



PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

www.pmfi.pr.gov.br



Foz do Iguaçu, 23 de outubro de 2025.

Ofício nº 13692/25 – GAB - GABINETE DO PREFEITO

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 649/2025**

Senhor Presidente,

Em atenção ao Requerimento nº 649/2025, de autoria da Nobre Vereadora Valentina, encaminhado pelo Ofício nº 1315/2025-GP, de 17 de setembro de 2025, dessa Casa de Leis, sobre o agendamento de consultas e serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, remetemos a manifestação da Secretaria Municipal da Saúde, por meio do Memorando nº 76577, de 15 de outubro de 2025.

Atenciosamente,

Ao Senhor
PAULO APARECIDO DE SOUZA
Presidente da Câmara Municipal
FOZ DO IGUAÇU – PR



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f





PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU

Estado do Paraná

www.pmfi.pr.gov.br



MEMORANDO INTERNO

Emitente:	SMSA - GABINETE / DEMANDAS LEGISLATIVAS E JURÍDICAS	Data: 15/10/2025
Destinatário:	SMAD / DIAD / DVCMR - DIVISÃO DE CONTROLE E MONITORAMENTO DOS REQUERIMENTOS LEGISLATIVOS.	Número: 76577/2025
Assunto:	REENVIO DE RESPOSTA DE REQUERIMENTO 649/2025	

Prezados (as):

Em resposta aos questionamentos realizados no REQUERIMENTO 649/2025, segue resposta:

1. Qual é o procedimento padrão adotado pelas UBS para o agendamento de consultas odontológicas?

R – Gostaríamos de iniciar este processo informando que as ações executadas, em saúde bucal, no município de Foz do Iguaçu-PR segue um protocolo padrão. No ano de 2021, foram realizados os estudos e ações para a criação do documento “Diretrizes para atenção em saúde bucal”, sendo publicado no ano seguinte, em 2022. Disponibilizamos uma cópia deste documento, em anexo. No ano de 2023, ainda sob reflexo do período pós pandemia, foi criado um grupo de estudo com profissionais odontólogos dos cinco distritos sanitários para que fossem discutidas as diversas experiências, traçar um plano de ação e, após um período, fazer a avaliação dos resultados. Foi constatado que, diante das particularidades, o agendamento poderia ser flexibilizado, ficando a critério das gerências e equipes de saúde bucal, a responsabilidade em execução, controle e apresentação de resultados.

2. Qual o prazo médio de espera para o atendimento odontológico em cada UBS do Município?;

R – É difícil estabelecer. No atendimento odontológico, assim como na clínica médica, as demandas não são universais. Os diversos tipos de atendimento seguem padrões diferentes. O agendamento possui flexibilidade em relação à região mas atendimentos eletivos, de urgência, os diversos grupos prioritários como idosos, PcDs, crianças e adolescentes, por exemplo, recebem atenção diferenciada.

3. Quantas consultas odontológicas são realizadas mensalmente em cada UBS?;

R – As UBSs não tem um número fixo de profissionais. Dependendo do porte elas possuem 1, 2, 3 ou mais equipes de saúde bucal. Em média consideramos que uma equipe de saúde bucal



dbcbf078-d748-4ef4-9ea5-80b0ecda2f59



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Autenticado com senha por JAQUELINE AMANDA DA SILVA MAIA - SIGNATÁRIO - 17/10/2025 às 18:51:47 e FABIO DE MELLO - RESPONSÁVEL PELA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - 20/10/2025 às 08:18:57
Documento Código: dbcbf078-d748-4ef4-9ea5-80b0ecda2f59 - consulta à autenticidade em <https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/RP/SIDPublico/verificar?codigo=dbcbf078-d748-4ef4-9ea5-80b0ecda2f59>



Autenticado com certificado digital por JOAQUIM SILVA E LUNA - PREFEITO MUNICIPAL - 30/10/2025 às 11:26:03
Documento Código: b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f - consulta à autenticidade em <https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/RP/SIDPublico/verificar?codigo=b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f>



completa, dentista e auxiliar, realizam em torno de 100 a 140 consultas mês.

4.Quantos atendimentos odontológicos foram realizados por cada UBS nos anos de 2023, 2024 e no corrente ano de 2025, até o presente momento?;

R – Estaremos disponibilizando os RDQAs (relatório detalhado do quadrimestre anterior) dos referidos períodos.

5.Quantos dentistas possui o quadro de servidores do Município de Foz do Iguaçu? E onde estão atualmente lotados?;

Segue em anexo as informações solicitadas.

6.Há priorização de atendimento para determinados grupos, como gestantes, crianças ou idosos? Quais os critérios adotados?;

R – Sim. Pacientes identificados como pertencentes a grupos prioritários recebem tratamento diferenciado, inclusive em agendamento.

7.Quais canais estão disponíveis para o agendamento (telefone, presencial, aplicativo, sistema online etc.) e a efetividade de cada um;

R – O agendamento é realizado de forma presencial. Contatos posteriores podem ser conduzidos via aplicativo de comunicação universal. São de grande efetividade. Fatores culturais e socioeconômicos estão presentes no perfil de nossa população e devem ser considerados.

8.Existe algum planejamento ou meta da Secretaria de Saúde para reduzir filas e otimizar o agendamento de consultas odontológicas?

R – A Secretaria Municipal de Saúde, através da Diretoria de Atenção Primária em Saúde e, conseqüentemente, a Coordenação de Saúde Bucal. Estão juntamente com o Conselho Municipal de Saúde criando a Comissão Municipal de Saúde Bucal sob a coordenação do DR. André Di Buriasco, que vai de maneira colegiada e com a participação popular rediscutir a assistência odontológica em Foz do Iguaçu trazendo a visão do usuário no planejamento e metas para a gestão. Este planejamento vai passar pela ampliação da rede de assistência, reavaliação do protocolo municipal de odontologia, construção do novo CEO (Centro de Especialidades Odontológicas), adequação do RH hoje insuficiente para cobertura do Município e investimentos gerais no setor.



dbcdf078-d748-4ef4-9ea5-80b0ecda2f59



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Autenticado com senha por JAQUELINE AMANDA DA SILVA MAIA - SIGNATÁRIO - 17/10/2025 às 18:51:47 e FABIO DE MELLO - RESPONSÁVEL PELA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - 20/10/2025 às 08:18:57
Documento Código: dbcdf078-d748-4ef4-9ea5-80b0ecda2f59 - consulta à autenticidade em <https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/RP/SIDPublico/verificar?codigo=dbcdf078-d748-4ef4-9ea5-80b0ecda2f59>



Autenticado com certificado digital por JOAQUIM SILVA E LUNA - PREFEITO MUNICIPAL - 30/10/2025 às 11:26:03
Documento Código: b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f - consulta à autenticidade em <https://sistemas.pmfi.pr.gov.br/RP/SIDPublico/verificar?codigo=b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f>

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **MEMORANDO INTERNO**

Número: **76.577/2025**

Assunto: **REENVIO DE RESPOSTA DE REQUERIMENTO 649/2025**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.

Para verificar as assinaturas clique no link:

<https://sistemas.pmf.pr.gov.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=dbcbf078-d748-4ef4-9ea5-80b0ecda2f59>

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:
dbcbf078-d748-4ef4-9ea5-80b0ecda2f59

Hash do Documento

0730433EE054F781131657352887B899356660CEFC07A747DA550B97E5A920B2

Anexos

RDQ 1º QUAD 2024 - ODONTO (1).pdf - **4a8c4c60-dda3-4997-9418-de95b31d2d63**

RDQ 2º QUAD 2024 - ODONTO (1).pdf - **a13c16b0-7f17-40c5-b9c8-f12ebc1e1b83**

RDQ 3º QUAD 2024 - ODONTO (1).pdf - **6e6add18-ae05-4be8-9bf1-03aa7129a43f**

RDQ 1º QUAD 2025 - ODONTO (1).pdf - **a33187d6-f2e3-4968-9d4c-b08031742271**

2º RDQA 2025 - NOVO FORMATO (1).pdf - **9cf584d4-fa5d-4600-bcaa-b6719cc87a8f**

SERVIDORES DA SAÚDE BUCAL (2).pdf - **f8387719-72c7-483f-99bf-bde3dbfc44c7**

TODOS (3).pdf - **447ab249-7792-4040-8f2d-c0b458da8dd8**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 20/10/2025 é(são) :

JAQUELINE AMANDA DA SILVA MAIA (Signatário) - CPF: ***89026927** em 17/10/2025 18:51:47 -

OK

Tipo: Assinatura Eletrônica

FABIO DE MELLO (Signatário) - CPF: ***34638984** em 20/10/2025 8:18:57 - **OK**

Tipo: Assinatura Eletrônica



A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTES DOCUMENTOS ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536, DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo, produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f





PREFEITURA DE
Foz do Iguaçu
www.pmf.ig.gov.br

Diretrizes da **SAÚDE BUCAL**

Divisão de Saúde Bucal
Diretoria de Atenção Primária à Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

× ×

× × × ×

× × × ×





b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f





Prefeitura municipal de Foz do Iguaçu
Secretaria municipal de saúde
Diretoria de atenção primária
Divisão de saúde bucal

Divisão de saúde bucal

Diretrizes para atenção em saúde bucal

Relatório Técnico

Foz do Iguaçu
2022



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Divisão de saúde bucal da secretaria municipal da saúde de Foz do Iguaçu, PR;

- **Diretrizes para atenção em saúde bucal;**
- **Relatório Técnico;**
- **Classificação de segurança da informação - Nível I;**
- **Autoridades:**
 - **Francisco Lacerda Brasileiro - Prefeito**
 - **Rosa Maria Jeronymo Lima - Secretária da saúde**
 - **Jaqueline Tontini - Diretora de atenção primária**
 - **Soraia Mayane Souza Mota - Supervisora técnica de saúde bucal**
- **Elaboração:**
 - **Divisão de saúde bucal da secretaria municipal da saúde;**
- **Autoras:**
 - **Soraya Mayane Souza Mota;**
 - **Sandra Palmeira Melo Gomes;**
 - **Ana Valéria Pagliari Tiano;**
- **Colaboradores:**
 - **Adriana Inácio da Cruz;**
 - **Alexandre Kraemer;**
 - **Elizabeth Andrade Pletiskositz Parcianello;**
 - **Giovani Bruscin;**
 - **Juliana Motter;**
 - **Leonardo Keiti Okuno;**
- **Foz do Iguaçu, PR**
- **2022**



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



A divisão de saúde bucal dedica seu trabalho e esse relatório técnico, que institui as diretrizes para a atenção em saúde bucal, à população do município de Foz do Iguaçu, terra das cataratas.^a

^a A reprodução total ou parcial desse relatório técnico está autorizada, desde que citada a fonte



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Lista de ilustrações

Figura 1 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	25
Figura 2 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	26
Figura 3 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	27
Figura 4 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	28
Figura 5 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	29
Figura 6 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	30
Figura 7 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	30
Figura 8 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	31
Figura 9 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	32
Figura 10 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares	33
Figura 11 – Luxação de mandíbula - manobra de hipócrates	58
Figura 12 – Atendimento domiciliar das equipes de saúde bucal	61
Figura 13 – Substituições possíveis da terapia pós-operatória com anti-inflamatórios em pacientes hipertensos	81
Figura 14 – Exame laboratorial coagulograma para avaliar o RNI. O valor de 1,06 está abaixo de 2,5 e o paciente pode ser atendido em nível ambulatorial . . .	83
Figura 15 – Quantidade de tubetes para cada vasoconstritor odontológico e as contra-indicações para pacientes hemofílicos	100
Figura 16 – Efeito biológico da ingestão do fluoreto e o desenvolvimento de fluorose dental	137
Figura 17 – Educação permanente e continuada	160
Figura 18 – Fluxograma de demandas espontânea e programada	169
Figura 19 – Fluxograma de atendimento especializado	170
Figura 20 – Fluxograma de lesões cancerizáveis	171
Figura 21 – Fluxograma de coleta para biópsia	172
Figura 22 – Fluxograma bucomaxilofacial hospitalar (PcD)	173
Figura 23 – Fluxograma da UPA - Pronto atendimento	174
Figura 24 – Fluxograma de encaminhamento de pacientes fissurados ou com deformidade crânio facial ao CAIF	175
Figura 25 – Porta de entrada - sistema GSUS	176
Figura 26 – Fluxo de agendamento - sistema GSUS	176
Figura 27 – Porta de entrada - Sistema GSUS	177
Figura 28 – Fluxograma de atendimento dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico (hepatite b/c e HIV) nas UBS, UPA, Hospitais e outros estabelecimentos em saúde - primeira parte.	178
Figura 29 – Recomendação de exames laboratoriais para seguimento de PEP . . .	179
Figura 30 – Carteirinha (Frente)	184



Figura 31 – Carteirinha (Verso) 184
Figura 32 – Registro de capacitações e educação permanente 185
Figura 33 – Registro de atendimento domiciliar 186
Figura 34 – Registro de escovação supervisionada 187
Figura 35 – Protocolo para atendimento de desacompanhados nas UBS - Parte I . . 188
Figura 36 – Protocolo para atendimento de desacompanhados nas UBS - Parte II . 189



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Lista de quadros

Quadro 1 – Orientações para atendimento de urgências	54
Quadro 2 – Três níveis de atuação para reduzir cárie na primeira infância e seu impacto	66
Quadro 3 – Características e informações de algumas fases da vida das pessoas .	77
Quadro 4 – Valores de referência de pressão arterial do Joint National Committee on Detection Evaluation and treatment of High Blood Pressure, 1993 - Os valores definidos em 1993 são utilizados como referência até os dias atuais	79
Quadro 5 – Quantidade de tubetes para cada vasoconstritor odontológico e as contra-indicações para pacientes cardiopatas	82
Quadro 6 – Patologias cardíacas de alto risco para endocardite bacteriana. Essas patologias indicam o uso de profilaxia antibiótica	84
Quadro 7 – Procedimentos odontológicos que exigem profilaxia antibiótica	84
Quadro 8 – Profilaxia antibiótica recomendada segundo o American Heart Association (AHA), 2007	85
Quadro 9 – Indicações de prescrições para gestantes, conforme o trimestre, e para lactantes durante todo o período de amamentação - 01	87
Quadro 10 – Indicações de prescrições para gestantes, conforme o trimestre, e para lactantes durante todo o período de amamentação - 02	88
Quadro 11 – Valores mínimos de referência	91
Quadro 12 – Número de equipos odontológicos para cada atipo de CEO, número de procedimentos básicos para PNE e por especialidade por tipo de CEO.	110
Quadro 13 – Referência para assistência ao paciente com câncer	123



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Lista de tabelas

Tabela 1 – Medicamentos de escolha no atendimento ao idoso	76
Tabela 2 – Medicamentos que podem ser utilizados em pacientes com terapias anticoagulantes	105
Tabela 3 – Situações adequadas para uso correto de antibióticos (profilaxia antibiótica)	183



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Lista de abreviaturas e siglas

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AG	Alterações Gengivais
AHA	American heart Association
AINEs	Anti-inflamatórios Não Esteroidais
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Tratamento Restaurador Atraumático
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
ATM	Articulação Têmporo-Mandibular
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BTAT	Protocolo Bristol Tongue Assessment Tool
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAIF	Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Palatal
CBO	Código Brasileiro de Ocupação
CD	Cirurgião-Dentista
CEAPAC	Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais
CENSE	Centros de Sócio-educação
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Cadastro Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CPI	Índice Comunitário Periodontal
CPO-D	Número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (restaurados)
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CaF2	Fluoreto de Cálcio
DANTs	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DFP	Diamino Fluoreto de Prata
DTM	disfunção Têmporo-Mandibular
DVSBu	Divisão de Saúde Bucal
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAC	Ficha de Atividade Coletiva
GSUS	Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS
GUNA	Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBSS	Hank's Balanced Salt Solution
HIV/AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome Virus (Vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
HMCC	Hospital Ministro Costa Cavalcanti
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
HPV	Papilomavírus Humano



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INR	International Normalized Ratio
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDTs	Lesões Dentárias Traumáticas
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS	Ministério da Saúde
N2O2	Óxido Nitroso
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PECT	Programa Estadual de Controle do Tabagismo
PICS	Práticas Integrativas Complementares da Saúde
PIP	Perda de Inserção Periodontal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNE	Pacientes com Necessidades Especiais
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNPSR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



PPR	Prótese Parcial Removível
PPT	Plano Preventivo Terapêutico
PRF	Fibrina Rica em Plaquetas
PRMPSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PcD	Pessoas com Deficiência
RAP	Raspagem e Alisamento Periodontal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RG	Registro Geral
RNI	Relação Normalizada Internacional
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMSA	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TSB	Técnico em Saúde Bucal
TTPA	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
UAP	Unidades de Atenção Primária
UBS	Unidade Básica de Saúde



UI	Unidades Internacionais
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino Americana
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGIAGUA	Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
e-SUS-AB	Sistema Eletrônico do SUS na Atenção Básica
eAB	Equipe de Atenção Básica
eAP	Equipe de Atenção Primária
eCR	Equipe de Consultório na Rua
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
mg	Miligrama
min	Minutos
mm	Milímetros
mmHg	Milímetros de Mercúrio
ppm	Partes por Milhão



Sumário

	Abertura	19
1	Introdução	20
2	Promoção da Saúde	21
2.1	Fluoretação das águas de abastecimento	34
3	Saúde Bucal: a linha de cuidado	35
3.1	A competência da Secretaria Municipal da Saúde	36
3.1.1	O papel do controle social	37
3.2	Modelo de atenção às condições crônicas em saúde bucal	37
3.3	Humanização e acolhimento	38
3.3.1	Prática de acolhimento nas unidades de saúde	39
4	Atenção primária à saúde (APS)	41
4.0.1	Atributos da APS	41
4.0.2	Funções da APS	42
4.0.3	Política nacional de atenção básica	42
4.0.4	Tipos de equipe:	43
4.1	O modelo integrado de atenção à saúde bucal	44
4.1.1	Atribuições do cirurgião-dentista:	45
4.1.2	Atribuições do técnico em saúde bucal (TSB):	45
4.1.3	Atribuições do auxiliar em saúde bucal (ASB):	47
4.1.4	Outras atribuições dos CDs, TSBs e ASBs:	47
4.2	A saúde bucal na estratégia de saúde da família	48
4.3	A estratificação de risco	49
4.4	O processo de trabalho	49
4.4.1	Demanda programada	50
4.4.1.1	Forma de ingresso para atendimento programado	50
4.4.2	Manutenção da saúde bucal	51
4.4.3	Demanda espontânea	51
4.4.4	O Atendimento de urgência	51
4.4.4.1	Classificação de risco	52
4.4.4.2	Observações	55
4.4.4.3	Hemostasia	55
4.4.4.4	Diagnóstico clínico	56
4.4.4.5	Acompanhamento pós-tratamento	59
4.4.5	O atendimento extra-clínica	60



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.6	O atendimento domiciliar	60
4.4.7	Agendamento na atenção primária	61
4.4.7.1	Falta às consultas	62
4.4.8	Encaminhamento para exames radiográficos	62
4.4.9	A atenção nos ciclos de vida	63
4.4.9.1	Atendimento à gestante	63
4.4.9.2	Atendimento na primeira infância	64
4.4.9.2.1	<i>Orientações para a equipe de saúde</i>	66
4.4.9.2.2	<i>Orientações para a equipe de saúde bucal</i>	68
4.4.9.3	Atendimento ao adolescente	71
4.4.9.4	Atendimento ao adulto	72
4.4.9.5	Atendimento ao idoso	72
4.4.9.5.1	<i>Patologias/alterações bucais mais frequentes nos idosos:</i>	74
4.4.9.5.2	<i>Cuidados especiais</i>	74
4.4.10	Atenção a pessoa com deficiência (PcD)	77
4.4.11	Atenção ao portador de condições crônicas	78
4.4.11.1	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	78
4.4.11.1.1	<i>Anestesiologia</i>	80
4.4.11.1.2	<i>Tratamento odontológico</i>	80
4.4.11.1.3	<i>Terapêutica medicamentosa</i>	80
4.4.11.1.4	<i>Efeitos colaterais dos anti-hipertensivos</i>	81
4.4.11.2	Cardiopatas	81
4.4.11.2.1	<i>Anestesiologia</i>	81
4.4.11.2.2	<i>Tratamento odontológico</i>	82
4.4.11.2.3	<i>Terapêutica medicamentosa</i>	84
4.4.11.3	Gestantes	85
4.4.11.3.1	<i>Anestesiologia</i>	86
4.4.11.3.2	<i>Terapêutica medicamentosa</i>	87
4.4.11.3.3	<i>Drogas teratogênicas ou suspeitas</i>	88
4.4.11.3.4	<i>Escolha da solução anestésica</i>	89
4.4.11.4	Pacientes Oncológicos	89
4.4.11.4.1	<i>Tratamento odontológico</i>	90
4.4.11.4.2	<i>Antes da quimioterapia e radioterapia:</i>	90
4.4.11.4.3	<i>Durante a quimioterapia e a radioterapia:</i>	91
4.4.11.4.4	<i>Tratamento das complicações da quimioterapia e radioterapia:</i>	92
4.4.11.4.5	<i>Após a quimioterapia e radioterapia</i>	92
4.4.11.4.6	<i>Terapêutica medicamentosa</i>	92
4.4.11.5	Doentes renais	93
4.4.11.5.1	<i>Anestesiologia</i>	93



