgama;
- retorno após 30 dias para reavaliar.
- Recomenda-se aplicação de anestesia local frente à suspeita de sintomatologia dolorosa. Todo atendimento curativo deverá ser realizado com isolamento absoluto, quando possível.



VAMOS SABER MAIS!

Anexo são apresentadas sugestões de roteiro de atendimento para a primeira consulta odontológica de bebês (30 dias), conforme o Protocolo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Florianópolis, 2006).
http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_bucal.pdf

Seção 4 - SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA

É a gente quer viver pleno direito
a gente quer viver todo respeito
a gente quer viver uma nação
a gente quer ser um cidadão. (Gonzaguinha)

A saúde de uma população, em especial a saúde bucal, é expressa claramente pelas condições do meio no qual ela está inserida e, principalmente, pela forma com que são estabelecidos os relacionamentos interpessoais e familiares. Além disso, a vida está inserida num processo cíclico e dinâmico de mudanças contínuas, sendo que, para crianças e adolescentes, a saúde significa crescer e se desenvolver sem intercorrências, principalmente durante a primeira infância. Por tudo isso, desde o momento em que nasce, a criança estabelece uma interdependência com o seu meio, tendo os pais, cuidadores ou responsáveis um papel fundamental nesse desenvolvimento biopsicossocial. A melhor maneira de motivar as crianças acerca de saúde bucal é através dos pais, pois esses desempenham um papel psicossocial muito importante para os filhos. Dessa forma, o exemplo estabelecido pela família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança (Anquilante et al., 2002).

A primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar um programa educativo/preventivo de saúde bucal. Nessa fase é importante contar com a participação ativa da família.

A dentição mista tem início com a erupção dos primeiros molares permanentes, quando se dá o primeiro período de levantamento fisiológico da mordida. Posteriormente, outros dois períodos desse levantamento ocorrem pela erupção dos segundos e terceiros molares consecutivamente. A dentição mista se encerra com a esfoliação dos molares decíduos. O

período de erupção da dentição mista sofre variações quanto à sua ordem, porém pode-se observar que, na maior parte dos casos, a substituição dos dentes inferiores precede ligeiramente os superiores. Uma particularidade se dá na troca dos incisivos centrais permanentes, que, com frequência, erupcionam atrás dos decíduos e se deslocam para diante sob a influência da pressão da língua.

4.1 Erupção dental

A seguir será apresentado o processo de erupção e os fatores locais e gerais segundo o Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Curitiba (Curitiba, 2004). <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/bucal.pdf>

Embora a palavra erupção signifique rompimento do dente através da gengiva, é geralmente entendida como sendo o movimento axial ou oclusal do dente, desde sua posição de desenvolvimento até seu posicionamento funcional no plano oclusal.

Entretanto, a erupção é apenas parte de todos os movimentos fisiológicos realizados pelo dente, porquanto nos dentes ocorrem movimentações complexas relacionadas com a manutenção de sua posição nos maxilares em crescimento e de compensação aos desgastes mastigáveis.

4.1.1 Fatores que regulam e afetam a erupção

Pouco se sabe a respeito dos fatores que afetam a erupção. Tanto a sequência, quanto a época de erupção parecem ser, em grande parte, determinadas pelos genes.

Fatores locais

- Distúrbios mecânicos, bem como os processos patológicos localizados podem alterar o plano genético de erupção.
- Lesões periapicais e, também, a pulpotomia de um molar decíduo aceleram a erupção do pré-molar sucessor.
- Se o dente decíduo for extraído após o sucessor permanente ter iniciado os movimentos ativos de erupção (estágio 6, ou posteriores, de NOLLA), o dente permanente irromperá precocemente.
- Se o dente decíduo for extraído antes do início dos movimentos eruptivos do permanente (antes do estágio 6, de NOLLA), é bem provável que o dente permanente atrase sua erupção, pois o processo alveolar pode voltar a formar-se sobre o dente sucessor, tornando a erupção mais difícil e lenta.
- Pode-se observar também que o apinhamento dos dentes permanentes afeta ligeiramente sua velocidade de calcificação e de erupção.
- Outros fatores locais são: dente decíduo anquilosado, fibrose gengival, hematoma de erupção, fatores esses que atrasam a erupção dos dentes.

Fatores gerais

- A síndrome de trissomia do 21 (Síndrome de Down) causa atraso na erupção dentária.
- Na disostose cleido-craniana, o desenvolvimento está sempre retardado, sendo muito comum a dentição decídua ainda estar completa aos 15 anos de idade.
- O hipopituitarismo causa atraso na erupção e, nos casos mais graves, os dentes decíduos não sofrem reabsorção, podendo permanecer durante toda a vida do indivíduo. A extração dos decíduos não é indicada,

pois não se pode assegurar a erupção dos permanentes.

- O hipotireoidismo e o raquitismo também causam atraso na erupção.
- O hipertireoidismo acelera a erupção, provocando apinhamento (macrodontia com base óssea pequena).
- As influências nutricionais sobre a calcificação e a erupção são relativamente menos significantes, pois o efeito sobre a erupção dos dentes tem sido demonstrado somente nos extremos da variação nutricional.

4.1.2 Cronologia da erupção dental

TROCA DOS DENTES		
	Dentes Superiores	Dentes Inferiores
Incisivos centrais	7- 8 anos	6 - 7 anos
Incisivos laterais	8 - 9 anos	7 - 8 anos
Caninos	11 anos	10 anos
Primeiros molares	10 anos	11 anos
Segundos molares	12 anos	12 anos

ERUPÇÃO DOS DENTES PERMANENTES		
	Dentes Superiores	Dentes Inferiores
Incisivos centrais	8 anos	7 anos
Incisivos laterais	8 - 9 anos	7- 8 anos
Caninos	9 anos	9 -11 anos
Primeiros pré-molares	11 anos	10 anos
Segundos pré-molares	11 anos	11 anos
Primeiros molares	6 anos	6 anos
Segundos molares	12 anos	12 anos
Terceiros molares	17 - 30 anos	17 - 30 anos

Seção 5 - SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE

Somos donos de nossos atos,
mas não donos de nossos sentimentos.
Somos culpados pelo que fazemos,
mas não somos culpados pelo que sentimos.
Podemos prometer atos,
mas não podemos prometer sentimentos...
Atos são pássaros engaiolados,
sentimentos são pássaros em voo. (Mário Quintana)

Atualmente, tem-se observado um crescente interesse pela adolescência e situações específicas que acometem essa faixa etária ou são por ela geradas, bem como pela compreensão de que este grupo de indivíduos deve ser apoiado em seu desenvolvimento pessoal.

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

A equipe de saúde bucal deve incorporar-se aos atendimentos de grupo de adolescentes e, por meio de linguagem apropriada para essa faixa etária, divulgar os conceitos de promoção de saúde bucal tão amplamente utilizados para a nossa clientela infantil. Deve-se buscar dar sequência ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com a criança e consolidar a ideia do autocuidado, pela ênfase aos cuidados com a higiene bucal e uso do flúor e à importância da saúde da boca para cada indivíduo, sempre reiterando o estímulo a uma alimentação saudável e balanceada, evitando o consumo de refrigerantes, *chips e doces*.

5.1 Acolhimento ao adolescente

O acolhimento 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.

O grupo de adolescentes deverá ser priorizado para o atendimento programado e estimulado para sua inserção na Estratégia de Saúde da Família.

Nesse grupo, é de suma importância não apenas saber ouvir, sem questionamentos desnecessários e, principalmente, sem censuras, como também saber transmitir orientações numa linguagem que seja assimilada com facilidade.

Deve-se ainda enfatizar a compreensão dos determinantes comportamentais no desenvolvimento de atitudes relacionadas com as doenças bucais.

5.2 Aspectos importantes relacionados à saúde bucal do adolescente

- ocorre aumento do risco às doenças periodontais, apesar da redução gradual do risco biológico à cárie, observada com a aproximação da vida adulta;
- os bons hábitos de higiene são colocados de lado; os pais não participam mais da higiene bucal de seus filhos;
- é uma fase importante para o desenvolvimento de uma mentalidade de autocuidado que irá garantir uma saúde bucal duradoura;
- representa 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.

Em relação às alterações periodontais, segundo o Protocolo de Atenção à Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Florianópolis (2006), é importante considerar: http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolo_de_atencao_a_saude_bucal.pdf

- o risco aumentado à doença periodontal fica evidente quando se observa a alta incidência de gengivites e o surgimento de uma patologia, não exclusiva, mas própria desta faixa etária, a Periodontite Juvenil Localizada ou Generalizada;
- a Periodontite Juvenil Localizada faz parte de um grupo de doenças periodontais severas, que aparecem no início da puberdade e caracteriza-se pela destruição do periodonto de sustentação;
- trata-se de uma doença crônica inflamatória em que ocorre grande destruição óssea. Pode ser classificada de duas formas: localizada, afetando os primeiros molares e incisivos permanentes, e manifestação generalizada, na qual todos os dentes podem ser afetados;
- a Periodontite Juvenil se deve, principalmente, à invasão bacteriana dos tecidos periodontais por um grupo específico de bactérias, geralmente, a *A. Actinomycetemcomitans* e a *Capnocytophaga* sp.;
- fatores genéticos e falhos no mecanismo de defesa do hospedeiro colaboram para determinar a susceptibilidade da pessoa à infecção periodontal e à velocidade de progressão da doença;
- a melhor prevenção para a Periodontite Juvenil é a visita periódica aos serviços da unidade de saúde, pois, se houver algum problema, o diagnóstico precoce possibilita tratamento mais brando, com sequelas menores;
- o tratamento da Periodontite Juvenil pode incluir raspagem ou cirurgia periodontal, irrigação das bolsas

periodontais com tetraciclina e clorexidina e ainda administração de medicamentos (antibióticos) por via oral;

- os resultados alcançados por esse tipo de tratamento, em geral, são satisfatórios. Quanto mais precocemente diagnosticada a doença, melhor será o resultado do tratamento.

Principais características dessas alterações periodontais

- formas localizadas e generalizadas;
- aspecto periodontal saudável do paciente na maioria dos casos;
- a quantidade de placa bacteriana é incompatível com a severa destruição periodontal;
- pode ser caracterizada por uma tendência familiar;
- apresenta progressão rápida.

Além do tratamento típico para periodontite crônica, deve-se considerar para pacientes com periodontite agressiva que:

- uma avaliação médica geral pode determinar se doença sistêmica está presente nas crianças e adultos jovens com periodontite severa, particularmente se a periodontite agressiva não responder à terapêutica clássica;
- somente procedimentos periodontais básicos frequentemente são ineficientes no tratamento de periodontites agressivas. Porém, nas fases iniciais da doença, a terapia pode ser realizada com tratamento básico conjugado com terapêutica antimicrobiana ou sem a fase cirúrgica;
- o resultado a longo prazo pode depender da colaboração do paciente e da manutenção periodontal em intervalos apropriados; o ideal é a cada 3 meses;

- se dentes decíduos forem afetados, a erupção de dentes permanentes deve ser monitorada para se detectar possível perda de inserção;
- pela potencial natureza familiar das doenças agressivas, avaliação e aconselhamento dos familiares devem ser feitos;
- 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, buscando dar sequência ao trabalho que vinha sendo desenvolvido e consolidar a ideia do autocuidado e da importância da saúde da boca para cada indivíduo.

Sugestão de Protocolo para atendimento clínico

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 contrarreferência).

Sugestão de Protocolo para atendimentos coletivos

Os cirurgiões-dentistas ou THD/ACD treinados deverão atuar junto aos grupos de atenção nas unidades de saúde, desenvolvendo atividades de educação em saúde bucal. Esse

grupo deverá ser priorizado para os procedimentos coletivos nas escolas (0 a 14 anos) e estimulado para sua inserção na Estratégia de Saúde da Família. As ações educativas para promoção de práticas saudáveis e do autocuidado intra e extraclínica devem ser estimuladas em todas as idades, visando ao repasse de informações e/ou orientações sobre cuidados com a saúde bucal, ações que podem ser realizadas dentro ou fora da unidade de saúde.

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 os adolescentes de risco e encaminhá-los para a unidade de saúde de acordo com a necessidade; aqueles que tiverem indicação serão referenciados para o Centro de Especialização Odontológica (CEO).

Sugestão de índice de necessidade clínica

$$\text{Índice de Necessidade Clínica} = \frac{(1) + (2)}{(3)} \times 100$$

Sendo:

(1): número de dentes cavitados com possibilidade de restauração;

(2): número de dentes com indicação para a exodontia;

(3): total de dentes presentes.

Após levantamento de dados, consideram-se de baixo risco aqueles abaixo de 30%, e de alto risco aqueles acima de 30%.

Seção 6 - TRAUMATISMO DENTÁRIO

O traumatismo dentário vem ganhando destaque na clínica odontológica devido à diminuição da prevalência de cáries. Segundo Duarte et al. (2001), a interdependência entre crescimento, desenvolvimento e comportamento do indivíduo são fatores que determinam a frequência e a distribuição das lesões traumáticas.

A literatura também revela que existe, especialmente em crianças na faixa etária entre 12 a 30 meses, propensão 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, embora indivíduos de qualquer faixa etária estejam propensos aos traumatismos.

6.1 A primeira infância e o trauma

Os fatores mais comuns de traumatismo na primeira infância estão relacionados a situações de queda - ao caminhar, em parques de diversões, do colo da mãe -, intubação em crianças prematuras, violência doméstica e outras.

Os dentes mais atingidos são os incisivos centrais inferiores, seguidos pelos laterais inferiores, incisivos centrais superiores, incisivos laterais superiores e eventualmente traumatismos dentários duplos, envolvendo dois ou mais dentes.

As lesões mais comuns de trauma dental na rotina odontopediátrica são: concussão, subluxação e intrusão.

Assim, o traumatismo na dentição decídua é muito comum na clínica odontológica, tornando-se um problema de difícil prevenção em função da etiologia e da faixa etária em que ocorre.

Deve ser de responsabilidade da equipe de saúde bucal o esclarecimento aos pais e responsáveis, uma medida simples que pode contribuir para prevenir e/ou minimizar a ocorrência.

Para Duarte et al. (2001), os cuidados podem ser divididos de acordo com a faixa etária:

0 a 6 meses de idade:

- evitar que o bebê permaneça sozinho em lugares altos;
- não permitir que outra criança carregue o bebê no colo;
- ter cuidados especiais com os carrinhos;
- adotar uso de cadeiras especiais para transportá-lo no banco do carro.

7 a 12 meses de idade:

- não deixar o bebê em lugares altos sem supervisão;
- ter cuidados especiais em locais com escada;
- rebaixar o estrado do berço caso o bebê já fique de pé;
- usar cadeiras especiais para transporte em automóveis;
- evitar cadeiras que não sejam semiajustáveis ao tamanho da criança.

12 a 24 meses de idade:

- instalar grades em janelas dos apartamentos;
- utilizar, de preferência, pratos e copos de plástico;
- retirar móveis com arestas visíveis e cortantes ao alcance da criança;
- evitar a oferta de objetos metálicos, como brinquedos;
- supervisioná-la quando estiver próxima a piscinas e lagos.

26 meses a 6 anos de idade:

- reforçar todas as recomendações anteriores;
- permitir que utilize bicicletas, patins e skates em

lugares seguros e fazendo uso de dispositivo de segurança, como protetor bucal e capacete.

- usar nos carros o cinto de segurança em crianças com menos de 20 kg e, caso a criança tenha menos de 1 metro e 35 centímetros, não usar cinto com correia nos ombros.

6.2 O paciente traumatizado

O atendimento do paciente infantil traumatizado constitui medida de emergência e deve ser realizado o mais breve possível, pois o tempo é fator preponderante no sucesso do planejamento e execução clínica do caso. Assim, o menor deverá ser encaminhado o mais rápido possível ao cirurgião-dentista, acompanhado dos responsáveis, que deverão responder às perguntas de anamnese. O cirurgião-dentista também deverá estar apto a detectar possíveis alterações que levem à suspeita de comprometimento neurológico, como vômitos, letargia, irritabilidade, que podem ocorrer em até 72 horas após o trauma, já que, nesse caso, é imprescindível o atendimento médico antes da intervenção odontológica.

Recomendam-se os seguintes procedimentos:

- limpeza da área do rosto afetada com esponja e sabão neutro e enxágue com soro fisiológico;
- limpeza da cavidade bucal com soro fisiológico;
- avaliação clínica inicial da extensão da lesão traumática que compreende avaliação dos tecidos moles e duros;
- exame radiográfico;
- planejamento do caso realizado a partir do diagnóstico do tipo de trauma, sendo o atendimento de emergência executado na mesma sessão².

² Caso o traumatismo tenha ocorrido e os procedimentos elencados acima não sejam realizados de imediato, o responsável deverá ser orientado a procurar uma das Policlínicas Odontológicas para o atendimento.

6.3 Classificação e tratamento das lesões traumáticas mais frequentes:

Lesões dos tecidos moles

1. **Abrasão:** é o ferimento causado pela fricção entre um objeto e o tecido mole. Nesse caso, deve-se lavar a área afetada com água e sabonete antisséptico, removendo-se corpos estranhos que ficaram retidos no tecido para possibilitar a cicatrização.
2. **Contusão:** ocorre extravazamento de sangue para o tecido mole extrabucal, ocasionando edema, que desaparece sozinho.
3. **Laceração:** é o trauma que acomete os tecidos moles, causando rasgamento dos mesmos. O procedimento consiste em limpeza e anestesia da região, debridamento para remoção do tecido desvitalizado, hemostasia e sutura.

Lesões dos tecidos duros (periodonto e dentes)

1. **Concussão:** o impacto no dente provoca hemorragia e edema do ligamento periodontal, entretanto sem haver sangramento do sulco gengival, fazendo com que o mesmo apresente sensibilidade à percussão e mastigação. O exame radiográfico não revela alteração visível. O alívio oclusal e dieta macia e morna por duas semanas são recomendados como tratamento.
2. **Subluxação:** o impacto maior sobre o dente provoca ruptura de algumas fibras do ligamento periodontal com sangramento do sulco gengival, provocando o afrouxamento do mesmo, porém sem deslocamento. Pode haver comprometimento pulpar com alteração de cor da coroa, ocasionando degeneração cálcica e reabsorção externa ou interna.

3. **Fratura da coroa sem comprometimento pulpar:** no caso de fratura de esmalte, é recomendável desgastar e polir as bordas cortantes; se houver comprometimento da estrutura de esmalte e dentina, é necessário realizar a reconstrução com resina composta, com a finalidade estética e mastigatória e para proteção do complexo dentino-pulpar.
4. **Fratura da coroa com comprometimento pulpar:** nesse caso, o tratamento pulpar será necessário e o profissional deverá avaliar o estágio de desenvolvimento radicular, o tempo decorrido entre o traumatismo e o atendimento profissional e as condições da exposição pulpar (tamanho e localização). Esse caso também implicará a utilização dos recursos restauradores em dentística.
5. **Fraturas radiculares:** são raras na dentição decídua, mas, dependendo do tipo (horizontal) e localização da lesão, pode-se realizar contenção semirrígida por aproximadamente 14 dias, com posterior acompanhamento clínico e radiográfico para verificar a necessidade de intervenção endodôntica. Nos casos de fratura vertical, o prognóstico é desfavorável, indicando-se a exodontia.
6. **Fraturas corono-radiculares:** a indicação é a exodontia pela impossibilidade de realizar contenção.
7. **Intrusão:** é um dos traumas mais comuns, que faz com que o dente decíduo seja deslocado para o interior do alvéolo. Esse deslocamento pode ser parcial ou total, tanto para vestibular quanto para palatina. O deslocamento vestibular distancia o dente decíduo do dente permanente em formação, favorecendo o prognóstico, e o tratamento consiste na preservação clínica e radiográfica, para verificar a erupção passiva do dente, que ocorre entre 2 a 4 meses. Quando o

trauma desloca o dente para a face palatina, poderá atingir a área do germe do dente permanente, o que pode ser verificado utilizando-se tomadas radiográficas em norma lateral e, nesse caso, a remoção cirúrgica é indicada.

- 8. Avulsão:** caso em que o reimplante não é indicado na maioria das ocorrências, porque há risco de lesar o germe do dente permanente e, além disso, a necrose pulpar é um evento frequente. A ausência de dentes adjacentes para contenção e o rompimento da lâmina dura são fatores limitantes no reimplante dos dentes decíduos.

Proservação de casos

Todos os traumatismos na dentição decídua devem ser acompanhados, devido à possibilidade de necrose pulpar, com exame clínico e radiográfico após um ou dois meses da ocorrência da lesão (para determinar a reerupção espontânea do dente deslocado e complicações pulpares iniciais) e após um ano (para diagnosticar complicações pulpares posteriores e eventual malformação do sucessor permanente).

Nos casos de necrose pulpar, deve-se levar em consideração que as alterações reversíveis na cor são bastante frequentes.



VAMOS SABER MAIS!

Outras informações podem ser obtidas no Protocolo de Atendimento Dentes Traumatizados da Universidade de São Paulo.

<http://www.fo.usp.br/cade/Manualtrauma.pdf>

Seção 7 - SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

Embora a maternidade seja a mais importante de todas as profissões - exigindo maior conhecimento do que qualquer outra área humana - jamais se deu importância ao preparo para essa função. Elizabeth Cady Stanton

A situação de saúde bucal da gestante está relacionada à sua saúde geral e também à saúde geral e bucal do bebê.

A gestação é um estado fisiológico da mulher que acarreta alterações orgânicas, com destaque para as alterações hormonais (estrogênio e progesterona), com consequente queda do pH da saliva, o que favorece o metabolismo de alguns micro-organismos, como o *Streptococos sp.* A acidificação do meio bucal, o aumento na frequência de alimentos ricos em carboidratos e o controle inadequado do biofilme bacteriano podem levar ao aparecimento da cárie dentária.

A concentração de hormônios sexuais, associada ao aumento da vascularização gengival na gestação, pode levar ao surgimento de inflamação gengival intensa, fenômeno conhecido como gengivite gravídica.

No início da gestação, a hipersecreção das glândulas salivares, que cessa por volta do terceiro mês, pode provocar náuseas e vômitos, fatores provavelmente responsáveis pelo descuido com a higiene bucal.

Deve-se levar em consideração que a gestante pode aumentar a frequência da ingestão de alimentos, entretanto, se mantiver a frequência habitual de escovação, vai contribuir para o acúmulo de placa bacteriana. A mudança da rotina da mulher após o nascimento do bebê pode induzi-la também ao negligenciamento dos cuidados com a sua saúde bucal.

É de suma importância a interação entre os diversos membros da Equipe de Saúde Bucal (ESB) e Equipe de Saúde da

Família (ESF), visando aos cuidados com a gestante. A promoção de saúde para a gestante pode ocorrer tanto em nível individual quanto coletivo, sendo a educação em saúde bucal para grupos de gestantes um exemplo de ação em nível coletivo.

7.1 Ações em nível coletivo

Inserida no contexto da promoção de saúde, a educação em saúde bucal para gestantes é um dos eixos das ações de atenção primária em que devem ser abordados itens referentes aos cuidados pessoais com relação à higienização bucal, orientação de dieta, preparo do peito para a amamentação, aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento orofacial, dentição decídua e transmissibilidade da cárie dentária. Havendo disponibilidade de pessoal auxiliar (ASB e TSB) ou outros membros da equipe interdisciplinar, previamente capacitados, esses devem ser responsáveis pelas orientações, cabendo ao cirurgião-dentista o reforço de algumas informações. Outro quesito a ser considerado é a utilização de linguagem clara e acessível. Não havendo a equipe, o cirurgião-dentista será o responsável por essas ações.