4.4.11.5.2	<i>Tratamento odontológico</i>	93
4.4.11.5.3	<i>Terapêutica medicamentosa</i>	94
4.4.11.6	Diabetes melitus	94
4.4.11.6.1	<i>Anestesiologia</i>	95
4.4.11.6.2	<i>Terapêutica medicamentosa</i>	96
4.4.11.6.3	<i>Cuidados especiais</i>	96
4.4.11.7	Doença falciforme	97
4.4.11.7.1	<i>Anestesiologia</i>	97
4.4.11.7.2	<i>Tratamento odontológico</i>	97
4.4.11.7.3	<i>Como prevenção:</i>	98
4.4.11.7.4	<i>Terapêutica medicamentosa</i>	99
4.4.11.8	Coagulopatias	99
4.4.11.8.1	<i>Anestesiologia</i>	100
4.4.11.8.2	<i>Tratamento odontológico</i>	100
4.4.11.9	Pacientes que apresentam convulsões e epilepsia	102
4.4.11.10	Portadores de hipertireoidismo	102
4.4.11.11	Portadores de artrite	103
4.4.11.12	Portadores de asma	103
4.4.11.13	Portadores de Alzheimer	103
4.4.11.14	Portadores de Parkinson	104
4.4.11.15	Pacientes que fazem terapia com anticoagulantes	104
4.4.11.16	Anemia	105
4.4.11.17	Endocardite bacteriana	105
4.4.12	Atenção às pessoas em situação de violência	106
5	Pontos de apoio e de atenção à saúde	109
5.1	Laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD)	109
5.2	Atenção ambulatorial especializada (AAE)	109
5.2.1	Centro de especialidades odontológicas (CEO)	109
5.2.1.1	Critérios gerais para referência	110
5.2.1.2	Documentos necessários	112
5.2.1.3	Critérios de encaminhamento de acordo com a especialidade	112
5.2.1.3.1	<i>Endodontia</i>	112
5.2.1.3.2	<i>Periodontia</i>	113
5.2.1.3.3	<i>Cirurgia/diagnóstico de lesões</i>	114
5.2.1.3.4	<i>Prótese</i>	115
5.2.1.3.5	<i>Pessoa com deficiência (PcD)</i>	117
5.2.1.3.6	<i>Disfunção têmporo mandibular (DTM)</i>	118
5.2.1.3.7	<i>Ortodontia</i>	118



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



5.2.2	Unidade de Pronto Atendimento	119
5.2.3	Centro de atenção integral ao fissurado labiopalatal (CAIF)	120
5.2.3.1	Critérios para atendimento no CAIF:	120
5.2.3.2	Vias de contato com CAIF:	121
5.2.4	Centro de atenção e pesquisa em anomalias craniofaciais	121
5.2.4.1	Reabilitação com abordagem interdisciplinar	122
5.3	Atenção hospitalar	122
5.3.1	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)	122
5.3.1.1	Trauma	123
5.3.1.2	Gestante	123
5.3.1.3	Pacientes oncológicos	124
5.3.1.3.1	<i>Protocolo de acesso a tratamento oncológico no HMCC:</i>	124
5.3.1.4	Quadros infecciosos e abscessos	125
5.3.1.5	Pacientes com deficiência (PcD)	125
5.3.1.5.1	<i>Critérios de inclusão</i>	125
5.3.1.6	Cirurgias ortognáticas	126
6	Populações vulneráveis e o atendimento em saúde bucal	127
6.1	Atendimento à população em situação de rua	127
6.2	Atendimento à população da zona rural	128
6.3	Atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa	128
6.4	Atendimento à população no sistema prisional	129
7	Epidemiologia e principais agravos em saúde bucal	130
7.1	Epidemiologia em saúde bucal	130
7.1.1	Indicadores de saúde bucal	130
7.1.1.1	CPO-D (Número de dentes Cariados, Perdidos e Obturados)	130
7.1.1.2	CPI (Índice Comunitário Periodontal)	130
7.1.1.3	PIP (Perda de Inserção Periodontal)	131
7.1.1.4	AG (Alterações Gengivais)	131
7.1.1.5	Fluorose Dentária (Dean)	131
7.2	Doença cárie	131
7.3	Doença periodontal	132
7.3.1	Gengivite	132
7.3.2	Periodontite	132
7.4	Má-oclusão	133
7.5	Edentulismo	133
7.6	Traumatismo dental	134



7.6.1	Condições especiais para traumatismo de dentes decíduos	134
7.6.2	Considerações especiais para avulsão dentária de dentes permanentes	135
7.7	Fluorose dental	136
7.7.1	Benefícios X Riscos	138
7.8	Câncer bucal	138
7.8.1	Fatores de risco	138
7.8.2	Programa estadual de detecção precoce de câncer bucal	139
8	Uso racional de fluoretos	141
8.1	Uso do fluoreto no controle da cárie dentária	141
8.2	Dentifrícios fluoretados	141
8.3	Bochechos fluoretados	142
8.3.1	Modo de preparo	143
8.3.2	Géis, espumas e vernizes fluoretados	144
9	Odontologia não invasiva e minimamente invasiva	146
9.1	Diamino fluoreto de prata (DFP) - cariostático	146
9.2	O tratamento restaurador atraumático (ART)	147
9.2.1	Programa estadual de mínima intervenção em odontologia - Projeto ART	148
10	Programa Estratégias	149
10.1	Programa Saúde na Escola - PSE	149
10.2	Práticas integrativas complementares (PICS)	150
10.2.1	Terapias desenvolvidas no município:	151
10.3	Programa estadual de controle do tabagismo (PECT)	152
11	Gestão e planejamento	153
11.1	Indicadores	153
11.1.1	Mensal Cirurgião Dentista 20 horas	153
11.1.2	Mensal Cirurgião Dentista 40 horas	153
11.1.3	Indicadores da atenção básica	154
12	Segurança do paciente e biossegurança	156
12.1	Metas de segurança do paciente	156
12.2	Principais medidas de biossegurança	156
13	Educação permanente	158
	Referências	161



	APÊNDICES	168
	APÊNDICE A – Fluxograma de demandas espontânea e programada	169
	APÊNDICE B – Fluxograma de atendimento especializado	170
	APÊNDICE C – Fluxograma de lesões cancerizáveis	171
	APÊNDICE D – Fluxograma de coleta para biópsia	172
	APÊNDICE E – Fluxograma bucomaxilofacial hospitalar (PcD) . . .	173
	APÊNDICE F – Fluxograma do Pronto-atendimento - UPA	174
	APÊNDICE G – Fluxograma de encaminhamento de pacientes fissu- rados ou com deformidade crânio facial ao CAIF . .	175
	APÊNDICE H – Atendimento dos pacientes do CEAPAC	176
H.1	Porta de entrada - sistema GSUS	176
H.2	Fluxo de agendamento - sistema GSUS	176
H.3	Porta de entrada - sistema GSUS	177
	APÊNDICE I – Fluxograma de atendimento dos acidentes de trabalho	178
	APÊNDICE J – Recomendações de exames laboratoriais para se- guimento de PEP	179
	ANEXOS	180
	ANEXO A – Fármacos Disponíveis no SUS	181
	ANEXO B – Profilaxia antibiótica	182
	ANEXO C – Carteira odontológica	184
C.1	Frente	184
C.2	Verso	184
	ANEXO D – Registro de capacitações	185
	ANEXO E – Registro de atendimento domiciliar	186
	ANEXO F – Registro de escovação supervisionada	187
	ANEXO G – Protocolo de atendimetro de desacompanhados nas UBS	188



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



G.1	Parte I	188
G.2	Parte II	189



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Abertura

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl G. Jung)

Apresentação

A Secretaria Municipal da Saúde juntamente com a Divisão de Saúde Bucal de Foz do Iguaçu apresenta as diretrizes das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Primária, Secundária e Terciária com foco na reorganização da Rede de Atenção à Saúde Bucal. A exposição foi revista e atualizada a partir de reflexões do processo de trabalho da Odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS), análise por literatura baseada em evidências e encontros entre profissionais da saúde de diversas funções e setores para construir, de forma participativa, as Diretrizes da Saúde Bucal para este município.

A Saúde Bucal passa por um processo de transição que começou no ano 2019 com a implantação do acolhimento, visando atender o paciente de forma integral e contínua, bem como facilitar o acesso aos usuários, ofertando tratamento consecutivo e fortalecendo as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conscientizando a população sobre a importância de cuidar da saúde. Esse modelo da Saúde Bucal focando na Assistência Coletiva, e na Promoção da Saúde e Prevenção de doenças, com as famílias convivendo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Estratégias de Saúde da Família (USF), fez com que as equipes de Saúde Bucal (eSB), “saíssem da boca” para o mundo das realidades complexas, trabalhando na relação da saúde bucal com a sociedade. Um momento, em que, para operar esta transformação, é necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade e da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas mudanças.

Para a atenção em saúde bucal isto também implica na incorporação dos avanços científicos observados nos últimos anos. Esta nova versão do Protocolo faz justiça à história da saúde coletiva em Foz do Iguaçu, inovando mais uma vez, ao centrar-se no conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), para fazer frente às transições demográficas, epidemiológica, nutricional e a tripla carga de doenças, com importância progressiva para as condições crônicas.

Boa leitura!



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



1 Introdução

A boca é um órgão que, além de importante para a alimentação, está ligado fundamentalmente ao processo de socialização. Através da boca nos relacionamos com as pessoas e com o mundo, utilizando a fala, a aparência, o beijo, o prazer de saborear os alimentos e o sorriso. Problemas bucais podem causar dor, infecção, dificuldade em falar ou mastigar, limites na alimentação, ausência da escola e aparência ruim, problemas esses que podem influenciar na saúde geral, nos estudos, no trabalho, na vida social e na qualidade de vida. A falta de acesso aos meios para manter a saúde bucal pode significar um processo de exclusão social. Apesar dos determinantes das doenças bucais serem bem conhecidos e de existirem métodos efetivos para sua prevenção, as doenças bucais são consideradas importantes problemas de saúde pública devido à sua prevalência e impacto nos indivíduos e na sociedade.

A Divisão de Saúde Bucal (DVSBU) do município de Foz do Iguaçu sempre trabalhou respeitando o princípio do sistema de saúde vigente no país e no presente, por meio deste instrumento, avança no sentido de organizar e padronizar as ações dos seus servidores buscando como principal objetivo satisfazer as necessidades e expectativas da população sob sua responsabilidade.

Os trabalhos em saúde bucal que eram tradicionalmente voltados para a população infantil, com atendimento de escolares, atendem atualmente a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma ampla e irrestrita, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de modo integral, inclusive com atendimento especializado realizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), inaugurado em 2005. Em 2004 as primeiras Equipes de Saúde da Família (eSF) receberam o reforço das equipes de Saúde Bucal (eSB), que hoje totalizam 29 unidades de saúde.

Para alunos matriculados em instituições públicas mantidas pelo município os profissionais desenvolvem ações de promoção e prevenção nas escolas regulares e de ensino especial e nos centros municipais de educação infantil (CMEI), com orientações aos familiares, distribuição de escovas e exames epidemiológicos anuais com a priorização para atendimento nas unidades de saúde.

O trabalho integrado de todos os profissionais têm refletido de forma positiva nas condições de saúde da população.

No entanto, ainda há muito a ser feito e para isso contamos com o empenho de todos os envolvidos, administradores e gerentes dos serviços municipais de saúde, servidores em geral e usuários do sistema, no sentido de colaborarem com o aprimoramento no trabalho dos servidores de saúde bucal, com sugestões e críticas construtivas para melhorar o serviço.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



2 Promoção da Saúde

A atual visão de promoção de saúde é abrangente, superando a prática que entende a promoção de saúde apenas como ações voltadas à mudança de comportamento e prevenção das doenças: “a saúde está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, acesso aos serviços de saúde e à informação” (BRASIL, 1986).

A recuperação dos danos causados pelas doenças bucais, com restaurações, próteses, cirurgias, tratamentos endodônticos e outros, também faz parte do elenco de procedimentos de prevenção em saúde bucal, ao considerarmos os níveis de prevenção propostos por (LEAVELL; CLARCK, 2003).

Durante o processo educativo, frequentemente os profissionais culpam as pessoas por não fazerem mudanças apropriadas nos seus hábitos. No entanto, mudanças pessoais de comportamento são difíceis de serem alcançadas, sobretudo para pessoas submetidas a situações de privação social e material. Por isso, quanto mais o profissional entender a realidade vivida pelo grupo de pessoas que ele educa, as condições de vida e moradia, o entrosamento familiar, o grau de entendimento e a importância que o grupo dá para sua saúde e de sua família, mais eficiente será o trabalho educativo por ele executado.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a organização das atividades da equipe de saúde bucal deverá ser orientada de forma a garantir que 75% a 85% das ações sejam voltadas ao atendimento clínico individual em consultório odontológico, enquanto 15% a 25% devem ser direcionadas a atividades coletivas e de planejamento, como atividades de promoção de saúde, visitas domiciliares, atividades em escolas, participação em conselhos locais, reuniões, entre outras (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b).

Uma das formas para promover saúde de forma coletiva é a realização de grupos para atividades educativas, com linguagem simples e estruturada em informações claras e diretas, de forma ilustrada, preferencialmente conduzida pelo Técnico em Saúde Bucal (TSB) e/ou Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e/ou Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Outro pilar importante é o incentivo ao Autocuidado Apoiado. Ele consiste em regularizar intervenções educacionais da equipe de trabalho, dirigidas ao usuário, com vistas a ampliar habilidades e melhorar a autoconfiança. São ações cotidianas que trabalham prevenção de doenças, controle de condições crônicas e redução de fatores de risco. A sistematização desse processo educacional pode, inclusive, favorecer a adesão das pessoas às mudanças comportamentais, muitas vezes, tão necessárias.

Outras metodologias educativas podem e devem ser adotadas, de acordo com as características do grupo que receberá a informação: idade, vínculos, situação social, número de participantes. A discussão em grupo ou roda de conversa, em que o profissional estimula a conversação propondo temas ou fazendo perguntas, propicia a participação e valoriza o saber de todos. Pode ser utilizada com adultos e adolescentes em grupos de no



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



máximo 20 pessoas. Com adolescentes, a leitura comentada de textos também é funcional. Para crianças a preferência é de atividades lúdicas: teatro, contação de histórias, vídeos, atividades manuais, etc.

Para realização das atividades educativas seguem algumas recomendações:

- Deve haver um dia específico e horário para a atividade, isto é, o usuário já deve deixar a unidade sabendo o dia e horário.
- Todas as atividades devem ser registradas por meio eletrônico na Ficha de Atividade Coletiva (FAC).
- A atividade deve interferir o mínimo possível no atendimento normal:
 - Podem-se utilizar espaços alternativos: escola, CMEI, salão de igreja, clube, casas de moradores, etc.
 - Quando houver mais de uma equipe de saúde bucal no local, não se justifica parar todo atendimento para realizar a atividade. Lembrando que a atividade pode ser feita pelo Cirurgião Dentista (CD), mas preferencialmente pelo ASB ou pelo TSB ou pelo ACS.
 - Após a atividade, agendar o atendimento individual.
- Atividades educativas para grupos específicos, incluindo às linhas de cuidados: Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como Hipertensão e Tabagismo, idosos, gestantes, etc. devem ser registradas na FAC – na atividade “Educação em Saúde”, a qual não requer a necessidade do cartão nacional de saúde (CNS).
- A participação da Saúde Bucal é importante nesses grupos formados pelas Equipes de Saúde da unidade, abordando fatores de risco comuns, por exemplo, tabaco/álcool – doenças cardiovasculares, periodontais e câncer bucal; dieta – cárie, obesidade e diabetes. Contudo, essa participação não deve interromper o atendimento de um período inteiro. Deve-se planejar a participação na reunião e marcar usuários para atender no consultório no restante do período.

Exames com finalidade de planejamento devem ser registrados na FAC como exame epidemiológico (**ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica**) e não como consulta que envolve elaboração de plano de tratamento. Orientações em eventos, campanhas, palestras, escolas, CMEI e outras instituições devem ser registradas na atividade **Educação em Saúde**¹.

O objetivo dessa prática é aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades a terem maior controle sobre sua saúde, tornando-os protagonistas e assim ter qualidade de vida. Para tanto os indivíduos devem ter conhecimento para serem aptos a fazer as

¹ Para maiores informações sobre registros na FAC, veja no título “Programas Estratégicos, sub título “Programa Saúde na Escola”.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



escolhas corretas e modificar ou adaptar o meio. Dessa forma, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

As ações de Promoção da Saúde referem-se a intervenções articuladas, intersetoriais, educativas e transformadoras, voltadas ao enfrentamento dos problemas e necessidades da saúde com enfoque em seus determinantes e condicionantes, visando controlar e reduzir riscos/vulnerabilidades e aumentar fatores de proteção com equidade.

Os profissionais da saúde bucal juntamente com as demais equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS) devem conhecer os espaços da comunidade com maior chance de exposição a doenças e agravos para articular ações com objetivo de minimizar os fatores de risco e melhorar os fatores de proteção. Articular e apoiar estratégias no ambiente para que as escolhas saudáveis sejam as mais fáceis.

Uma política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, incluindo a legislação, as medidas fiscais, os impostos e as mudanças organizacionais.

O modelo de Atenção/Assistência à saúde bucal deve considerar além dos fatores biológicos, os determinantes e condicionantes da saúde bucal, visando entender o processo de adoecimento das pessoas para estabelecer estratégias de cuidado.

Estimular autonomia para tomada de decisões favoráveis à saúde geral e bucal, através de reflexões sobre o seu processo de adoecimento e sobre mudança de comportamentos. Esclarecer quanto aos hábitos e comportamentos saudáveis. Incentivar o empoderamento através de estratégias que busquem fortalecer a autoestima e adaptação ao meio para que as pessoas possam reconhecer os seus próprios recursos e reforçar os mecanismos de autoajuda e de solidariedade.

Durante as atividades educativas, além de orientações de autocuidado, incluir explicações sobre o funcionamento das unidades de saúde, por exemplo, que pode haver atraso no horário de atendimento por vários motivos (urgências, quebra de equipamentos, dificuldade de procedimentos, etc).

Deixar claro também que faltas acarretam problemas ao serviço, comprometendo a agenda e tirando a oportunidade de outros usuários, além de onerar o serviço.

Para planejamento e condução de atividades educativas nas diferentes situações de vida, sugere-se a leitura das publicações:

- *“A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde - Ações de Promoção e Proteção”*, páginas 91 a 107 (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018c)
- *Cadernos temáticos do Programa de Saúde na Escola - PSE – Promoção da Saúde Bucal* (BRASIL, 2016b)
- *Linha de cuidado em Saúde Bucal, 3ª edição, 2021 Secretaria de Estado da Saúde* (PARANÁ, 2013; PARANÁ, 2012b; PARANÁ. SESA, 2016; PARANÁ, 2012a; PARANÁ, 2021).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Durante os procedimentos educativos das consultas individuais para usuários de qualquer grupo etário, devem-se empregar métodos de aconselhamento em saúde. Aconselhar não significa dizer ao usuário o que ele deve fazer; significa ajudá-lo a tomar decisões, após ouvi-lo, entendê-lo e dialogar com ele sobre os prós e contras das opções.

- Usar linguagem simples, acessível a quem está ouvindo;
- Dar espaço para o usuário falar. Para isso, é necessário dedicar tempo para *ouvir*
- Demonstrar empatia, ou seja, mostrar que os seus sentimentos são compreendidos, colocando-o no centro da situação e da atenção do profissional.
- Reconhecer e elogiar o esforço que o usuário estiver fazendo para melhorar
- Fazer sugestões em vez de dar ordens;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 1 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 2 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 3 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 4 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 5 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 6 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor

Figura 7 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor

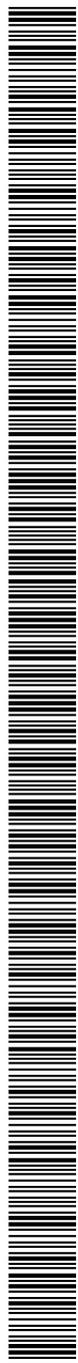


Figura 8 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor



Figura 9 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 10 – Ações realizadas nas unidades de saúde e instituições escolares



Fonte: O autor



2.1 Fluoretação das águas de abastecimento

A fluoretação compreende a adição controlada de produtos de flúor na água de abastecimento público para consumo humano, com o propósito de prevenir a cárie dental (CETESB. COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL, 1979).

Segundo Frazão e Narvai (2017), “Esta política pública é considerada um dos procedimentos responsáveis por significativo declínio da experiência de cárie na população infantil e adolescente brasileira”. Essa tecnologia foi descrita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1958, na sua primeira publicação sobre a qualidade da água potável (WALSH *et al.*, 2010).

No Brasil, Curitiba foi a primeira capital a implantar a fluoretação, em 20 de outubro de 1958 (SANEPAR. COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ, 2018). A SESA atua na vigilância das concentrações de flúor na água para consumo humano, por meio do Programa VIGIAGUA. A Portaria de Consolidação nº 5, Anexo XX do MS, regulamenta o valor máximo permitido de 1,5 mg/L flúor.

O princípio básico da fluoroterapia é adequar sua utilização ao risco de cárie do paciente ou do grupo de pacientes.

De um modo geral, o importante é que qualquer indivíduo tenha sempre um regime de alta frequência e baixa concentração de flúor na cavidade bucal: água de abastecimento e dentifrícios fluoretados.

Quando se detecta a alta atividade/risco (por exemplo: má higiene ou dieta rica em açúcar, mamadeira noturna), métodos de alta concentração e alta frequência são adicionados: aplicação de flúor em gel, verniz com flúor, bochechos fluorados e medidas educativas para reversão deste quadro.

Contudo deve-se evitar a ingestão excessiva do fármaco, causando intoxicação aguda (produtos com alta concentração de flúor, ingeridos acidentalmente) ou crônica (fluorose dentária)².

² Mais informações sobre uso racional de fluoretos, veja no capítulo 8. “Epidemiologia e Principais agravos em Saúde.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



3 Saúde Bucal: a linha de cuidado

Organizado por meio do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), o SUS busca capacitar a atenção por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado, objetivando o alcance da integralidade (BRASIL, 31 dez. 2010) . Nas RAS, a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção devem ser estabelecidos de modo a responder de imediato aos eventos agudos, bem como gerenciar as condições crônicas de saúde (MENDES, 2018).

As RAS centralizam na Atenção Primária à Saúde (APS) a coordenação do cuidado e ordenação das redes, almejando fornecer um contínuo coordenado de ações e serviços de saúde a partir de uma população definida territorialmente. Nesse contexto, buscam a integração entre os pontos de atenção à saúde, permitindo a integralidade do cuidado (MENDES, 2018).

Esse conjunto de ações é delimitado pela Estratificação de Risco, que em relação à saúde bucal adquire uma característica particular, envolvendo o atendimento de atenção primária, nas Unidades de Atenção Primária, o atendimento secundário, nos CEO, e o atendimento terciário, em Unidades Hospitalares. A Linha de Cuidado em Saúde Bucal está baseada no marco conceitual das RAS, proposta por (MENDES, 2011).

Essa se concretizará a partir da implantação dos seus cinco componentes, a saber:

- 1) Atenção Primária à Saúde, realizada nas Unidades de Atenção Primária (UAP) ou Unidades de Saúde da Família (USF), com qualidade, resolubilidade, por meio de ações de promoção de saúde, prevenção das doenças, tratamento clínico para limitação dos danos e sequelas causadas pelas doenças, sendo a ordenadora do cuidado dos cidadãos residentes em seu território.
- 2) Pontos de atenção à saúde secundários e terciários:
 - Atenção Secundária, realizada nos CEO, através de referência das UAP / Estratégia Saúde da Família (ESF), com ações especializadas nas áreas de diagnóstico bucal, cirurgia bucal, periodontia, endodontia, reabilitação protética, ortodontia e atendimento a pessoas com necessidades especiais.
 - Atenção Terciária, realizada em Unidades Hospitalares de referência, para o atendimento de pessoas com deficiência, com dificuldade de adesão ao tratamento convencional, pacientes oncológicos, com deformidades e traumas faciais, referenciados pela atenção secundária.
- 3) Os sistemas de apoio, constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- 4) Sistemas logísticos, composto pelo CNS, prontuário, carteiras da criança e da gestante, transporte sanitário eletivo para pessoas com deficiência e de urgência, em casos de trauma e a regulação.
- 5) Sistema de governança, por meio da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e CIB regionais.

Todavia, esses fatores devem estar em consonância com os serviços de saúde em função de quatro variáveis:

- o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde;
- a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços;
- a efetividade esperada dos serviços de saúde;
- a distância dos serviços de saúde

3.1 A competência da Secretaria Municipal da Saúde

Em relação à gestão:

- Realizar a coordenação do cuidado em saúde bucal;
- Promover a vigilância em saúde bucal, com identificação do risco coletivo e individual;
- Realizar o planejamento, a execução e o monitoramento das ações de saúde bucal de maneira integrada com os outros setores da saúde e da sociedade;
- Articular a integração do serviço com a comunidade e a academia;
- Promover o trabalho em equipe e a educação permanente intra e interpontos de atenção;
- Definir os critérios de priorização e fluxo de encaminhamento para a organização da demanda espontânea e programada;
- Monitorar os programas através de planilhas ou sistema eletrônico de informação;
- Estabelecer vínculo com a comunidade, realizando atenção extra clínica;

Em relação ao processo:

- Incentivar a realização de visitas domiciliares para monitoramento da condição de saúde bucal das famílias do território;
- Desenvolver ações educativas em saúde bucal;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Realizar o encaminhamento para a atenção especializada dos casos de maior complexidade, acompanhando o usuário na contrarreferência;
- Desenvolver e participar de ações intersetoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população;
- Incentivar a prevenção e o controle das doenças bucais;
- Trabalhar na identificação dos fatores de risco para a saúde bucal, repassando as informações para a equipe de saúde;
- Trabalhar com os princípios de acolhimento e humanização;
- Realizar o diagnóstico e o plano de atendimento individual do paciente;
- Enfatizar sempre a atenção integral do paciente, com foco nas necessidades individuais e no ciclo de vida;
- Realizar procedimentos de saúde bucal de competência da Atenção Primária à Saúde, e quando possível na Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar;
- Incentivar a participação dos profissionais da Saúde Bucal nos Conselhos Locais de Saúde bem como, nas Conferências Municipais de Saúde, na perspectiva de uma maior aproximação com os usuários e comunidade local.

3.1.1 O papel do controle social

A Lei n.º 8.142/90 criou os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado. Nesse sentido, foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde. Ademais, o controle social na saúde é um dos princípios organizativos do SUS que garante a participação da população no processo de formulação e controle das políticas de saúde no Brasil.

O Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu foi instituído através da Lei n.º 2.083/1997, atualizada em 1999, pela Lei 2.272. Atualmente conta com a participação de 32 entidades, seguindo criteriosamente a distribuição paritária de seus segmentos.

3.2 Modelo de atenção às condições crônicas em saúde bucal

As doenças crônicas começam e progridem lentamente. Normalmente apresentam múltiplas causas que variam no tempo, a saber: hereditariedade, estilo de vida, exposição a



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



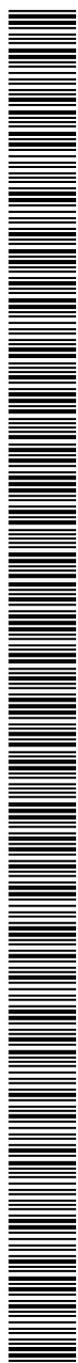
fatores comportamentais, ambientais e a fatores fisiológicos. Usualmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para o processo saúde-doença das condições crônicas. Dessa forma, essas condições levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Muitas delas podem apresentar momentos de agudização, como por exemplo, uma pulpíte ou um abscesso periodontal que devem ser enfrentados pela RAS na mesma lógica relativa ao atendimento das condições agudas. A doença cárie e a doença periodontal, enquanto condições crônicas podem ser controladas na APS, com ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico precoce e limitação dos agravos. Nesse sentido, também compõem o rol de competências da APS: o diagnóstico precoce do câncer bucal, as alterações oclusais, a fase clínica da prótese e a situação de urgência odontológica. Portanto, na falta desse controle, a tendência é a evolução e/ou a agudização dessas condições crônicas, exigindo ações terapêuticas mais complexas, onde o paciente será referenciado para o CEO. Outros procedimentos que exigem maior densidade tecnológica e capacitação são atribuições da Atenção Especializada ou Terciária.

3.3 Humanização e acolhimento

Há mais de 30 anos o SUS é uma conquista do povo brasileiro. Continua enfrentando vários problemas, embora com inúmeros avanços. O atendimento de forma fragmentada e precarizada, o modelo de atenção centrado na doença e a formação biologicista dos profissionais de saúde são dificuldades que necessitam ser resolvidas. O panorama na Odontologia, não é diferente. Mesmo com todas as iniciativas para desconstruir o modelo de formação técnico e assistencialista, não se percebe, na prática, a valorização da dimensão subjetiva e social do paciente.

Em 2003 foi implantada a Política Nacional de Humanização (PNH) com a proposta de efetivar os princípios do SUS e qualificar a saúde pública no Brasil. Ela busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações autoritárias de poder. Dentro dos princípios norteadores da PNH, alguns dispositivos são utilizados: o acolhimento, a gestão participativa e a cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos do usuário.

No que diz respeito ao Acolhimento, trata-se de uma das diretrizes de maior relevância na PNH do SUS. Tem como foco as relações interpessoais e pressupõe o reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo na promoção da própria saúde (Acolhimento é mais do que porta de acesso, é espaço para escuta qualificada e ampliada, é o momento em que vínculos são gerados, não só entre profissional e paciente, mas entre profissional e familiares do paciente. É onde começam a se formar as redes de articulação que conectam os múltiplos serviços de saúde, com vistas à continuidade e à resolutividade da assistência. Tem início antes mesmo de o usuário chegar ao serviço de saúde, pois



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



parte de estudos epidemiológicos que traçam perfis de risco e compreendem a realidade e as vulnerabilidades. Portanto, parte das necessidades já é conhecida, pensada e discutida por antecipação (BRASIL, 31 dez. 2010) .

O acolhimento é uma maneira para a reorganização dos serviços, de forma a garantir acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Pode ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento e não se limita ao ato de receber.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram à unidade por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida.

“Acolher” não significa necessariamente a resolução de todos os problemas relatados pelo usuário, mas a atenção que é dispensada na relação envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, bem como a identificação de suas necessidades. Não é necessário hora, local ou profissional específico para fazê-lo.

3.3.1 Prática de acolhimento nas unidades de saúde

Os usuários que se dirigirem aos consultórios odontológicos da rede pública do município devem ser acolhidos a qualquer momento, por um dos profissionais presentes (CD, TSB ou ASB), não importando o horário da procura:

- 1) Suas reivindicações devem ser ouvidas com atenção.
- 2) Dependendo do relato, uma avaliação rápida pode ser realizada pelo CD com espátula de madeira.
- 3) Se houver possibilidade ou em caso de URGÊNCIA deve-se atendê-lo no momento da procura.
- 4) Caso contrário, orienta-se a retornar em data que pode ser agendada de acordo com a possibilidade de atendimento do profissional.

Quando não for possível atender o usuário no momento da procura, convém explicar que há um limite na capacidade de atendimento odontológico, em razão da quantidade de instrumental esterilizado disponível e do tempo para atendimento de cada usuário agendado (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2018a; PARANÁ. SESA, 2016).



Assim conclui-se que as relações interpessoais que permeiam todos os níveis de atenção e gestão, e todos os momentos do cuidado dirigido ao usuário podem ser iluminadas por um pensamento coletivo de união para um bem comum.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4 Atenção primária à saúde (APS)

Foi definida na Conferência de Alma-Ata como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação.”

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Atenção Primária se caracteriza por um “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017a).

É a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, devendo ser ofertada integralmente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

4.0.1 Atributos da APS

- Primeiro contato: consiste na acessibilidade e uso do serviço em cada novo episódio para o qual se procura atenção à saúde.
- Longitudinalidade: existência de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde, ao longo do tempo, estabelecendo uma relação e confiança e vínculo entre equipe, indivíduos e família.
- Integralidade: consiste no conjunto de serviços que atendam às necessidades da população dentro dos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, bem como a oferta de serviços nos outros pontos de atenção.
- Coordenação: é a capacidade de garantir a continuidade, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articulam com a função de centro de comunicação das RAS.
- Focalização na família: consiste em considerar a família como o sujeito da atenção, através da integração da equipe com esse sujeito e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Orientação comunitária: reconhece a necessidade das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem.
- Competência cultural: consiste em uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, através do respeito às singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

4.0.2 Funções da APS

- Resolubilidade: significa que deve ser resolutiva e capacitada cognitivamente e tecnologicamente para atender a mais de 90% das demandas da população.
- Comunicação: consiste em exercer a função de centro de comunicação das RAS, com condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes da rede.
- Responsabilização: consiste em conhecer intimamente, nos microterritórios sanitários, a população adscrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária.
- Uma APS efetiva e de qualidade deve atender em sua totalidade seus atributos e funções. No contexto da saúde bucal, as ações referentes à APS serão realizadas nas Unidades de Atenção Primária dos municípios do Estado do Paraná, pelas equipes de saúde bucal, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, controle e reabilitação, bem como através da coordenação do cuidado e definição de fluxos para o encaminhamento nos pontos de apoio da RAS.

4.0.3 Política nacional de atenção básica

A PNAB resultou da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como população, movimentos sociais, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Define a organização em Redes de Atenção à Saúde como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Ressalta a importância de incluir as especificidades locais, destacando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. Além disso, considera a



pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde.

Portanto, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, que podem ser abordados na Atenção Básica.

4.0.4 Tipos de equipe:

Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um CD e um TSB e/ou ASB.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as eSF e equipe de Atenção Básica (eAB) devem estar vinculados a uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

- **Modalidade I:** CD e ASB ou TSB e;
- **Modalidade II:** CD, TSB e ASB, ou outro TSB. Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma eAB ou eSF, devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a eSF ou Atenção Básica a qual integra.

Cada eSF que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do MS equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

De modo a atender às características e necessidades de cada município, poderão também ser compostas eSB na modalidade I com carga horária diferenciada, conforme a Portaria 2.539 de 26 de setembro de 2019 e Portaria nº 60 de 26 de novembro de 2020.

- **Modalidade I-20h:** eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou
- **Modalidade I-30h:** eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Não se aplica aos profissionais da eSB na modalidade I com carga horária diferenciada a vedação à participação em mais de uma eSB ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional.

A Portaria nº 60 de 26 de novembro de 2020 define as regras de validação das equipes e serviços da APS, para fins de transferência dos incentivos financeiros federais de custeio, entre elas as formas de vinculação possíveis entre as eSB e as eSF/equipe de Atenção Primária (eAP):

- Uma eSB com carga horária de 40 horas semanais vinculada apenas a uma eSF ou a duas eAP com carga horária de 20 semanais;
- Uma eSB com carga horária diferenciada de 30 horas semanais vinculada a uma eAP com carga horária de 30 horas semanais;
- Uma eSB com carga horária diferenciada de 30 horas semanais vinculada a uma eAP com carga horária de 20 horas semanais;
- Uma eSB com carga horária diferenciada de 20 horas semanais vinculada a uma eAP com carga horária de 20 horas semanais; e
- Duas eSB com carga horária diferenciada de 20 horas semanais vinculadas a uma eSF.

Além disso, a Portaria citada define que as alterações de modalidade (I e II) e carga horária das equipes de carga horária diferenciada se darão de forma automática de acordo com as alterações realizadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

4.1 O modelo integrado de atenção à saúde bucal

A proposta de um modelo integrado de atenção à saúde bucal é uma das propostas do novo padrão de trabalho da gestão municipal nesse protocolo. Às necessidades sociais, às evidências científicas e o trabalho em comunidade pedem uma nova postura da eSB e dos gestores municipais, baseadas em habilidades técnicas e humanas abastecidas de alto grau de refinamento. O novo processo de trabalho marca o rompimento gradativo do trabalho isolado dos profissionais de saúde bucal, propondo uma integração total com toda a equipe da Unidade de Saúde. Assim, a valorização da excelência técnica individual estará aliada à relevância social das ações de saúde, desenvolvidas pelo conjunto de profissionais tanto da eAP como da ESF. O que se propõe, é acabar com o “isolamento” que caracterizou a prática da Odontologia nos últimos anos e, o cumprimento de procedimentos tecnificados, perpetuando o ciclo restaurador repetitivo, sem se preocupar com a saúde global do paciente. Dessa forma, a agenda única, integrando a saúde bucal na atenção médica, o prontuário único e o agendamento familiar, realizado pelos ACS organizando a demanda, são fundamentais na integração da saúde bucal com as demais áreas da saúde.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.1.1 Atribuições do cirurgião-dentista:

- 1) Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- 2) Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
- 3) Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- 4) Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- 5) Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- 6) Realizar supervisão do TSB e ASB;
- 7) Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE) em conjunto com os outros membros da equipe;
- 8) Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
- 9) Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.1.2 Atribuições do técnico em saúde bucal (TSB):

- 1) Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- 2) Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- 3) Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- 4) Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- 5) Participar do treinamento e capacitação de ASB e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- 6) Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- 7) Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- 8) Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- 9) Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- 10) Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- 11) Inserir e distribuir no preparo cavitário, materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- 12) Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- 13) Realizar a remoção de sutura conforme indicação do CD;
- 14) Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- 15) Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;
- 16) Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- 17) Processar filme radiográfico;
- 18) Selecionar moldeiras;
- 19) Preparar modelos em gesso;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- 20) Manipular material de uso odontológico.
- 21) Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.1.3 Atribuições do auxiliar em saúde bucal (ASB):

- 1) Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- 2) Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- 3) Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,
- 4) Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- 5) Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- 6) Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- 7) Processar filme radiográfico;
- 8) Selecionar moldeiras;
- 9) Preparar modelos em gesso;
- 10) Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- 11) Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e
- 12) Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.1.4 Outras atribuições dos CDs, TSBs e ASBs:

Considerando o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” e conforme a Lei 8080/90, Art. 27, parágrafo único “os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”, Nesse sentido, integram a estas atribuições:



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- 1) atuar como Preceptores ou Tutores junto a Programas de Residência em Saúde (Multiprofissionais ou Uniprofissionais) realizados em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde (SMSA- Foz do Iguaçu) mediante acordos ou convênios.
- 2) supervisionar estagiários oriundos de cursos de graduação e pós-graduação, como atribuição do cirurgião-dentista.
- 3) colaborar com a supervisão de estágio, como atribuição dos TSB e ASB.

4.2 A saúde bucal na estratégia de saúde da família

O MS implantou a Portaria nº 1.444 em 2000, e assim possibilitou a inclusão da eSB na ESF (BRASIL, 2000), seguida da publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), em 2004, conhecida como Brasil Sorridente (BRASIL, 2004). O objetivo dessa inclusão buscava a reorganização dos serviços odontológicos de forma articulada com a reversão do modelo de atenção à saúde brasileira, ou seja, na lógica da ESF (BRASIL, 2000). Em 2004, a PNSB teve como objetivo a expansão da eSB na APS nas UBS e USF, bem como a instituição de serviços especializados, seja em nível secundário e terciário, com o propósito de melhorar a resolutividade dos casos mais complexos (BRASIL, 2004a).