Os tópicos abordados nos grupos educativos devem focar:

1. Higiene bucal:

As alterações fisiológicas na gestante compreendem as alterações hormonais que podem causar náuseas e vômitos, dificultando a escovação, alterações na qualidade e quantidade da saliva e tendência ao aumento do sangramento gengival. Todos esses fatores elencados, associados à baixa frequência de escovação, podem levar ao acúmulo de placa, propiciando o surgimento da cárie dentária e doença periodontal (gingivite e/ou periodontite).

A prevenção da cárie dentária e de doença periodontal deve ser enfatizada pelo ensino da escovação dos dentes, bem como da língua, e uso de fio dental logo após a ingestão de alimentos. Esclarecimentos estes que se fazem necessários, pois há evidências de que a gestante com doença periodontal pode ter bebê de baixo peso e parto prematuro (PLBW- preterm low-birth-weight). Em 1996, Offenbacher et al. relataram que pacientes grávidas com doença periodontal correm risco 7,5 vezes maior de desenvolver PLBW.

2. Dieta:

Também é de responsabilidade da equipe de saúde bucal repassar orientações no que concerne à alimentação e nutrição ideais para que a gestação possa se desenvolver de forma tranquila, com ganho de peso adequado e prevenção de doenças, como anemia, hipertensão e diabetes, contribuindo para a redução do baixo peso do nascituro e redução das mortalidades materna e neonatal. Acrescente-se, ainda, que a complementação vitamínica só deve ser prescrita pelo médico da Unidade de Saúde.



VAMOS SABER MAIS!

Importante:

- Esclarecer que a dieta rica em carboidratos, associada à falta de higiene adequada, pode contribuir sobremaneira para o aparecimento da cárie dentária.
- Orientar que o uso de fluoreto não é recomendado, pois não existe evidência de sua eficácia. Além disso, alguns municípios apresentam água de abastecimento fluoretada, não havendo a necessidade de flúor sistêmico à gestante nem ao bebê, que só deve receber a aplicação tópica quando houver indicação do cirurgião-dentista. Caso haja alguma dúvida em relação à prescrição de fluoreto, o cirurgião-dentista deve entrar em contato para esclarecimento.

3. Preparo do peito para a amamentação, aleitamento materno e crescimento e desenvolvimento orofacial:

São itens importantes a serem esclarecidos, pois a amamentação natural traz benefícios, como: nutrição adequada, prevenção de problemas nas arcadas dentárias e posicionamento dos dentes da criança. Além disso, deve-se enfatizar a introdução de alimentação adequada após o desmame.

Os cuidados em relação ao aleitamento materno dizem respeito à lavagem, secagem total dos seios e uso de sutiã confortável, o qual deverá ser retirado para permitir melhor adaptação do bebê posicionado no colo da mãe, facilitando o processo de pega da aréola para o movimento de sucção. Caso o peito esteja muito cheio, recomenda-se a massagem e ordenha manual para alívio do mesmo e facilitação do ato da amamentação. Não é recomendado utilizar cremes ou pomadas para prevenir rachaduras nos seios. Se isso ocorrer, deve-se passar o próprio leite materno no local.

A ordenha manual consiste na lavagem das mãos para realizar massagens circulares com a ponta dos dedos em toda a aréola e, com a palma da mão, massagear o restante da mama, segurando com a outra mão a base da mesma. A seguir, colocam-se os dedos onde termina a aréola e comprime-se firme e delicadamente para o leite sair, pressionando e soltando várias vezes.

4. Dentição e transmissibilidade da cárie dentária:

É importante orientar a futura mãe sobre a cárie dentária, que é uma doença infecto-contagiosa e transmissível através da saliva. Portanto, a adoção de medidas simples, como evitar o hábito de beijar o bebê na boca, assoprar a comida, utilizar copos e talheres junto com o bebê, ou limpar a chupeta na

boca do adulto podem contribuir para diminuir a transmissão dos micro-organismos responsáveis pelo aparecimento da cárie dentária.

O surgimento dos primeiros dentes da criança, dentição decídua, requer cuidados relativos a esses dentes, os quais devem ser esclarecidos à gestante, enfatizando-se a necessidade da consulta e acompanhamento odontológico pelo profissional de odontologia.

A cartilha *Nascendo, Vivendo e Crescendo*, do Programa Cárie Zero da Secretaria Municipal de São Paulo (2007) recomenda a orientação e educação em saúde bucal para grupos de até 12 pessoas, para melhor efetividade das ações. Propõe-se no mínimo um ciclo de três grupos ao longo do pré-natal e puerpério (preferencialmente grupo de 1.º, 2.º e 3.º trimestre de gestação).

Caso a gestante não tenha comparecido aos dois grupos iniciais, ela poderá tomar posse de todas as informações no terceiro encontro, pois todos os assuntos serão recordados, enfatizando-se ainda os assuntos pertinentes à faixa de gestação e incluindo os cuidados com os recém-nascidos.

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 que a gravidez não “rouba cálcio dos dentes”;
- Alimentação - importância de dieta equilibrada, evitando-se alimentos cariogênicos, inclusive os que contêm açúcar “embutido”, os quais comprometem o paladar do bebê;

- 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 geral e bucal 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 cáries rampantes;
 - 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, corrigindo conceitos aprendidos, de forma que a abordagem enfoque todos os itens já estudados.
- Reforçar os autocuidados 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 não oferecer chupetas ou mamadeiras.

- Orientar as gestantes a procurarem a unidade para a consulta de puerpério e para o grupo de bebês.

7.2 Ações em nível individual

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, devem-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, enfatiza-se o controle do biofilme dental, a remoção de focos de infecção e adequação do meio, raspagem e alisamento radicular.

Não existem riscos quanto ao uso de anestésico local para a gestante, desde que esta não apresente histórico de doenças crônicas, como hipertensão ou diabetes que não estejam sob controle. O emprego de baixas doses dos anestésicos locais privilegia o seu uso em odontologia. Caso haja necessidade, o médico deverá ser consultado quanto ao uso do anestésico.

As gestantes diabéticas ou que apresentem diabetes gestacional merecem atenção especial, pois o risco de infecções nessas pacientes é maior, podendo apresentar quadro de gengivite severo.

Um aspecto importante a ser enfatizado é a prescrição de medicamentos sistêmicos durante o período de gestação e lactação. A maioria das drogas chega ao feto através da placenta, e a maioria dos estudos sugere evitar a administração de medicamentos, pois o feto possui características próprias de absorção e imaturidade para a eliminação dos mesmos. O *Food and Drug Administration (FDA)* seleciona os fármacos em categorias: A e B para serem usados com cautela em gestantes, C e D prescritos somente quando houver extrema necessidade e de uso proibido os de categoria X. Poucos medicamentos têm seu uso proibido na lactação, entretanto recomenda-se o uso nas menores doses cabíveis, maior espaçamento entre doses, menor duração de tratamento e ingestão de medicamentos logo após o término da mamada, para que o pico sérico materno ocorra no período em que a criança não esteja sendo amamentada.

Seção 8 - SAÚDE BUCAL DO ADULTO

A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original. Albert Einstein

Os adultos, em especial os trabalhadores, têm dificuldades no acesso às unidades de saúde em horários de trabalho convencionais desses serviços. Essas situações conduzem a um agravamento dos problemas existentes, transformando-os em urgência e motivo de falta ao trabalho, além das consequentes perdas dentárias. Disponibilizar horários de atendimento compatíveis com as necessidades de atenção a esse grupo e integrar a atenção odontológica aos programas de saúde do trabalhador e de segurança no trabalho são expedientes que viabilizariam a detecção dos riscos específicos.

Entramos em um ciclo em que se deve dar atenção à identificação precoce de determinadas patologias, em especial o diabetes, a hipertensão e o câncer bucal, sendo importante que o planejamento em saúde bucal envolva ações voltadas à conscientização da clientela para a prevenção, busca do tratamento e controle dos fatores de risco. Os usuários, nessa fase, estão cada vez mais impacientes perante os serviços de saúde, pois estes não correspondem às suas expectativas que ficam limitadas aos cuidados curativos. Poucos discordam da ideia de que os sistemas de saúde precisam responder melhor e mais rapidamente a esses desafios.

A Atenção Primária, ao considerar o adulto em sua singularidade, complexidade e integralidade, busca a promoção de sua saúde, pela prevenção, tratamento de doenças e redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Para tanto, possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita,

estimulando a participação dos usuários inseridos nesse ciclo de vida e realizando o controle social. Por fim, a equipe deve fazer uma avaliação e um acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação.

O Levantamento Epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em nível nacional, o SB Brasil, demonstrou a importância dos agravos em saúde bucal e reforçou a necessidade da organização dos serviços de saúde em intervir para controlá-los. Assim, é de fundamental importância a responsabilização da equipe de saúde do nível local pela interferência positiva no quadro sanitário.

É característico da atenção prestada nos serviços de Atenção Primária que esses se ocupem das patologias mais prevalentes nas comunidades. Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: (1) cárie dentária; (2) doença periodontal - (a) gengivite e (b) periodontite; (3) câncer de boca; (4) traumatismos dentários; (5) fluorose dentária; (6) edentulismo; e (7) má oclusão.

Para que nos situemos, é necessário enfocar alguns dados epidemiológicos devido a sua gravidade entre adultos. A média de dentes atacados pela doença cárie (faixa etária de 35 a 44 anos) é de 20,1 dentes. A análise desses dados aponta também para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada. No Brasil, a porcentagem de pessoas com algum problema periodontal nas faixas etárias de 15 a 19 e 35 a 44 anos é, respectivamente, de 53,8% e 78,1% (BRASIL, 2003).

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

acometer o sexo masculino de forma mais intensa, e 70% dos casos são diagnosticados em indivíduos com idade superior a 50 anos. Localiza-se, preferencialmente, no assoalho da boca e na língua, e o tipo histológico mais frequente (90 a 95%) é o carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermoide).



VAMOS REFLETIR!

Diante dos dados expostos acima, iniciemos nossa reflexão, transferindo-os para nossa realidade...



8.1 Protocolos

Após anamnese e exame clínico (físico) detalhados e concluído o diagnóstico precisamente, devemos formular o plano de tratamento de acordo com as condições clínicas do paciente.

Há uma ordenação básica de prioridades que normatiza a elaboração dos planos de tratamento integrado, apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 - Ordenação básica a ser seguida para sequência e formulação de plano de tratamento
1. Urgências
2. Controle da atividade de doença / educação em saúde
3. Procedimentos periodontais e cirúrgicos (focos de infecção)
4. Intervenção endodôntica
5. Tratamento restaurador / reabilitador
6. Reavaliação do paciente
7. Manutenção periódica do paciente (definida pelo profissional)

Fonte: Fundamentos de Clínica Integral em Odontologia (2009) (adaptado)

8.1.1 Cárie dentária

A cárie dentária é definida como uma doença em que a atividade metabólica das bactérias resulta em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário; tal desequilíbrio pode causar uma progressão da desmineralização do dente com consequente formação da lesão de cárie. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial (FEJERSKOV e KIDD, 2005).

Considera-se, hoje, que os estágios anteriores da doença, antes da cavidade, podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Portanto, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações.

Para tanto, elencamos os principais fatores de risco para tal patologia:

- Fatores culturais e socioeconômicos;
- Falta de acesso ao flúor;
- Deficiente controle mecânico do biofilme (placa bacteriana);
- Consumo excessivo e frequente de açúcar;
- Xerostomia.

No adulto, os sinais da atividade da doença são caracterizados como lesões ativas (manchas brancas rugosas e opacas no esmalte ou cavidades com tecido dentinário amolecido e de cor marrom clara), ou inativas (manchas brancas brilhantes ou cavidades com tecido dentinário escurecido, liso, brilhante e duro). Fica claro, pois, que se faz necessária uma avaliação dos fatores de risco acima citados.

Além da realidade social e cultural particular das populações assistidas pela equipe de saúde, de modo mais abrangente, a dieta tem um papel importante no desenvolvimento da cárie, principalmente pela influência dos carboidratos fermentáveis (amidos, farinhas e açúcares). A frequência de ingestão é mais importante do que a quantidade ingerida - considerando-se que a consistência pastosa ou aderente desses carboidratos consumidos pode favorecer mais a formação da lesão de cárie do que na forma fluida, assim como a ingestão frequente de sacarose, que apresenta maior influência sobre o aumento e a severidade da cárie.

A saliva exerce função protetora para os tecidos bucais, assim como seu baixo fluxo influencia negativamente no processo da cárie. A xerostomia, por sua vez, leva à diminuição das ações de limpeza mecânica e diluição das substâncias ingeridas, o que permite que estas sejam deglutidas sem promover o desequilíbrio e alteração do pH na cavidade bucal. São causas de xerostomia: medicação com efeito colateral sobre a secreção (antidepressivos, diuréticos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos, antieméticos e narcóticos), radioterapia

de cabeça e pescoço, doenças autoimunes, AIDS, menopausa, distúrbios alimentares (bulimia, anorexia nervosa, desnutrição, jejum frequente), desidratação, diabetes melito tipo I, cálculos salivares e estresse.

A fluoretação da água de abastecimento é considerada um método seguro e eficaz na prevenção da cárie dentária e deve ser observada pela equipe de saúde, pois atinge toda a população com acesso à água tratada. A implantação da fluoretação da água deve ser uma política prioritária, bem como a garantia de monitoramento dos teores de flúor agregados a ela (heterocontrole).

O tratamento deve ser individualizado e compreende a instrução de higiene bucal, incluindo orientações sobre a escovação dos dentes, uso do fio dental, limpeza da língua e frequência de higienização. Adequação do meio bucal com remoção de placa, remoção da dentina cariada, selamento das cavidades com material provisório (ionômero de vidro ou cimento modificado) e remoção de outros fatores retentivos de placa, como restos radiculares e cálculos, devem ser observados cuidadosamente. O controle de atividade da doença envolve a avaliação das causas do desequilíbrio identificado e intervenção sobre os fatores determinantes, incluindo: ações educativas que devem ser abordadas e estimuladas, uso tópico de flúor de acordo com a indicação e risco, aconselhamento dietético e estímulo ao fluxo salivar, quando necessário.

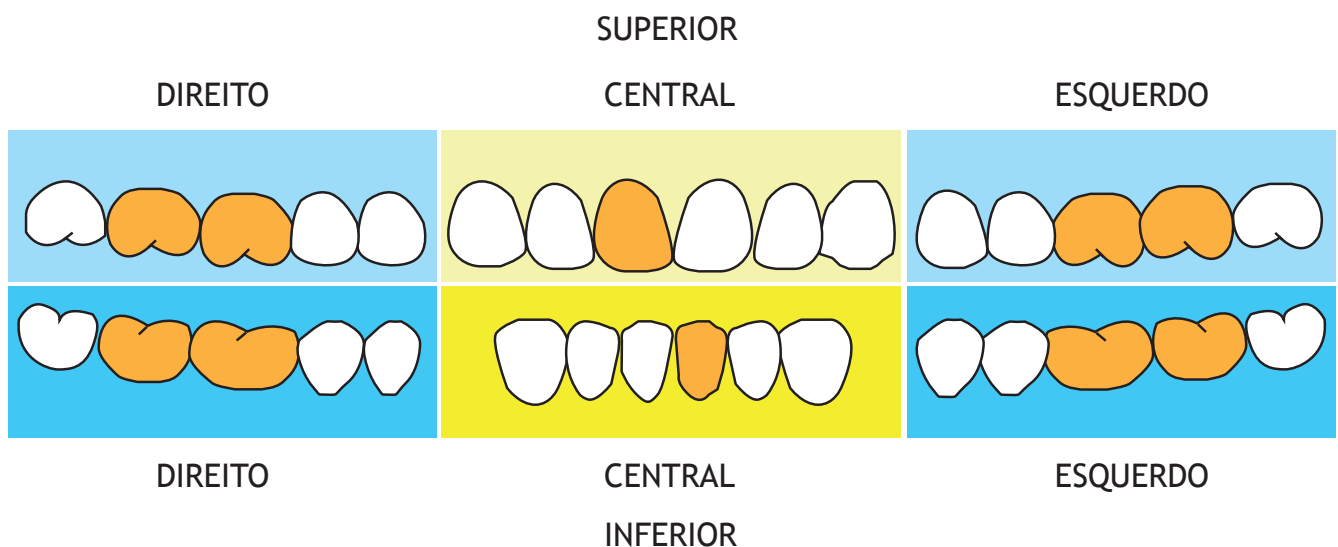
O retorno para manutenção deve ser instituído como rotina, ter frequência definida pela avaliação da atividade de doença e fatores de risco individuais e precisa ser agendado de acordo com a particular situação. Nas consultas de manutenção, as ações educativo-preventivas devem estimular a autonomia no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

8.1.2 Doença Periodontal

Processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente; tem como principal determinante a placa bacteriana, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro. Não é mais considerada apenas como de progressão lenta e contínua, mas pode ter padrões variáveis de progressão. Trata-se de uma doença infecciosa, cujas alterações de forma e função são consideradas sinais. A normalidade do periodonto é definida por variáveis biológicas, que são mais coerentes com a etiopatogenia da doença e permitem que usuários que, em algum momento, foram portadores da doença e apresentem sequelas (como recessão e mobilidade) retornem ao estado de saúde. A doença periodontal se constitui, atualmente, em um importante fator de risco para parto prematuro de baixo peso, diabetes e doenças vasculares e cardíacas.

Um dos indicadores de saúde periodontal recomendado em nível internacional é o índice periodontal comunitário (IPC), também conhecido como CPI (na língua inglesa). Nele, a cavidade bucal é dividida em sextantes onde são examinados os chamados dentes-índice.

Figura 1 - Odontograma para coleta de dados do IPC (Brasil, 2003).



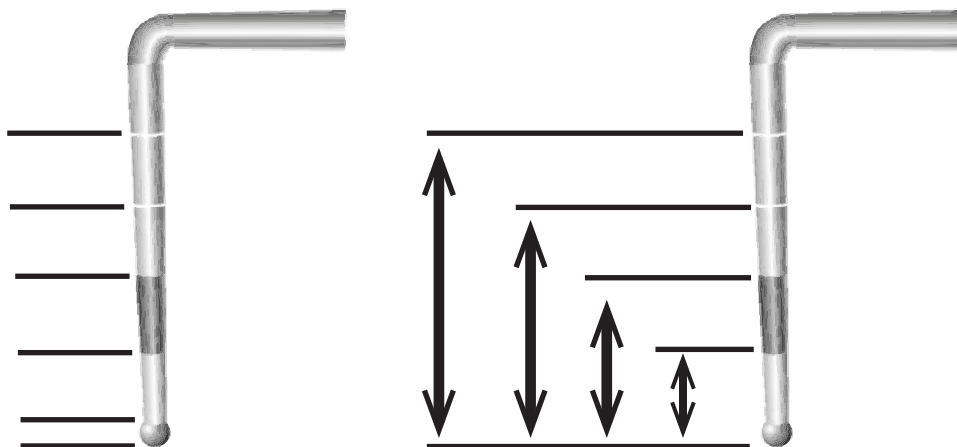
Para compor o índice, cada dente sondado recebe um valor, que vai de 1 a 4, colocando-se o maior valor detectado em cada uma das quatro faces examinadas (mesial, distal, vestibular e lingual). As categorias utilizadas são:

- 0= periodonto saudável
- 1= sangramento à sondagem
- 2= presença de cálculo
- 3= profundidade à sondagem de 3 a 5 mm.
- 4= profundidade à sondagem igual ou maior que 6 mm.

Os exames são conduzidos com o auxílio de uma sonda milimetrada, especialmente desenvolvida para tal, chamada sonda IPC (Figura 2).

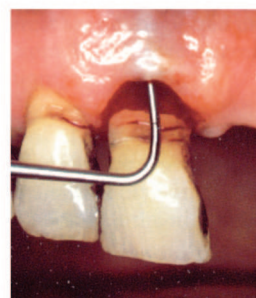
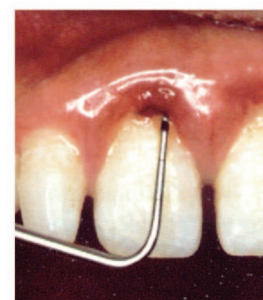
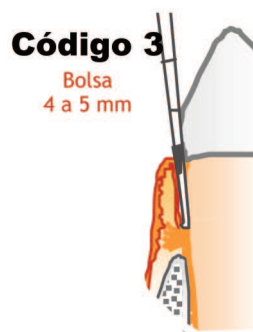
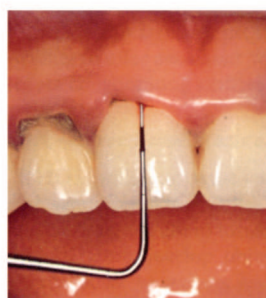
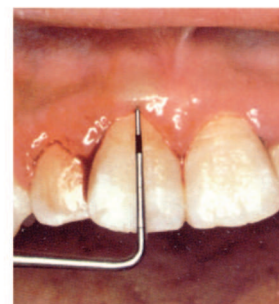
O índice de perda de inserção periodontal (PIP), também avaliado com o auxílio da sonda IPC, complementa o índice IPC, pois quantifica as possíveis perdas de inserção gengival (negligenciadas pelo IPC), medindo a distância desta até a junção amelocementária. A boca é também dividida em sextantes, sendo examinados os mesmos dentes-índice do IPC.

Figura 2 - Sonda IPC (esquema ilustrativo-Brasil, 2003).



Para melhor entendimento dos índices avaliadores ou de mensuração para a doença periodontal, observar a ilustração abaixo:

Para o Índice Periodontal Comunitário (IPC):



Fonte: SB Brasil 2003 (Brasil, 2003).

O tratamento pode se estender por várias sessões, individuais ou coletivas, de preferência semanais, cujo número irá depender do controle da doença. É necessário realizar a remoção ou tratamento de fatores retentivos de placa, a raspagem e polimento supragengival profissional e promover ações educativas para controle de placa.

Em quadros clínicos mais persistentes e quando o usuário não colabora com o plano de tratamento proposto, podemos lançar mão da utilização de controle químico da placa (por um tempo limitado) e do monitoramento e controle dos fatores de risco como diabetes, gravidez, alterações hormonais, entre outros. Em caso de a doença estar relacionada com fatores sistêmicos ou medicamentosos, deve ser avaliada a possibilidade de intervenção sobre esses fatores, bem como a suspensão temporária do tratamento.

Caso o resultado da avaliação do controle da placa e da atividade da doença apresentar ausência de sangramento gengival aliada com uma quantidade mínima de placa, compatível com o seu estado de saúde periodontal, o usuário poderá ter alta.

O índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) é basicamente um complemento do IPC. Os mesmos sextantes e dentes-índice são considerados sob as mesmas condições. Entretanto, cabe alertar que o dente-índice no qual foi encontrada a pior condição para o IPC pode não ser o mesmo com a pior situação para o PIP.

Nesse índice, a visibilidade da Junção Cimento-Esmalte (JCE) é a principal referência para o exame. Quando a JCE não está visível e a pior condição do IPC para o sextante é menor do que 4 (bolsa com menos de 6mm), qualquer perda de inserção para o sextante é estimada em menos de 4mm (PIP = 0).