Em 2000, a inclusão da eSB na APS buscava a reorganização dos serviços odontológicos de forma articulada com a reversão do modelo de atenção à saúde brasileira, ou seja, na lógica da ESF (BRASIL, 2000). Em 2004, a PNSB teve como objetivo a expansão da eSB na APS nas UBS e USF, como também a instituição de serviços especializados, seja em nível secundário e terciário, no intuito de melhorar a resolutividade dos casos mais complexos (BRASIL, 2004a).

A APS tem como peculiaridades essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, com todos os demais atributos derivados: a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, B, 2002). A ESF é uma proposta político governamental para reorganização e mudança no modelo de atenção à saúde no contexto do SUS. Atua no centro do cuidado da família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico, econômico, social e cultural. O reconhecimento das necessidades da população leva ao estabelecimento de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde, que devem acontecer de forma permanente no território. Assim, os profissionais de saúde passam a considerar as condições de vida e de trabalho em uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Portanto, os profissionais devem dispor de um arsenal de recursos tecnológicos complexos e diversificados e passam a considerar no seu processo de trabalho os atributos essenciais e derivados (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A PNAB reforça que deve existir um grande avanço em relação à integração ensino – serviço - comunidade, além de se ampliar a articulação junto às Instituições de Ensino,



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



seja de cursos técnicos, superiores e pós-graduação, como por exemplo, a residência, neste espaço de (re)construção do ensino, principalmente na lógica da ESF. Essa troca traz benefícios a todos os agentes envolvidos no processo de reconstrução dos serviços de saúde (FAÉ *et al.*, 2016).

Nesse âmbito, o município de Foz do Iguaçu-PR, iniciou a inclusão das equipes de saúde bucal na ESF em outubro de 2004.

Ressaltamos ainda, que a partir de 2016, teve início à parceria junto a Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA) com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMPSF) e os resultados já são visíveis, no que diz respeito à reorganização dos Processos de Trabalho no cotidiano de práticas.

4.3 A estratificação de risco

No modelo de atenção às condições crônicas a estratificação da população por risco, dividindo em diferentes tipos de subpopulações é fundamental, levando-se em consideração os riscos singulares nesse processo dinâmico. Assim, visa melhorar a qualidade da atenção à saúde, bem como, tornar mais efetivo o uso dos recursos de saúde. Destaca-se também como um dispositivo fundamental no processo de trabalho das equipes de saúde, pelo potencial orientador de condutas e estratégias de intervenção, sugerindo assim formas de organização de acesso ao serviço de odontologia na UBS, otimização do fluxo exercendo o princípio da equidade, ofertando serviços de acordo com a real necessidade da população. Contudo, para garantia desse princípio, a verificação dos dados da condição familiar é de suma importância, uma vez que devem ser somados às informações epidemiológicas da população adstrita da área de abrangência da unidade, levando-se em consideração o risco às doenças bucais.

4.4 O processo de trabalho

No contexto da saúde bucal, a doença cárie e a doença periodontal, são as mais prevalentes, e devem ser entendidas como doenças crônicas. Atualmente o conhecimento de sua etiologia e dos fatores determinantes permite aos profissionais de saúde atuar em seu controle antes mesmo do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. Além disso, o diagnóstico precoce do câncer bucal e da má oclusão deve ser incluído no rol dos procedimentos da APS. A sua implantação como rotina clínica estará diretamente relacionada ao conhecimento dos profissionais de seus sinais e sintomas. As ações de urgência devem ser contempladas na APS. Fica cada vez mais evidente que a abordagem puramente cirúrgico-restauradora não “cura” a doença.

A prática da assistência odontológica, priorizando os procedimentos restauradores, deve ser substituída pelo novo modelo, mais abrangente e resolutivo. O trabalho nas



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Unidades de APS e da ESF deve passar por uma grande reformulação, para perder o seu caráter estanque, em que os procedimentos restauradores são priorizados, passando a oferecer ao usuário uma atenção integral de boa qualidade.

4.4.1 Demanda programada

O Atendimento à demanda programada caracteriza-se por um conjunto de ações clínicas e de promoção de saúde, ofertadas de forma planejada (consultas agendadas até o término do tratamento) para todos os usuários do serviço.

É a sistematização do processo de trabalho dos profissionais de saúde bucal, com o objetivo de identificar os problemas, dentro dos princípios da odontologia integral, visando à promoção, proteção, recuperação e/ou a reabilitação do indivíduo no seu contexto social; origina-se do trabalho coletivo da equipe de saúde no território, domicílios, espaços sociais, escolas, centros municipais de educação infantil ou mesmo da própria UBS, após a realização do grupo de acolhimento, informações sociais, epidemiológicas, e classificação das diversas necessidades (BRASIL, 2018b).

A primeira consulta odontológica programática representa o ingresso do usuário na atenção à saúde bucal, a partir de avaliação/exame clínico-odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo-Terapêutico (PPT), conforme estratificação do risco. O tratamento deve ser iniciado na mesma sessão da primeira consulta. Não devem ser considerados como primeiras consultas programáticas os atendimentos eventuais, como os de urgência/emergência, que não têm elaboração do PPT e seguimento previsto. É importante ressaltar que uma primeira consulta odontológica programática só poderá ser registrada novamente para a mesma pessoa 12 meses após a conclusão do PPT ou caso o paciente abandone o tratamento seis meses após a última consulta (BRASIL, 2018b).

- O agendamento deve ser realizado com hora marcada.
- As consultas até o término do tratamento devem ser agendadas com o mínimo de intervalo possível, para que o tratamento seja concluído brevemente, evitando abandonos por parte do usuário.
- Para a estratificação do risco, utilize a metodologia proposta na Linha Guia da Rede de Saúde Bucal (PARANÁ. SESA, 2016).

4.4.1.1 Forma de ingresso para atendimento programado

Todo usuário ao chegar à unidade de saúde, deve ser acolhido e direcionado de forma resolutiva. Não se enquadrando em demanda programada (Urgência), sua primeira



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



consulta deve ser agendada. Usuários atendidos em situações de urgência também devem ingressar no atendimento programado após a resolução da mesma.

Usuários de grupos priorizados, gestantes, menores de 03 anos de idade, idosos, pacientes portadores de deficiências e doentes crônicos, podem ter a consulta agendada no momento da procura espontânea ou por meio de encaminhamento de outros profissionais da equipe de saúde ou assistência social.

4.4.2 Manutenção da saúde bucal

Ações que monitoram a aquisição/desenvolvimento da capacidade de autocuidado pelos usuários, além da identificação precoce de novos desequilíbrios nas condições intrabucais (novos surtos de atividade das doenças), reforçando/consolidando a educação em saúde, garantindo co-responsabilidades do binômio profissional/paciente, no processo de controle das doenças e na manutenção do estado de saúde.

Cabe ao profissional decidir o prazo para que o usuário retorne ao consultório para consulta de manutenção de acordo com o risco estratificado. Recomenda-se que os usuários retornem no mínimo anualmente (PARANÁ. SESA, 2016). Sugere-se que o profissional de saúde bucal utilize a carteirinha odontológica (Anexo C) para aprazar o mês de retorno do usuário, escrevendo na carteirinha, por exemplo, “RETORNO OUTUBRO/2021”, e orientando que o responsável traga a carteirinha até o consultório nesse mês para marcar a data e horário. Também deve registrar em prontuário eletrônico a recomendação de retorno.

4.4.3 Demanda espontânea

Destina-se a atenção clínica da queixa principal do usuário e/ou necessidade percebida através de livre demanda que não configura urgência, mas não pode aguardar oportunidade na agenda para iniciar tratamento programado.

- Possibilita o acesso do usuário para resolução de sua queixa principal;
- Orientar para o autocuidado, estabelecendo a relação de co-responsabilidade profissional/paciente e agendar tratamento programado.

4.4.4 O Atendimento de urgência

As urgências odontológicas são situações que requerem atendimento imediato com medidas rápidas para aliviar os sintomas dolorosos e infecciosos, e fazem parte da atenção básica, sendo assim, os casos de urgência devem ser solucionados preferencialmente nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou nas UBS.

São destinadas ao usuário que manifesta um quadro de dor não tolerável ou uma situação que o incapacite para o desempenho de suas atividades cotidianas.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Então, para um usuário que vai fazer uma entrevista para emprego, por exemplo, um dente anterior fraturado, pode ser entendido como necessidade urgente.

Esse tipo de atendimento deve ser realizado nas UBS e na UPA e outros, não importando o local de residência do paciente (mesmo estrangeiros). Segundo a linha de cuidado em Saúde Bucal da SESA, o atendimento de urgência deve seguir uma classificação de risco baseada no Protocolo de Manchester que tem como objetivo a organização do atendimento de acordo com a prioridade do usuário.

4.4.4.1 Classificação de risco

No atendimento de urgência, os usuários devem ser classificados em vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A escala concebida vem de encontro com escalas descritas na literatura (EVANS, 2001; SCOTTISH GOVERNMENT, 2007; MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008; PADILHA, 2012).

- **Vermelho:** Emergência odontológica, que deve ser encaminhada ao Hospital de Referência ou que necessite de um atendimento especializado. Considera-se como prioridade máxima do atendimento: hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local); infecções de origem buco-dental graves com possibilidade de comprometimento sistêmico; tumefação extensa atingindo área dos olhos ou ocasionando dificuldade para engolir/respirar e os traumas maiores como os faciais, com suspeitas de fraturas ósseas e lacerações faciais extensas.
- **Laranja:** Os casos de prioridade laranja incluem as hemorragias menores (controláveis por medidas locais); traumatismos dento-alveolares ocorridos em tempo inferior a duas horas; abscessos agudos; tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor de origem dentária intensa, espontânea e contínua. A presença de usuários institucionalizados, que requerem escolta, traz constrangimentos aos trabalhadores e aos demais usuários, assim como risco de complicações como uma eventual tentativa de fuga ou resgate. Por isso, devem retornar o mais rápido possível à instituição de origem, sendo também prioritários.
- **Amarelo:** Usuários com dor intermitente ou noturna, intensa, mas com períodos de acalmia, e passível de controle por analgésico, devem ser atendidos por ordem de chegada ou dentro de um período de uma hora. São casos em que o usuário não poderá aguardar por atendimento programado, pois a dor é intensa, mesmo que em curtos períodos ou que não esteja com dor no momento.
- **Verde:** São incluídas condições que embora não sejam caracterizadas como urgências odontológicas, mas essas são do ponto de vista do usuário ou por merecerem



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



atenção diferenciada pela condição sistêmica do paciente. O relato de doença crônica descompensada e infecção bucal, lesão bucal autorreferida e perda estética relevante com comprometimento psicossocial devem ser aqui consideradas. O atendimento pode ser feito em até 2 horas, ou agendado para atendimento programado.

- **Azul:** O nível azul compreende todas as demais queixas odontológicas não urgentes, sendo que se destaca dor leve, sensibilidade dentinária, fraturas de restauração, exodontia de decíduos e reparos de peças protéticas. São usuários que têm necessidade de tratamento odontológico percebido como urgente, mas que não são reais e podem aguardar por atendimento dentro de 4 horas ou ser agendado para o atendimento programado.

Observação: Os usuários com idade superior a 60 anos, crianças, pessoas que por condição fisiológica ou patológica se encontrem em situação de vulnerabilidade como, pessoas com deficiência (PcD) e gestantes terão prioridade com relação aos pacientes do MESMO NÍVEL após a classificação de urgências.

Após a finalização do atendimento de urgência, o paciente deve ser orientado a procurar a unidade de saúde mais próxima de sua residência para iniciar ou dar continuidade ao tratamento.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Quadro 1 – Orientações para atendimento de urgências

Riscos de urgência	Classificação	Recomendação
Hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local). Tumefação extensa com comprometimento sistêmico: dificuldade para engolir ou respirar ou atingindo área dos olhos. Trauma facial maior: <u>fratura óssea ou laceração facial extensa.</u>	Vermelho	Encaminhamento ao hospital de referência
Hemorragia menor (controlada por medidas locais). <u>Traumatismo Dento-alveolar</u> ocorrido em tempo inferior a duas horas. Tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor dentária: intensa, espontânea e contínua. <u>Paciente institucionalizado, escoltado, internado.</u>	Laranja	<u>Atendimento prioritário</u>
Dor Dentária: moderada a intensa, intermitente ou noturna, mas com períodos de acalmia e passível de controle por analgésico.	Amarelo	<u>Atendimento em até 1 hora</u>
Usuário em situação urgente sob seu ponto de vista psicológico ou por entender merecer atenção diferenciada pela <u>sua condição sistêmica</u> (doença crônica descompensada).	Verde	Atendimento em até 2 horas ou agendado para atendimento programado
Usuário com dor dentária leve, sensibilidade <u>dentinária</u> ; <u>fratura de restauração</u> ; <u>exodontia</u> de decíduos; reparo de peça protética.	Azul	Atendimento em até 4 horas ou agendado para atendimento programado

Fonte: (SESA, 2021)



4.4.4.2 Observações

- **INDEPENDENTE DA CAPACIDADE DE ATENDIMENTO TER SIDO ULTRAPASSADA OU DO HORÁRIO DE CHEGADA**, os usuários em situação de urgência **NÃO DEVERÃO SER DISPENSADOS SEM ATENDIMENTO** clínico.
- Ainda que atendido em URGÊNCIA e PRONTO-ATENDIMENTO, na medida do possível, o usuário deve receber orientações básicas para autocuidado: higienização bucal e de próteses, controle da dieta, abandono de maus hábitos (tabagismo, alcoolismo, sucção não-nutritiva – dedo, chupeta, etc).
- Usuários atendidos na UPA não poderão ser encaminhados diretamente para tratamento especializado no CEO. Para ter acesso à atenção especializada, o usuário deve ser orientado a procurar a UBS mais próxima de sua residência, sendo recebido por meio de acolhimento e tendo seu tratamento programado com referência ao CEO quando necessário.

4.4.4.3 Hemostasia

Métodos físicos:

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

Métodos físico-químicos:

- Esponja de fibrina (ex.: Gelfoam, Fibrinol, Hemostop) pode ser colocada na ferida cirúrgica.

Procedimentos em caso de hemorragia pós-operatória:

- 1) Identificação do local de sangramento
- 2) Remoção do coágulo
- 3) Mordedura com gaze por 4 a 5 minutos

Se não houver resultado:

-
- 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 e mordedura com gaze.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.4.4 Diagnóstico clínico

O diagnóstico é realizado pelo cirurgião dentista por meio de exame físico intra e extra-oral. Quando existe a necessidade de exame radiográfico, o usuário deve ser referenciado para o CEO através do sistema de informação (radiografias periapicais e interproximais) e pode ser feito ainda o contato telefônico em caso de situações de urgência. Se houver trauma de face com suspeita de fraturas, deve ser encaminhado ao Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL).

Entre as condições mais comuns de urgência odontológica, destacam-se:

Pulpite- É caracterizada por episódios espontâneos (não provocados), intermitentes ou contínuos de dor. Analgésicos e antiinflamatórios não são capazes de cessar o quadro doloroso. Normalmente as radiografias não mostram alteração neste tipo de situação.

Tratamento- Pulpectomia, curativo endodôntico, restauração provisória. E pulpotomia em dentes com rizogênese incompleta.

Pericementites - Inflamação dolorosa ao redor do ápice. Esta condição pode ter origem na necrose pulpar, irritantes químicos e traumas mecânicos. Ocorre em dentes vitais e não-vitais, sendo imprescindível o teste térmico para confirmar a necessidade de tratamento endodôntico. Apresentando dor contínua, sensibilidade à percussão vertical e a mastigação, eventualmente mobilidade. Radiograficamente, ligamento periodontal apical ou lateral pode parecer estar dentro dos limites normais nos dentes polpados, e nos dentes despolpados pode ser observado espessamento e rarefação apical (Periapicopatias).

Tratamento - Alívio oclusal, medicação anti-inflamatória e analgésica. E, se necessário, tratamento endodôntico nos casos dos dentes que não respondem aos estímulos térmicos.

Abscesso periapical agudo - Lesão representada por exsudato purulento em torno do ápice produzido pelo intenso número de neutrófilos atraídos para o local. Apresenta surgimento rápido de edema, dor moderada a intensa que se apresenta espontânea e aumentada com a palpação e percussão, ligeira mobilidade dental. Em casos mais avançados o paciente pode se apresentar com febre, trismo, falta de apetite e mal-estar geral. Em alguns casos radiograficamente não se observa imagem de espessamento periodontal em função da rapidez de evolução do processo.

Tratamento – pulpectomia, esvaziamento e saneamento dos condutos radiculares, drenagem intra e, se necessário, extra-oral do abscesso, curativo endodôntico e restauração provisória.

Drenagem extra-oral e abscesso periapical - A drenagem é importante no tratamento dos abscessos, com objetivo de prevenir a disseminação da coleção purulenta e permitir melhores condições de reparo tecidual. Após a drenagem extra- oral, coloca-se dreno Penrose por 48 - 72h.

Abscesso Sublingual (Angina de Ludwig) - É uma celulite aguda e tóxica dos es-



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



paços submandibular e sublingual bilateralmente e do espaço submentoniano. De origem dentária ou a partir de infecções mandibulares, fratura mandibular composta, lacerações dos tecidos moles bucais, feridas perfuro-cortantes do assoalho oral e infecções secundárias em neoplasias orais. As características clínicas típicas são edema endurecido dos espaços submandibular e sublingual bilateralmente, elevação da língua, dor, febre, linfadenopatia, trismo, obstrução da via aérea e pus. Apresenta evolução rápida, podendo colocar em risco a vida do paciente, pela obstrução das vias aéreas, secundária ao edema sublingual e submandibular, ou numa fase mais tardia do processo, em que a disseminação da infecção pode levar à mediastinite, fascíte necrosante ou sepse.

Tratamento- O paciente deve ser encaminhado com urgência para tratamento em nível hospitalar, onde será realizada manutenção de via aérea, terapia antimicrobiana sistêmica, extração dos dentes afetados, hidratação e drenagem cirúrgica (extra-oral).

Pericoronarites- É um estado inflamatório de caráter infeccioso ou não, envolvendo o tecido mole localizado ao redor da coroa de um dente, geralmente um terceiro molar inferior em processo de erupção ou semi-incluso. A superfície oclusal do dente afetado é frequentemente revestida por tecido gengival o qual favorece o acúmulo de alimentos e proliferação bacteriana causando dor, sangramento, halitose e trismo.

Tratamento- Medicação anti-inflamatória, antibiótica e analgésica. Debridamento e irrigação com clorexidina 0,12 ou soro fisiológico. Após uma semana, avaliar necessidade de exodontia eletiva ou gengivectomia e, se for o caso, encaminhar para CEO.

Hemorragia alveolar- É o extravasamento abundante e anormal de sangue que pode ocorrer tanto no período transoperatório (acidente) quanto após o término da cirurgia (complicação)

Tratamento - Compressão local com gaze estéril, colocação de hemostáticos locais absorvíveis, direto na ferida cirúrgica (esponja de fibrina, esponja de gelatina absorvível), hemostasia por processos cirúrgicos (ligadura do vaso), sutura. Avaliar necessidade de prescrever medicação sistêmica.

Luxação mandibular - Ocorre quando o côndilo mandibular se move para fora da cavidade glenóide e permanece travado anteriormente à eminência articular.

Tratamento- Redução manual ou cirúrgica.

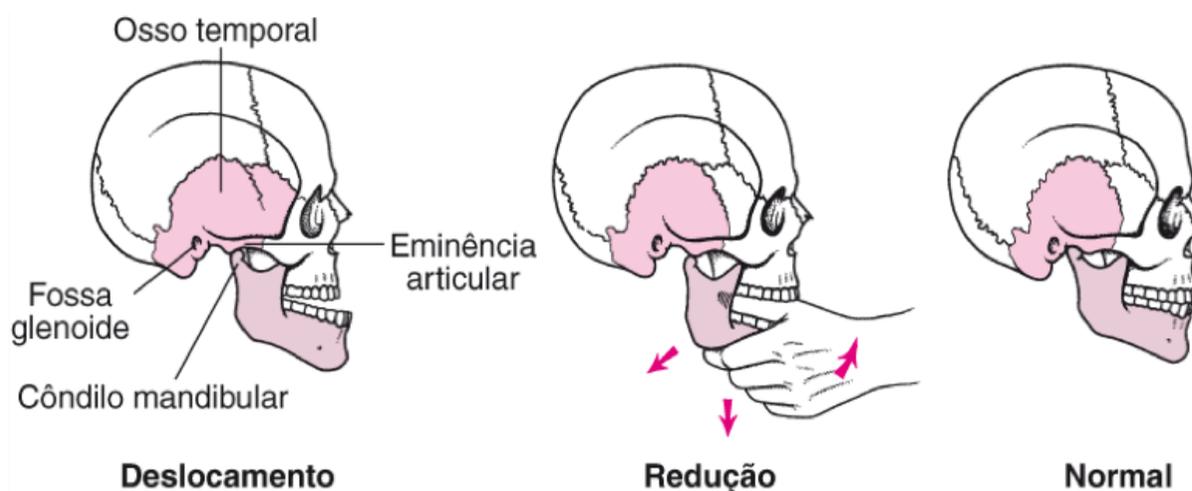
Para redução manual: após envolver os dedos com gaze, colocar os polegares no interior da boca sobre os dentes posteriores inferiores. Posicione os outros dedos ao redor da parte inferior da mandíbula. Pressionar para baixo sobre os dentes elevando o queixo, forçar o côndilo mandibular a deslocar-se posteriormente para ultrapassar a eminência articular do osso temporal até que retorne para sua posição normal. (manobra de Hipócrates).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 11 – Luxação de mandíbula - manobra de hipócrates



Fonte: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-da-boca-e-dos-dentes/problemas-dent%C3%A1rios-urgentes/luxa%C3%A7%C3%A3o-da-mand%C3%ADbula>

Alveolite - É uma infecção pútrida do alvéolo dental que se instala no terceiro ou quarto dia após uma extração cirúrgica com presença de odor fétido e dor intensa que não cessa com analgésicos. Pode ser de dois tipos:

Seca: Quadro infeccioso agudo, coágulo sanguíneo desorganizado, paredes ósseas desnudas e cor branco-marfim, presença de odor fétido.

Úmida: Coágulo desorganizado está associado à presença de restos alimentares e odor fétido intenso, frequentemente acompanhada da presença de pus.

Tratamento: Curetagem suave do alvéolo seguida de irrigação abundante com solução salina estéril, formação de coágulo e medicamento intra-alveolar, sutura e antibiótico terapia sistêmica.

Fraturas coronárias - Fratura de esmalte/ Restauração.

Tratamento: Fratura de esmalte e dentina sem envolvimento pulpar: Colar fragmento dentário ou restaurar. Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar – Pulpectomia com curativo endodôntico e restauração provisória.

Traumatismo dentário - São lesões que acometem tecidos moles, tecido ósseo, dentes e que ocorrem após trauma local envolvendo região peri bucal. É uma situação frequente na atividade clínica da Odontopediatria. É importante conhecer a história médica do paciente e a história do trauma. Algumas lesões dentárias traumáticas podem e devem ser resolvidas na rede básica, tais como: luxações dentárias, fraturas, intrusão, extrusão dentária e podem exigir monitoramento radiográfico. Dentre as lesões traumáticas que ocorrem a cavidade oral, destacam-se:

a) Subluxação - Dente sensível ao toque, pode apresentar pequena mobilidade, porém sem deslocamento e sangramento do sulco gengival. Sem alterações radiográficas.

Conduta: Normalmente não há necessidade de tratamento. – se necessário, medicar com analgésico.



b) Luxação- Deslocamento lateral, vestibular ou lingual do dente, geralmente sensível ao toque, quase sempre com fratura óssea alveolar. Pode apresentar mobilidade e sangramento do sulco gengival. Aumento do espaço Periodontal.

Conduta: Reposicionar o dente no local adequado, antitetânica, contenção semi-rígida por 15 a 20 dias e alívio oclusal. Medicação com antibiótico e anti-inflamatório. Encaminhar para o endodontista.

c) Intrusão - Deslocamento do dente para dentro do alvéolo dentário, rompimento do suprimento vascular pulpar, sem sensibilidade ao toque e sem mobilidade. Fratura do osso alveolar e ausência de espaço pericementário em nível apical.

Conduta: Dentes com rizogênese incompleta – aguardar a reerupção. Pedir rx e encaminhar para endodontista.

Dentes com rizogênese completa com intrusão severa - reposicionar o dente de imediato, redução óssea alveolar. Contenção semi-rígida por até 20 dias. Medicação com antibiótico, e anti-inflamatório. Encaminhar para o endodontista.

d) Avulsão- Dente totalmente expulso do alvéolo e da cavidade oral. O tempo fora do alvéolo e o armazenamento do dente é determinante para o sucesso do tratamento.

Conduta: **Dente mantido em meio úmido de conservação adequado e em tempo inferior a 120 minutos:** Não tocar na raiz, remover o coágulo do alvéolo irrigando com soro fisiológico. Se houver fratura da parede do alvéolo, reposicionar. Reimplantar o dente e contenção semi-rígida por 01 semana. Fazer sutura dos tecidos moles. Medicação com antitetânica, antibiótico e anti-inflamatório/analgésico. Encaminhar para Endodontista no CEO.

Tempo superior a 120 minutos fora do alvéolo: Remover o ligamento periodontal necrótico raspando a raiz e repetir a sequência acima.

Fraturas alveolares- Fratura do processo alveolar podendo ou não envolver o alvéolo dentário. Mobilidade processo alveolar e dente com mobilidade acentuada. Pode ter fratura radicular associada. Linha de fratura pode ser visualizada radiograficamente, no osso alveolar (dente e alvéolo movimentam em bloco).

Conduta: Limpar a região com soro fisiológico e reposicionar o fragmento. Contenção com fio ortodôntico rígido e resina por 90 dias e alívio oclusal. -Encaminhar para endodontista.

Tratamento Farmacológico: Deve-se sempre consultar a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), onde constam os medicamentos, disponível em: <https://rpsaude.pmf.pr.gov.br/RP>, na aba acervo.

4.4.4.5 Acompanhamento pós-tratamento

Uma vez que o paciente tenha sido atendido na UPA ou Hospital (serviço de urgência odontológica), deverá procurar a UBS de sua referência para dar sequência ao tratamento,



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



caso seja necessário.

Caso seja referenciado ao CEO e, enquanto aguarda o agendamento, passar por novo episódio de dor, deverá retornar a UBS ou UPA, uma vez que o CEO não faz atendimentos de urgências¹.

4.4.5 O atendimento extra-clínica

O atendimento extra-clínica é realizado em domicílio e/ou ambientes institucionais (CMEI, escolas, casas de permanência ou recuperação e outros).

4.4.6 O atendimento domiciliar

Constituído por um grupo de práticas e trabalhos que promovem como foco fundamental a promoção da saúde, resultando na prevenção e tratamento de doenças com a visão de promover a reabilitação do paciente no atendimento domiciliar, buscando certificar a continuidade dos cuidados, além de ser parte da integração das redes de atenção à saúde (AQUINO et al, 2015). Assim como outros profissionais da área da saúde, o CD no âmbito da ESF possui sua elevada importância, como atribuições capacitadas em cumprir visitas domiciliares com a finalidade de ofertar ações de saúde bucal sendo elas individuais ou coletivamente nas famílias (SILVA, 2016).

Nesse sentido, o atendimento domiciliar feito pela equipe integrativa incluindo o CD, oportuniza uma conformidade e uma assistência humanizada a uma parte dos cidadãos que são distanciados dos profissionais da saúde bucal. Portanto, é de fundamental importância a normatização da aplicação na assistência domiciliar e os mecanismos de priorização de visitas domiciliares, designando grande potencial para extrapolar o olhar restrito apenas ao consultório odontológico.

Dessa forma, deverão ser planejadas as ações, levando-se em conta a necessidade do paciente, os materiais adequados e o tempo gasto. Devem ficar restritas aos casos em que a equipe de saúde bucal que acompanha o paciente julgar necessário, sempre considerando, acima de tudo, a necessidade apresentada por ele:

- Avaliação prévia do paciente (estado geral de saúde – se necessário, pedir avaliação médica);
- Elaboração do plano de tratamento com orientações ao paciente ou ao seu cuidador;
- Verificação prévia do local do atendimento (condições de acesso, espaço físico, energia elétrica e água);

¹ Para o atendimento extra-clínica em instituições escolares, consulte a publicação: *Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde Bucal (Brasil, 2016)*



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 12 – Atendimento domiciliar das equipes de saúde bucal



Fonte: O autor

Observação: Alimentar o prontuário digital, inserindo a informação do local de atendimento: “atendimento domiciliar” ou “visita domiciliar”. Avisar antecipadamente a gerência e a recepção da unidade de saúde sobre seu deslocamento².

4.4.7 Agendamento na atenção primária

É possível conciliar atendimentos programados, com a garantia de vagas de pronto atendimento (demanda espontânea), estabelecendo-se parâmetros mínimos diários para agendamento (lembrando que não há número limite de urgências por período). É necessário anunciar a disponibilidade à recepção da UBS, para acolher qualquer usuário que solicite atendimento, independentemente de ser uma situação de urgência. Importante que a forma preconizada de acesso sempre será por meio do processo de acolhimento com identificação de necessidade do cidadão.

Para os casos de urgências não existe horário específico. Podem ser orientados a chegar ao início de cada turno para facilitar o fluxo, porém, não podendo recusar o atendimento caso chegue a qualquer outro horário.

Como sugestão:

- CD de 20 horas devem agendar 06 pacientes podendo ser primeira consulta ou consulta de retorno.
- CD de 40 horas devem agendar 12 pacientes, podendo ser primeira consulta ou consulta de retorno.

Não incluindo as urgências que chegarem, sendo obrigatório o atendimento independentemente do número de agendamentos. Os minutos restantes devem ser utilizados para

² Consultar também a publicação “A saúde bucal no sistema único de saúde - tipos de atendimento e de consulta”, página 77 a 81 (BRASIL, 2018).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



inserção de dados (produção) no sistema e programar atividades educativas. 15% a 25% da carga horária semanal devem ser destinadas para desenvolver as atividades de promoção e prevenção em saúde bucal³.

4.4.7.1 Falta às consultas

Os profissionais de saúde bucal devem orientar os usuários, a recepção e os demais funcionários das Unidades de Saúde a respeito dos inconvenientes que as faltas às consultas agendadas causam principalmente o desperdício de tempo dos profissionais e o comprometimento da agenda dificultando a marcação de consultas para outros usuários.

Todos devem estar cientes de que o serviço, os salários dos profissionais, os insumos, equipamentos, infra-estrutura das Unidades de Saúde, são pagos pela própria população por meio de impostos, taxas e contribuições ao governo. Assim, as faltas às consultas acarretam desperdício de dinheiro público.

Na impossibilidade de comparecer à consulta agendada, o usuário deve comunicar previamente o serviço de saúde e já reagendar nova consulta. Caso o usuário falte e não justifique, a equipe deve verificar a possibilidade de novo agendamento ou o retorno à fila de espera⁴.

4.4.8 Encaminhamento para exames radiográficos

Usuários com necessidade de exame complementar radiográfico periapical ou interproximal (bitewing) devem ser agendados por meio eletrônico. O CD que solicitou deve preencher o encaminhamento via sistema informatizado com: identificação do usuário (nome completo e telefone), dente ou região a radiografar e técnica desejada. O agendamento é automático.

Os servidores da UBS devem avisar aos usuários para comparecerem ao CEO no horário marcado, munidos de seus documentos pessoais e do comprovante de inscrição na fila. A imagem digital e o laudo serão encaminhados por email (do CD e/ou do paciente) e serão incluídos no sistema eletrônico.

OBS. Orientar que, caso o exame radiográfico seja convencional (analógico), poderá precisar aguardar e que o processamento da película pode demorar um pouco, por isso deve dispor de tempo para esperar. E após o processamento, a película, juntamente com o encaminhamento, onde serão anotadas as observações pertinentes, datada, carimbada e assinada pelo servidor que realizou o exame, será entregue para que o usuário leve ao profissional que solicitou.

³ Consulte também as publicações “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde - Organização da Agenda” - páginas 82 e 83. e “Linha de cuidado em Saúde Bucal”(BRASIL, 2018; PARANÁ, 2021)

⁴ Consultar também a publicação “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde - tipos de atendimento e de consulta”, páginas 77 a 81 (BRASIL, 2018)



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



ATENÇÃO – o registro da realização do exame radiográfico deve ser digitado por quem o fez (CD/ TSB do CEO) e não por quem solicitou (CD da Atenção Primária).

4.4.9 A atenção nos ciclos de vida

4.4.9.1 Atendimento à gestante

A avaliação da condição bucal da gestante, sua classificação quanto ao risco às doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal e lesões dos tecidos moles), a adequação do meio bucal com a eliminação de focos dentários e realização de tratamento restaurador atraumático, raspagem e alisamento corono-radicular, aplicação de flúor (quando necessário) deverão ser realizados imediatamente, podendo-se postergar as restaurações convencionais e procedimentos eletivos. É necessário que se acabe com os mitos em torno do tratamento odontológico de gestantes, tendo em mente que nessa condição, a mulher pode e deve receber o tratamento que necessitar desde que cuidados especiais sejam observados⁵:

- Na anamnese é indispensável obter um relato de sua história sistêmica e de seus antecedentes familiares com informações sobre sua saúde geral. É importante entrar em contato com o médico/enfermeiro que faz o pré-natal da gestante para saber de sua situação geral de saúde. Algumas patologias podem estar presentes na gestação, entre elas: diabete, hipertensão, cardiopatia, lúpus, anemia, etc.
- Precauções nas tomadas radiográficas – evitar, principalmente no primeiro trimestre. Quando necessárias, utilizar proteção plumbífera e a mínima dose de radiação possível.
- Posicionamento adequado na cadeira: principalmente a partir do 6º mês, quando o feto tende a comprimir veias abdominais, predispondo a mãe à hipotensão postural. Muitas vezes é necessário que a gestante seja atendida sentada. Ao terminar o atendimento, deve ficar sentada ou deitada do lado esquerdo por alguns minutos e levantar devagar.
- Escolha da época e horário para atendimento. De forma geral, o segundo trimestre de gestação é o de escolha para realização de tratamentos curativos, principalmente restaurações, tratamentos endodônticos, cirurgias e restaurações mais extensas. Evitar tratamentos mais invasivos e demorados principalmente no primeiro trimestre, devido às intensas modificações embriológicas. No último trimestre o risco de hipertensão, anemia, hipotensão postural e o desconforto provocado pelo volume abdominal tornam o tratamento e o posicionamento na cadeira menos favorável.

⁵ Para saber mais sobre assistência à gestante, consulte “Atenção ao portador de condições crônicas”, páginas 78 a 81.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Quanto ao horário, no início da manhã a gestante pode estar menos disposta e os enjôos são mais freqüentes. O agendamento para as consultas odontológicas deverá ser realizado preferencialmente nos mesmos dias da consulta de pré-natal.

- Atenção redobrada quanto à prescrição de medicamentos. Alguns medicamentos são proibidos durante a gestação. No sub-título 4.4.9 essa temática será abordada.
- Relação da doença periodontal, gestação e risco para parto prematuro: A ocorrência de doença periodontal na gravidez pode funcionar como um possível indutor ao parto prematuro (antes da 37ª semana de gestação) de crianças de baixo peso (menos de 2500 gramas). Sabe-se que durante a gravidez o sistema imunológico materno é deprimido. As mudanças na imuno-resposta materna sugerem um aumento na suscetibilidade de desenvolver inflamação gengival; os elevados níveis de hormônios ovarianos, principalmente progesterona, promovem uma diminuição na quimiotaxia dos neutrófilos, dentre outras alterações. O incremento dos níveis hormonais também contribui com a velocidade na formação e acúmulo e maturação do biofilme, desencadeando um processo inflamatório crônico na margem gengival. A presença de células inflamatórias na inflamação periodontal, elevando a concentração de prostaglandina, e enzimas proteolíticas podem estimular o início do trabalho de parto prematuro.
- No caso de gestantes diabéticas, a periodontite pode afetar o controle da glicemia. Estudos recentes sugerem uma ligação entre diabetes mellitus e gengivite persistente; o diabético tem maior chance de desenvolver gengivite, portanto a gestante diabética ou a que desenvolve diabetes gestacional deve ser priorizada para o tratamento odontológico, já que o diabético está mais sujeito a problemas infecciosos.
- Relação da cárie e gestação: em algumas pacientes verifica-se um aumento da incidência de cáries e de perdas dentárias, o que está associado ao inadequado controle de biofilme e uma dieta de elevada frequência na ingestão de carboidratos e diminuição do pH salivar (vômitos). É importante salientar que durante a gravidez **não há perda de cálcio dos dentes.**

4.4.9.2 Atendimento na primeira infância

O período compreendido entre zero até seis anos completos é denominado Primeira Infância. Nessa etapa ocorre o desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico. Além do mais, os avanços da neurociência indicam que nesse período de vida, o cérebro se desenvolve muito rapidamente e muito sensível aos cuidados e estímulos. Assim, é de suma importância investir em políticas que contemplem a primeira infância, para obtermos



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



uma população futura mais saudável. Não obstante, as evidências sobre a importância da primeira infância supõe-se que mais de 200 milhões de crianças menores de cinco anos em países de baixa e média renda não atinjam seu potencial de desenvolvimento, em razão da exposição a fatores de risco biológicos, ambientais e psicossociais.

Nesse sentido, é necessário garantir no primeiro nível de assistência, ou seja, na APS, a consulta odontológica ao pré-natal, através da equipe multiprofissional, e a partir daí a continuidade da atenção, promovendo a longitudinalidade e buscando sempre além de serviços preventivos, diagnósticos, e tratamento das doenças, estabelecer a forma adequada para a resolução de problemas que surgirem.

É preciso também seguir as normativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com acesso universal de todas as crianças à saúde, à equidade, à integralidade do cuidado, à humanização da atenção, à gestão participativa e controle social (BRASIL, 2015).

A PNSB se insere de forma transversal, integral e intersetorial nas linhas de cuidado direcionadas à mulher e à criança, com o objetivo de promover a qualidade de vida desse coletivo por meio das ações de promoção, prevenção, cuidado, qualificação e vigilância em saúde (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2018b).

A cárie na primeira infância influencia de forma significativa o indivíduo, a família e a sociedade. A doença afeta os dentes decíduos e oportuniza um risco maior de atingir os dentes permanentes, além de interferir diretamente na saúde geral e na qualidade de vida da criança.

De acordo com o Manual de Orientações para reduzir a cárie na primeira infância no mundo (WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; WALSH *et al.*, 2010), devemos:

- 1) limitar o açúcar no início da vida.
- 2) escovar os dentes com pasta de dente fluoretada (1.000 - 1.500 ppm). Quando necessário, tratamentos minimamente invasivos também são propostos. A Declaração de Bangkok fortalece esses conceitos através das seguintes recomendações:
 - 1) Conscientizar pais/cuidadores, CD, TSB, médicos, enfermeiros, profissionais da saúde e demais grupos interessados sobre a cárie na primeira infância;
 - 2) Limitar o consumo de açúcar em alimentos e bebidas e evitar açúcares livres para crianças com menos de 02 (dois) anos de idade;
 - 3) Escovar os dentes de todas as crianças duas vezes por dia com pasta fluoretada (ao menos 1000 partes por milhão - ppm) usando uma quantidade adequada de dentífrico;
 - 4) Fornecer orientações preventivas no primeiro ano de vida por um profissional da saúde ou ACS (em conjunto com programas já existentes (pré-natal, puericultura, ou durante as campanhas de vacinação) e, idealmente, referenciar



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



ao CD para manutenção e cuidados preventivos (PITTS, 2019). É importante salientar que, como na maioria das doenças não transmissíveis, tanto a causa quanto a prevenção são fortemente determinadas por fatores socioeconômicos, ambientais e sociais, conhecidos como determinantes sociais da saúde. A cárie na primeira infância é fortemente influenciada pelos comportamentos e práticas de saúde de crianças, famílias e cuidadores.