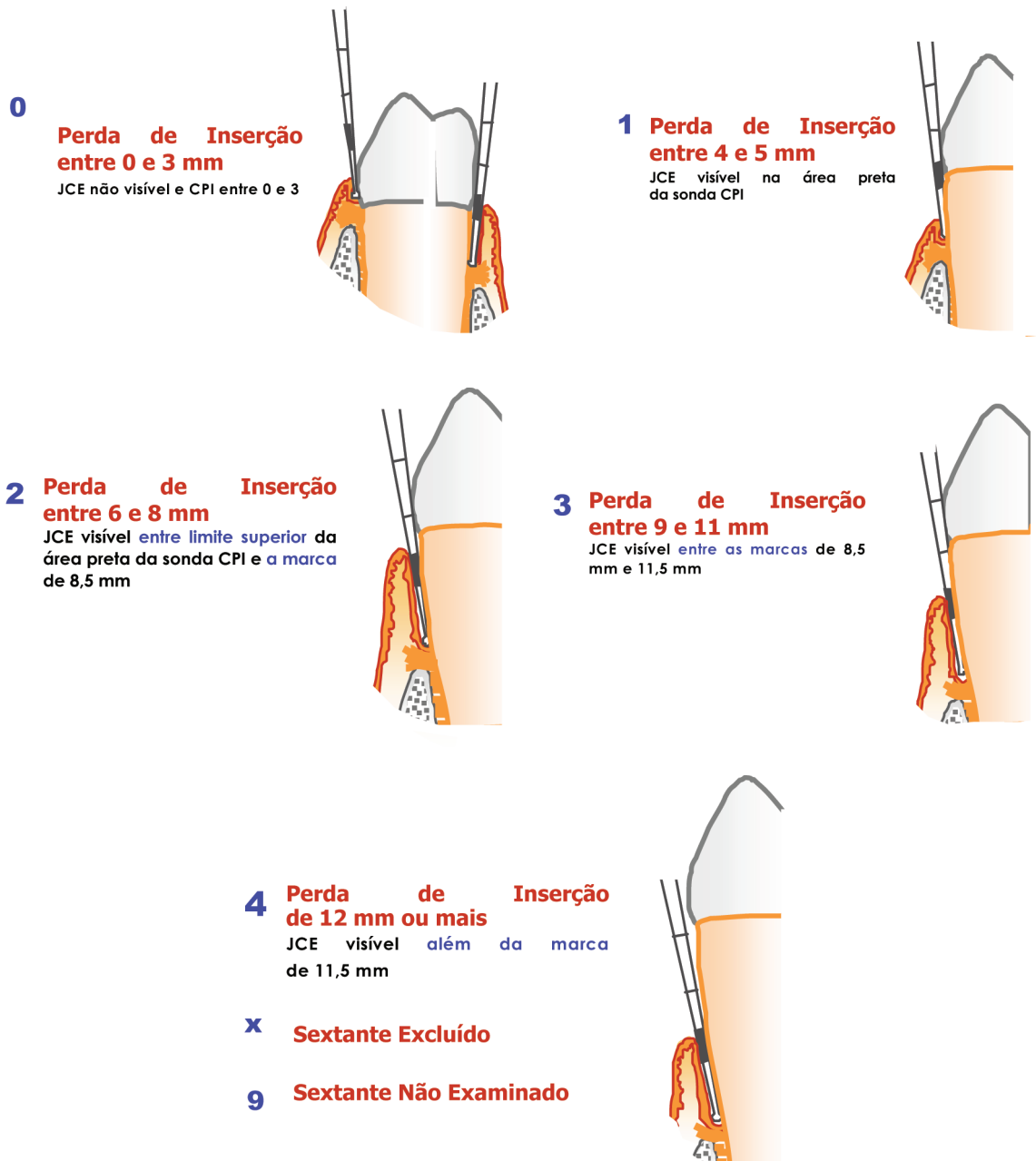
Para compor o índice, as categorias utilizadas são:

- 0= Perda de Inserção entre 0 e 3 mm (JCE não visível e IPC entre 0 e 3)
- 1= Perda de Inserção entre 4 e 5 mm (JCE visível na área preta da sonda IPC)
- 2= Perda de Inserção entre 6 e 8 mm (JCE visível entre o limite superior da área preta da sonda IPC e a marca de 8,5 mm)
- 3= Perda de Inserção entre 9 e 11 mm (JCE visível entre

as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm)

- 4= Perda de Inserção de 12 mm ou mais (JCE visível além da marca de 11,5 mm)
- X= Sextante Excluído (menos de 2 dentes presentes)
- 9= Sextante Não Examinado

Para exemplificar, ilustramos abaixo:



Fonte: SB Brasil 2003 (Brasil, 2003).

Deve-se enfatizar que o tratamento pode se estender por várias sessões, individuais ou no grupo, de preferência semanais, cujo número irá depender do controle da doença. Em curto prazo, o monitoramento se dá pelos sinais inflamatórios e, em longo prazo, pela ausência na progressão da perda de inserção.

É muito importante a manutenção preventiva dos usuários. A frequência da consulta de manutenção deve ser determinada individualmente, de acordo com as diferentes variáveis relacionadas ao processo saúde/doença.

8.1.3 Câncer Bucal

É o câncer que afeta lábios e o interior da cavidade oral. Dentro da boca, devem ser observadas gengivas, mucosa jugal (bochechas), palato duro (céu da boca), língua (principalmente as bordas), assoalho (região embaixo da língua) e tonsilas palatinas. O câncer do lábio é mais comum em pessoas brancas e ocorre mais frequentemente no lábio inferior.

O grande problema que envolve o câncer bucal diz respeito à falta de diagnóstico precoce, o que leva a sequelas severas, com grande mutilação em pacientes submetidos à cirurgia, além de poder levar o indivíduo a óbito.

É hoje um importante problema de saúde pública, com mais de 200.000 novos casos a cada ano no mundo. No Brasil, o Projeto SB BRASIL/2003 não incluiu dados a esse respeito. Os dados, disponibilizados pelo INCA, foram coletados através do sistema oficial de notificação. O número de óbitos em 2008 foi de 6.214, sendo 4.898 homens e 1.316 mulheres. As estimativas feitas para 2010 foram de 14.120, sendo 10.330 homens e 3.790 mulheres (www.inca.gov.br). Ainda temos que considerar os casos subnotificados; portanto, a importância do profissional no momento do exame é imprescindível.

O profissional de saúde deve realizar o exame clínico extrabucal (exame da face, regiões submandibular e

submentoniana e articulação temporo-mandibular) e intrabucal (exame de lábios, bochecha, língua e palato), incluindo visualização e palpação, de forma a detectar anormalidades. No exame, devem ser considerados alguns tipos de lesões que podem ser câncer bucal ou lesões com potencial de malignização: leucoplasias, queilose actínica, líquen plano, na sua forma erosiva ou ulcerada.

Qualquer lesão dos tecidos moles da boca que não apresente regressão espontânea ou com remoção de possíveis fatores causais (como dentes fraturados, bordas cortantes em próteses etc.) deve ser referenciada para diagnóstico em, no máximo, 3 (três) semanas.

Principais fatores de risco:

- Fatores culturais e socioeconômicos;
- Tabagismo (uso de cachimbos, hábitos de mascar fumo, dentre outros);
- Etilismo;
- O uso crônico de álcool e tabaco associados (potencializa drasticamente o aparecimento de câncer de boca);
- Exposição à radiação solar;
- Má higiene bucal;
- Uso de próteses dentárias mal ajustadas;
- Deficiência imunológica (adquiridas ou congênitas).

Pessoas com maior risco para o câncer bucal (homens com mais de 40 anos, com dentes fraturados, fumantes, que ingerem bebidas alcoólicas e que usam próteses mal ajustadas) devem fazer, anualmente, o exame clínico da cavidade bucal em unidades ou centros de saúde, com profissionais capacitados.

Os sintomas do câncer bucal podem se manifestar sob a forma de feridas na boca ou no lábio que não cicatrizam em poucas semanas. Outros sintomas são ulcerações superficiais, com menos de 2 cm de diâmetro, indolores (podendo sangrar

ou não), manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na parte interna da boca, caroços, inchaços, áreas de dormência, sangramento sem causa conhecida e dor que não melhora na garganta. Em estágio avançado da doença, pode surgir dificuldade para falar, mastigar e engolir, emagrecimento acentuado, dor e caroço no pescoço.



VAMOS SABER MAIS!

Inserção do vídeo Câncer Bucal (Aline Santana, Daniela Machado, Elisângela Ribeiro, Zênite D. S. Oliveira - Universidade Camilo Castelo Branco/2008). Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=wBtxtEsMN9k>

Podemos adotar alguns códigos e critérios utilizados para normatizar a condição dos tecidos moles no momento do exame (Quadro 2).

Quadro 2- Códigos e critérios para identificação dos tecidos moles ao exame pelo profissional.

Classificação	Código	Crítérios
Baixo Risco	0	Indivíduo com tecidos moles sadios
Alto Risco	1	Indivíduo com alterações em tecidos moles sem suspeita de malignidade (alterações não listadas no código 2)
	2	Indivíduo com alterações em tecidos moles com suspeita de malignidade : úlceras indolores com mais de 14 dias de evolução, com bordas elevadas e base ligeiramente endurecida ou não; lesões brancas ou enegrecidas com áreas ulceradas; lesões avermelhadas com mais de 14 dias de evolução, com contornos definidos e limites nítidos sugerindo eritroplasia; lesões vegetativas de crescimento rápido (pápulas, nódulos), lisas, granuladas, verrucosas ou ulceradas.

Fonte: Coordenação da Atenção Básica-Área Técnica de Saúde Bucal, São Paulo, 2008.

Compete à Atenção Primária assumir a responsabilidade pela detecção das necessidades, providenciar os encaminhamentos requeridos em cada caso, monitorar a evolução da reabilitação, bem como acompanhar e manter a reabilitação no período pós-tratamento. Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de Atenção Primária e a necessidade de se buscar, continuamente, formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, recomenda-se a organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal.

Rotineiramente, devem-se realizar exames preventivos para detecção precoce do câncer bucal, garantindo-se a continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade, mediante negociação e pactuação. Ademais, oferecer oportunidades de identificação de lesões bucais (busca ativa), seja em visitas domiciliares, seja em momentos de campanhas específicas (vacinação, por exemplo).

Além de acompanhar casos suspeitos e confirmados por meio da definição, criar, se necessário, um serviço de referência que assegure o tratamento e a reabilitação, estabelecendo parcerias com universidades e outras organizações para a prevenção, diagnóstico, tratamento e a recuperação do câncer bucal.

Se diagnosticado no início e tratado da maneira adequada, a maioria (80%) dos casos desse tipo de câncer tem cura. Geralmente, o tratamento emprega cirurgia e/ou radioterapia. Os dois métodos podem ser usados de forma isolada ou associada. As duas técnicas têm bons resultados nas lesões iniciais, aquelas restritas ao local de origem, e a indicação vai depender da localização do tumor e das alterações funcionais que possam ser provocadas pelo tratamento.



VAMOS SABER MAIS!

Como folheto informativo e instrutivo, acesse o endereço eletrônico:

http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/cancer_boca_2010.pdf

Seção 9 - SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Ao olhar para trás, lembrando os dias de ontem,
que suas memórias sejam inesquecíveis...
e ao olhar adiante, para o amanhã,
que suas esperanças e sonhos se realizem. (Autor Desconhecido)

O envelhecimento pode ser entendido como um processo biológico ou como um processo socioeconômico ou psicossocial. É um processo contínuo, não se iniciando em nenhuma idade ou momento particular (Cormack, 2002).



VAMOS REFLETIR!

A fim de contextualizar e sensibilizar-se, assista ao menos a um dos filmes listados abaixo:

Antes de Partir - (The Bucket List, EUA, 2007, 97 min)

Ao Entardecer (Evening) - EUA e Alemanha, 2007, 117 min

As confissões de Schmidt - About Schmidt, EUA, 2002, 125 min.

No Brasil são considerados idosos os indivíduos acima dos 60 anos de idade. De acordo com os Cadernos de Atenção Básica, o idoso requer uma avaliação global, que frequentemente envolve a atenção de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também, na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas a respostas inadequadas às drogas específicas (Brasil, 2006).

A **terceira idade** é uma etapa da vida de um indivíduo. A época em que uma pessoa é considerada na fase da terceira idade varia conforme a cultura e desenvolvimento da sociedade em que vive. Em países classificados como em desenvolvimento,

por exemplo, alguém é considerado de terceira idade a partir dos 60 anos. Dunkerson (2003) salientou que a terceira idade é um grupo heterogêneo em virtude das diferenças vividas pelo indivíduo e acumuladas ao longo do tempo.

Os profissionais de saúde devem estar atentos às mudanças ocasionadas por essa fase da vida do paciente e adequar seu modo de trabalho ao modo de ser do paciente idoso, respeitando suas limitações e dificuldades.

O Estatuto do Idoso foi aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo presidente da República no mês seguinte, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos. Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, lei de 1994, que dava garantias a esses cidadãos, o estatuto instituiu penas severas para quem desrespeitar ou abandonar pessoas da terceira idade. Dentre os principais pontos do estatuto, destacam-se as questões relacionadas à saúde, violência e abandono, tais como:

- Atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS);
- A distribuição de remédios aos idosos, principalmente os de uso continuado (hipertensão, diabetes etc.), deve ser gratuita, assim como a de próteses e órteses;
- Os planos de saúde não podem reajustar as mensalidades de acordo com o critério da idade.



VAMOS SABER MAIS!

Para ampliar os seus conhecimentos sobre os direitos dos Idosos, leia o Capítulo IV - Do Direito à Saúde - do Estatuto do Idoso. Disponível em:

www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057rf.pdf

9.1 Dados Demográficos e Epidemiologia das Doenças Bucais do Idoso no Brasil

De acordo com Cormack (2002), a cada mês, no mundo, o número de pessoas com mais de 60 anos aumenta em torno de 1 milhão. Há dois mil anos, a expectativa média de vida era de 20-30 anos e, hoje em dia, varia entre 64-70 anos para os homens e 70-78 anos para as mulheres. Estima-se que, após o ano 2010, o número de idosos no mundo aumente tão rapidamente que, em 2035, uma em cada quatro pessoas no mundo tenha mais de 60 anos. Daí ressalta-se a necessidade de cirurgiões-dentistas mais bem preparados para o atendimento da população idosa, tanto no consultório, como fazendo parte de equipes de saúde da família, desenvolvendo projetos de âmbito governamental que promovam a saúde bucal dessa faixa da populacional.

O levantamento nacional das condições de saúde bucal, denominado SB Brasil (2003), teve a amostra composta segundo idades-índice e faixas etárias sugeridas pela OMS. Além de incluir adultos e idosos na amostra, um aspecto importante desse estudo foi o fato de que tanto a população urbana, quanto a rural estavam representadas (VARGAS et al., 2009). Os resultados indicaram que o percentual de edêntulos é o principal problema na faixa etária de 65 a 74 anos. Cinquenta e seis por cento dos idosos examinados não possuíam sequer um dente. Entre estes, 22% não possuem nenhuma prótese dentária e mais de 40% necessitam de pelo menos uma.

Dos idosos examinados no SB Brasil (2003), 60,8% não tiveram a condição periodontal avaliada por serem edêntulos. Assim, a análise dos resultados sobre a saúde periodontal dos idosos avaliados nesse levantamento mostrou um alto percentual de sextantes excluídos, sendo que a região anterior inferior teve a menor porcentagem. Periodontite leve ou moderada (bolsas de 4-5 mm) foi encontrada em 4,45% das pessoas, e a forma avançada (bolsa de 6 mm ou mais), em 1,85% apenas.

Vargas et al. (2009) ressaltaram a importância dos estudos epidemiológicos, pois, a partir dos dados analisados, percebeu-se que o tratamento periodontal dos idosos que não necessitam de procedimento cirúrgico deve ser realizado rotineiramente na Atenção Primária, referenciando somente os tratamentos mais complexos para os Centros de Referência de Especialidades Odontológicas. Os dados do SB Brasil (2003) mostraram que a presença de cálculo foi a principal condição encontrada na região anterior inferior, e a prevalência de periodontite nas formas leve e avançada é baixa, demonstrando que, para a população idosa, procedimentos de raspagem e polimento na Atenção Primária são capazes de resolver a maior parte da demanda de tratamento.

As informações do SB Brasil (2003) mostraram também que 65,7% dos idosos haviam realizado consulta odontológica há mais de três anos, e 5,8% nunca haviam ido ao dentista. Algumas causas dessa realidade podem ser explicadas por má condição de saúde geral, medo, imagem negativa, precariedade de recursos, indisponibilidade de equipamentos e profissionais, atitudes desencorajadoras de cuidadores e familiares, dificuldade de deslocamento e de marcação de consultas. Esse fato leva ao que se pode chamar de demanda “invisível”, pois muitos deles sequer chegam a procurar o serviço de saúde (STRAYER, 1999 apud MELLO et al, 2008).



VAMOS SABER MAIS!

Os resultados do SB Brasil 2003 podem ser acessados em:
<http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatoriosbbrasil2003pdf>

9.2 Aspectos Fisiológicos da População Idosa

Para o acolhimento do paciente idoso, é de suma importância estabelecer uma relação de confiança. Com este intuito, a Secretaria da Saúde de Curitiba, em seu Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal (2004), aconselha:

- a) o profissional deve sempre chamar o paciente idoso pelo nome, evitando expressões como “titio” e “vovô”;
- b) dirigir-se ao idoso primeiramente e não ao acompanhante, perguntando a este somente o que houver dificuldade de resposta por parte do paciente;
- c) explicar detalhadamente as etapas do atendimento, a fim de proporcionar ao idoso mais segurança;
- d) conversar com o paciente face a face, sem máscara, para facilitar a leitura labial e a compreensão;
- e) exprimir-se devagar, com voz normal, evitar falar alto para que o idoso não se irrite e se desinteresse.

Todas as profissões que se propõem atender o idoso têm como meta primeira a prática do cuidado para a manutenção da independência funcional e da autonomia do indivíduo. Considera-se autonomia a capacidade de decisão e comando do idoso sobre suas ações e de estabelecer e seguir suas próprias regras. A dependência pode ser determinada por uma série de fatores, como doenças incapacitantes, estados afetivos, falta de auxílio físico ou psicológico, desamparo, desmotivação, falta de adaptações e outros (MELLO, 2005).

Para a OMS, a classificação cronológica do idoso é considerada questionável, devido à heterogeneidade entre pessoas de 60 anos ou mais ser a maior dentre todos os grupos etários, sendo que a condição funcional desses indivíduos é mais importante que sua idade. De acordo com as escalas para classificação de dependência dos idosos, os mesmos podem ser caracterizados como sendo independentes, fragilizados

ou semidependentes e dependentes. São considerados idosos independentes aqueles capazes de realizar todas as atividades da vida diária sozinhos; semidependentes, quando precisam de algum suporte; e dependentes aqueles geralmente acamados, que necessitam de suporte total. Se o idoso for semidependente ou dependente, deve-se orientar o seu cuidador quanto aos cuidados de higiene oral.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais sobre AVD e Índice de Katz Modificado, leia o anexo 1. (Cadernos de Atenção Básica nº19, 2006) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>

A realização de uma cuidadosa anamnese, demonstrando grande interesse pela história médica do paciente é indispensável, pois é ela que irá guiar o tratamento odontológico. É necessário conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que acometem o organismo do paciente idoso, bem como os aspectos psicossociais. O cirurgião-dentista também deve estar em contato direto com o médico da equipe a fim de melhor avaliar a administração das drogas, visto que o idoso faz uso de alguns medicamentos que podem apresentar efeitos colaterais.

Além das atribuições gerais da equipe de saúde da família, ao cirurgião-dentista compete:

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas;
- b) Realizar consulta, avaliar quadro clínico, emitir diagnóstico e efetuar o tratamento restaurador, quando necessário;
- c) Solicitar exames complementares, quando necessário;
- d) Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Primária em Saúde Bucal, incluindo atendimento de urgências e

- pequenas cirurgias ambulatoriais;
- e) Prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados;
 - f) Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
 - g) Supervisionar e coordenar o trabalho do auxiliar de consultório dentário e do técnico de higiene dental;
 - h) Orientar a pessoa idosa, os familiares e/ou cuidador sobre a importância da higienização da boca e da prótese;
 - i) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa a serviços de referências de média e alta complexidade em saúde bucal, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.

A cavidade bucal reflete muitas vezes as alterações orgânicas ocorridas com o envelhecimento. Na composição corporal, ocorre uma diminuição na quantidade de água no organismo, aumentando a quantidade de gordura, o que tem como consequência uma musculatura mais frágil e atrofiada (músculos da mastigação). A pele torna-se mais seca, mais fina e com manchas, sendo mais suscetível a traumas e à exposição solar; a visão, a audição e o paladar diminuem e podem acarretar prejuízos à saúde pela maior ingestão de sal e açúcar; os ossos tornam-se mais frágeis; a postura é prejudicada pela diminuição na altura das vértebras, tornando mais difícil o equilíbrio; a capacidade respiratória diminui em razão da elasticidade da caixa torácica; o aparelho digestivo é prejudicado muitas vezes pela falta de dentes, bem como pela perda da capacidade de metabolização de determinados órgãos; o sistema nervoso central é afetado pela diminuição do fluxo sanguíneo, ocasionando perda de reflexos e lentidão de memória (ROCHA, 2001).

9.3 Planejamento das Ações de Saúde Bucal

O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é o de manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem tenham repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do idoso.

Ao planejar ações para esse grupo, devem-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso (Brasil, 2004). Nas Diretrizes Nacionais de Saúde Bucal (Brasil, 2004), considerando a complexidade dos problemas que demandam a rede de Atenção Primária e a necessidade da busca continuada de ampliação da oferta e qualidade dos serviços prestados, recomendam-se a organização e o desenvolvimento de ações que ampliem o acesso aos serviços para melhoria das condições de vida da população. Essas diretrizes sugerem, como estratégia de ampliação do acesso do grupo de idosos à assistência, a aplicação de tecnologias inovadoras (tratamento restaurador atraumático e terapia periodontal de menor complexidade), possibilitando, dessa forma, abordagens de maior impacto e cobertura.

A análise das ações de recuperação e promoção da saúde, realizadas na USF em que o cirurgião-dentista atua, ajuda a planejar as intervenções. Para isso, Vargas et al. (2009) aconselharam observar como é a porta de entrada dos usuários na UBS, ou seja, como os idosos chegam:

1. É por meio de busca ativa em visitas feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde?
2. Por demanda espontânea? Vínculo a programas, como grupos de hipertensos, diabéticos, terceira idade ou outros?

É necessário estabelecer critérios para o atendimento. Aqueles idosos institucionalizados devem ter prioridade.

Além do edentulismo, considerar as condições bucais mais prevalentes e de maior gravidade, por exemplo, o risco para o câncer bucal; procurar por lesões preexistentes na ocasião dos exames clínicos, como indicadores primários de câncer e outras patologias, cujo sucesso do tratamento dependerá do diagnóstico precoce e intervenção imediata.

No exame clínico intrabucal, para verificar presença de lesões de cárie e restaurações, necessidade de exodontias ou aquelas já realizadas, utiliza-se o índice CPO-D; o exame da condição periodontal - índice de placa, lesões de mucosa, presença/ausência de prótese - deve ser feito através do IPC (como comentado na seção de saúde bucal do adulto).



VAMOS SABER MAIS!

Para acessar os índices CPO-D, vá até o Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador / Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 49 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 53)

Acessível em: bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condSB_man_exam.pdf

A complementação do exame clínico, com as observações citadas acima, contribuirá para o estabelecimento de prioridades, planejamento e organização da demanda em relação a reabilitações protéticas e à necessidade de tratamento odontológico pelos idosos de sua área de abrangência.

O Protocolo para Atenção à Saúde Bucal do Município de Guarulhos (2008) apresenta algumas observações úteis durante a fase de planejamento da atenção:

- a) O Tratamento Completados (T.C) Convencional implica a possibilidade de conclusão do tratamento em no máximo 5 (cinco) consultas para e adultos e idosos. Na impossibilidade de se realizar um T.C. Convencional, com o número máximo de consultas acima recomendado, deve-se concluir o tratamento por meio de restaurações atraumáticas. Nesse caso, o tratamento será considerado concluído em C.D.B. (Controle de Doenças Bucais) e o usuário será orientado para retorno segundo os critérios de risco estabelecidos nesse documento.
- b) Dependendo da demanda, dos recursos humanos e materiais, a região e/ou a Unidade de Saúde podem estabelecer o tratamento em duas fases; isso é particularmente indicado para regiões onde se iniciará a Estratégia de Saúde da Família.

Primeira fase: não serão realizados o T.C. Convencional, mas sim o Controle das Doenças Bucais por meio de eliminação de focos, tratamento periodontal e a utilização da Técnica de Restauração Atraumática (TRA - *Atraumatic Restoration Tecnic*s - ART), possibilitando um T.C. em CDB em números mais reduzidos de sessões, ressaltando-se a possibilidade de restaurações estéticas anteriores, quando necessário, o que permitirá maior abrangência populacional.

Segunda fase: quando já se estiver em situação de controle, serão realizadas as restaurações convencionais. Cabe reafirmar que a realização de restaurações também não garante o caráter “definitivo” do procedimento. Ressalte-se que o Tratamento Restaurador Atraumático (ART) foi desenvolvido para ser realizado em ambientes que não dispõem de condições para instalação e funcionamento de equipamento odontológico. O ART foi aprovado e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI), organismos internacionais que congregam grandes autoridades da comunidade científica internacional.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais sobre ART, veja o Anexo.

9.4 Ações Promotoras de Saúde para os Idosos

Devem partir do princípio de que a equipe de saúde da família tem um papel relevante junto às instâncias municipais responsáveis por melhorar a estrutura e a vida das pessoas, sobretudo dos idosos.

O Caderno de Atenção Básica nº19 (2006) apresenta subsídios para que os profissionais possam elaborar estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida da população idosa.

O cirurgião-dentista deve trabalhar com a filosofia da abordagem de risco comum para promoção da saúde. Um bom exemplo disso é o câncer bucal e, sendo o idoso pertencente ao grupo etário de risco para o desenvolvimento desse câncer, deve ser estimulado a receber orientações para o autoexame bucal, assim como as ações dirigidas à sua prevenção devem ser rotina na USF. De acordo com o INCA, idosos tabagistas e etilistas são o grupo prioritário para participar de exames anuais na detecção precoce e prevenção dessa doença.



VAMOS REFLETIR!

Para finalizar, leia o artigo abaixo.

A velhice vista da limitada perspectiva da juventude.

Por Marc E. Agronin

A velha senhora havia fechado as venezianas de seu quarto - esperando, imaginei, evitar que o sol do meio-dia de Miami invadisse sua tristeza. Mesmo assim, o sol ainda atingia a janela com força total, iluminando-a como uma lanterna chinesa. Ela se sentava silenciosamente numa cadeira de rodas, sua silhueta de 93 anos recurvada sob um banho de luz. Eu entrei, segurei sua mão por um momento e me apresentei.

- “Sente-se, doutor”, disse ela educadamente.

Perguntei por que ela tinha vindo à casa de repouso, e ela descreveu o recente falecimento de seu marido após 73 anos de casamento. Fiquei devastado pela ideia de sua perda e quis oferecer algumas palavras de conforto. Me inclinei para frente e comecei a falar.

-”Eu sinto muitíssimo”, disse a ela.

-”Como tem sido para a senhora perder seu marido depois de tantos anos de casamento?”

Ela fez uma pausa e então respondeu:

-”Tem sido o paraíso”.

Vendo minha surpresa, ela sorriu e prosseguiu para descrever como tinha suportado décadas de um casamento infeliz com um homem grosseiro e que a ofendia verbalmente. Conforme ela falava, percebi por que meus instintos estavam tão completamente desligados. Em minha empatia desencaminhada, eu tinha cometido o que William James chamou de falácia do psicólogo - deduzir incorretamente que alguém sabe o que outra pessoa está sentindo. Com essa paciente recém-enviuvada, imaginei que só lhe restava uma vida de tristeza e decrepitude, e me senti mal por isso. Mas eu estava errado. Ela não tinha caído no abismo. A senhora estava feliz por ter finalmente ganhado alguma liberdade, e determinada a aproveitar ao máximo a situação. No ano seguinte, na casa de repouso, ela se lançou em novas atividades e relacionamentos de uma forma bastante inesperada. De tempos em tempos, todos nós caímos nessas

impressões errôneas sobre a idade avançada. Elas derivam, em parte, de uma perspectiva centrada na idade, na qual nós enxergamos nossa própria idade como a época mais normal de todas, a forma como toda a vida deveria ser. Aos 18 anos, os cinquentões podem parecer idosos, mas aos cinquenta nós podemos dizer o mesmo a respeito das pessoas com 80. “Então, como é realmente ser velho?”, pergunto frequentemente aos meus pacientes, que estão principalmente entre seus 80 e 90 anos - e as respostas são bastante inesperadas. “Me esqueci de que era tão velha”, me confidenciou recentemente uma paciente de 100 anos, e então pediu licença para chegar a tempo na partida de bingo. Esse foco na idade é particularmente difundido na postura das pessoas em relação a casas de repouso. Com frequência exagerada, imaginamos que a vida parece terminar na porta do asilo - que o ambiente é desprovido de amor, solitário, com a morte pairando bem perto. Nós cometemos esse engano quando nos recusamos a enxergar as necessidades de intimidade até mesmo dos idosos mais debilitados. Nossa cultura, centrada na juventude, equaciona amor com sexo; em contraste, tenho visto com meus pacientes mais velhos que o amor pode ser uma flor desabrochando ao infinito, sentido e expresso de centenas de maneiras.

A mãe de um amigo que sofre de Alzheimer se apaixonou por outro residente de seu andar; eles caminham por ali de mãos dadas, abraçando-se numa inocência redescoberta que talvez apenas sua perda de memória tenha restaurado. Nós também projetamos nosso horror à morte sobre os idosos, deduzindo que o medo e a depressão devem acompanhar os anos finais da vida. Mesmo assim, em meus 15 anos de trabalho em casas de repouso, nunca ouvi um paciente dizer que tinha medo de morrer. Algumas vezes, há aceitação, em outras, expectativa, mas geralmente essa não é uma grande preocupação. A vida prossegue em suas sombras. No fim, existe um custo para nossa visão míope do envelhecimento.

Nós imaginamos as dores e os problemas da idade avançada, mas nos esquecemos das alegrias e novas buscas; nós recuamos frente às perdas e à solidão, e não abraçamos a sabedoria e o significado que somente a idade pode trazer. Henry Wadsworth Longfellow captou muito bem esse sentimento: pois a idade é oportunidade, não menos que a própria juventude, mesmo que em outros trajes e à medida que o crepúsculo da noite se esvai, o céu se enche de estrelas, invisíveis durante o dia.

Dr. Marc E. Agronin é psiquiatra geriátrico do Miami Jewish Health Systems.

Fonte: The New York Times, reproduzido pelo Yahoo Notícias em 22 de março de 2010.

Seção 10 - SAÚDE BUCAL DO PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS

“Não é que você seja diferente, mas é que ninguém consegue ser igual a você.” William Shakespeare

A Carta para o Terceiro Milênio (Londres/1999), aprovada pela Assembleia Governativa da *Rehabilitation* Internacional, afirma: os direitos humanos básicos são ainda rotineiramente negados a segmentos inteiros da população mundial, nos quais se encontram muitos dos 600 milhões de crianças, mulheres e homens que têm deficiência.

O documento revela que o avanço científico e social no século 20 aumentou a compreensão sobre o valor único e inviolável de cada vida. Contudo, a ignorância, o preconceito, a superstição e o medo ainda dominam grande parte das respostas da sociedade à deficiência.

Além disso, a Carta ainda enfatiza a necessidade de aceitarmos a deficiência como uma parte comum da variada condição humana. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% da população possuem algum tipo de deficiência física, mental, auditiva ou visual.

Estudos estatísticos demonstram que uma em cada quatro famílias possui uma pessoa com deficiência.

10.1 Paciente com Necessidades Especiais: Definição e Classificação

Paciente com necessidades especiais		
São todos os indivíduos que necessitam de cuidados especiais por tempo indeterminado ou por parte de sua vida e seu tratamento odontológico depende de eliminar ou contornar as dificuldades existentes em função de uma limitação.		
Classificação		
<p>1. Deficiência mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • superdotados • limítrofes • infradotados (deficiência mental) 	<p>2. Deficiência física</p> <ul style="list-style-type: none"> • paralisia cerebral • paralisia infantil • osteogênese imperfeita • artrite • acidente vasculo-cerebral • distrofia muscular • escoliose • miastenia grave • mielomeningocele 	<p>3. Síndromes e deformidades crânio-faciais</p> <ul style="list-style-type: none"> • genéticos • (Síndrome de Down, displasia ectodérmica...) • ambientais • (infecções, idade da mãe...) • multifatoriais • (deficiência mental, fissuras labiais, palatais ou lábio-palatais...)
<p>4. Distúrbios de comportamento: medo, ansiedade, timidez, autismo, birra-manha, agressividade, disfunção cerebral mínima</p>	<p>5. Desvios psiquiátricos: Neuroses, psicoses</p>	<p>6. Deficiências sensoriais de Comunicação: comunicação oral (afasia) áudio-comunicação (deficiência auditiva) distúrbios visuais (deficiência visual)</p>
<p>7. Doenças sistêmicas crônicas: diabetes, fibrose cística do pâncreas, hipo e hipertireoidismo, paratireoidismo, pituitarismo, cardiopatia adquirida ou congênita, deficiência autoimune e vésico-bolhosa, doenças hematológicas, epilepsia, neoplasias</p>	<p>8. Doenças infectocontagiosas: hepatites, tuberculose, HIV</p>	<p>9. Condições sistêmicas: irradiados de cabeça-pescoço, transplantados de órgãos, imunossuprimidos por medicamentos</p>

Os avanços científicos no diagnóstico e tratamento de doenças, levou a um acréscimo de pacientes portadores de necessidades especiais. Isso porque ocorre um aumento da expectativa de vida; todavia, conforme a longevidade aumenta, aumenta também o número de doenças e condições que incapacitam os indivíduos e os tornam pacientes clinicamente comprometidos. Portanto, o crescimento desse grupo de pacientes faz aumentar a necessidade de cuidados odontológicos.

Como a maioria dos pacientes clinicamente comprometidos necessita e/ou deseja assistência odontológica, o cirurgião-dentista precisa conhecer as condições médicas do paciente, em que se apoiará na prestação da assistência odontológica com melhor planejamento do tratamento, tornando-o mais seguro e compatível com o estado médico do paciente.

Seção 11 - ALTERAÇÕES MÉDICAS X MANEJO ODONTOLÓGICO

Neste resumo, apresentaremos os fatores mais importantes a serem considerados em relação ao tratamento odontológico de pacientes medicamente comprometidos. Cada alteração médica é descrita de acordo com os possíveis problemas relacionados com o tratamento odontológico, manifestações bucais, prevenção desses problemas e efeitos das complicações sobre o planejamento do tratamento.

Sistema cardiovascular

- Angina do peito
- Arritmia
- Aterosclerose
- Acidente Vascular Cerebral - AVC
- Bradicardia
- Hipertensão arterial sistêmica - HAS
- Infarto do miocárdio
- Insuficiência Congestiva Crônica - ICC
- Endocardite bacteriana

Sistema hematológico

- Distúrbios hemorrágicos
- Anemia

Sistema endócrino

- Diabete
- Hepatite

Sistema respiratório

- Tuberculose

Condições específicas

- Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST

- Artrite
- Gestantes (e lactantes)

Para melhor compreensão da relação entre a alteração fisiológica, atendimento e procedimentos odontológicos a serem realizados, destacamos a seguir a classificação dos tratamentos quanto ao tipo de procedimentos, assim como as sugestões para sedação medicamentosa a pacientes ansiosos, como forma de preparação prévia ao atendimento clínico.

Classificação dos tratamentos	
Tipo	Procedimentos
I	Exame/radiografia, instruções sobre higiene bucal, modelos de estudo
II	Restaurações simples, profilaxia (supragengival), ortodontia
III	Restaurações mais complexas, raspagem e polimento radicular (subgengival), endodontia
IV	Exodontias simples, curetagem (gingivoplastia)
V	Exodontias múltiplas, cirurgia com retalho ou gengivoplastia, exodontia de elemento incluso, apicetomia, colocação de implantes simples
VI	Exodontia de toda uma arcada ou da boca inteira, ou cirurgia com retalho, extração de dentes inclusos múltiplos, cirurgia ortognática, colocação de implantes múltiplos

Sedação			
É um procedimento farmacológico que tem como objetivo diminuir a apreensão do paciente e promover depressão do Sistema Nervoso Central.			
Benzodiazepínicos			
São a primeira escolha para sedação consciente. Ação dos benzodiazepínicos - parece estar relacionada com um sistema de neurotransmissores com função inibitória, capaz de atenuar as reações serotoninérgicas responsáveis pela ansiedade.			
Diazepam	Lorazepam	Alprazolam	Midazolam
5 a 10mg 30 minutos antes do atendimento (ex.: Valium®)	1 a 2mg 2h antes do atendimento (ex.: Lorax®)	0,5 a 0,75mg 30 minutos antes do atendimento (ex.: Frontal®)	15mg 30 minutos antes do atendimento (ex.: Dormonid®)
Pacientes extremamente apreensivos e ansiosos - pode-se receitar uma dose para ser tomada na noite anterior à consulta.			

11.1 O atendimento na Unidade de Saúde

- A Unidade de Saúde é a porta de entrada preferencial para o atendimento odontológico das pessoas com necessidades especiais.
- São atendidas no programa todas as pessoas com necessidades especiais, física ou mental, sindrômicos em geral, pacientes de risco (hipertensos, cardiopatas, que tiveram acidente vascular cerebral - AVC, hemofílicos e outros).
- A equipe de saúde bucal é responsável pelo acolhimento do paciente com necessidades especiais.
- As unidades de saúde com ESF fazem também a busca ativa em domicílios.
- Realiza educação em saúde bucal aos familiares e/ou responsáveis, cuidadores e professores das instituições (mantenedoras e escolas especiais).
- Faz o atendimento ambulatorial normal dos pacientes colaboradores na clínica odontológica.
- A manutenção clínica desses pacientes colaboradores é realizada pelas equipes que fizeram o tratamento clínico na unidade de saúde.
- Se o paciente não for colaborador, a equipe de saúde bucal da unidade de saúde faz o encaminhamento para setor de pacientes especiais do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

O paciente não colaborador

Paciente que não permite o atendimento clínico ambulatorial convencional, por apresentar movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física, ou então aquele cuja história médica e condições físicas complexas exigem uma atenção especializada e conhecimento específico para atuar com segurança nestes casos:

- Paciente que necessite de contenção física e/ou química;
- Paciente com deficiência mental moderada e/ou profunda;
- Paciente que necessite de anestesia geral.
- Referenciar para o CEO

O atendimento no CEO

- É uma unidade de saúde especializada, referência para o atendimento odontológico de pacientes especiais.
- Realiza o acolhimento de pacientes especiais não colaboradores e de sua família ou responsável, encaminhados pelas equipes de saúde bucal das unidades de saúde.
- Não é porta de entrada para o atendimento odontológico de pacientes especiais.

11.2 O atendimento ambulatorial

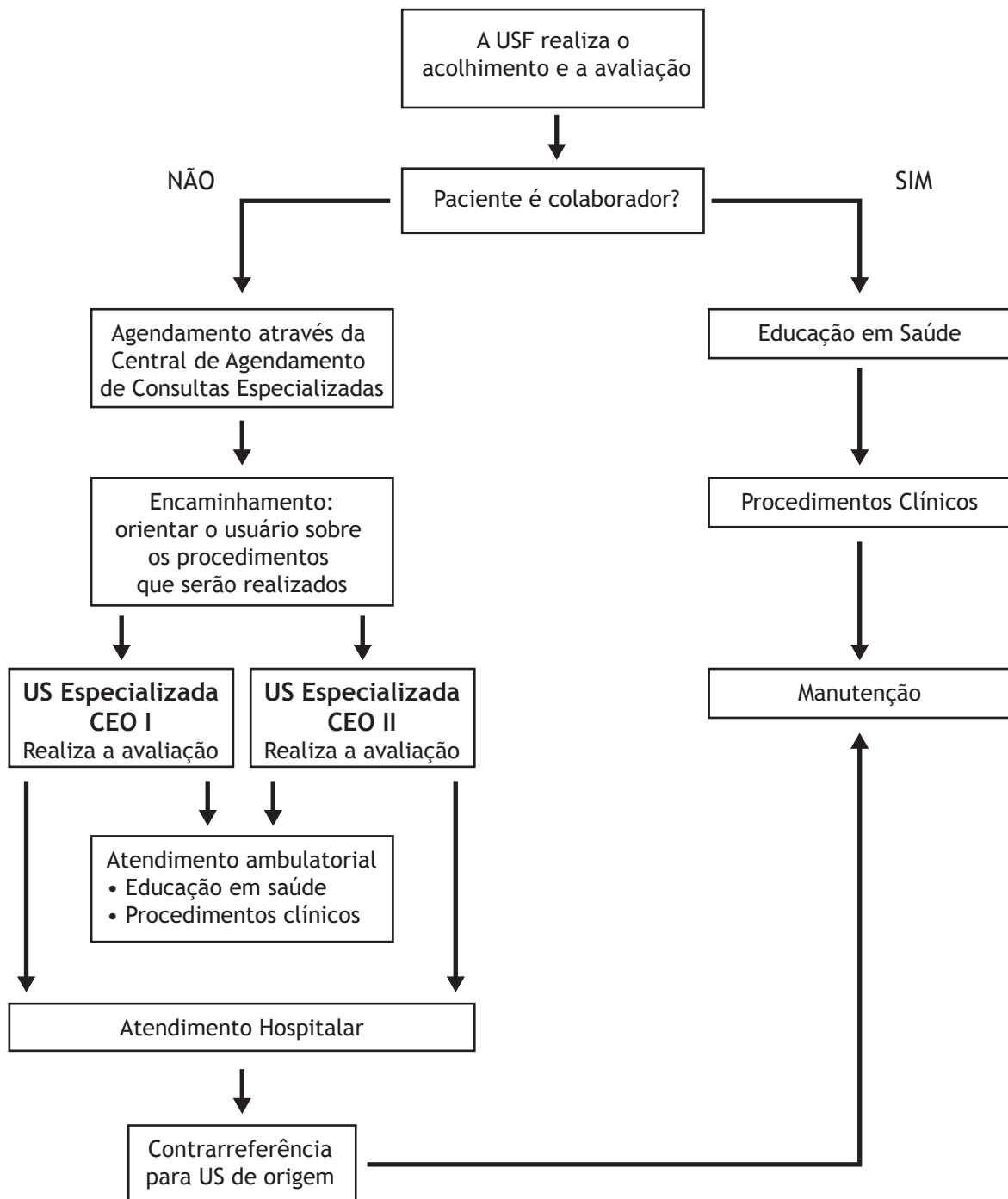
- Inicia-se com procedimentos mais simples para os de maior complexidade, fazendo adequação do meio bucal e controle da atividade das doenças antes de iniciar o tratamento clínico restaurador, com a colaboração da família.
- O atendimento à urgência deve ser realizado o mais breve possível, dentro das medidas de segurança. Para alguns pacientes pode ser utilizado o equipamento de contenção mecânica ou física.
- A definição do modelo de atenção - ambulatorial ou hospitalar - é feita pelo cirurgião-dentista responsável pelo paciente do CEO.
- Ao terminar o tratamento, o cirurgião-dentista reavalia se a manutenção da saúde bucal deve ser feita no CEO ou se pode ser realizada na unidade básica de

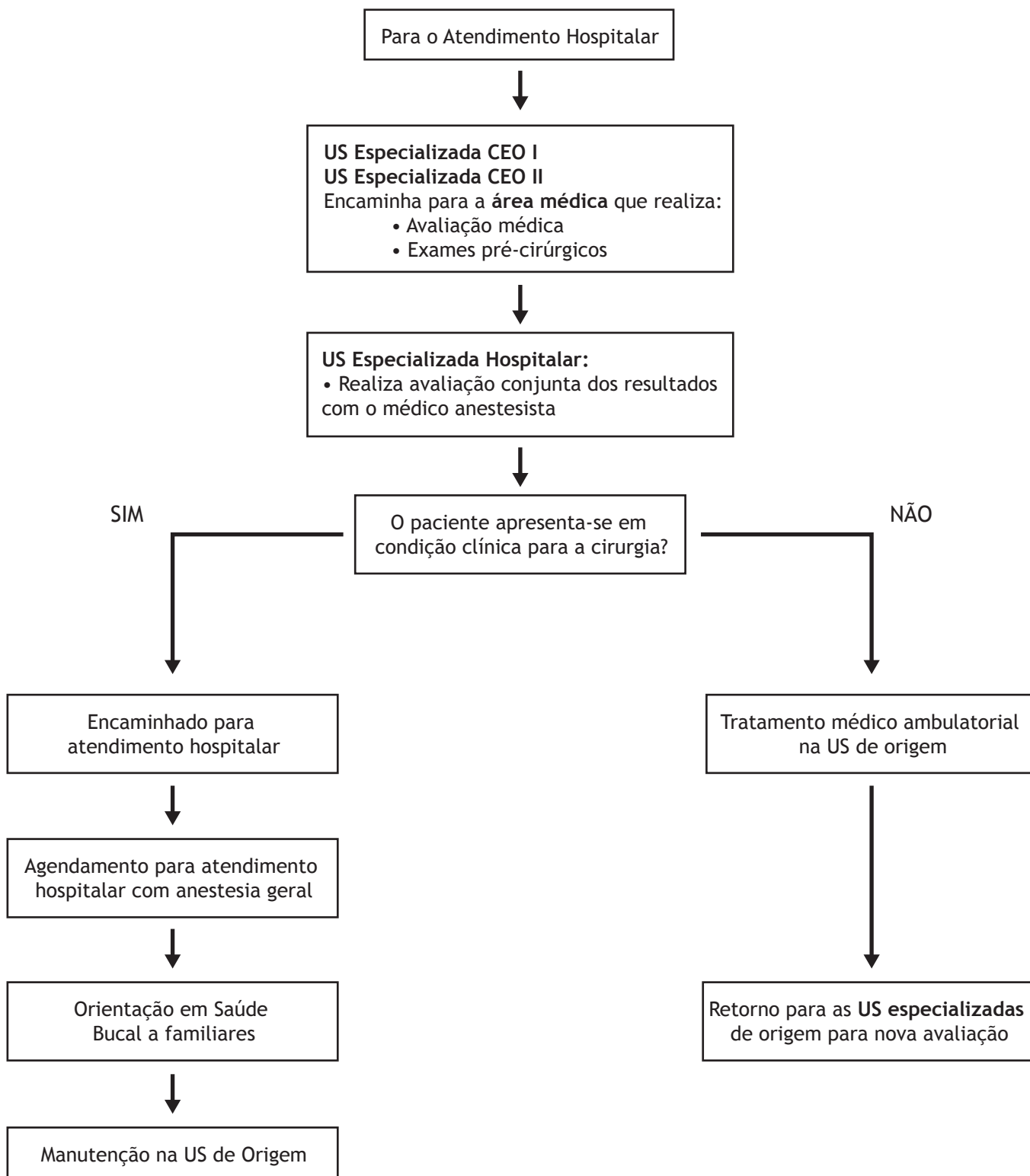
- saúde. Em qualquer dos casos, deve ser enviada a contrarreferência para a unidade de saúde de origem.
- A periodicidade da manutenção também é definida pelo cirurgião-dentista ao terminar o tratamento.