Quadro 2 – Três níveis de atuação para reduzir cárie na primeira infância e seu impacto

Prevenção Primária	Intervenções amplas a nível da comunidade. Prevenção da doença a nível individual.
Prevenção Secundária	Controle efetivo de lesões iniciais antes da cavitação. Paralisação de lesões mais avançadas, quando possível.
Prevenção Terciária	Procedimentos de controle de cárie não invasivos. Tratamento restaurador apropriado, preservando estrutura dentária.
...“os fatores de risco essenciais para a CPI são: a falta de aleitamento materno exclusivo, consumo de açúcar livre e exposição inadequada ao flúor na prevenção de cárie dentária” (OMS, 2019)	

Fonte: (SESA, 2021)

4.4.9.2.1 Orientações para a equipe de saúde

Orientações antecipadas para a saúde bucal da criança beneficiam e trazem um risco menor da possibilidade de cárie na primeira infância.

As orientações sobre a saúde bucal do futuro bebê devem iniciar durante a gestação, nas consultas de assistência e promoção de saúde bucal da gestante, destacando que no núcleo familiar a mãe exerce um papel fundamental, pois motiva os comportamentos alimentares e de higiene de seus filhos.

- Agravos ocorridos durante os períodos pré, peri e pós-natal durante a mineralização dos dentes decíduos, aproximadamente entre a 13ª semana de vida intrauterina e o primeiro ano de vida da criança, podem apresentar defeitos do desenvolvimento do esmalte dentário.
- Após o nascimento do bebê é interessante que a mãe seja estimulada a levar a criança ao CD para uma primeira avaliação.
- A avaliação do frênulo lingual deve ser realizada de preferência antes dos trinta dias de vida do neonato.
- Alguns problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem primeiramente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação.



- O aleitamento materno é importante para potencializar o desenvolvimento da musculatura orofacial e do sistema estomatognático, os quais são responsáveis pela efetivação das funções orais de sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonarticulação.
- O CD deve participar da puericultura infantil, para que possa acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança. Essa atuação deve sempre ser feita em consonância com as equipes multiprofissionais e disciplinares, na intenção de exercer a prática colaborativa e prover a saúde integral do ser humano.
- Esclarecer a importância dos dentes decíduos, suas principais funções, como:
 - a) mastigar os alimentos, etapa importante para facilitar a digestão;
 - b) auxiliar no crescimento e desenvolvimento adequado dos ossos e músculos da face;
 - c) ajudar na pronúncia correta das palavras;
 - d) contribuir para a melhor aparência da criança, permitindo um belo sorriso, o que poderá influenciar sua autoestima;
 - e) manter o espaço para os dentes permanentes que irão substituí-los no futuro, direcionando-os para que erupcionem em posição adequada.
- É importante que os profissionais de saúde que não são da área da saúde bucal, como a eAP, tenham conhecimento da cárie na primeira infância como um problema de saúde pública que afeta bebês e crianças, famílias e comunidades. Os profissionais de saúde devem entender os principais fatores de risco para esse tipo de cárie e como identificá-los, e devem reconhecer suas responsabilidades no trabalho contra a mesma.
- As lesões de cárie avançam mais rapidamente na dentição decídua quando comparada à dentição permanente.
- A cárie dentária compartilha fatores de risco comuns a outras doenças não transmissíveis associadas ao consumo excessivo de açúcar, como doença cardiovascular, diabetes e obesidade.
- As equipes de atenção primária geralmente têm um grande conhecimento da comunidade, permitindo que trabalhem com o apoio da família, amigos e organizações e ofereçam continuidade do cuidado.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.9.2.2 Orientações para a equipe de saúde bucal

- A puericultura odontológica deve começar nos primeiros dias de vida do bebê, entre 07 e 10 dias, sendo incentivada desde o pré-natal, na maternidade e também pelos ACS, durante a visita do puerpério.
- Essa avaliação objetiva: orientar a nutriz e apoiar a família para a amamentação; realizar o primeiro exame clínico bucal para avaliação da higidez dos rodetes gengivais e a detecção de alguma anomalia (nódulos, pérolas e cistos) que na maioria das vezes desaparecem, porém em alguns casos podem aumentar de tamanho, devendo ser observados até a sua involução.
- Dentes natais (presentes no nascimento) ou dentes neonatais (surgem nos 30 primeiros dias) devem ser avaliados.
- Observar as características do frênulo lingual e avaliar a necessidade ou não de sua eliminação, seguindo a nota técnica do MS. Sugere-se antes disso, aplicar o protocolo Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) para a avaliação do frênulo lingual do neonato.
- Além do exame clínico, na primeira consulta devem ser realizadas as recomendações e apoio ao aleitamento materno exclusivo. Ademais, é importante orientar sobre hábitos de sucção não-nutritiva, uso de açúcares, higiene bucal do bebê, erupção dos dentes decíduos, uso de fluoretos e cárie na primeira infância, além do acompanhamento odontológico nesse período.
- Hábitos de sucção não-nutritiva: ofertar a chupeta ao invés do seio materno para acalmar o bebê não é recomendado, uma vez que poderia resultar em episódios menos frequentes de aleitamento materno, seja pela saciedade neural, pelo cansaço muscular ou pela “confusão de bicos” (dinâmica muscular e mandibular diferenciada entre aleitamento materno e bicos artificiais) e conseqüentemente levar à redução da produção de leite materno provocando o desmame precoce. A criança que mama no peito até os seis meses tem menor possibilidade de adquirir hábitos de sucção não nutritivos (dedo e chupeta) do que aqueles que são amamentados com a mamadeira. Nos casos de impossibilidade de aleitamento materno e/ou no início da alimentação complementar, os líquidos devem ser oferecidos em copos ou copinhos. No decorrer do uso da mamadeira, a boca se fecha, a língua é empurrada para trás e os músculos mastigatórios não são ativados, enquanto os músculos mentonianos e bucinadores estão em hiperatividade. Esta limitação muscular no uso da mamadeira restringe os movimentos mandibulares basicamente à elevação e ao fechamento, o que possibilita uma predominância pelo crescimento vertical da face.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Os pais ou responsáveis pela criança devem ser orientados a evitar o consumo de açúcares livres, principalmente a sacarose, até os dois anos de idade. O açúcar parece estar presente na dieta de grande parte de bebês alimentados com mamadeira. É importante discutirmos a respeito do potencial cariogênico dos líquidos/alimentos ofertados aos bebês por meio da mamadeira.
- A higiene bucal do bebê pode ser orientada a ser efetuada a partir dos 60 dias de vida em caso de aleitamento materno exclusivo, pois o leite materno possui imunoglobulinas importantes para o desenvolvimento do bebê mesmo na ausência de dentes. Após o bebê ter adquirido uma certa imunidade pode se instituir o hábito de higiene bucal, inclusive para que a criança se acostume com o toque e a higiene da boca. Se estiver em aleitamento artificial deve se realizar a higiene desde os primeiros dias. Para higiene é recomendado o uso de gaze ou a ponta de uma fralda de pano embebida com água filtrada ou fervida para higienizar a mucosa do bebê antes dos primeiros dentes.
- Após a erupção dos primeiros dentes, por volta dos seis meses (pode ocorrer antes ou depois), a higiene bucal deve ser obrigatória após cada alimentação e amamentação da criança. A higiene pode ser realizada com a dedeira após o aparecimento dos primeiros dentes (incisivos), e/ou escova dental pequena e cerdas macias com a presença dos molares. O uso de dentifrício fluoretado (> 1.000 ppm) deve ser usado de maneira adequada com a chegada dos dentes decíduos, variando de acordo com a idade.
 - Antes dos 02 anos é recomendada a quantidade referente a um grão de arroz cru;
 - Dos 03 aos 05 anos a quantidade equivalente a um grão de ervilha e,
 - A partir dos 06 anos deve ser utilizada a técnica transversal. O uso do fio dental deve ser recomendado quando houver contato entre os dentes. A escovação e o uso do fio dental devem ser realizados pelos pais e/ou responsáveis até a idade que a criança apresente coordenação motora adequada para realizar a higienização sozinha.
- Erupção dos dentes decíduos: é um processo fisiológico que se inicia por volta dos seis meses de idade podendo ocorrer antes ou após este período. Algumas alterações sistêmicas e locais têm sido relatadas como manifestações associadas à erupção dental. Estudos apontam que uma febrícula (até 37,7 °C) e diarreia são fatores ligados à erupção dental, embora poucos autores evidenciem tal associação. Outros estudos evidenciam que essas alterações sistêmicas podem não estão associadas diretamente com o irrompimento dos dentes, e sim tratar-se de uma



coincidência ou uma infecção oportunista na mesma época. O choro e a irritação são comuns nesta fase. Lesões cutâneas podem surgir na região perioral, relacionadas às mudanças da qualidade da saliva nesta fase, devido à maturação das glândulas salivares, aumentando a viscosidade da saliva, dificultando sua deglutição. Assim, pode ocorrer escoamento da saliva não deglutida e esta umidade constante na pele sensível do bebê, ocasiona lesões cutâneas. Na erupção dos dentes, além da sintomatologia geral, pode apresentar distúrbios locais, como inflamação gengival, eritema, prurido, irritação tecidual, cisto/hematoma de erupção e fibrose gengival. Alguns métodos simples podem ser utilizados para minimizar estes sintomas como: oferecer bebidas e alimentos frios e/ou gelados, massagear suavemente a gengiva do bebê, oferecer alimentos (sem açúcar e de tamanhos adequados sem risco de engasgo) duros e mordedores gelados (colocá-los na geladeira durante 05 minutos antes).

- Outra opção é o uso de fitoterápicos, como a Camomila (*Matricaria camomila*), que apresenta ação antisséptica, cicatrizante e refrescante, trazendo alívio na sintomatologia. Inicie massageando os rodets gengivais, após o preparo da infusão que deve ser refrigerada e embebida em uma gaze esterilizada e descartada após 24 horas. O uso de produtos que tenham anestésicos locais em sua composição. Para descartar qualquer outra doença associada, caso o bebê apresente febre (acima de 37,7°C) e diarreia, é recomendada à avaliação médica. Em todos os casos, o bebê deve ser avaliado e observado pelo CD.
- Por volta dos 36 meses a dentição decídua estará completa com dez dentes na arcada superior e dez dentes na arcada inferior.
- Os profissionais da eSB para estabelecer um bom vínculo, podem realizar o primeiro contato por meio de atividades em grupo (ex.: orientações aos pais e responsáveis e após, o exame clínico individual dos bebês), interconsulta (atendimento conjunto do médico ou enfermeiro com o CD) ou consulta sequencial programada (preferencialmente programar o dia da consulta odontológica no mesmo dia e período da consulta de acompanhamento médico e de enfermagem, e/ou da vacinação).
- A gestão comportamental na assistência à criança deve ser elencada na atuação profissional multidisciplinar e integral objetivando a qualidade de vida de cada paciente.
- Os dados devem ser colocados na Caderneta de Saúde da Criança, durante a anamnese,
- Os retornos devem ser agendados conforme a avaliação de risco e atividade de cárie.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Consultas programadas: recomenda-se que a primeira consulta aconteça nos primeiros 10 dias de vida do recém-nascido, e posteriormente de 03 em 03 meses e/ou de acordo com a avaliação de risco para crianças de até 03 anos e de 06 em 06 meses para crianças de até 06 anos, com o devido preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança.
- A criança deve ser colocada no colo do profissional, com o cuidador segurando nas mãos da criança. Uso de posicionamento “joelho a joelho”, isso permite uma observação eficaz da cavidade bucal de uma criança. Informe aos pais que a criança pode chorar e isso é esperado. O profissional deve segurar a cabeça com as mãos enquanto retrai o lábio para a profilaxia e em seguida o exame clínico, para o tratamento se houver necessidade, conversar com os responsáveis sobre o melhor manejo de conduta conforme a necessidade.

4.4.9.3 Atendimento ao adolescente

Essa fase está compreendida entre 10 e 19 anos de idade, na qual o indivíduo se vê surpreendido por inúmeras mudanças cognitivas, físicas, emocionais e sociais. Buscando um equilíbrio, o adolescente apresenta comportamentos extremos, desde atitudes positivas e em alguns momentos mostrando-se negligente com seus cuidados à saúde.

Assim, esse período acaba sendo um risco para o aumento da cárie dentária e outras doenças bucais, em decorrência do precário controle de placa e redução dos cuidados com a escovação dentária. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2010, mostra o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) de 2,07 aos 12 anos e de 4,25, entre 15 a 19 anos. É, portanto de suma importância as ações de educação, prevenção e recuperação da saúde bucal dos adolescentes.

Devido à vulnerabilidade da faixa etária de 13 a 15 anos, a OMS sugere o monitoramento da saúde do adolescente escolar por meio da vigilância de fatores de risco comportamentais e de proteção, por meio da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, a qual inclui questões relacionadas à saúde bucal como escovação dos dentes, episódios de dor de dente e visitas ao dentista.

Dentre os fatores de risco para as doenças bucais estão o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas. Estes hábitos normalmente têm início na adolescência e se associam a uma variedade de condições orais patológicas em adultos. Assim é primordial a abordagem motivacional do adolescente, associando aspectos biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e multidisciplinares para o entendimento da relação entre qualidade de vida, condições da saúde bucal e a aquisição de novos hábitos, atitudes e comportamentos positivos, proporcionando dessa forma o bem-estar futuro.

A cárie dentária, a gengivite e a doença periodontal estão entre as doenças bucais mais freqüentes nos adolescentes. A presença de cárie e conseqüentemente dor de dente,



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



podem causar incapacidade de concentração, associação com sentimento de vergonha, baixa autoestima e ansiedade, alterando a rotina diária e comportamento do adolescente, prejudicando o rendimento escolar e o convívio social.

A Nota Técnica nº 02 SEI/2017-CGSAJ/DAPES/SAS/MS instrui sobre o atendimento de adolescentes desacompanhados dos pais ou responsáveis, em saúde bucal na APS. Portanto, a restrição de acesso aos adolescentes sob o argumento de que a realização do tratamento está condicionada à anuência e/ou presença de pais ou responsáveis, não é recomendada. Assim, o tratamento deve ser guiado pelo acolhimento, preservação da autonomia do indivíduo sobre a saúde e direito à privacidade. É importante destacar que na relação indivíduo-profissional sempre seja considerada, caso a caso, as circunstâncias em que o cuidado está sendo buscado e a capacidade do assistido de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.

4.4.9.4 Atendimento ao adulto

Com a criação do SUS e a reorganização das ações de saúde bucal através dos princípios de universalização do acesso, integralidade e equidade, houve a inclusão dos adultos e das outras faixas etárias. Em relação a essa faixa etária (20 – 59 anos), sabe-se que doenças crônicas e sistêmicas como diabetes, tuberculose, HIV/AIDS e outras são capazes de aparecer na boca. No entanto, a cárie dental e a doença periodontal representam as doenças mais prevalentes na população brasileira nessa faixa etária, podendo causar perdas dentárias e complicações com prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos, seja física, funcional, nutricional e até mesmo psicossocial (ANTUNES *et al.*, 2008; NARVAL *et al.*, 2006).

Esta faixa etária representa grande parte da população do território das unidades de saúde. Portanto, a utilização da ferramenta da estratificação de risco é fundamental para dar celeridade no atendimento a essa população que tem um maior risco a desenvolver doenças bucais. A eSB em conjunto com a ESF deve realizar ações coletivas, oferecendo atividades de educação, motivação e conscientização sobre os malefícios de hábitos diários que podem impactar em alterações do meio bucal como dieta cariogênica, tabagismo e etilismo e a importância de procurar atendimento odontológico visando a prevenção e estimulando a auto-percepção (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; PARANÁ, 2021; BRASIL, 2004a; BRASIL, 1986; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2016b; PARANÁ. SESA, 2016; BÁSICA, ; SILVA, 2016; BRASIL, 2016a; SCARPELLI; RICIOLI; WALTER, 1996; BALDANI *et al.*, 2003).

4.4.9.5 Atendimento ao idoso

A Lei 10.741 de 01/10/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, define que as “pessoas com idade igual ou superior a 60 anos” são consideradas idosas e têm direito



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



a “atendimento preferencial imediato e individualizado junto a órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população”, com “garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais”.

A ampliação da expectativa de vida traz uma nova discussão da saúde bucal do idoso e o aumento da atenção a esta faixa etária como necessidade real do SUS. Porém, apesar da ampliação da oferta e da cobertura da assistência odontológica no Brasil, a utilização do serviço por idosos é inferior às outras faixas etárias (BRASIL, 2011; BRASIL,). Conhecer essa população, bem como os fatores que determinam o uso dos serviços odontológicos, é importante para a formulação de políticas de atenção à saúde que objetivem a redução do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos (FERREIRA *et al.*, 2016; FERREIRA, 1986; BUSS; FERREIRA, 2001).

Nesse sentido, o papel da odontologia em relação a esse público é o de mantê-lo em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem gerem repercussões negativas na saúde geral e no estado psicológico de cada indivíduo (BUSS; FERREIRA, 2001).

A informação e a orientação são de suma importância nas ações odontológicas de prevenção específica e devem ser extensivas a todos na equipe interdisciplinar. A prática interdisciplinar é fundamental na odontologia geriátrica preventiva, pois o contato com os profissionais da área odontológica pode ocorrer tardiamente.

Ainda há grande desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre as especificidades do envelhecimento, o que impede a abordagem dos procedimentos específicos que contemplem a real necessidade de tratamento para estes indivíduos.

Para o atendimento ao idoso, fatores e características próprias desta faixa etária devem ser levados em consideração, tais como: consumo de medicação contínua, estado físico e emocional, insegurança, estilo de vida e maior risco a algumas patologias bucais como o câncer e periodontopatias.

Algumas alterações são decorrentes não só do processo de envelhecimento por si (senescência), mas principalmente de um conjunto de agravos diferenciados que atingem o idoso de maneiras distintas durante a vida: hipertensão arterial, acidentes vasculo-encefálicos, enfermidades cardíacas, diabetes mellitus, enfermidades mentais e motoras.

Algumas modificações bucais senescentes (fisiológicas decorrentes do processo normal de envelhecimento):

-
- Mucosa mais fina e menos elástica
- Redução das papilas e fluxo salivar
- Desgaste dental



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Dentina mais volumosa e rígida, esmalte menos permeável, atrofia da câmara pulpar
- Rarefação óssea
- Alargamento da espessura do cimento
- Polpa menos vascularizada

4.4.9.5.1 *Patologias/alterações bucais mais frequentes nos idosos:*

Cárie de raiz, xerostomia, doença periodontal, edentulismo, abrasão/erosão, halitose, dificuldade de higienização, mastigação e deglutição, necessidade de prótese, prótese mal adaptada, hiperplasia inflamatória, candidose, queilite angular, leucoplasias, ardência bucal, tumores, câncer.

A perda dos dentes traz consequências para a fala, deglutição e mastigação, comprometendo o processo digestivo, ingestão de nutrientes, apetite, comunicação e auto-estima. A dieta muitas vezes passa a ser pastosa e cariogênica.

4.4.9.5.2 *Cuidados especiais*

-
- Usuários com doenças sistêmicas: solicitar ao médico parecer sobre as condições para tratamento odontológico.
- Maioria dos medicamentos tem efeitos colaterais (gosto metálico, falta de paladar e xerostomia)
- Ao preencher os dados cadastrais, preferencialmente, dirigir-se ao idoso. Dirigir-se ao acompanhante somente quando verificar que o idoso apresenta alguma dificuldade que não o permita prestar as informações adequadamente;
- Demonstrar respeito e paciência;
- Explicar detalhadamente as etapas do processo de atendimento como consulta, exames ou marcação de consultas especializadas. O idoso muitas vezes sente-se inseguro em relação às informações recebidas;
- Abordar o idoso face a face para facilitar a leitura labial. O profissional, sempre que necessário, poderá remover a máscara clínica, durante as explicações, procurando manter o distanciamento de acordo com as normas sanitárias vigentes. Deve evitar o uso da máscara clínica, quando possível, durante as explicações;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Expressar-se com voz normal, lentamente e articulando bem as palavras. Evitar falar alto. A atenção diminui, o idoso se irrita e se desinteressa pela conversação.
- Garantir ao paciente idoso, que teve seu tratamento completado, retorno programado para manutenção, de acordo com as características de saúde e necessidades apresentadas.
- Desmentir crenças, como: “usuários de dentadura não necessitam de dentista”; “é normal o idoso perder os dentes”.
- Orientar a higiene da prótese e das gengivas
- Explicar a importância do auto-exame periódico (câncer bucal)
- Salientar a importância de se realizar avaliação profissional periódica da prótese (funcionalidade, estética e conforto) e alterações teciduais.