11.3 O atendimento hospitalar sob anestesia geral

- Realizado em paciente com risco de acidentes durante os procedimentos, mesmo com a contenção, ou quando há complexidade dos procedimentos a serem realizados.
- A educação em saúde bucal para a família e/ou responsável é muito importante nesses casos, pois o objetivo da equipe é fazer a manutenção desse paciente no CEO, ambulatorialmente, evitando ou protelando, o mais possível, uma nova intervenção sob anestesia geral.
- No retorno para avaliação após a cirurgia, no CEO, o cirurgião-dentista reforça as orientações de dieta e higiene bucal em domicílio e informa a família ou responsáveis sobre o retorno para manutenção no ambulatório do CEO.

Figura 3 - Fluxograma do Atendimento Ambulatorial - Organização do Tratamento





11.4 Sistema cardiovascular

11.4.1 Angina do peito

Definição: Cardiopatia isquêmica, transitória, sintomática. Sintoma complexo realçado pela dor no peito.

Características da dor no peito: Intensidade moderada, dor retrosternal mal localizada, irradiada para o braço e ombro esquerdos, ou para o pescoço e mandíbula, de curta duração (2-10min), aliviada pela administração de vasodilatadores coronarianos por via sublingual, como dinitrato de isossorbida 5mg (ex. Isordil®).

Angina estável: Dor provocada pelo esforço, aliviada pelo repouso.

Angina instável: Dor em repouso ou mudando acentuadamente a frequência dos ataques.

Etiologia: Mais comumente, trata-se de estreitamento aterosclerótico de uma ou mais de uma das artérias coronárias.

Avaliação médica: História, exame físico, prova de esforço, angiografia.

Avaliação odontológica

Informações gerais - Presença dos seguintes fatores:

- obesidade;
- vida sedentária;
- tensão psicossocial;
- história familiar de infarto prematuro.

Informações específicas

- Frequência das crises: mensal, semanal ou diária;
- Estabilidade: mudança na intensidade das crises;
- Uso de medicamentos: alterações recentes na posologia;
- Presença de fatores de risco para a cardiopatia isquêmica: fumo, hipertensão, hiperlipidemia, diabete.

Fatores de risco adicionais determinados pelo exame médico

- Comprometimento ventricular esquerdo - evidência clínica de insuficiência cardíaca congestiva, evidência radiográfica de cardiomegalia;
- Alterações no eletrocardiograma.

Princípios gerais do tratamento odontológico

- Bom relacionamento com o paciente;
- Consultas curtas;
- Profilaxia com nitroglicerina;
- Técnicas de sedação;
- Hospitalização.

Recomendações Específicas

Angina leve	Angina moderada	Angina grave
Frequência dos ataques: até 1 por mês	Frequência dos ataques: até 1 por semana	Frequência dos ataques: crises diárias
Estabilidade: Estável	Estabilidade: Estável	Estabilidade: Instável
Alteração de frequência: Nenhuma	Alteração de frequência: ligeiro aumento em relação ao ano anterior ou passado mais distante	Alterações de frequência: alterações nos últimos 6 meses
Início: após esforço intenso ou emoção	Início: após esforço moderado, emoção ou raramente refeições	Início: após repouso, emoção ou esforço reduzido e refeições
Medicamentos: dinitrato de isossorbida (ex.: Isordil - 5mg - sublingual)		
Tratamento odontológico		
I, II: normal III, IV, V, VI: verificar necessidade de sedação	I: normal II, III, IV: profilaxia com nitroglicerina ou nitrato de ação prolongada (Ex.: Isordil) verificar necessidade de sedação V, VI: profilaxia com nitroglicerina, técnicas de sedação, verificar necessidade de hospitalização	I: normal II: profilaxia com nitroglicerina ou nitrato de ação prolongada (Ex.: Isordil) com ou sem técnica de sedação III, IV: profilaxia com nitroglicerina com ou sem técnica de sedação, verificar a necessidade de hospitalização V, VI: hospitalização
Obs.: Após anamnese detalhada, se o profissional verificar alterações importantes, solicitar avaliação médica para posterior início do tratamento.		

11.4.2 Arritmia

Definição
Evidência no eletrocardiograma de atividade elétrica atrial ou ventricular anormal, que podem produzir sintomas e franco comprometimento cardiovascular
Sintomas comuns: Falha de batimentos, palpitações, tontura, zozzeira, dispneia, hipotensão, síncope
Complicações potenciais: Cardiopatia isquêmica (angina infarto do miocárdio, ICC, parada cardíaca), ataques isquêmicos passageiros, franco acidente cerebrovascular

Avaliação dentária: categorias de risco dos pacientes com arritmias reconhecidas para o tratamento odontológico			
Pequeno risco para o tratamento odontológico	Risco moderado para o tratamento odontológico	Risco significativo para o tratamento odontológico	Risco elevado para o tratamento odontológico
Arritmia atrial ou contrações ventriculares prematuras unifocais, sem medicamentos, sintomas infrequentes	Arritmia atrial, assintomática, medicação crônica	Arritmia ventricular, assintomática, medicação crônica	Paciente sintomático, Frequência do pulso: ritmo superior a 100 ou inferior a 60

Orientação geral para o tratamento odontológico de pacientes com arritmia diagnosticada
1. Consulta ao médico para ter certeza do controle da arritmia
2. Reduzir a tensão ao mínimo com ou sem técnica de sedação
3. Limitar ao mínimo o uso de epinefrina
4. Para procedimentos mais estressantes, nas categorias de risco elevado, considerar a hospitalização

Orientação específica para o tratamento odontológico do paciente com arritmia diagnosticada		
Categoria de risco	Tipo de Procedimento	Conduta
Pequeno	I a IV	Normal
	V a VI	Com ou sem técnica de sedação
Moderado	I a III	Normal e consulta ao médico
	IV	Com ou sem técnica de sedação
	V a VI	Técnica de sedação
	VI	Com ou sem hospitalização
Significativo	I	Normal e consulta ao médico
	II a III	Com ou sem técnica de sedação
	IV a V	Técnica de sedação
	V	Com ou sem hospitalização
	VI	Hospitalização
Elevado	Somente I	Normal
	II a VI	Contraindicada procedimentos até consulta médica

11.4.3 Arteriosclerose

Definição: Oclusão da luz vascular por placas ateroscleróticas.

Causa: Desconhecida

Manifestações clínicas

- Cardiopatia arteriosclerótica;
- Doença cerebrovascular;
- Doença vascular periférica.

Fatores de risco

- Hipertensão;
- Fumo;
- Colesterol aumentado;
- Diabetes;
- Tolerância reduzida à glicose;
- Tensão;
- História familiar;
- Fatores genéticos;
- Pós-menopausa;
- Uso de contraceptivos;
- Homens com mais de 50 anos.

Achados bucais: Não possui manifestações específicas, mas sim relacionadas com fatores de risco para arteriosclerose (ex.: manifestações bucais do diabetes).

Avaliação odontológica e conduta em pacientes com suspeita de cardiopatia arteriosclerótica:

1. Identificar a faixa etária: homens com mais de 50 anos e mulheres pós-menopausa;
2. Determinar a data do último exame médico completo do paciente;
3. Determinar a existência de múltiplos fatores de risco que contribuem para a cardiopatia arteriosclerótica;

4. Anotar a pressão arterial e o pulso a cada consulta;
5. Considerar suspeito de ser portador da doença o paciente que pertence à faixa etária comum e apresenta múltiplos fatores de risco.

Tratamento odontológico do paciente com cardiopatia arteriosclerótica:

1. Em paciente que apresenta múltiplos fatores de risco e possui avaliação médica nos últimos 12 a 18 meses, poderão ser realizados procedimentos do tipo I ao V;
2. Procedimentos do tipo VI serão realizados somente com liberação do médico;
3. Em paciente que apresenta múltiplos fatores de risco e não possui avaliação médica nos últimos 12 a 18 meses, poderão ser realizados procedimentos do tipo I ao IV;
4. Procedimentos do tipo V e VI serão realizados somente com liberação do médico.

11.4.4 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Etiologia: Isquemia ou infarto secundário à oclusão tromboembólica de um vaso, mais frequentemente no ponto de placas ateroscleróticas ulceradas

Fatores de risco:

- Aterosclerose;
- Hipertensão não tratada;
- Diabetes;
- Fumo;
- Hiperlipidemia (hipercolesterolemia);
- Idade;
- Anticoncepcionais por via bucal;
- Doença cardíaca.

Avaliação odontológica

- História de acidente vascular cerebral;
- História de ataques isquêmicos passageiros;
- Presença de fatores de risco: hiperlipidemia/ hipercolesterolemia, hipertensão, diabetes melito, fumo, idade, outras doenças cardiovasculares;
- Hospitalizações;
- Medicamentos: drogas antiplaquetárias, anticoagulantes, anti-hipertensivas, antiarrítmicas, outras;
- Pressão arterial, pulso (frequência e ritmo);
- Consulta ao médico.

Tratamento odontológico

Pacientes que tiveram ataque isquêmico passageiro ou acidente vascular cerebral há 6 - 12 meses:

- Consulta ao médico obrigatória;
- Tratamento dentário eletivo relativamente contraindicado;
- Técnicas de sedação endovenosa e anestesia geral terminantemente contraindicadas em paciente ambulatorial;
- Procedimentos dos tipos V e VI exigem hospitalização;
- Controle adequado da medicação antiplaquetária e anticoagulante;
- Redução do uso de drogas depressoras do SNC (analgésicos, narcóticos, barbitúricos).

Pacientes que tiveram ataque isquêmico passageiro ou acidente vascular cerebral depois de 6 meses ou mais:

Recomendada a consulta ao médico;

- Técnicas de sedação endovenosa e anestesia geral contraindicadas em paciente ambulatorial;
- Hospitalização desejável para procedimentos dos tipos

- V e VI;
- Controle adequado das drogas antiplaquetárias e anticoagulantes;
 - Redução do uso de drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (analgésicos, narcóticos, barbitúricos);
 - Esquema de redução da tensão (técnicas de sedação).

11.4.5 Bradicardia

Definição: Frequência cardíaca inferior a 60 batimentos por minuto.

Sintomas

- Pode ser completamente assintomática;
- Pode apresentar sintomas decorrentes de suprimento sanguíneo inadequado ao cérebro;
- Raramente pode ter sintomas decorrentes de suprimento sanguíneo inadequado ao coração.

Avaliação odontológica:

História

- História pregressa de bradicardia;
- Paciente com marca-passo;
- Paciente com sintomas de tontura, atordoamento ou síncope.

Exame

- Frequência do pulso;
- Regularidade do pulso.

Consulta médica

- Encaminhar todos os pacientes sintomáticos para avaliação;
- Indagar sobre história de bradicardia e função do

marca-passo cardíaco;

- Exame e eletrocardiograma recentes em pacientes com história de bradicardia, pacientes com marca-passo e pacientes com sintomas de bradicardia.

Riscos dos pacientes com bradicardia:

Pequeno: Pacientes jovens, ativos, com bradicardia sinusal e sem sintomas.

Moderado: Pacientes assintomáticos, tomando medicamentos que afetam a função do nodo sinusal (propranolol); Pacientes assintomáticos com marca-passo.

Elevado: Pacientes com frequência de pulso inferior a 45 batimentos por minuto; Pacientes com pulso irregular e bradicardia: bloqueio cardíaco completo, fibrilação atrial lenta; Pacientes sintomáticos com bradicardia; Bradicardia em pacientes com marca-passo.

Tratamento odontológico do paciente com bradicardia		
Categoria de risco	Tipo de Procedimento	Conduta
Pequeno	I-IV	Normal
Moderado	I-III	Consulta ao médico Reduzir tensão
	IV-VI	Consulta ao médico Aconselháveis técnicas de sedação auxiliar Pacientes com marca-passo: profilaxia com antibiótico
	VI	Hospitalização
Elevado	I	Normal
	II-VI	Adiamento até exame e avaliação pelo médico

*Obs.: Pacientes portadores de marca passo, não utilizar aparato ultrassônico

11.4.6 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Definição: É a elevação anormal da pressão sanguínea sistólica arterial.

Classificação da pressão arterial (> 18 anos)		
Tipo	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	< 85-89
Hipertensão		
Estágios	Sistólica (mm Hg)	Diastólica (mm Hg)
1 - Leve	140-159	90-99
2 - Moderada	160-179	100-109
3 - Grave	> 180	> 110
Sistólica isolada	> 140	< 90

Prevalência: 30% dos adultos.

Sintomas:

- Assintomática na maioria dos pacientes;
- Ocasionalmente pode causar cefaleia, turvação da visão ou alteração no estado mental.

Complicações

- Doença cerebrovascular;
- Doença renal;
- Doença das artérias coronárias.

Avaliação médica: Investigação clínico-laboratorial, história clínica, exame físico, decisão terapêutica (hipertensão primária ou secundária).

Avaliação odontológica

- Cirurgião-dentista - tem papel importante na detecção da hipertensão (contato com os pacientes em inúmeras consultas);
- Hipertensão mal controlada - pode aumentar de modo agudo e, diante de situações de tensão, precipitar a angina, a insuficiência cardíaca congestiva e, raramente, acidente vascular cerebral;

- Atenção cuidadosa com a pressão arterial - antes do tratamento dentário (diminui o risco do aparecimento desses problemas).

Condutas do cirurgião-dentista

1. Conhecer a história médica do paciente;
2. Determinar a época do diagnóstico da hipertensão;
3. Comparar tratamento anterior e atual;
4. Anotar complicações que eventualmente tenham ocorrido;
5. Observar medicação atual e possíveis modificações no esquema medicamentoso.

Condutas para o tratamento odontológico

1. Primeira consulta e retornos em todos os pacientes - verificar a pressão arterial;
2. Valores iniciais de 140 mm Hg-90 mm Hg ou mais - verificar a pressão arterial em todas as consultas;
3. Tratamentos invasivos - verificar antes a pressão arterial de todos os pacientes;
4. Tratamento prolongado de pacientes com diagnóstico de hipertensão ou suspeito de ser hipertenso - verificar a pressão arterial durante o tratamento;
5. Pacientes com hipertensão arterial limítrofe e leve - liberados para os de procedimentos I, II, III, IV, V e VI;
6. Pacientes com hipertensão arterial moderada - liberados para procedimentos restauradores e posterior encaminhamento ao médico para revisão do tratamento;
7. Pacientes com hipertensão arterial moderada - os procedimentos periodontais devem ser feitos com sedação; procedimentos cirúrgicos, somente em ambiente hospitalar;
8. Pacientes com hipertensão arterial grave - liberados

para procedimentos do tipo I apenas; devem ser encaminhados ao médico para tratamento adequado prévio a futuras intervenções;

9. Pacientes com PA acima de 190 mm Hg/120 mm Hg - emergência.

11.4.7 Infarto do miocárdio

Definição: Lesão irreversível do miocárdio, resultante de isquemia prolongada.

Manifestação clínica

- Dor torácica intensa na área subesternal ou precordial, com ou sem irradiação para o braço esquerdo ou para a mandíbula;
- Também pode ocorrer dispneia, palpitações, náusea e vômitos.

Etiologia: Mais comumente resulta de doença progressiva das artérias coronárias secundárias, a aterosclerose.

Avaliação médica

- Paciente que teve infarto do miocárdio - pode ser portador de alguma patologia cardiovascular significativa, como insuficiência cardíaca congestiva, arritmias, angina ou hipertensão;
- Infarto recente - fator de risco mais importante.

Avaliação odontológica

- História de infarto do miocárdio e tempo decorrido;
- Presença de outra patologia cardiovascular;
- Insuficiência cardíaca congestiva;
- Arritmia;

- Angina;
- Hipertensão;
- Presença de outros fatores de risco;
- Hiperlipidemia;
- Hipercolesterolemia.

Tratamento odontológico		
Intervalo de tempo	Tratamento	Conduta
Menor ou igual a 6 meses pós-infarto	I	Normal
	II	Adiar, se possível Consulta ao médico, reduzir a tensão ao mínimo Com ou sem sedação complementar
	III-VI	Contraindicado Tratamento paliativo, se possível Cirurgia de urgência: nível hospitalar
6 meses a 1 ano pós-infarto	I	Normal
	II, III, IV	Pensar em adiamento, consultar o médico, reduzir a tensão ao mínimo Técnicas de sedação complementar
	V-VI	Consultar o médico Com ou sem hospitalização Hospitalização obrigatória para anestesia geral
Maior que 1 ano pós-infarto	I	Normal
	II, III, IV	Pensar em adiamento, consultar o médico, reduzir a tensão ao mínimo Técnicas de sedação complementar
	V-VI	Consultar o médico Com ou sem hospitalização Hospitalização obrigatória para anestesia geral

11.4.8 Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)

Definição: Incapacidade de o coração manter um suprimento adequado de sangue oxigenado para atender às demandas metabólicas.

Sintomas

Insuficiência cardíaca esquerda:

- Dispneia (falta de ar), especialmente desencadeada por esforço;

- Ortopneia (falta de ar em decúbito);
- Dispneia noturna paroxística.

Insuficiência cardíaca direita:

- Edema periférico;
- Congestão hepática;
- Ascite.

Avaliação odontológica	
Risco	Características
Leve	História de ICC leve Assintomático com o tratamento Regularmente fazendo uso de diuréticos suaves com ou sem glicosídeos cardíacos
Moderado	História de ICC de gravidade moderada Assintomático em repouso; com o exercício, porém, pode apresentar sintomas Usualmente fazendo uso de diuréticos mais potentes e glicosídeos cardíacos
Elevado	Sintomático, a despeito do tratamento Frequentemente fazendo uso de doses crescentes de medicamentos, inclusive de vasodilatadores

Tratamento odontológico		
Orientação geral: Redução da tensão com consultas curtas e sedação; se necessário, limitar o uso de epinefrina.		
Orientação específica		
Categoria de risco	Tratamento	Conduta
Leve	I-IV	Normal
	V-VI	Consulta ao médico, com sedação
Moderado	I-IV	Normal
	V-VI	Com ou sem sedação Com ou sem hospitalização
Elevado	I-IV	Consulta ao médico, avaliação médica recente, verificação do potássio nos pacientes que tomam diuréticos Sedação
	V-VI	Hospitalização

11.4.9 Endocardite bacteriana

Definição: Infecção grave das válvulas cardíacas ou das superfícies endoteliais do coração.

Importância clínica

- Acarreta risco de morte, embora seja relativamente incomum;
- Morbidade e mortalidade substanciais resultam dessa infecção, apesar das melhoras na evolução, decorrentes dos avanços da terapia antimicrobiana e do aumento da capacidade de diagnosticar e tratar as complicações;
- Prevenção primária - muito importante.

Micro-organismos causadores

- Micro-organismos da boca - responsáveis por uma proporção apreciável dos agentes;
- Manipulação dentária - resulta em bacteremia passageira;
- Risco de a manipulação dentária provocar bacteremia - depende da extensão do traumatismo dos tecidos moles resultantes do ato e da doença inflamatória local preexistente;
- Manipulação dentária capaz de resultar em sangramento gengival - pode causar bacteremia passageira.

Riscos relativos (tomando por base as lesões cardíacas subjacentes)

Elevado

- Pacientes que tiveram endocardite bacteriana anteriormente;
- Pacientes com válvulas cardíacas protéticas.

Significativo

- Pacientes com cardiopatia valvular reumática;
- Pacientes com outras doenças valvulares adquiridas;
- Pacientes com cardiopatias congênitas;
- Pacientes com próteses intravasculares;
- Pacientes com coaptação da aorta;

Mínimo

- Pacientes com marca-passos transvenosos;
- Pacientes com história de febre reumática, mas sem cardiopatia reumática documentada.

Mínimo (sem necessidade de antibioticoterapia)

- Pacientes com sopros inofensivos ou funcionais;
- Pacientes com defeitos de septo atrial não complicados;
- Pacientes que se submeteram a enxertos para derivação das artérias coronárias.

Procedimentos odontológicos produtores de bacteremia

- Higiene dentária precária e infecções periodontais e periapicais, mesmo na ausência de procedimentos dentários;
- Incidência e magnitude das bacteremias - diretamente proporcionais ao grau de inflamação e infecção oral;
- Indivíduos com risco de desenvolver endocardite bacteriana - devem estabelecer e manter a melhor saúde oral possível para reduzir as fontes potenciais de disseminação bacteriana;
- Boa saúde oral - mantida mediante cuidados profissionais regulares e uso de produtos dentários apropriados, como escova de dentes manuais ou elétricas, fio dental e outros instrumentos que promovam a remoção da placa bacteriana;
- Antissépticos bucais aplicados imediatamente antes dos procedimentos dentários - podem reduzir a incidência

ou a magnitude da bacteremia (digluconato de clorexidina e povidona-iodo); Obs. - O uso prolongado ou em intervalos frequentes repetidos não é indicado porque pode resultar na seleção de microorganismos resistentes.

- Profilaxia antibiótica - recomendada nos procedimentos dentários (associados com sangramento significativo de tecidos duros ou moles e cirurgia periodontal); Obs. - O sangramento não esperado pode ocorrer em algumas ocasiões. Tratamentos endodônticos também entram nessa categoria.
- Aparelhos protéticos mal adaptados - podem ocasionar úlceras e estas podem desenvolver bacteremia;
- Vários procedimentos - recomenda-se observar um intervalo entre os mesmos para reduzir o potencial de surgimento de micro-organismos resistentes e permitir o repovoamento da boca com flora suscetível ao antibiótico (9 a 14 dias).



VAMOS SABER MAIS!

Conheça o esquema profilático padrão nos anexos.

11.5 Sistema hematológico

11.5.1 Distúrbios hemorrágicos

Definição	
São causados por anormalidades plaquetárias, fatores de coagulação ou ligados à parede de vasos sanguíneos. Estes defeitos podem ser diagnosticados com exames simples laboratoriais. Trata-se de uma anormalidade funcional ou numérica.	
Contagem de plaquetas	
Fornece uma avaliação quantitativa da função plaquetária Normal: de 100.000 a 400.000 células/mm ³ Abaixo de 100.000 células/mm ³ trombocitopenia	
Trombocitopenia	
Leve	Grave
Faixa de 50.000 a 100.000 células/mm ³ Pode resultar em sangramento pós-operatório anormal	Contagem abaixo de 50.000 células/mm ³ Pode estar associada a sangramento pós-operatório intenso
Tempo de sangramento (TS)	
Fornece a verificação da função plaquetária Normal: até 6 minutos Pacientes com anormalidades plaquetárias: aumentado	
Tempo de protrombina (TP)	
Avalia a eficácia da via extrínseca na medição da formação do coágulo de fibrina TP normal (entre 11 a 15 segundos): indica níveis normais de fator VII e dos fatores comuns às vias intrínsecas e extrínsecas (V, X, protrombina e fibrinogênio) Prolongamento de menos de um meio do valor controle: geralmente não está associado a uma coagulação e a um sangramento pós-operatório anormais Prolongamentos adicionais: podem resultar em um sangramento grave INR: índice do paciente sobre o resultado do banco de sangue do dia	
Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA)	
Avalia a eficácia da via intrínseca na medição da formação do coágulo de fibrina (todos os fatores menos o fator VII) TTPA normal: de 25 a 40 segundos ou número puro Prolongamento de 5 a 10 segundos: pode estar associado com anormalidades hemorrágicas leves Prolongamento maior: pode estar associado a um sangramento significativo	

Doenças que causam anormalidades da hemostasia (alterações plaquetárias quantitativas)
Trombocitopenia
Número reduzido de plaquetas O sangramento geralmente envolve vasos superficiais e profundos, produzindo petéquias na pele ou nas mucosas Alterações genéticas que causam trombocitopenia - são raras Maioria dos casos: adquirida
Induzida por drogas
Destruição central das plaquetas (toxidade da medula) Álcool Ácido Acetil Salicílico Diuréticos tiazídicos Destruição periférica das plaquetas Quinidina Metildopa (Ex.: Aldomet) Outras (sais de ouro, sulfonamidas, D-penicilamina)
Insuficiência da medula óssea
Induzida por drogas (veja acima) Deficiência de vitamina: vitamina B12 (anemia megaloblástica) e folato Infiltração da medula óssea Leucemia (plaquetopenia) Câncer metastático (medula) Outras (ex: anemia aplástica e mielofibrose)
Hiperesplenismo (sequestração das plaquetas)
Cirrose e hipertensão porta (mais comuns) Outros (infecção crônica, doenças inflamatórias, neoplasmas e doenças de armazenamento) Púrpura trombocitopênica imunológica (PTI) Púrpura trombocitopênica trombótica (PTT)
Trombocitopatia (alterações plaquetárias qualitativas)
Alteração na qualidade das plaquetas que predispõe a sangramento Número adequado de plaquetas, porém com TS prolongado Teste de agregação plaquetária - mais indicado para diagnóstico e classificação da trombocitopatia Deve ser considerada a anormalidade na função plaquetária Pode ser adquirida ou hereditária Adquiridas: mais comuns
Hereditárias (raras)
Bernard-Soulier Tromboplastenia Glahnmann
Adquiridas
Leucemia mielocítica crônica e metaplasia mielóide: pode apresentar função plaquetária prejudicada

Trombocitopenia relacionada com a AIDS

11% dos pacientes infectados com o HIV apresentam uma contagem de plaquetas de 100.000 células/mm³

Tratamento de pacientes soropositivos para o HIV, que se encontram assintomáticos ou não - deve-se averiguar o estado plaquetário do paciente (coagulograma com contagem de plaquetas) antes de executar um procedimento cirúrgico

Anestesia por bloqueio - deve ser evitada apenas em pacientes hemofílicos

Trombocitopenia adquirida

PTI (Púrpura Trombocitopênica Imunológica) - pode ser induzida por drogas ou por resposta imune

Pode ser aguda ou crônica

Doenças que causam anormalidades da hemostasia (alterações nos fatores de coagulação)

Hereditárias

Hemofilia

Distúrbios hereditários devido à deficiência de fatores de coagulação

Hemofilia A - causada pela deficiência do fator VIII

Hemofilia B - deficiência do fator IX

Hemofilia A

Classificação:

Grave: menos de 1% do fator VIII

Moderada: 1 a 5% do fator VIII

Leve: 6 a 30% do fator VIII

Sangramento significativo

Sangramento significativo ao mínimo traumatismo e elevado risco de hemorragia após procedimentos cirúrgicos

Abaixo de 20% do fator VIII deve ser transfundido

Quadro hematológico: tempo de coagulação aumentado, mas não de maneira variável e constante

TTPA aumentada e TS aumentado

Hemofilia B

Doença mais rara que a hemofilia A

Doença de Von Willebrand

Mais comum, na qual existe deficiência na síntese de um fator plasmático necessário para a função plaquetária, bem como deficiência na produção do Fator VIII; pode apresentar ciclos de melhora; alguns pacientes não precisam transfundir Também conhecida como pseudo-hemofilia, a proteína de Von Willebrand carrega em si o fator VIII, porém apresenta funções diferentes (o Fator VIII age na cascata de coagulação e a proteína de Von Willebrand age na parede lesada do endotélio para iniciar o tampão hemostático).

Diferente da hemofilia, não causa hemorragia intra-articular ocorre em homens e mulheres Apresenta alterações nos níveis sanguíneos da proteína de Von Willebrand (a hemofilia não apresenta alterações durante o decorrer da vida dos níveis sanguíneos de fator VIII)

Avaliação odontológica	
História	
História conhecida de distúrbios hemorrágicos Equimoses faciais Epistaxes frequentes Sangramento menstrual intenso Gengivorragias (sangramento gengival) História de sangramento anormal após traumatismo ou cirurgia (odontológica ou de outra natureza) História familiar de distúrbios hemorrágicos	
Estado médico	
Drogas que causam distúrbios hemorrágicos Abuso de álcool (cirrose hepática)	
Exame físico	
Com ou sem possíveis petéquias, equimoses ou gengivorragias	
Análise laboratorial	
Tempo de trombina (TT) Tempo de protombina (TP) Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) Fibrinogênio Tempo de sangramento Contagem de plaquetas Sempre pedir os exames próximo do dia da consulta, como uma semana antes Pacientes anticoagulados - o TTPA pode ou não estar alterado, mas o INR está acima de 2	
Categorias de risco	
Baixo	Pacientes com história de distúrbios hemorrágicos, exames normais, não usando medicamentos associados com distúrbios hemorrágicos, e com ou sem parâmetros de sangramento normais (se o paciente está fazendo uso de medicamentos associados, devem ser feitos exames) Pacientes com história inespecífica de sangramento excessivo com parâmetros de sangramento normal (TP, TTPA, contagem de plaquetas, em limites normais)
Moderado	Pacientes com terapia crônica com anticoagulantes orais Pacientes com terapia crônica com aspirina
Alto	Pacientes com distúrbios hemorrágicos conhecidos Trombocitopenia Trombocitopatia Defeito dos fatores de coagulação Pacientes com distúrbios hemorrágicos conhecidos, os quais apresentam contagem de plaquetas, tempo de sangramento, TP ou TTPA anormais Anticoagulados (INR* alto > 3)
* índice internacional normalizado INR = 1 indica um sangue com coagulação normal. A maioria dos pacientes com as doenças citadas, precisam manter o INR entre 2 e 4, um estado que reduz o risco de trombozes sem causar uma anticoagulação perigosa. Valores acima de 5 indicam anticoagulação excessiva e a partir daí, quanto mais alto for o INR, maior o risco de sangramentos espontâneos.	

Métodos físicos, físico-químicos e químicos para prevenção e controle de sangramento

Físicos

- Compressão (mordedura com gaze por 24 horas);
- Frio (gelo por 15 minutos, com intervalos de 60 minutos).

Físico-químicos:

- Esponja de fibrina (ex.: Gelfoam) e colas podem ser colocadas na ferida cirúrgica;
- Colas derivadas de fibrina (ex. Tissulcol e Beriplast);
- Ácido tranexâmico (ex. Transamin) e ácido epsilon-amino-caproico (ex. Ipsilon) - moer comprimido e colocar na ferida cirúrgica;
- Uso local - pode ser feito por pacientes com hipertensão portal.

Químicos

- Ácido tranexâmico: deve-se iniciar o uso 1 dia antes do procedimento e estender até 8 dias após (8/8 horas);
- Uso sistêmico: não pode ser feito por pacientes com hipertensão portal.

Forma de uso:

Indicação: todos os pacientes exceto hepatopatas (varizes esofágicas, devido ao risco de trombozes que podem levar à hemorragia digestiva).

Procedimentos em casos de hemorragia pós-operatória

- Identificação do local de sangramento;
- Remoção do coágulo;
- Mordedura com gaze por 4 a 5 minutos.

Não resolução com os procedimentos anteriores

Sangramento de papila

- Administração de anestésico com vasoconstritor na área.

Sangramento alveolar

- Remoção de sutura, remoção do coágulo alterado;
- Curetagem do alvéolo, utilização de medidas físico-químicas locais;
- Nova sutura;
- Mordedura com gaze.

11.5.2 Anemia

Trata-se de uma diminuição não apenas dos glóbulos vermelhos circulantes, como também da diminuição da concentração de hemoglobina (Hb) e/ou redução do hematócrito (Ht).

Pode resultar de uma perda excessiva de sangue, diminuição da produção ou aumento da destruição de glóbulos vermelhos.

Combinação de um ou mais achados laboratoriais, incluindo:

- Diminuição do número de glóbulos vermelhos;
- Diminuição da concentração de hemoglobina;
- Diminuição do hematócrito.

Causas

- Hemorragia, úlcera péptica, câncer gastrointestinal, deficiência (de ferro, folato ou vitamina B12);
- Reações medicamentosas (quinidina, álcool, penicilina e sulfa);
- Diminuição de glóbulos vermelhos;
- Talassemia;
- Anemia falciforme;
- Hemólise;
- Deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase);
- Hiperesplenismo (aumento do baço).

Sintomas

- Geralmente assintomática - Hb < 10 quando a perda é lenta;
- Palidez, sonolência e cansaço.

Categorias

- Anemia hemolítica;
- Anemia não-hemolítica;
- Anemia megaloblástica;
- Anemia ferropriva.

Avaliação odontológica do paciente com anemia

- Pacientes sem história de anemia, mas sintomáticos, devem fazer hemograma completo (analisar o eritrograma);
- Detectada alguma alteração, encaminhar ao hematologista para identificação do tipo de anemia;
- Após avaliação médica, conduzir os procedimentos cruentos, respeitando a profilaxia antibiótica recomendada ou não para cada caso.

Obs. Em muitos casos de anemia, o processo de agudização pode se dar de forma muito intensa e a normalização com processos terapêuticos também pode se dar muito rapidamente. Portanto, o estabelecimento do grau de risco deve ser feito de forma cautelosa.

Categoria de risco	Características
Baixo	História de anemia assintomática, anemia corrigida, hematócrito normal Anemia leve, de causa identificada, Hb superior a 10, nenhum tratamento Anemia leve, de causa identificada, Hb superior a 10 em tratamento, assintomática Anemia de doenças crônicas, Hb superior a 10 e estável, Assintomática
Alto	Presença de anemia, diagnosticada previamente, Hb e Ht anormais, Hb abaixo de 10 e sem causa identificada Presença de coagulopatia Necessidade de repetidas transfusões para prevenir sintomas e anemia
(*) Muitas vezes, adiar o tratamento pode ser prejudicial ao paciente, pois a causa da agudização da anemia pode ser um foco infeccioso de origem dentária e, nesse caso, faz-se necessário tratamento concomitante com o hematológico.	

11.6 Sistema endócrino

11.6.1 Diabetes

Definição

Resulta da insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada tanto pela baixa produção de insulina pelo pâncreas, como pela falta de resposta dos tecidos periféricos à insulina.

Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, com distúrbios no metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas.

Sinais e sintomas

- Polidipsia;
- Poliúria;
- Polifagia;
- Perda de peso;
- Glicosúria;

Classificação

Tipo I

- Insulinodependente, propenso à cetose;
- Maior propensão à hipoglicemia.

Tipo II

- Não insulinodependente, não propenso à cetose;
- Controle - feito com hipoglicemiante oral, dieta ou ambos;
- Maior propensão à infecção (relacionada à vasculopatia periférica e à migração de neutrófilos).

Obs. - Lembrando que, do total dos pacientes portadores de diabetes, 90% são acometidos por diabetes do tipo II, que normalmente se desenvolve a partir dos 40 anos de idade. Entretanto, em pacientes idosos, a diabetes tipo II pode necessitar da insulina. Ambos os grupos de pacientes podem apresentar complicações progressivas em nível cardiovascular, renal e neurológico. Atenção! Pacientes diabéticos do tipo I são mais suscetíveis às complicações da doença.

Complicações no tratamento da diabetes

Agentes hipoglicemiantes orais

- Hipoglicemia - aumento de mortes cardiovasculares com uso de sulfonilureias e a fenformina; a acidose láctica põe em risco a vida.

Insulinoterapia

- Hipoglicemia, resistência à insulina, reações locais nas áreas de injeções.

Avaliação odontológica

Pacientes que não sabem se são diabéticos

- Pacientes com sinais e sintomas sugestivos devem fazer exame laboratorial para determinação da glicose sanguínea;

- História de diabetes na família - fazer exame para determinar o nível de glicose no sangue;
- Pacientes que possuem glicose sanguínea aumentada em exame devem ser encaminhados para avaliação médica.

Pacientes que sabem que são diabéticos;

- Determinar o tipo de diabetes, a terapia que está sendo empregada, a adequação do controle e a presença de complicações neurológicas, vasculares, renais ou infecciosas;
- Pacientes que controlam o nível de glicose em casa - devem-se anotar os resultados dos testes mais recentes, além de consultar o médico do paciente para esclarecimento do estado clínico;
- Quando possível é necessário conhecer o nível de glicose em jejum e os níveis de hemoglobina A 1c mais recentes;
- Tomando por base as informações obtidas, os pacientes devem ser enquadrados em categorias de risco específicas, que devem sugerir roteiros próprios de tratamento.

Categorias de risco		
Baixo	Moderado	Alto
Apresentam um bom controle metabólico e um regime estável, sendo considerados como de baixo risco, estando assintomáticos e não possuindo complicações neurológicas, vasculares e infecciosas. Os níveis de glicose normal devem estar abaixo de 200 mg/dl no dextro.	Apresentam sintomas ocasionais, mas se encontram em balanço metabólico razoável, não possuindo história recente de hipoglicemia ou cetoacidose, e apresentando poucas complicações do diabete. A taxa de glicose em jejum encontra-se abaixo 250 mg/dl no dextro.	Apresentam múltiplas complicações da doença e encontram-se em um deficiente controle metabólico. Existe frequente história de hipoglicemia ou cetoacidose, e usualmente necessitam de um ajuste da dosagem de insulina, podendo apresentar taxa de glicose em jejum algumas vezes acima de 250 mg/dl no dextro.
Achados bucais		
Doença periodontal (mal controlada)	Infecções oportunistas Xerostomia Cárie	Abscessos recorrentes

Tratamento odontológico

Dieta

- Consulta - marcada para o meio da manhã;
- Instrução - alimentar-se normalmente, no início do dia;
- Finalidade - minimizar a possibilidade de hipoglicemia durante o procedimento.

Obs. Se a intervenção estender-se até o período da refeição, providências devem ser tomadas para que haja uma interrupção, no intuito de permitir ao paciente a ingestão de algum alimento (ex. suco de laranja).

Agentes hipoglicemiantes orais

- Instrução - tomar a dosagem usual antes da consulta, para todos os procedimentos odontológicos.

Insulinoterapia

As doses devem ser adaptadas de acordo com o procedimento proposto:

- Pacientes que poderão ingerir alimentos normalmente, após procedimento, podem tomar a sua dose usual de insulina;

- Pacientes que poderão apresentar um atraso na sua ingestão normal, após procedimento, devem tomar metade de sua dose usual de insulina matinal, após consulta ao médico.

Redução do estresse

- Dividir os procedimentos demorados em várias consultas de curta duração.
- Retornar à dieta normal após procedimento odontológico

Redução do nível de infecção

- Receber tratamento odontológico preventivo agressivo, incluindo exames periódicos, instruções de higiene oral, profilaxia e tratamento da doença periodontal;
- Profilaxia antibiótica quando foram realizados procedimentos como cirurgias, terapia endodôntica e raspagem subgingival, em presença de periodontite supurativa;
- Uso de materiais de sutura não absorvíveis, porque a cicatrização é lenta.

Infecções

Pacientes diabéticos apresentam resistência reduzida a infecções uma vez que contraída, a infecção se torna mais grave. Isto se deve à presença de vasculopatia, acidose metabólica e à fagocitose ineficaz por macrófagos.

Orientações específicas		
Categoria de risco	Tratamento	Conduta
Baixo	I, II, III	Esquema normal com orientações gerais aplicadas a todos os pacientes diabéticos.
	IV, V, VI	Técnicas de sedação adjuvantes são consideradas; redução para a metade da dose usual de insulina em pacientes que, em seguida ao tratamento, retornarão à ingestão normal, após consulta ao médico.
Moderado	I, II, III	Esquema normal, técnicas de sedação adjuvante podem ser consideradas.
	IV	Possível ajuste na dosagem de insulina, após consulta ao médico.
	V, VI	Possível ajuste na dosagem de insulina, após consulta ao médico. Poderá ser considerada a hospitalização
Alto	I	Esquema normal com orientações gerais aplicadas a todos os pacientes diabéticos.
	II, III, IV, V, VI	Devem-se adiar os procedimentos até que o estado metabólico do paciente se estabilize. Executar procedimentos paliativos em vez de intervenções restauradoras extensas. Controle rigoroso das infecções bucais.

Profilaxia antibiótica		
Paciente tipo I	Em procedimentos cruentos (presença de ferida cirúrgica), todos devem realizar profilaxia antibiótica	
Paciente tipo II	Em procedimentos cruentos, todos com dextro acima de 200 mg/dl devem realizar profilaxia antibiótica	
Pacientes não alérgicos à penicilina		Pacientes alérgicos à penicilina
1a opção	2a opção	
Amoxicilina 500mg 8/8 h durante 7 dias Iniciar dois dias antes	Cefalexina 500 mg 6/6 h durante 7 dias Iniciar dois dias antes	Clindamicina 300 mg 6/6 h, durante 7 dias Iniciar 2 dias antes



VAMOS SABER MAIS!

Outras informações consulte:

Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica

<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Protocolo.pdf>

11.6.2 Hepatite

Definição: É um processo inflamatório do fígado provocado por diferentes agentes etiológicos.

Trata-se de uma infecção sistêmica que acomete múltiplos órgãos: os linfonodos regionais aumentam de volume, ocorre esplenomegalia, relacionada à proliferação celular e congestão venosa, bem como ulceração do trato gastrointestinal; a medula óssea pode apresentar hipoplasia moderada e o cérebro, degeneração aguda inespecífica.

Classificação

- Virais
- Vírus hepatotrópicos:
 - A;
 - B;
 - C;
 - Delta;
 - E, G;
- Vírus não preferencialmente hepatotrópicos:
 - CMV (citomegalovírus);
 - EBV(Epstein Barr);
 - Herpes simples.

Atualmente:

São 7 vírus causadores:

- vírus A ou HAV;
- vírus B HBV;
- vírus C ou HCV;
- vírus Delta ou HDV;
- vírus E ou HEV.

As hepatites F e G são as mais recentes da família da hepatite virótica, sendo transmitidas por via parenteral.

Não virais: Ingestão de álcool e medicamentos; autoimune; doenças metabólicas e infecciosas não virais (bactérias, protozoários, helmintos).

Avaliação odontológica

- Pacientes com esclerótica amarela ou com icterícia: o tratamento odontológico deve ser adiado, devendo ser encaminhados para avaliação adicional;
- Pacientes com possíveis condições orais associadas à HCV: sialodente e líquen plano;
- Pacientes com alterações persistentes nas provas de função hepática ou com antígeno de superfície de hepatite positivo: devem ser encaminhados para avaliação complementar;
- Pacientes com risco relativo de infecciosidade: podem ser avaliados com base na história, no exame e no perfil laboratorial.

Precauções operatórias para tratamento odontológico

- É preciso cuidado para reduzir o contato com sangue e secreções do paciente;
- O uso de seringa de extratores ultrassônicos de cálculo deve ser evitado;
- Proceder à esterilização de todos os instrumentos que devem ser autoclavados; os que não puderem, devem ser esterilizados a frio (químico).

Métodos de limpeza

- Superfícies expostas: devem ser limpas com soluções antissépticas;
- Ferida: deve ser lavada;
- Exposição parenteral de sangue AgHBs positivo: o profissional deve receber imunoglobulina quando não foi vacinado contra hepatite B.

Obs. - Em caso de acidentes com instrumento pérfuro-cortante, o profissional deve informar o setor de enfermagem para a adoção das medidas imediatas e devidos encaminhamentos.

Tratamento odontológico de paciente com hepatite virótica	
Risco	Conduta
Pequeno	Conduta normal, com simples acréscimo de máscara e luvas para o cirurgião-dentista e o auxiliar de consultório dentário
Elevado	Consultas marcadas no fim do dia, para permitir precauções e esterilização adequadas Evitar cuidadosamente o sangue e secreções bucais Luvas, máscaras duplas, óculos de proteção, gorro e avental apropriado Cobrir todas as partes expostas do equipamento, utilizar substâncias antissépticas em todas as superfícies Reduzir o uso de instrumentos que produzem aerossóis Utilizar materiais descartáveis Pessoas sujeitas a ferimentos: administrar imunoglobulina Respeitar procedimentos de esterilização
Obs1.- Orientar os familiares para evitar contato com sangue do paciente após procedimentos cirúrgicos e o uso em comum de utensílios (pratos, talheres, copos e toalhas).	
Obs2.- Deve-se evitar a administração de medicamentos para pacientes com hepatite.	

Tratamento odontológico do paciente com cirrose	
Evitar uso de medicamentos Reduzir o nível de todos os tranquilizantes e sedativos (consentimento médico obrigatório) Controlar os defeitos do mecanismo hemostático Pacientes geralmente apresentam gengivorragias devido à má higiene oral decorrente da escovação deficiente (perda de massa muscular pode levar à dificuldade nos movimentos) TP elevado, porém inferior a um e meio do valor controle	
Atos cirúrgicos simples (tipo I-IV)	Cirurgia moderada e extensa (tipos V-VI)
Conduta normal, com rigorosa atenção para hemostasia	Ambiente hospitalar
Procedimentos cruentos	
Iniciar por procedimentos simples (ex.: exodontia simples) para avaliar resposta na consulta de retorno	
Avaliação odontológica	
Utilizar radiografia panorâmica	
Condutas	
Para o tratamento, devem ser observadas as mesmas condutas relativas à hepatite (tanto em relação ao paciente, quanto em relação ao profissional).	

11. 7 Sistema respiratório

11.7.1 Tuberculose

Exame laboratorial	
Teste cutâneo para tuberculina	
Positivo	Negativo
Indica infecção ativa ou se houve infecção	Indica ausência de infecção ou baixa de imunidade
Tratamento médico	
Prevenção: vacinação BCG Realizada em áreas de elevado risco	
Reações indesejáveis das drogas utilizadas nos esquemas de tratamento	
Droga	Reações indesejáveis
Isoniazida	sintomas de neuropatia periférica, náuseas, vômitos e icterícia
Rifampicina	vômitos, icterícia, asma, urticária e manifestações hemorrágicas
Pirazinamida	artralgias, náuseas, vômitos e icterícia
Estreptomina	perda do equilíbrio e diminuição da audição
Etambutol	náuseas, vômitos e alterações visuais (perda da visão periférica, perturbação das cores, perda da acuidade visual e até cegueira)
Etionamida	náuseas, vômitos, diarreia e icterícia

Tratamento odontológico	
Categorias de risco	Cuidados
Alto (altamente contagioso)	Tratamento dentário eletivo contraindicado Tratamento dentário de emergência Recomenda-se a hospitalização Regime de assepsia rigorosa Avental Máscara dupla Luvas duplas Atenção especial para esterilização do instrumental As peças que não possam ser autoclavadas devem ser submetidas à esterilização a gás (geralmente disponível em hospital)
Moderado (teoricamente não contagioso)	Máscara, luvas, avental, gorro e óculos (barreira de proteção individual) Atenção especial para os procedimentos de esterilização dos instrumentais As peças de mão que não possam ser autoclavadas devem ser esterilizadas a gás
Baixo	Esquema dentário normal

11.8 Condições específicas

11.8.1 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

Gonorreia

- Envolvimento bucal comum;
- Lesões assintomáticas;
- Lesões semelhantes à gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA) - necrose superficial, com ulcerado subjacente sangrante;
- Diferentemente da GUNA, pode envolver superfícies e mucosas.

Sífilis

- Lábio e língua são os sítios mais comuns;
- Úlcera endurecida, ocorrendo cerca de 3 semanas após o contato e durando cerca de 4 semanas;
- Pode haver linfadenopatia;
- Cicatriza espontaneamente;
- Infectante.