Todo tratamento que se fizer necessário deve ser realizado com consultas curtas, menos invasivas, trabalhando sempre que possível com Tratamento Restaurador Atraumático (ART) até a finalização do tratamento. Deve-se indagar se o idoso frágil, dependente, está sendo acompanhado pela equipe de saúde e encaminhá-lo em caso negativo.

A tabela a seguir destaca alguns medicamentos de escolha para atendimento ao idoso:



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Tabela 1 – Medicamentos de escolha no atendimento ao idoso

GRUPO	MEDICAMENTOS DE ESCOLHA (desde que o paciente não relate hipersensibilidade)
Analgésicos	Paracetamol (Tylenol, Dórico) – evitar em caso de problemas hepáticos Dipirona (Novalgina; Magnopyrol) – evitar em caso de hipotensão
Antiinflamatórios	Nimesulida - 1ª escolha Diclofenaco sódico - 2ª escolha
Antibióticos	Penicilinas: amoxicilina (1ª), benzilpenicilina (2ª), cefalexina (3ª), ampicilina (4ª) Clindamicina, Claritromicina, Cefalexina

Fonte: (SESA, 2021)

Bem como, algumas informações importantes para as várias fases da vida:



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Quadro 3 – Características e informações de algumas fases da vida das pessoas

ATIVIDADES/CICLO DE VIDA	INFORMAÇÕES IMPORTANTES ESPECÍFICAS PARA ESTA FASE DA VIDA	IMPlicação SISTÊMICA POR GRUPO ETÁRIO – COMORBIDADES	DOENÇAS E AGRAVOS BUCAIS MAIS COMUNS	OBJETIVOS PRINCIPAIS	FORMAS DE BUSCA ATIVA E CAPTAÇÃO
BEBE	<ul style="list-style-type: none"> Aleitamento materno Hábitos de sucção Alimentação sem açúcar Uso de medicamentos com açúcar (ex. xarope) Cronologia de erupção dentária 	<ul style="list-style-type: none"> Reações vacinais Doenças da infância 	<ul style="list-style-type: none"> Cárie precoce Má oclusão (mordida aberta) 	<ul style="list-style-type: none"> Dentição decídua sem cárie 	<ul style="list-style-type: none"> Campanhas de vacinação / parceria PNI Programa de lactentes Parceria com CMEs
CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none"> Importância do cuidado supervisionado na escovação Cronologia de erupção dentária Hábitos de sucção Alimentação saudável Ingestão de guloseimas o intervalo das refeições 	<ul style="list-style-type: none"> Reações vacinais Doenças da infância (primo infecção herpética) 	<ul style="list-style-type: none"> Cárie Trauma dentário (avulsão) Risco de fluorose 	<ul style="list-style-type: none"> 1º molar permanente hígido 	<ul style="list-style-type: none"> Parceria com CMEs e escolas Programa Saúde na Escola
ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado Uso de piercing Estética dental Má oclusão Uso de aparelhos ortodônticos Tabagismo Alcool e outras drogas Beijo e sexo oral 	<ul style="list-style-type: none"> Infecções em geral DST Causas externas 	<ul style="list-style-type: none"> Gengivite, cálculo Periodontite precoce Erosão dentária Risco de fluorose 	<ul style="list-style-type: none"> Prevenção de tabagismo Adolescente sem cálculo 	<ul style="list-style-type: none"> Parceria com escolas estaduais Programa Saúde na Escola Grupos de protagonismo juvenil
ADULTO	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado Tabagismo Alcool e outras drogas Diabete, câncer de boca, stress Interações medicamentosas Xerostomia Limpeza de prótese Beijo e sexo oral 	<ul style="list-style-type: none"> HAS, diabete, cardiopatias, doenças infecciosas, câncer Causas externas 	<ul style="list-style-type: none"> Cálculo Doença Periodontal Sensibilidade dentária Lesões bucais 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento do tabagismo e lesões bucais Adulto sem dor 	<ul style="list-style-type: none"> Parcerias com empresas Grupos de HAS, diabete, tabagismo Campanhas de prevenção (outubro rosa, agosto azul, novembro vermelho) Programa Saúde na Escola (EJA)
GESTANTE	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado com a suplementação de Fúor Relação da doença periodontal e prematuridade e bebê de baixo peso Paladar do bebê Aleitamento materno 	<ul style="list-style-type: none"> HAS, diabete, cardiopatias, doenças infecciosas 	<ul style="list-style-type: none"> Gengivite (gravídica) 	<ul style="list-style-type: none"> Gestante sem doença periodontal e focos de infecção 	<ul style="list-style-type: none"> envolver a equipe de saúde na captação da gestante - pré-natal odontológico Oficinas de gestante Oficinas com ACS sobre importância do pré-natal e busca ativa
IDOSO	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado Tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> HAS, diabete, cardiopatias, doenças infecciosas, câncer, 	<ul style="list-style-type: none"> Edentulismo Lesões bucais 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento de lesões bucais 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de HAS, diabete, Tabagismo

Fonte: (SESA, 2021)

Para auxiliar o desempenho das atividades com estes grupos específicos, bem como nas decisões clínicas, consultar as publicações:

- *A Saúde Bucal no SUS – Atenção em saúde bucal para condições especiais e etapas da vida” – páginas 97 a 126 e Ações de recuperação e reabilitações – páginas 127 a 137.* (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; BRASIL, 2018c);
- *Linha de cuidado em Saúde Bucal, 3ª edição, 2021. Secretaria de Estado da Saúde (PARANÁ. SESA, 2016; PARANÁ, 2021).*
- *Tratamento restaurador atraumático e sua aplicabilidade no serviço público* (GEVERT, 2017).

4.4.10 Atenção a pessoa com deficiência (PcD)

Pessoas com deficiências são todas aquelas que fazem parte de um grupo que requer cuidados especializados em Odontologia, entre eles, pessoas com doenças sistêmicas, e outros que apresentam uma limitação.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-11 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018) contempla os transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento. Na odontologia, estes pacien-



tes são assistidos pela especialidade da Odontologia Para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) na categoria Deficiência Mental.

O atendimento de pessoas com deficiência, principalmente intelectual, na APS está diretamente relacionado ao seu grau de colaboração com o atendimento clínico. O manejo desses pacientes por parte do profissional é o primordial para o sucesso deste atendimento, onde podem ser abordadas técnicas diversas como as utilizadas em Odontopediatria, independentemente da idade do paciente.

Quando aceitam o manejo devem ser atendidos na APS, realizando procedimentos de promoção de saúde, prevenção e controle de doenças bucais. As consultas devem ser regulares para se manter a motivação quanto à higienização bucal, a dieta e principalmente condutas preventivas. Para os pacientes que não respondem ao manejo, após três tentativas, devem ser referenciados para o CEO. Procedimentos de maior complexidade e/ou quando não se tem a segurança para a realização dos mesmos, seja pela agressividade do paciente ou por movimentos involuntários, ou ainda devido a outras complicações de saúde, devem ser realizados sob anestesia geral.

4.4.11 Atenção ao portador de condições crônicas

4.4.11.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é uma doença assintomática caracterizada pela elevação anormal da pressão sanguínea em repouso. Ocorre um endurecimento das paredes vasculares, dificultando a passagem do fluxo sanguíneo. Pode-se considerar como HAS, valores maior ou igual a 140 mmHg de pressão sistólica e/ou 90 mmHg de pressão diastólica. Pressão arterial acima de 190/120 mmHg – emergência médica.

Afeta cerca de 70% das pessoas entre 65 e 74 anos e estima-se que 10 a 20% das pessoas acima dos 20 anos.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Quadro 4 – Valores de referência de pressão arterial do Joint National Committee on Detection Evaluation and treatment of High Blood Pressure, 1993 - Os valores definidos em 1993 são utilizados como referência até os dias atuais

Categoria	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Limites superiores da normalidade	130 - 139	85 - 89
Hipertensão		
Estágio 1 (leve)	140 - 159	90 - 99
Estágio 2 (moderada)	160 - 179	100 - 109
Estágio 3 (grave)	180 - 209	110 - 119
Estágio 4 (muito grave)	> ou = 210	> ou = 120

Fonte: (JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1993)

Muitos pacientes são assintomáticos, por isso, **como rotina deve-se solicitar aferição de pressão para pacientes com 20 anos ou mais que acessem o serviço pela primeira vez ou em urgência**. Pacientes com histórico de alteração de pressão arterial devem passar por aferição a cada consulta, antes de procedimentos invasivos.

Juntamente com outras condições, tais como obesidade, tabagismo e diabetes mellitus, representa um fator de risco para as doenças cardíaco e cérebro-vasculares, limitando a atividade e encurtando a vida do paciente, podendo acelerar a aterosclerose e levar a falência renal. De todos estes determinantes a HAS tem sido considerada o maior fator de risco para a doença cardiovascular e mortalidade para o idoso. A taxa de morbidade é de 20% em pacientes com HAS, com 15 anos ou mais.

Para todos os hipertensos devem ser recomendadas medidas de higiene bucal e dietéticas: redução do peso, caso haja obesidade, restrição de álcool e cafeína, além de sódio na dieta, interrupção de tabagismo, incentivar exercícios físicos e técnicas de relaxamento quando o estresse estiver associado.

É de fundamental importância a integração entre a equipe de saúde bucal e a equipe de saúde da unidade. Verificar se o paciente está inscrito na linha de cuidado das DCNT da Unidade de Saúde.

Durante o tratamento odontológico o paciente pode sofrer descarga simpática e desencadear crise hipertensiva que poderá afetar órgãos vitais: coração, cérebro, rim e pulmão.

Pacientes que necessitem de procedimentos invasivos e que não estão com a pressão arterial controlada devem ser encaminhados para avaliação médica.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.11.1.1 Anestesiologia

Pacientes com pressão arterial normal podem receber qualquer combinação de sal e vasoconstritor. Pacientes com valores “acima da normalidade” e no “estágio 1” devem ser atendidos com diminuição da dose de vasoconstritores: 2 tubetes de adrenalina e 3 tubetes de felipressina. Nor-adrenalina, fenilefrina e levonordefrina não devem ser utilizados como vasoconstritores de primeira escolha. A concentração mínima da adrenalina é de 1:100.000. Não está indicada a concentração de 1:50.000. Não foram relatadas contra-indicações de sais anestésicos. Entre os sais, indicam-se primeiramente os de duração intermediária: lidocaína, prilocaina e mepivacaina. A articaina pode ser usada com cautela quanto à alergia cruzada com as cefalosporinas.

4.4.11.1.2 Tratamento odontológico

O limite para atendimento odontológico sem aumento do risco de complicações cardiorrespiratórias é de 140 mmHg para pressão sistólica e de 90 mmHg para pressão diastólica.

- “Normal” até “estágio 1”: podem ser realizados procedimentos curtos e pouco invasivos, como, por exemplo: tratamento periodontal; exodontia de 1 ou 2 dentes por técnica fechada; abertura endodôntica; ou procedimentos de urgência como drenagem de abscessos.
- “Estágio 2” e “estágio 3”: não se deve realizar procedimentos em consultório odontológico. Se necessário, o atendimento deve ser feito em nível hospitalar.
- “Estágio 4”: não são considerados para tratamento odontológico.

4.4.11.1.3 Terapêutica medicamentosa

A principal interação medicamentosa dos medicamentos anti-hipertensivos é com o grupo dos anti-inflamatórios, medicamentos muito usados no pós-tratamento odontológico, seja clínico ou cirúrgico. Nesses casos, o cirurgião-dentista pode prescrever analgésicos periféricos e analgésicos opióides para analgesia. Medidas não-medicamentosas, como compressas quentes e frias também controlam o processo inflamatório.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 13 – Substituições possíveis da terapia pós-operatória com anti-inflamatórios em pacientes hipertensos

Grupo Medicamentoso	Principais Fármacos	Substituições possíveis
Anti-inflamatórios não-esteróides (AINES)	Nimesulida, diclofenaco sódico, diclofenaco potássico, ibuprofeno	Paracetamol e dipirona
Anti-inflamatórios esteróides	Dexametasona, betametasona, hidrocortisona, prednisona	Codeína e tramadol

Fonte: (SESA, 2021)

4.4.11.1.4 Efeitos colaterais dos anti-hipertensivos

- Diuréticos - desidratação, hipocalcemia
- Metildopa - sonolência, impotência
- Propanolol - broncoespasmo, insuficiência cardíaca (em alguns casos) Clonidina - xerostomia

4.4.11.2 Cardiopatas

As doenças cardiovasculares mais comuns são: doença cardíaca isquêmica, angina do peito, insuficiência cardíaca, febre reumática, endocardite bacteriana, doenças congênitas, anormalidades das válvulas cardíacas, arritmias. Os pacientes cardiopatas também podem apresentar patologias respiratórias que interferem no tratamento odontológico, como asma e doença pulmonar obstrutiva crônica.

O tratamento odontológico é um estresse físico e emocional, decorrente de ansiedade, medo e/ ou dor. A ansiedade e o medo podem ser controlados com medidas farmacológicas (sedativos, sedação consciente com N2O2, sedação endovenosa) ou não-farmacológicas (manejos e controle verbal). Pacientes cardiopatas estáveis podem se tornar instáveis pelo aumento da frequência cardíaca decorrente de estresse e dor. Portanto, deve-se tomar cuidado com a ansiedade / medo, com a anestesia, e com a prevenção de dor intra e pós-operatória.

4.4.11.2.1 Anestesiologia

A anestesia local é realizada com prilocaina 3% associada à felipressina 0,03UI, como primeira escolha, pois a felipressina não é um vasoconstritor adrenérgico. Sua ação é sobre a musculatura lisa associada ao endotélio vascular, que permite vasoconstrição sem alterar a fisiologia cardíaca. Tem potência suficiente para atendimentos clínicos e cirúrgicos. Sua desvantagem em relação aos adrenérgicos, porém, é na diminuição da hemostasia.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Como tem menor potencial hemostático que os vasoconstritores adrenérgicos, métodos hemostáticos locais precisam estar disponíveis para procedimentos cirúrgicos.

Os vasoconstritores adrenérgicos precisam ser usados como segunda opção, quando a prilocaína 3% com felipressina 0,03 Unidades Internacionais (UI) não está disponível. Seu uso exige cautela e aferição da frequência cardíaca antes e após o procedimento. Dentre eles, a melhor opção é adrenalina 1:100.000. Não está indicada a concentração de 1:50.000. Se não houver adrenalina, usa-se a nor-adrenalina, porém, ela interfere na pressão arterial e aumenta o risco de arritmias. Fenilefrina e levonordefrina devem ser evitados em pacientes cardiopatas, pois seus metabólitos apresentam interação medicamentosa com os medicamentos de uso contínuo para as patologias cardíacas.

Não foram relatadas contra-indicações de sais anestésicos. Entre os sais, indicam-se primeiramente os de duração intermediária: lidocaína, prilocaína e mepivacaina. A articaina pode ser usada com cautela quanto à alergia cruzada com a cefalosporina.

O quadro a seguir mostra os vasoconstritores e as quantidades que podem ser utilizadas.

Quadro 5 – Quantidade de tubetes para cada vasoconstritor odontológico e as contra-indicações para pacientes cardiopatas

Vasoconstritor	Número de tubetes por sessão de atendimento
Epinefrina 1:50.000 (0,036mg por tubete)	Contra-indicado
Epinefrina 1:100.000 (0,018 mg por tubete)	2
Epinefrina 1:200.000 (0,009mg por tubete)	4
Felipressina 0,03UI por tubete	4
Nor-epinefrina 1:100.000 (0,018mg por tubete)	2
Nor-epinefrina 1:200.000 (0,09mg por tubete)	4
Levonordefrina	Evitar em pacientes hipertensos e cardiopatas
Fenilefrina	Evitar em pacientes hipertensos e cardiopatas

Fonte: (SESA, 2021)

Um reforço precisa ser dado ao uso de seringa carpule com aspiração e a realização de refluxo. A injeção intravascular nestes pacientes aumenta a frequência cardíaca e favorece o risco de emergências cardiovasculares.

4.4.11.2.2 Tratamento odontológico

O tratamento odontológico é considerado um estresse físico e emocional para o organismo. Estes pacientes não podem ter a frequência cardíaca aumentada, seja por estresse, dor ou anestésicos locais. Assim, uma das medidas de prevenção pode ser utilizar o oxigênio por cateter nasal, na dose de 3l/min durante todo o atendimento. Para moldagens, usar fios retratores sem adrenalina; podem ser usados sulfato férrico ou cloreto de alumínio.



Os pacientes cardiopatas são frequentemente medicados com antiagregantes plaquetários e anticoagulantes, o que gera maior risco de sangramento trans e pós-operatório. Os antiagregantes plaquetários mais comuns são ácido acetilsalicílico e clopidogrel. Os anticoagulantes são heparina, enoxaparina, varfarina, femprocumona, dabigatrana, rivaroxabana e apixabana.

Com a diminuição do efeito anticoagulante, é importante ter métodos hemostáticos locais durante a intervenção cirúrgica. Medidas de controle do sangramento devem estar à disposição:

- Subgalato de bismuto: pó coagulante usado para hemostasia de tecidos moles;
- Esponja de fibrina: esponja coagulante para alvéolos pós-exodontia;
- Cera para osso: biomaterial para hemostasia de tecido ósseo;
- Preparados ricos em plaquetas: membranas autólogas que podem ser usadas em alvéolos e outros sítios cirúrgicos

A Relação normalizada internacional (RNI) ou International Normalized Ratio (INR) é um dos métodos de controle mais importantes. Para a atuação odontológica, o ideal é que este controle seja realizado de 1 a 3 dias antes do procedimento cirúrgico. Se o $INR \leq 2,5$, não é necessário suspender o uso de anticoagulante oral para realização de procedimentos cirúrgicos simples como exodontias de 1 ou 2 dentes por técnica fechada, cirurgias gengivais e procedimentos de raspagem e alisamento periodontais. Quando o $INR > 2,5$ ou quando os procedimentos planejados tiverem maior extensão, discutir com o médico responsável a possibilidade de diminuir os efeitos anticoagulantes.

Figura 14 – Exame laboratorial coagulograma para avaliar o RNI. O valor de 1,06 está abaixo de 2,5 e o paciente pode ser atendido em nível ambulatorial



Fonte: (SESA, 2021)



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.11.2.3 Terapêutica medicamentosa

O primeiro ponto da terapêutica é sobre a interação medicamentosa dos vasoconstritores adrenérgicos com o grupo dos betabloqueadores: propranolol, atenolol, carvedilol, metoprolol, entre outros. Nestes casos, diminui-se a dose do vasoconstritor em 20%, podendo administrar ao paciente 80% da dose usual.

O segundo ponto é sobre o uso de antibióticos, tanto em profilaxia quanto em terapia. A profilaxia é indicada para prevenir endocardite bacteriana, infecção grave das válvulas ou superfícies endoteliais do coração. É um regime de antibiótico, de dose única e alta miligramagem, usado antes de procedimentos cirúrgicos odontológicos, em pacientes de alto risco para endocardite infecciosa. A avaliação para se definir o uso ou não da profilaxia antibiótica baseia-se no princípio “tipo de paciente x procedimento x risco de bacteremias”.

É muito importante ressaltar que a endocardite infecciosa tende a ocorrer muito mais por exposições frequentes a bacteremias aleatórias associadas a atividades diárias do que por bacteremias associadas aos procedimentos odontológicos. Como consequência, os comitês internacionais chegaram a um consenso sobre o uso restrito da profilaxia antibiótica.

Para consulta rápida, os quadros 8, 9 e 10 explicam as indicações cardiológicas, odontológicas e as doses utilizadas de antibióticos.