Sífilis secundária - placa mucosa

- Sítios mais comuns: língua, mucosa jugal, amídalas, faringe e lábios;
- Membranas branco-acinzentadas, indolores, elevadas, podendo causar queilite, cicatrizam em algumas semanas ou em um ano;
- Infectante.

Sífilis terciária - goma e glossite luética

- Goma: ulceração indolor, usualmente no palato, com envolvimento do osso subjacente;
- Ocorre anos após o contato;
- Glossite atrófica: causada pela vasculite, predispõe ao carcinoma.

Sífilis congênita

- Anormalidades dentárias (incisivos e primeiros molares);
- Glossite atrófica;
- Abóbada palatina alta.

Avaliação e tratamento odontológico de paciente com DST

Determinar a história pregressa da doença;

Conduta clínica:

1. Cautela na manipulação de lesões potencialmente infectantes;
2. Adiar o tratamento odontológico de rotina no paciente suspeito de ser portador de doença ativa;

Biópsias que não cicatrizam:

1. Obter exames microbiológicos e sorológicos adequados quando indicados;
2. Adiar o tratamento odontológico de rotina até o paciente receber tratamento definitivo.

AIDS

Retrovírus que possui afinidade ao receptor CD4 dos linfócitos T-auxiliares, denominados de vírus da imunodeficiência adquirida humana (HIV).

O vírus invade o linfócito suscetível, tornando-o não funcional e interferindo, desta maneira, na função imunológica. Infecções oportunistas e ocorrência de neoplasmas raros são resultados dessa interferência..

Manifestações bucais:

A maioria dos pacientes desenvolve manifestações bucais associadas à doença:

- infecções fúngicas, virais bacterianas, doença periodontal, lesões dos tecidos moles, cânceres e úlceras idiopáticas;
- candidose - mais frequente;

O palato é o local mais frequentemente envolvido nessas manifestações, embora nenhuma área da mucosa seja poupada.

Tratamento da candidose

- Leve: gluconato clorexidina 0,2%, duas vezes ao dia;
- Sistêmica: fluconazol 2 cp de 200 a 400 mg por dia, 12/12 h ou até mais vezes ao dia.

Leucoplasias

Devem ser biopsiadas, especialmente em pacientes com a doença não diagnosticada.

Alterações periodontais

Duas formas têm sido descritas:

- gengivite pelo HIV - apresenta-se como uma lesão eritematosa que se estende da gengiva marginal até a mucosa alveolar, tipicamente assintomática;
- semelhante à GUNA.

Tratamento da doença periodontal

- Bochecho com gluconato clorexidina a 0,2%;
- PVPI (polivinilpirrolidona-iodo) - uso tópico (bochecho);
- Cobertura com antibióticos - cobrir sempre gram. + anaeróbicos (ex. amoxicilina associada ao metronidazol ou ciprofloxacina), 10 a 15 dias;
- Após o 7º dia, o paciente pode se submeter a tratamento odontológico.

Outras manifestações

- Sarcoma de Kaposi e hematoma relacionado à trombocitopenia;
- Petéquias na mucosa palatina, devido à trombocitopenia;
- Ulcerações semelhantes a aftas em qualquer área da mucosa bucal;
- O Sarcoma de Kaposi deve ser biopsiado para se diagnosticar.

Avaliação odontológica

- Aspectos relacionados à proteção do cirurgião-dentista:
- Existência de protocolos de como proceder diante de uma perfuração acidental;
- Limpeza minuciosa da ferida com água e sabão;
- Orientação ao paciente com exame recente negativo sobre a necessidade de repetir o teste depois de 6 a 8 semanas;
- Teste anti-HIV imediato em caso de o profissional ser lesado;
- Testes anti-HIV e execução de um tratamento anti-HIV em caso de o profissional ser lesado em tratamento de paciente HIV-positivo;
- Tratamento imediato com AZT para indivíduos com ferimentos produzidos por perfurações;
- Realização de outro exame anti-HIV entre 6 a 8 semanas após a exposição;
- Orientação ao paciente para fazer um teste anti-HIV.

Tratamento odontológico

- tratamento de pacientes soropositivos - segue os mesmos procedimentos adotados em tratamentos de rotina;
- tratamento de pacientes com AIDS - tolerância ao tratamento de rotina, sem dificuldades;

- precauções universais - luvas, óculos de proteção, máscara, gorro e revestimento clínico apropriado proporcionam uma proteção adequada; é aconselhável a utilização de um capote cirúrgico ou avental descartável para procedimentos complicados ou que propiciem sangramento intenso;
- complicações principais (ponto de vista médico): imunodepressão e trombocitopenia.



VAMOS SABER MAIS!

Cuidados

Mesmo que o paciente apresente-se assintomático, o HIV pode ocasionar uma discrasia sanguínea;

- Tanto a doença como os medicamentos podem causar a leucopenia e a granulocitopenia;
- Recomenda-se a profilaxia antibiótica pré-operatória para pacientes que se submeterão a procedimentos que propiciem risco de infecção;
- Ocasionalmente os pacientes com AIDS desenvolvem trombocitopenia;
- Determinar a contagem de plaquetas antes de iniciar qualquer tratamento que possa causar sangramento.

11.8.2 Artrite

Definição: É um processo inflamatório que envolve as articulações.

A artrite reumatoide, a osteoartrite e a gota são responsáveis por 90% dos casos; esse fato exclui a separação entre artrite inflamatória e degenerativa, já que, por definição, a artrite sempre é um processo inflamatório.

É possível deixar à parte os processos degenerativos articulares, incluindo-se neste grupo a osteoartrose (há grande controvérsia sobre este termo, pois, apesar de ser um processo degenerativo, pode haver períodos de inflamação articular, justificando-se o termo osteoartrite).

Apresentações clínicas comuns

Artrite reumatoide

- Causa desconhecida;
- Predominante nas mulheres;
- Manifesta-se na terceira ou quarta década de vida;
- Apresentação subaguda, com envolvimento simétrico de múltiplas articulações (3 ou mais);
- Nódulos reumatoides;
- Mãos e punhos mais comumente afetados;
- Rigidez matinal pelo menos durante 1 hora;
- Achados laboratoriais:
 - 75% possuem fator reumatoide positivo;
 - velocidade de hemossedimentação frequentemente elevada;
 - alterações radiológicas características;
 - proteína C reativa frequentemente elevada.

Osteoartrite

- Forma mais comum da artrite;
- Colapso da cartilagem articular, com ruptura mecânica secundária;
- São afetadas com mais frequência as articulações que sustentam peso (quadril, joelho, coluna);
- Início insidioso;
- Achados laboratoriais:
 - fator reumatoide negativo;
 - anticorpo antinuclear negativo (ANN);
 - velocidade de hemossedimentação normal;
 - achados radiológicos característicos.

Gota

- Precipitada pela deposição de cristais de ácido úrico nas articulações;
- Início agudo e resposta inflamatória em 24 horas;
- Usualmente atinge uma articulação (monoarticular);
- Sítio mais comum:
 - dedo grande do pé
- Outros sítios:
 - tornozelos
 - punhos
 - joelhos
- Nível sérico do ácido úrico: pode estar elevado;
- Diagnóstico: pela aspiração de cristais de ácido úrico na articulação.

Tratamento odontológico do paciente com artrite

1. Se for planejada a cirurgia, determinar obrigatoriamente o TS em todos os pacientes que fazem uso de AAS;

Obs.1 - Se o TS estiver elevado e o paciente estiver usando Aspirina, suspender a medicação e fazer novo exame após 10 dias e reavaliar. Havendo normalização do tempo de sangramento, agendar a data da cirurgia.

2. Antes do procedimento cirúrgico, realizar profilaxia antibiótica;
3. Em caso de uso de prednisona (acima de 10 mg), a terapia antibiótica deve se iniciar 2 dias antes de qualquer procedimento cruento;
4. Manifestações orais associadas à artrite: xerostomia (síndrome de Sjögren secundária), periodontites, hiperplasia gengival (ciclosporinas), mucosites

- (metotrexato, D-penicilamina), disfunção têmporo-mandibular articular (processo degenerativo ATM);
5. Hemograma recente e contagem de plaquetas em todos os pacientes que fazem uso de imunossupressores (metotrexato, leflunomide, azatioprina, ciclosporina), D-penicilamina e sais de ouro;
 6. Exame da função hepática dos pacientes que fazem uso do metotrexato;
 7. Encaminhamento para terapia ocupacional para confecção de órteses para escovas dentais (mãos e cotovelos comprometidos) e orientação de higiene bucal adequada (avaliar indicação de fluoroterapia e controle químico com clorexidina);
 8. Pacientes com história de uso de corticosteroides devem ser avaliados em relação à supressão adrenal e necessidade de suplementação de esteroides;
 9. Compostos com AAS são contraindicados em pacientes com gota;
 10. Pacientes com substituição protética da articulação podem necessitar de profilaxia antibiótica antes de todos os tratamentos odontológicos;

Obs.2 - Em consulta ao cirurgião ortopédico, muitos poderão indicar a administração de dicloxacilina, eritromicina, clindamicina ou cefalexina, por 2 ou 3 dias.

11. Pacientes que fazem uso de metotrexato devem fazer profilaxia antibiótica.

11.8.3 Gestantes

Doenças que podem estar presentes na gravidez	
Síndromes hipertensivas Hipertensão arterial crônica Doença hipertensiva específica da gestação Iminência de eclâmpsia Eclâmpsia	Endocrinopatias Diabete Tireoidopatias
Cardiopatias Congênita e adquirida	Pneumopatias Asma Enfisema pulmonar
Doenças do colágeno Lupus eritematoso sistêmico Artrite reumatoide	Nefropatias Insuficiência renal crônica Síndrome nefrótica Transplante renal
Hematopatias Anemias carenciais Anemias hemolíticas Anemia falciforme Coagulopatias	Desnutrição materna Neoplasias malignas

Alterações na gestante

- Cardiovasculares - mais frequentes no início do terceiro trimestre;
- Crescimento entre 20 e 40% do débito cardíaco - resposta à demanda do crescimento do feto;
- Ocorrência de sopro e taquicardia;
- Alterações na respiração materna;
- Prejuízo no retorno venoso, hipotensão e síncope pela pressão que o feto pode exercer;
- Pressão sobre a veia cava inferior quando a mãe estiver deitada;
- Possibilidade de quadro de hipertensão - aumento da pressão sanguínea, que pode estar associado à pré-eclâmpsia;
- Aumento do índice metabólico basal - eleva a frequência e a demanda de oxigênio;

- Aumento do metabolismo de carboidratos - leva ao aumento da ingestão de carboidratos e refeições em intervalos menores de tempo devido à compressão estomacal;
- Aumento das necessidades de insulina - pode levar ao desenvolvimento de diabetes gestacional.

Desenvolvimento do feto

Dividido em três trimestres:

- 1º trimestre - período mais crítico de crescimento dos órgãos
- 2º e 3º trimestres - período em que ocorre maior parte do crescimento dos órgãos;

Obs. - Até o nascimento, o crescimento dos órgãos não estará completamente encerrado.

Avaliação e tratamento odontológico

Muitos obstetras não fazem qualquer restrição ao tratamento odontológico de suas pacientes, em razão de ser a gravidez um período passageiro e fisiológico.

- Após o primeiro trimestre, a paciente deve ser atendida para profilaxia odontológica;
- Tratamentos inadiáveis (controle de cáries, por ex.) podem ser executados durante o final do segundo trimestre, quando o feto se encontra bem desenvolvido, porém não muito grande para incomodar a gestante;
- Após o segundo trimestre, não se recomenda nenhum procedimento odontológico eletivo;
- As radiografias devem ser evitadas; embora o risco para o feto seja mínimo, não parece prudente correr o menor risco de injúria, se esta pode ser evitada;
- Quando são necessárias para diagnóstico, tomar o cuidado para proteger o feto pelo uso de avental de chumbo;

- A utilização eletiva de medicamentos deve ser evitada; não existe, entretanto, evidência de que ocorra qualquer problema com a gestante ou com o feto pelo uso de lidocaína, penicilina ou formas de eritromicina;
- Devem-se evitar estas drogas: ansiolíticos do tipo diazepam (ex.: Valium) e cloridrato de tetraciclina (ex.: Tetracilil);
- Antes da prescrição de qualquer medicamento ou execução do tratamento, consultar o médico da paciente.

Uso de medicamentos	
Anestésicos locais	
Deve-se proporcionar melhor anestesia à gestante Cuidados: presença de vasoconstritor e toxicidade do sal anestésico Toxicidade do sal anestésico: indiretamente proporcional à sua capacidade de ligação plasmática (quanto maior, menor a capacidade de atravessar a placenta)	
Considerações sobre os anestésicos mais utilizados	
Sais	
Bupivacaína	95% de ligação plasmática: seria o mais indicado e longa duração anestésica (6 a 7 horas); uso limitado em gestantes
Mepivacaína	77% de ligação plasmática e longa duração anestésica Metabolização lenta no fígado, cerca de 3 vezes mais, quando comparada com a lidocaína
Lidocaína	64% de ligação plasmática
Prilocaina	grande risco de gerar meta-hemoglobinemia no feto
Vasoconstritores	
Felipressina	Contraíndicados em gestantes, pois podem desencadear contrações uterinas
Oxitocina	
Adrenalina	Segundo a Food and Drug Administration (FDA), o uso desta substância durante a gravidez é considerado como risco C (não há estudos adequados em mulheres e o benefício potencial pode justificar o risco potencial)
Noradrenalina	Segundo a Food and Drug Administration (FDA), o uso desta substância durante a gravidez é considerado como risco B (não há estudos adequados em mulheres, e em animais não houve riscos)
Obs.: O anestésico de eleição é a lidocaína a 2% com adrenalina 1:1000.000 (ex. Alphacaine), respeitando o limite de 2 tubetes (3,6 ml) por consulta.	

Analgésicos
Indicação: somente quando necessário Tipos mais indicados: paracetamol (ex.: Tylenol -500 mg) ou dipirona (ex.: Novalgina - 500 mg) com limite máximo de 3 doses diárias de 8/8 horas
Antiinflamatórios
Mais indicados: Corticosteroides (cortisona e betametasona, ex.: Flebocortid - hidrocortisona, ex.: Celestone) em dose única de 4 mg, ou benzidamidas (ex.: Benflogin) AINES e aspirina devem ser utilizados com precaução, principalmente no último trimestre (possibilidade de inércia uterina, hemorragia e/ou fechamento prematuro do canal arterial do feto)
Antibióticos
Penicilina: atóxica às gestantes (agem em parede celular presente somente em bactérias) Em caso de sensibilidade, indicar eritromicina Não utilizar tetraciclina (afinidade com tecidos calcificados, podendo causar alteração na coloração dos dentes)
Drogas sabidamente teratogênicas
Quimioterápicos: actinomicina D, metotrexato, clorambucil Anticoagulantes: cumarínicos Antibióticos: cloridrato de tetraciclina
Drogas suspeitas de serem teratogênicas
Fenobarbital Carbamazepina Benzodiazepínicos

Radiografias
Estudos clínicos experimentais apontam que a dose de radiação necessária para indução de defeitos congênitos macroscópicos ou retardo do crescimento fetal é de 10 rad A exposição de 1 rad está associada a risco de anormalidade de aproximadamente 0.1% (várias vezes menor do que o risco de aborto espontâneo, anomalia ou doença genética) A radiação fetal pode retardar o crescimento e produzir defeitos de desenvolvimento O risco fetal é maior na gravidez inicial As principais anomalias de desenvolvimento são improváveis na exposição abaixo de 5 rad

Lactantes
Conduta
Evitar o uso de ampicilina, aspirina, atropina, barbitúricos, hidrato de cloral, corticosteroides, diazepam, metronidazol, penicilina, propoxifeno, tetraciclina e aminoglicosídeos

Gestante cardiopata
<p>Realizar anamnese para caracterizar a patologia cardíaca, tratamentos clínicos prévios e avaliação de exames laboratoriais</p> <p>Fatores que podem levar ao agravamento da função cardíaca (anemia, obesidade, infecções, arritmias, hipertireoidismo, fenômenos tromboembólicos) devem ser prontamente identificados e corrigidos</p>
Tratamento medicamentoso
<p>Utilizados de acordo com a necessidade clínica de cada caso, levando-se em conta inicialmente as condições maternas e secundariamente os riscos fetais</p> <p>Drogas mais comumente utilizadas: digitálicos, diuréticos e beta-bloqueadores, em especial o propanolol</p> <p>Profilaxia da doença reumática: indicada em pacientes com valvulopatias reumáticas</p> <p>Anticoagulação profilática: indicada em portadoras de prótese metálica, fibrilação atrial aguda ou crônica, disfunção ventricular severa ou em pacientes com cardiopatias cianóticas e ou hipertensão pulmonar</p> <p>Evitar: uso de anticoagulantes orais no primeiro trimestre da gravidez</p> <p>Profilaxia da endocardite infecciosa: indicada em pacientes com valvulopatias, próteses valvares, próteses vasculares e cardiopatias congênitas em comunicação extra ou intracardíaca e em manipulações odontológicas ou geniturinárias</p>

Gestante diabética	
Importante: diagnóstico preciso e precoce dessa associação	
Risco	Características
Alto	Pacientes com diagnóstico anterior com sintomas clínicos, ou sem sintomas, porém com fatores de risco chamados estigmas para o diabete (antecedentes familiares, macrossomia, sobrepeso, óbitos perinatais, malformações fetais, hipertensão arterial, idade materna superior a 35 anos e presença de glicosúria)
Baixo	Pacientes que não se enquadram no quadro anterior
Tratamento clínico	
Dieta: Insulinoterapia	

11.8.4 Idosos

Protocolo de medicamentos			
A escolha do medicamento e o modo de medicar devem ser realizados após avaliação criteriosa do paciente por meio da anamnese e do planejamento da modalidade de tratamento			
Antibióticos de eleição para o paciente idoso			
Amoxicilina	Benzilpenicilinabenzatina	Cefalexina	Ampicilina
500m (cp-8/8h) Ou suspensão oral 250mg/5ml (1ª escolha) (ex.: Amoxil)	600.000UI (injetável) ou suspensão oral 400.000 UI/5ml (2ª escolha) (ex.: Benzetacil)	500mg (cp-12/12h) ou suspensão oral 250mg/5ml (3ª escolha) (ex.: Keflex)	500mg (cp-8/8h) ou suspensão oral 250mg/5ml (4ª escolha) (ex.: Binotal)

Pacientes alérgicos à penicilina		
Clindamicina	Claritromicina	Cefalexina
500mg (cp-8/8h) (ex.: Dalacin C)	500mg (cp-8/8h) (ex.: Klaricid)	500mg (cp-8/8h) (ex.: Keflex)
Casos de infecções graves		
Amoxicilina (ex.: Amoxil) + metronidazol (ex.: Flagyl) Para quem faz uso de anticoagulante oral, utilizar amoxicilina + clavulonato de potássio (ex.: Clavulin)		
Antiinflamatórios não esteroidais de eleição para o paciente idoso		
Nimesulida	Diclofenaco sódico	
100mg (cp-12/12h) (1ª escolha) (ex.: Nisulid)	50mg (cp-8/8h) (2ª escolha) Usar por no máximo 3 dias devido ao aumento da PA e outros efeitos adversos que acometem facilmente o idoso (ex.: Voltaren e Cataflan)	
Analgésicos de eleição para o paciente idoso		
Paracetamol	Dipirona	
750mg (cp-6/6h) ou gotas 100mg/ml (1ª escolha) Observar hepatotoxicidade (ex.: Tylenol)	500mg (cp-4/4h) ou gotas 500mg/ml (2ª escolha) Observar hipotensão (ex.: Novalgina)	
Ansiolíticos de eleição para o paciente idoso		
Clonazepam	Lorazepam	
(ex.: Rivotril) 2mg (cp-1/2 cp) ou 10 gotas 1 hora antes da intervenção	(ex.: Rivotril) 2 mg - 1 hora antes do atendimento	
Pacientes extremamente apreensivos e ansiosos: 1 dose na noite anterior à consulta		
Obs.: Deve-se evitar o diazepam (ex.: Valium), pois sua vida média é mais longa, em torno de 106 horas, podendo interferir em outras atividades do idoso, como por exemplo, a locomoção.) Contraindicado para portadores de mal de Alzheimer		

REFERÊNCIAS

Alaluusua S, Renkonen OV. Streptococcus mutans establishment and dental caries experiences in children from 2 to 4 years old. Scand J Dent. Res 1983; 91: 453-57.

Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

Andreasen JO, Andreasen FM. Traumatismo dentário: soluções clínicas. Panamericana, 1991, 168p.

Anselmo MS, Araújo JF. O uso de clorexidina em pacientes imunossuprimidos. São Paulo, 1996. [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].

Banduki NJD. Diabete Melito. In: Zugaibe M, Miyadahina S, Nomura RMY, Franazu, RPV. Vitalidade fetal propedêutica e avaliação. São Paulo: Atheneu, 2001. p.32-45.

Barcellos IF, Halfon VLC, Oliveira LF, Barcellos IF. Conduta odontológica em paciente diabético. Revista Brasileira de Odontologia, v.57, 407-10, 2000.

Barros, CMS (coordenador). Manual técnico de educação em saúde bucal. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007.

Bartlett GD, Gallant JD. Tratamento clínico pela infecção HIV. Maryland Baltimore. John Hopkins - University School of Medicine, 2001-2002.

Benatti RM, Trota EA. A saúde bucal da criança e do adulto; aspectos atuais. Rev. HCPA, 2000, 20(1): 37- 43.

Bertolar MRFL. Cardiopatia. In: Zugaibe M., Bittar RE. Protocolos assistenciais. Clínica de obstetrícia. FMUSP. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 92- 97.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. - 1ª ed., 2.ª reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70 p.: il. - (Série E. Legislação de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino serviço. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Rio de Janeiro, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Manual de Detecção de lesões suspeitas: Câncer de Boca. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444 de 28 de dezembro de 2000. Reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica - portaria de incentivos financeiros. Diário Oficial, Brasília (DF), 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador / Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em: 14 mai, 2010.
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 19).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 36 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST-AIDS. Recomendações para terapia antiretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de AIDS. Manual de Condutas. Brasília-DF, 2000.

Bueno FM, R, Araújo JF. Gengivorragias em pacientes plaquetopênicos com PTI (púrpura trombocitopênica imunológica). São Paulo, 1996. [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].

Cambé. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Integral à Saúde. Divisão de Serviços Odontológicos. Protocolo de atenção odontológica no município de Cambé (PR). Cambé, 2006.

Caufield PW, Li Y, Dasanayake AP. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. J. Dent. Res 1993; 72:37-45.

Coelho-de-Souza FH (org.). Fundamentos de Clínica Integral em Odontologia. São Paulo: Santos, 2009.

Connon J. Complicações gastrointestinais. In. Burrow G, Ferris TF. Complicações durante a gravidez. São Paulo: Roca, 1988. p. 283-303.

Cormack, E. A saúde oral do idoso. 2002. Disponível em: www.odontologia.com.br/atigos/geriatria.html. Acesso em: mar.2006.

Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM (orgs.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Informações em Saúde. Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal. Curitiba (PR), 2004.

Duarte DA. Caderno de Odontopediatria. Lesões traumáticas em dentes decíduos: tratamento e controle. São Paulo: Santos, 2001, 45p.

Dunkerson, J. O atendimento ao paciente odontogeriatrico. Disponível em: www.odontologia.com.br/atigos/geriatria.html. Acesso em: out. 2003.

Elias R. Pacientes especiais: interação medicamentosa na gravidez. Rev. Bras. Odontologia, 1995; 52:18-20.

Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária: A doença e seu tratamento clínico. Trad. Fábio Luis Mialhe. São Paulo: Santos, 2005.

Ferreira RI, Morano Jr. M, Meneghim MC, Pereira AC. Educação em Saúde Bucal para Pacientes Adultos: Relato de uma Experiência. Revista de Odontologia da UNESP, 2004; 33 (3): 149-56.

Foccacia R. Tratado das hepatites virais. São Paulo: Atheneu, 2003.

Francisco KC, Araújo JF. O paciente com patologia hematológica em odontologia.. São Paulo, 1992. [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].

Giugliani, ERJ. Fármacos e amamentação. 2ªed. In: Fuchs, FD; Wanmacher, L (eds.) Farmacologia Clínica. Fundamentos da terapêutica racional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, p. 609-15.

Keiko CC, Araújo JF. Abordagem odontológica em pacientes com anemia falciforme. São Paulo, 2002. [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].

Kristski AL, Conde MB, Souza GRM. Tuberculose do ambulatório à enfermaria. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

Macedo DN, Carvalho SS, Lira SS, Sena CA, Bezerra. EAD: Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente idoso na atenção básica. Odontologia. Clín. Científ., Recife, 8 (3): 237-243, jul/set., 2009. Disponível em: www.cro-pe.org.br

Mastrofrancisco R, Araújo JF. Tratamento odontológico cruento em pacientes com doença de Von Willebrand submetido a DDAVP. São Paulo, 2000 [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].

Mello ALSF, Erdmann AL, Caetano JC. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008, Out-Dez; 17(4): 696-704.

Mello, ALSF. Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos (tese) / Florianópolis: UFSC/PEN, 2005. 319 p.

Miller O, Gonçalves RR. Laboratório para o clínico. São Paulo: Atheneu, 1999. p. 92-97.

Montenegro, F. et al. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriatrico. Revista Atualidade em Geriatria, 1998; 3(17):6-10.

Moysés SJ, Silveira Filho AD. *Saúde Bucal da Família: quando um corpo ganha uma boca. Os dizeres da boca em Curitiba - Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis, CEBES. Rio de Janeiro, 2002.*

Moysés ST, Kriger L. *Manejo de famílias por ciclos de vida. In: Moysés et al. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 216-46.*

Organização Mundial da Saúde. *Population Fund. Report, 2000. Paradico C. Série de estudos em enfermagem. Fisiopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998.*

Protocolo de Saúde Bucal. Prefeitura de Guarulhos, 2008. 54p. Rocha F. Aspectos biológicos de envelhecimento - Escola Federal de Odontologia de Alfenas (EFOA), 2001. Disponível em: www.odontologia.com.br/atigos/geriatria.html. Acesso em: out. 2004.

São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde. **Nascendo e crescendo com saúde bucal. Atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). Coordenação de desenvolvimento de programas e políticas de saúde - Codepps, área técnica de saúde bucal, 2007.**

Silva AO, Albuquerque LC. *Hepatologia clínica e cirúrgica. São Paulo: Savier; 1996.*

Silva LC. *Hepatites agudas e crônicas. 3ª Ed., São Paulo: Savier; 2003.*

Silva SO, Trentin MS, Luft IR, Silveira Neto N. *Condições de saúde bucal do idoso. RBCEH, Passo Fundo, 2007;4 (1): 48-56.*
Silveira Filho AD. *O uso das ferramentas de saúde da família*

na construção do cuidado em saúde. 2006. 197 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

Sobral. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Guia de ações e serviços de saúde bucal do município de Sobral/CE. Sobral (CE), 2009.

Sonis ST, Fazio R. C , Robert C, Fang L. Princípios e prática de medicina oral. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

Souza DS, Cury JA, Caminha JAN, Ferreira MA, Tomita NE, Narvai PC, et al. A Inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. Rev. Bras. Odontol., 2001; 2:7-29.

Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(11): 2727-39, nov, 2007.

Utumi ER, Araújo JF. Atendimento odontológico em pacientes portadores de hepatopatias. São Paulo, 2003. [Monografia apresentada para conclusão de aprimoramento em odontologia hospitalar do Hospital das Clínicas - FMUSP].

Vargas AMD, Vasconcelos M, Ribeiro MFR. Curso de especialização em Atenção básica em saúde da família. Unidade didática II, saúde bucal - atenção ao idoso, 2009. 50p.

Vernillo AT. Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. JADA, 2003;134:24S-33S.

Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu, 1997.

Zuchermam A, Thomas, H.C. *Viral hepatitis: scientific basis and clinical management*. Edinburg: Churchill Livingstone, 1995.

Zugaibe M, Miyadahina S, Nomura RMY, Franazu RPV. Indicação para avaliação da vitalidade fetal. In: Zugaibe M, Miyadahina S, Nomura RMY, Franazu, RPV. *Vitalidade fetal propedêutica e avaliação*. São Paulo: Atheneu; 20.

ANEXOS

Sugestão de roteiro para a primeira consulta odontológica da criança (30 dias)

A consulta deverá ser dividida em dois momentos:

Primeiro 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 alimento para o bebê e deve ser o único a ser-lhe oferecido até os seis meses de vida, pois promove o desenvolvimento dos músculos relacionados aos maxilares e língua, auxiliando na aquisição da fala, deglutição, oclusão, colabora efetivamente na prevenção da respiração bucal e confere imunidade natural ao bebê.

b) uso de bicos e chupetas: desestimular a adoção, pois a sucção de chupeta, mamadeira ou dedo 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, 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, que deve ser passada delicadamente na gengiva, nos vestíbulos bucais, embebida em água filtrada e/ou mistura de uma colher de água oxigenada 10 vol. em ½ copo de água fervida ou filtrada (fria).

d) dieta: até os seis meses, orientar sobre o aleitamento exclusivo; após esse período, ao se introduzirem 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 primeiros 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 aos 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 ao uso oral de soluções de fluoreto de sódio para a população infantil.

f) transmissibilidade da doença cárie: a contaminação precoce por micro-organismos causadores da doença cárie em bebês pode ocorrer a partir de contatos frequentes e repetitivos

entre a mãe e a criança - 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 micro-organismos 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 micro-organismos cariogênicos.

Segundo Momento

Exame clínico bucal: deve-se fazer a inspeção da cavidade bucal e anotações na ficha clínica, prestando atenção na 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).

Encaminhamentos - quando necessário.

Observações:

A consulta de 30 dias poderá ser realizada em grupo, com agendamento mensal na unidade de saúde, quando a demanda de bebês for significativa, ou quando a equipe de saúde bucal da unidade de saúde julgar melhor. No atendimento de grupo, iniciar com as orientações aos pais e em seguida com o exame clínico dos bebês. Preencher o Relatório Ambulatorial de Atendimento Coletivo (RAAC), a ficha clínica individual e o Relatório Ambulatorial de Atendimento Individual (RAAI).

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 unidade de saúde, após a consulta médica ou de enfermagem do 5º mês. Essa consulta divide-se em dois momentos:

Primeiro Momento

Anamnese.

Orientações preventivas das doenças bucais para os responsáveis pela criança, salientando:

a) Higiene bucal: demonstrar técnica de higienização bucal com o uso do creme dental. Iniciada a erupção dos primeiros molares decíduos, alertar para o uso de dentifrício em pouca quantidade (“sujar” a escova) e fornecer orientação para ensinar a criança a cuspir o excesso do creme dental.

b) Dieta: A ingestão do açúcar deve ser controlada e seu uso, inteligente - o ideal é usar o açúcar de consistência menos aderente possível, em menor quantidade e em menor frequência.

Salientar sobre o perigo da ocorrência de cárie rampante ou de mamadeira e sobre como pode ocorrer a transmissibilidade da doença cárie. Esclarecer que a mastigação e a sucção são reflexos de alimentação, sendo a sucção um reflexo inato e a mastigação um reflexo adquirido, que depende de aprendizado. Orientar e estimular o uso da colher, oferecendo frutas amassadas e alimentos passados em peneira; depois, finalmente, os alimentos em grãos ou frutas em 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 mielinizadas aos seis meses de idade. A criança pode, então, substituir o prazer de sugar pelo de mastigar alimentos.

Segundo Momento

Exame clínico bucal com preenchimento da ficha clínica.

Encaminhamentos - quando necessários.

Consultas subsequentes

As demais consultas podem ser semestrais ou de acordo com a necessidade da criança, para tratamento clínico e manutenção de sua saúde bucal, ocasião em que se podem oferecer:

a) atendimento clínico nas unidades de saúde para as crianças que estão fora das unidades escolares e para as provenientes dos Centros de Educação Infantil (CEINF) ou de escolas e que necessitem de tratamento clínico;

b) atendimento coletivo nos CEINF's e efetuado, basicamente, com orientações sobre prevenção para crianças, pais, professores e encaminhamento para a unidade de saúde 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), como: técnica de escovação e escovação supervisionada, com entrega de uma 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;

c) encaminhamentos existentes: Odontopediatria para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Cronologia da erupção dentária

É fundamental que os pais conheçam a cronologia de erupção dos dentes das crianças a fim de acompanharem o desenvolvimento da dentição de seus filhos. Os pais devem ser informados da relação existente entre a erupção dental e os sinais e sintomas que acompanham comumente a erupção dos primeiros dentes (odontíase), direcionando os cuidados para um tratamento mais sintomático que etiológico, pois

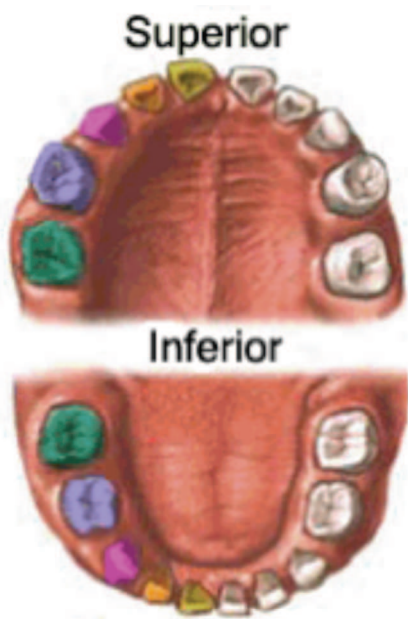
as alterações de erupção, por fenômenos coincidentes, imunológicos, anatomo-fisiológicos, ainda são discutíveis e não completamente esclarecidas. Massagens digitais e o uso de mordedores de plástico ou de borracha como base de terapia são recomendados aos bebês.

A estatura (altura) e o nascimento dos dentes das crianças são facilmente observáveis e espelham seu desenvolvimento. No entanto, as idades em que irrompem os dentes, tanto os dentes de leite (decíduos ou provisórios), quanto os permanentes, variam muito. A idade de vida (idade cronológica) geralmente não coincide com a idade de maturação do desenvolvimento (idade biológica).

O crescimento e o desenvolvimento variam de indivíduo para indivíduo, dependente de sua genética e de outros fatores. As meninas sempre têm maturação mais cedo que os meninos, de tal forma que se pode esperar que as idades aqui referidas (que correspondem à média) sejam menores para as meninas e maiores para os meninos.

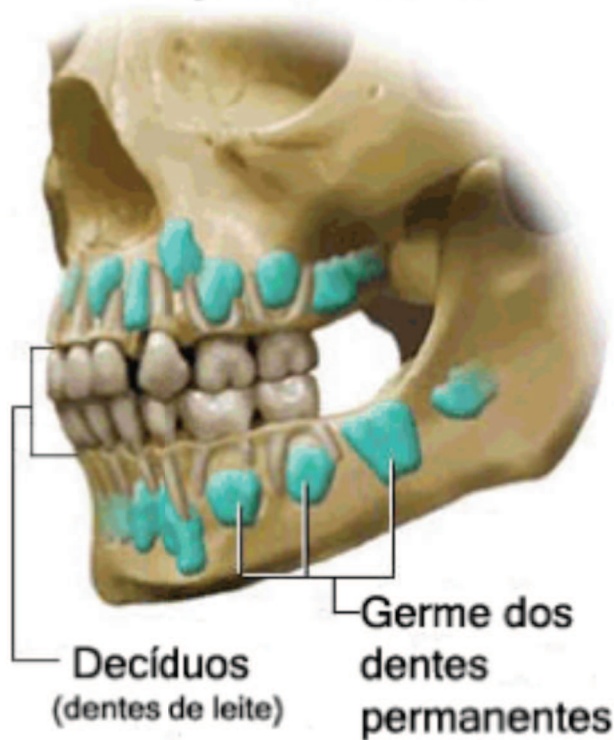
Dentre os fatores que podem alterar a cronologia de erupção, destaca-se a anquilose, pois retarda a erupção do dente permanente sucessor. Ocorre mais frequentemente com o segundo molar decíduo. Outro fator local que retarda a erupção dos dentes decíduos, geralmente molares superiores, é o hematoma de erupção.

Quando os bebês nascem com dentes, estes são chamados de dentes natais. Quando surgem nos primeiros 30 dias de vida, são denominados dentes neonatais. A maioria dos dentes natais e neonatais são extremamente moles e, devido ao desenvolvimento limitado da raiz, podem apresentar deslocamento e possível aspiração. Nesses casos, indica-se a extração.



- Incisivo central
- Incisivo lateral
- Canino
- Primeiro molar
- Segundo molar

Criança de 2 - 5 anos



<http://www.netdentista.com>



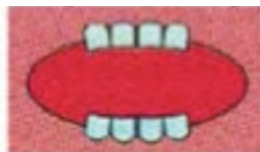
Incisivos Centrais Inferiores
(6º ao 8º mês)



Incisivos Centrais Superiores
(7º ao 9º mês)



Incisivos Laterais Superiores
(8º ao 10º mês)



Incisivos Laterais Inferiores
(10º ao 12º mês)



Primeiros Molares
(12º ao 18º mês)



Caninos
(18º ao 24º mês)



Segundos Molares
(24º ao 30º mês)



Primeiros Dentes Permanentes
(entre o 6º ao 9º ano)

Fonte: <http://www.divaneidesorria.co.cc/saiba-mais/dentes-de-leite>

Como avaliar a capacidade funcional do idoso?

(FREITAS & MIRANDA, 2006)

Existem vários índices de avaliação das AVD. O índice de Katz Modificado, que é de fácil aplicação prática, considera que, para cada resposta afirmativa às questões, o idoso ganha um ponto; ao final somam-se todos os pontos e consultam-se estas instruções:

Dependentes: 0 a 2 pontos,

Semidependentes: 2 a 4

Independentes: 5 a 6.

Banha-se totalmente sozinho, ou recebe ajuda em somente uma parte do corpo? (pode ser auxiliado com a esponja de banho ou chuveiro para lavar determinada parte do corpo)

Escolhe as roupas e se veste sem assistência, exceto para calçar os sapatos?

Vai ao toalete, usa-o, organiza as roupas e retorna sem nenhuma assistência? (pode usar bengala ou andador)

Deita-se, levanta-se da cama ou senta-se em uma cadeira sem assistência? (pode usar bengala ou andador)

Tem autocontrole do intestino (fezes) e da bexiga (urina)? (sem “acidentes” ocasionais)

Alimenta-se sem assistência? (pode ser auxiliado para cortar carne ou passar manteiga no pão)

O que é tratamento restaurador atraumático (ART)

(MÁRCIA CANÇADO FIGUEIREDO)

As últimas poucas décadas testemunharam imensos desenvolvimentos na prevenção e tratamento da doença cárie e suas sequelas. Apesar disso, bem mais de dois terços da população mundial ainda sofre com lesões de cárie não tratadas e não têm acesso a uma odontologia convencional. Este não é um problema restrito apenas aos países mais pobres, mas também é um sério problema em alguns setores dos países desenvolvidos.

A abordagem do Tratamento Restaurador Atraumático (ART) é de máxima prevenção com mínima intervenção, tendo como objetivo deter a progressão da doença cárie. Ela envolve a remoção do tecido cariado macio, completamente desmineralizado, com instrumentos cortantes manuais. Este procedimento é seguido pela restauração da cavidade com um material dentário adesivo, selando simultaneamente as fóssulas e fissuras que permanecem em risco.

A ART foi inicialmente desenvolvida em resposta à necessidade de se encontrar um método que preservasse os dentes de indivíduos de todas as idades, tanto em países em desenvolvimento, quanto em comunidades carentes, onde os recursos são escassos. Sem esta intervenção, tais dentes apresentariam lesões da cárie cada vez maiores até serem perdidos pela extração.

A abordagem que finalmente se tornou conhecida como ART foi pioneira nos meados dos anos 80, como parte inicial de um programa de atenção com a saúde bucal, da Faculdade de Odontologia de Dar Es Salaam, na Tanzânia. A aplicabilidade da ART, que dispensa eletricidade e equipamentos odontológicos sofisticados, significa que o tratamento pode ser realizado em qualquer lugar. A filosofia de tratamento das lesões de cárie mudou com o tempo, e as pesquisas atuais oferecem métodos alternativos para o tratamento das mesmas.

Por princípio, os programas de atenção odontológica deveriam ser abrangentes e os mais preventivos possíveis. De acordo com essa filosofia, as lesões dentinárias abertas podem ser manejadas de forma não convencional, ou seja, conservando ao máximo a estrutura dentária e removendo apenas aquela dentina infectada, que não é passível de remineralização. Desde o início da proposição e dos testes com a ART nos países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento, ficou claro o seu valor em muitas outras situações, inclusive na prática clínica de rotina. A experiência tem mostrado que as oportunidades que se apresentam na prática odontológica diária permitem modificações da técnica. Contudo, os princípios básicos da técnica ART permanecem tão válidos no consultório odontológico, quanto numa situação de campo.

Em reconhecimento ao enorme potencial que a ART oferece para o controle e tratamento da doença cárie, a Organização Mundial da Saúde a apresentou no Dia Mundial da Saúde, em 7 de abril de 1994, ocasião que marcou o início do Ano da Saúde Bucal 1994/95. Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma iniciativa para a promoção mundial da ART, que está acontecendo através de programas comunitários com bases educativas e preventivas em vários países. Por outro lado, temos a Federação Dentária Internacional (FDI), que está ciente da importância da ART e tem publicado regularmente artigos sobre o assunto. Uma comissão especial da Federação Dentária Internacional (FDI) cumpriu a tarefa de revisar esta técnica, aprovando-a durante uma reunião em Barcelona em 1998.

Por isso, é importante ressaltar que a restauração atraumática deve ser considerada como parte de um pacote. Pacote este de promoção de saúde bucal do paciente, que inclui educação, prevenção e tratamento de urgência. É óbvio que nenhuma restauração, a despeito de quão perfeitamente tenha sido executada, não permanecerá sem que se tomem

medidas adequadas para controle de placa bacteriana. O cimento ionômero de vidro (CIV) é o material indicado para esta técnica, por ser, dentre outras qualidades, um material biocompatível e liberador de flúor.

Atualmente, encontram-se disponíveis no mercado os CIVs: Vitromolar - DFL; Ketac Molar - 3M/ Espe ; Fuji IX- GC Corporation e Chem Flex - Dentsply. Como a técnica ART é relativamente nova, por definição pode ser considerada em estado de evolução. Consiste basicamente em:

1. Remoção, com bolas de algodão, da placa remanescente pelo profissional;
2. Isolamento relativo do campo operatório com rolos de algodão;
3. Abertura da cavidade com instrumento cortante manual (curetas);
4. Remoção do tecido cariado (dentina infectada), com movimentos circulares e horizontais a união esmalte dentina, com o uso de instrumentos manuais (escavadores e curetas dentinárias);
5. Dar-se-á a remoção da dentina cariada profunda até quando, sob o ponto de vista clínico, o operador julgar necessário, de modo que não ocorra a exposição pulpar e sensibilidade do paciente;
6. Limpeza e secagem da cavidade com bolinhas de algodão;
7. Condicionamento da dentina com solução de ácido poliacrílico a 10%, com bolinha de algodão, por 10 segundos, imediatamente após lavar a cavidade pelo menos duas vezes com uma bolinha de algodão umedecida em água;
8. Secagem da cavidade com bolinhas de algodão, enquanto o auxiliar odontológico espatula o cimento ionômero de vidro, seguindo as recomendações do fabricante;

9. Inserção do material restaurador CIV na cavidade, com auxílio de uma espátula de inserção;
10. Após a perda do brilho da superfície do CIV, faz-se a compressão digital da mesma por 30 segundos;
11. Remoção do excesso do material e ajuste oclusal com um instrumento cortante manual;
12. Aplicação do protetor sobre a restauração (verniz ou esmalte de unha);
13. Remoção do isolamento relativo;

De forma alguma, a ART deve ser vista como uma panaceia, comparando-a com os outros tipos de tratamento conservador, tampouco como uma técnica simplória e retrógrada. A abordagem da ART não só é lógica, mas também é baseada em princípios cientificamente sólidos.

Profilaxia Antibiótica

Esquema profilático padrão: amoxicilina	
Adultos	2,0 g
Crianças	50 mg/kg
Via oral: 1 hora antes do procedimento	

Incapacidade de uso de medicamento por via oral: ampicilina	
Adultos	2,0 g
Crianças	50 mg/kg
Via IM ou EV: 30 minutos antes do procedimento	

Pacientes alérgicos à penicilina: opção 1 - clindamicina	
Adultos	600 mg
Crianças	20 mg/kg
Via oral: 1 hora antes do procedimento	

Pacientes alérgicos à penicilina: opção 2 - cefalexina/cefadroxil	
Adultos	2,0 g
Crianças	50 mg/kg
Via oral: 1 hora antes do procedimento	

Pacientes alérgicos à penicilina: opção 3 - azitromicina/claritromicina	
Adultos	500 mg
Crianças	15 mg/kg
Via oral: 1 hora antes do procedimento	

Pacientes alérgicos à penicilina: incapazes de fazer uso de medicamentos por via oral Clindamicina	
Adultos	2,0 g
Crianças	50 mg/kg
Via EV: 30 minutos antes do procedimento	

Pacientes alérgicos à penicilina: incapazes de fazer uso de medicamentos por via oral Cefazolina	
Adultos	1,0 g
Crianças	25 mg/kg
Via IM 30 minutos antes do procedimento	

Obs. As cefalosporinas não devem ser usadas em indivíduos com reação de hipersensibilidade imediata (urticária, angioedema ou anafilaxia) às penicilinas.

Hipoglicemia e Hiperglicemia

HIPOGLICEMIA

É a baixa concentração de glicose no sangue, como resultado do excesso de agentes hipoglicêmicos orais, insulina ou ingestão inadequada na dieta.

Sinais e sintomas

- Fraqueza, nervosismo, tremores, distonia dos músculos da mastigação (contrações musculares involuntárias), palpitações e sudorese excessiva, letargia, agitação e confusão, progredindo para convulsão e coma.

Tratamento

- Administração de glicose via oral: suco de laranja; administração de glicose via intravenosa.

HIPERGLICEMIA

É a alta concentração de glicose no sangue, como resultado de dieta inadequada e administração inadequada de hipoglicemiantes (orais e insulina).

Sinais e sintomas

- Polidipsia;
- Poliúria;
- Polifagia;
- Hálito Cetônico;
- Glicosúria.

Tratamento

- Controle da dieta e administração de hipoglicemiantes.

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Caroline Pauletto Spanhol

Guilherme Garcia Velasquez



Foto: Caroline Pauletto Spanhol e Guilherme Garcia Velasquez

ISBN 978-85-7613-347-6



9 788576 133476

SES
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da
Educação

Ministério da
Saúde

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL



ASMEFAC
Associação Sul-Mato-Grossense de
Médicos de Família e da Comunidade



SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde Pública



UNASUS
Universidade Aberta do SUS