Quadro 6 – Patologias cardíacas de alto risco para endocardite bacteriana. Essas patologias indicam o uso de profilaxia antibiótica

Condições cardíacas de alto risco de endocardite bacteriana após procedimentos odontológicos
1. Válvulas cardíacas protéticas ou material protético usado para reparo de válvulas cardíacas
2. História prévia de endocardite infecciosa
3. Doenças cardíacas congênitas (DCC)
3.1 DCC cianótica não-reparada, incluindo casos com shunts e condutos paliativos
3.2 Defeito cardíaco congênito completamente reparado com material ou dispositivo protético, se colocados por cirurgia ou intervenção com cateteres, durante os primeiros 6 meses após o procedimento
3.3 DCC reparada com defeitos residuais no sítio ou adjacente a ele, de um curativo ou dispositivo protético (que inibem a epiteliação)
4. Pacientes que receberam transplante cardíaco e desenvolveram valvulopatia cardíaca

Fonte: (SESA, 2021)

Quadro 7 – Procedimentos odontológicos que exigem profilaxia antibiótica

Procedimentos odontológicos que exigem profilaxia antibiótica
Todos os procedimentos odontológicos que envolvem manipulação de tecido gengival, da região periapical dos dentes, ou perfuração da mucosa bucal. Os procedimentos que não exigem profilaxia são: anestesia dental através de tecido não infectado, radiografias dentais, instalação de prótese removível ou de aparelho ortodôntico, ajuste de aparelho ortodôntico, colagem de braquetes ortodônticos, esfoliação de dentes decíduos, sangramento dos lábios e mucosa bucal por trauma.

Fonte: (SESA, 2021)



Quadro 8 – Profilaxia antibiótica recomendada segundo o American Heart Association (AHA), 2007

Prescrições de profilaxia antibiótica			
	Medicamentos	Adultos	Crianças
Medicamento por via oral	Amoxicilina	2 g	50 mg/kg
Impossibilitado de usar a via oral	Ampicilina	2 g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
	Cefazolina / Ceftriaxona	1 g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
Alérgico à penicilina - uso por via oral	Cefalexina	2 g	50 mg/kg
	Clindamicina	600 mg	20 mg/Kg
	Azitromicina ou claritromicina	500 mg	15 mg/Kg
Alergico à penicilina - impossibilitado de usar a via oral	Cefazolina / Ceftriaxona	1 g IM ou IV	50 mg/Kg IM ou IV
	Clindamicina	600 mg IM ou IV	20 mg/Kg IM ou IV

Fonte: (SESA, 2021)

Define-se terapia antibiótica como sendo o uso de antibióticos para o tratamento de infecções ou de situações potenciais de gerar infecção. É realizada em múltiplas doses, em miligramagem menor do que a usada em profilaxia antibiótica. Pode-se indicar, genericamente, este regime de prescrição em 2 situações: infecções agudas instaladas e quadros com potencial de gerar infecção.

Baseado na flora microbiana das infecções odontogênicas, as indicações são, em ordem:

1. Penicilinas: amoxicilina, ampicilina, amoxicilina + clavulanato de potássio.
2. Cefalosporinas: cefalexina, cefalotina.
3. Clindamicina
4. Macrolídeos: azitromicina, claritromicina.

O metronidazol é um antibiótico específico para anaeróbios. Estes microrganismos são muito prevalentes nas infecções odontogênicas, o que faz este ser um antibiótico de escolha. Por outro lado, ele tem um espectro restrito e precisa ser associado para ter um efeito sobre as infecções polimicrobianas. As associações mais comuns são com amoxicilina e clindamicina.

4.4.11.3 Gestantes

Alguns instrumentos como promoção da saúde, o incentivo à adoção de comportamentos saudáveis e o acompanhamento humanizado integral atuam como pilares da assistência pré-natal. Nessa assistência o eixo norteador é a resolutividade, cujo objetivo é romper barreiras que possam comprometer a saúde materno-infantil. Ela é consolidada



com a presença de equipes capacitadas de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção (ALVES; BEZERRA, 2005).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) estabelece objetivos específicos e estratégias voltadas à garantia dos direitos deste grupo especial, dentre eles a promoção da atenção obstétrica e neonatal, de maneira qualificada e humanizada (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c). No âmbito do SUS, a organização da atenção materno-infantil é orientada pela Portaria GM/MS nº 1459 de 24 de junho de 2011, que implantou a “Rede Cegonha” e normatizou a assistência integral e o acompanhamento da gestante desde o planejamento familiar até os primeiros dois anos de vida da criança.

Foz do Iguaçu segue a Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Paraná, a qual preconiza a captação precoce da gestante e o seu acompanhamento no pré-natal, garantindo no mínimo 07 (sete) consultas durante a gravidez e 01 (uma) no puerpério. A primeira consulta deve ser realizada o mais precocemente possível, ou até o final do 3º mês de gestação, sendo 02 (duas) no primeiro trimestre, 02 (duas) no segundo trimestre, 03 (três) no terceiro trimestre da gestação e 01 (uma) no puerpério.

Nos dias atuais, as gestantes configuram um grupo populacional prioritário para o atendimento odontológico (PARANÁ. SESA, 2016). Esse fato é atribuído às características próprias desse período, como a possibilidade de surgirem alterações bucais e outras necessidades específicas que comprometem sua própria saúde e a de seus filhos (FIGUEIREDO, 2012).

Para atendimento odontológico, as gestantes são divididas em trimestres. As lactantes, que são consideradas às mulheres durante o tempo em que estiverem amamentando, sem um prazo pré-definido, que normalmente varia de 6 meses a 2 anos. A principal mudança nestes períodos é a hormonal. É de suma importância que estes períodos sejam acompanhados por um CD porque o que ocorre com a mãe pode ter influências sobre o feto / recém-nascido.

4.4.11.3.1 Anestesiologia

A anestesia segura para gestantes é a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Esta combinação de sal e anestésico não tem efeitos teratogênicos, desde que não seja feita administração intravenosa. Entretanto, os sais anestésicos que não devem ser usados: mepivacaína tem metabolização hepática lenta e pode causar toxicidade; prilocaína pode causar metemoglobinemia; e, articaína não tem estudos clínicos suficientes até o momento. Sais anestésicos sem vasoconstritor não são indicados porque aumentam a toxicidade da gestante e do feto.

Sobre os vasoconstritores que não devem ser usados: a adrenalina 1:50.000 não é segura e tem risco aumentado de vasoconstrição do cordão umbilical; a nor-adrenalina interfere com a pressão arterial; e, a felipressina pode ser indutor do parto.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Os cuidados indicados durante a anestesia são:

- Medir os sinais vitais Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória;
- Iniciar a anestesia local com a aspiração ou refluxo e repetir a cada mudança de posição da agulha; • Usar no máximo 2 tubetes de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000;
- Medir novamente os sinais vitais: PA, Frequência Cardíaca e Frequência Respiratória;

Para a lactante também é indicada a lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Não há evidências da presença deste anestésico local no leite materno. Advertir a lactante de que o uso da epinefrina, mesmo em pequenas doses, pode alterar a quantidade de leite produzida.

4.4.11.3.2 Terapêutica medicamentosa

Os Quadros a seguir podem ser consultados para a escolha de terapia medicamentosa de gestantes e lactantes.

Quadro 9 – Indicações de prescrições para gestantes, conforme o trimestre, e para lactantes durante todo o período de amamentação - 01

Medicamentos	Gestantes			Lactantes	Dose
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre		
Paracetamol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	500-750 mg a cada 8 horas Tempo total: 24 a 72 horas
Opioides (codeína, tramadol, oxicodona)	–	Risco de dependência do recém-nascido			Codeína: 30 mg a cada 6 horas Tramadol: 50 mg a cada 6 horas Oxicodona: 10 mg a cada 24 horas Tempo total: 6 a 24 horas

Fonte: (SESA, 2021)



Quadro 10 – Indicações de prescrições para gestantes, conforme o trimestre, e para lactantes durante todo o período de amamentação - 02

Medicamentos	Gestantes			Lactantes	Dose
	1º	2º	3º		
AINEs	-	☑	☑		Ibuprofeno 400 mg a cada 8 horas Celecoxib 100 mg a cada 12 horas Cetorolaco 10 mg a cada 8 horas Diclofenaco potássico 50 mg a cada 8 horas Tempo total: 24 a 72 horas
Corticoesteróides (dexametasona)	-				Dose única de 2 mg
Antibióticos (amoxicilina / amoxicilina + clavulanato de potássio)	☑				500 mg a cada 8 horas 875 mg a cada 12 horas Tempo total: 7 a 10 dias durante o tratamento da infecção aguda
Antibióticos (cefalosporinas)	-				Cefalexina 500 mg a cada 6 horas Tempo total: 7 a 10 dias durante o tratamento da infecção aguda
Antibióticos (clindamicina)	☑	☑	☑	☑	300 mg a cada 8 horas Tempo total: 7 a 10 dias durante o tratamento da infecção aguda
Antibióticos (metronidazol)	-	-	-	-	-

Fonte: (SESA, 2021)

4.4.11.3.3 Drogas teratogênicas ou suspeitas

Actinomicina D, metotrexato, clorambucil, anticoagulantes cumarínicos, cloridrato de tetraciclina, fenobarbital, carbamazepina, benzodiazepínicos.

Para lactantes, evitar o uso de: ampicilina, aspirina, atropina, barbitúricos, hidrato de cloral, corticosteróides, diazepam, metronidazol, penicilina, propoxifeno, tetraciclina e aminoglicosídeos.

Para lactantes, se possível, seguir as sugestões abaixo:

- Utilizar a terapia medicamentosa somente quando estritamente necessário e quando não foi possível substituir por procedimento odontológico;
- Escolher, dentro do grupo farmacológico, a opção com menor interação medicamentosa e menor número de efeitos colaterais;
- Prescrever o menor número de doses possível em 24 horas;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Planejar os horários de amamentação versus ingestão de medicamentos de modo a diminuir a quantidade do medicamento disponível para o recém-nascido no leite materno;
- Orientar a mãe a tomar as medicações após as amamentações para que uma parte significativa do medicamento seja eliminada até a próxima alimentação do recém-nascido;
- Discutir com o médico pediatra se é necessário que a mãe faça o esgotamento do leite antes de iniciar esta terapêutica medicamentosa.

4.4.11.3.4 Escolha da solução anestésica

A dor causada por um processo infeccioso pode causar mais estresse que o tratamento odontológico em si e ser mais prejudicial que a aplicação de qualquer anestésico. Se a gestante gozar de boa saúde geral, sem patologias associadas como hipertensão ou diabetes e se a gravidez não for considerada de risco, um anestésico com vasoconstritor pode ser utilizado, O mesmo tem ação por tempo reduzido, e muitas vezes há necessidade de maior volume da droga para prolongar o efeito, o que pode também provocar efeitos colaterais indesejados.

4.4.11.4 Pacientes Oncológicos

Câncer ou neoplasias malignas são um grupo de patologias divididas em: malignidades hematológicas, tumores sólidos e linfomas. A maioria destas doenças é passível de prevenção e essa é uma tarefa importante do cirurgião-dentista. Conversar com o paciente sobre as causas conhecidas e modos de prevenção faz parte da atenção básica à saúde. O profissional deve orientar sobre tabaco, álcool, radiação solar, dieta e riscos ocupacionais.

Os principais tratamentos incluem cirurgia, quimioterapia e radioterapia, os quais podem apresentar consequências para a saúde odontológica. A maioria dos tratamentos são realizados com terapias combinadas. A cirurgia é realizada para remover tecido para diagnóstico histopatológico e estadiamento; excisar o tumor primário com margens de segurança; e, determinar a extensão do tumor. Este modo de tratamento é a primeira escolha para remoção de tumores sólidos, sem metástases.

A quimioterapia é a administração de medicamentos anti-câncer, citotóxicos ou endócrinos, para a redução do tamanho do tumor sólido, prévia a uma cirurgia; ou, para o tratamento de múltiplos tumores e malignidades hematológicas. Diferentes combinações de medicamentos são utilizadas para cada tipo de neoplasia. Dentre os grupos de medicações estão os anti-proliferativos e os anti-reabsortivos.

Importante atenção deve ser dada aos medicamentos bifosfonatos e aos anticorpos monoclonais. São medicamentos anti-reabsortivos usados em diversos tipos de neoplasias,



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



bem como em casos de osteopenia, osteoporose e doenças que atingem o metabolismo ósseo, como doença de Paget. O uso de tais medicamentos diminui o funcionamento dos osteoclastos e interferem drasticamente no processo de remodelação óssea, principalmente da mandíbula.

A anestesia local pode ser realizada com base na duração do procedimento:

- Curta duração: lidocaína 2% + adrenalina 1:100.000;
- Média duração: prilocaína 3% + felipressina 0,03UI; mepivacaína 2% + adrenalina 1:100.000. O emprego de articaína 4% + adrenalina 1:100.000 pode ser indicado uma vez que os metabólitos da articaína são inativos e não provocam aumento da toxicidade renal e hepática nesses pacientes.
- Longa duração: não são indicados em pacientes oncológicos.

4.4.11.4.1 Tratamento odontológico

O tratamento ideal é realizado antes do início da quimioterapia e radioterapia. Neste instante, a abordagem deve ser radical para evitar a necessidade de cirurgias durante o tratamento anti-neoplásico.

4.4.11.4.2 Antes da quimioterapia e radioterapia:

- Orientação de higiene bucal: indicar escova macia, de cabeça pequena, pasta de dente com flúor, fio dental. Pode ser iniciado uso de enxaguantes bucais à base de géis umidificadores ou oxigênio ativo.
- Periodontia: profilaxia e Raspagem e Alisamento Periodontal (RAP);
- Dentística: restaurações pequenas e médias;
- Endodontia: tratamento dos dentes com periodonto saudável e sem lesão apical;
- Prótese: coroas em dentes com boa estrutura; Prótese Parcial Removível (PPR) e próteses totais bem ajustadas;
- Cirurgia: exodontia de dentes com prognóstico duvidoso, raízes residuais; biópsias, excisões de lesões de tecidos moles e duros.
- Ortodontia: finalizar o tratamento ou colocar contenções até o término do tratamento anti neoplásico.
- Odontopediatria: o tratamento segue as mesmas diretrizes do tratamento de adultos. Acrescentar a exodontia dos dentes em fase de esfoliação e a confecção de mantenedores de espaço até a erupção dos dentes permanentes. Endodontias de dentes decíduos são contra indicadas nesta fase.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.11.4.3 Durante a quimioterapia e a radioterapia:

- Observar o hemograma realizado, no máximo, 72 horas antes do atendimento: neutropenia e plaquetopenia são comuns e não contraindicam o tratamento se estiverem dentro dos valores mínimos indicados na tabela abaixo;

Quadro 11 – Valores mínimos de referência

Marcador	Valor de referencia	Valor para atendimento de paciente oncológico
Neutrófilos	40 - 70%	25 - 70%
Plaquetas	150.000 - 450.000/mm ³	80.000 - 450.000/mm ³

Fonte: (SESA, 2021)

- Avaliar o coagulograma e o RNI (seção “pacientes cardiopatas”);
- Profilaxia: evitar ao máximo que ocorra sangramento gengival;
- Indicação de pasta de dente e enxaguante bucal próprios para pacientes em quimioterapia, à base de géis umidificadores ou oxigênio ativo;
- Resolução de dor;
- Resolução de infecção; • Resolução de estética: caso interfira na vida social;
- Exodontias durante quimioterapia: respeitar os valores de exames da tabela acima, avaliar o RNI e ter à disposição os métodos hemostáticos (seção “pacientes cardiopatas”).
- Exodontias durante radioterapia na mandíbula, pode-se optar por uma das três opções abaixo:
 - não realizar exodontia; fazer a endodontia da raiz e o sepultamento radicular;
 - realizar exodontia atraumática, por extrusão do dente com forças elásticas aplicadas no ligamento periodontal;
 - realizar a exodontia e o preenchimento do alvéolo com Fibrina Rica em Plaquetas (PRF) até a epitelização completa. O importante é não deixar o osso alveolar exposto ao meio bucal.
- O mesmo raciocínio se aplica ao paciente que fez uso de bifosfonatos ou anticorpos monoclonais.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.11.4.4 Tratamento das complicações da quimioterapia e radioterapia:

- Xerostomia: sensação de boca seca e/ou fluxo salivar menor do que 1ml/min. O tratamento é a prescrição de saliva artificial. O profissional pode prescrever produtos prontos ou solicitar manipulação;
- Queilite angular e candidíase: infecção fúngica das comissuras labiais e da mucosa bucal. A prescrição de antifúngico deve ser inicialmente tópica e, se não houver remissão do quadro, associar a um antifúngico sistêmico.
- Medicamento tópico de primeira escolha: nistatina 100.000 UI a cada 6 horas.
- Medicamento sistêmico de primeira escolha: fluconazol 150mg a cada 7 dias.
- Mucosite: inflamação e ulceração das mucosas do trato gastrointestinal. O quadro clínico da cavidade bucal apresenta eritema e edema generalizados, com ulcerações em diversas regiões das mucosas. O paciente tem muita dor e dificuldade para se alimentar. Os tratamentos incluem:
 - Enxaguantes bucais a base de géis umidificantes ou oxigênio ativo;
 - Analgésicos tópicos em formato de gel ou pasta de dente;
 - Laserterapia de baixa intensidade.
- Herpes: infecção viral com lesões bolhosas, preferencialmente em lábios e nariz. O tratamento é realizado com antiviral tópico.
 - Medicamento tópico de primeira escolha: aciclovir creme.

4.4.11.4.5 Após a quimioterapia e radioterapia

- Quimioterapia: tratamento odontológico sem restrições se o hemograma e o coagulograma estiverem normais;
- Radioterapia: tratamento odontológico sem restrições se a mandíbula não foi irradiada. Cuidados devem ser tomados quando há o risco de radiação secundária na mandíbula, como o que ocorre em alguns tumores de mama e tireóide. Se a mandíbula foi irradiada, considerar o tratamento como descrito no item anterior.

4.4.11.4.6 Terapêutica medicamentosa

Para prescrever um medicamento a um paciente em tratamento anti-neoplásico, deve-se primeiro avaliar as medicações em uso. Normalmente, estes pacientes fazem uso



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



de antibióticos, antifúngicos, analgésicos e anti-inflamatórios como parte do tratamento oncológico ou como prevenção de complicações infecciosas bacterianas / virais e dor.

Se o paciente necessitar de medicação após o tratamento odontológico, priorizar os antibióticos da classe das penicilinas e os analgésicos periféricos paracetamol / dipirona.

4.4.11.5 Doentes renais

Os rins regulam muitas funções corporais, como pressão arterial, pH sanguíneo, excreção de metabólitos, eliminação de medicamentos, regulação dos equilíbrios hidro-letrolítico e ácido-base, além da função de filtrar o sangue. A doença renal se dá quando ocorre diminuição dessas funções. Se uma ou mais dessas funções estiverem ausentes, tem-se o quadro de insuficiência renal. O quadro clínico pode ser assintomático. Portanto, os exames de função renal, creatinina e uréia, devem fazer parte dos exames laboratoriais iniciais que o CD pede para os pacientes. HAS e diabetes, se presentes na anamnese, são fatores que predisõem a doença renal crônica.

4.4.11.5.1 Anestesiologia

Os anestésicos mais indicados são lidocaina 2% com epinefrina 1:100.000 para procedimentos curtos, prilocaína 3% com felipressina 0,03UI para procedimentos de média duração e articaina 4% com epinefrina 1:100.000 para procedimentos de longa duração. Como os rins filtram uma menor quantidade de sangue por minuto, a dose precisa ser menor, para evitar toxicidade. Considera-se seguro o limite de 2 tubetes por procedimento.

O sal anestésico mepivacaína apresenta uma contra-indicação relativa porque possui metabolização e excreção renal mais lentas em comparação a outros sais anestésicos, aumentando o risco de toxicidade sistêmica. Quando for necessário o uso, calcular 50% da dose usual.

4.4.11.5.2 Tratamento odontológico

Podem ser realizados todos os procedimentos necessários para a manutenção da saúde bucal. O que o CD precisa fazer é diminuir a duração das consultas e a extensão dos procedimentos, para que se respeite o limite máximo de 2 tubetes anestésicos por sessão.

Caso o paciente esteja assintomático, o tratamento pode ser realizado em nível ambulatorial. Se a doença renal apresentar sintomas, considera-se o atendimento em nível hospitalar. Os sintomas de doença mais importantes são: retenção de líquidos com edemas de extremidades, hipertensão arterial refratária e fadiga crônica.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.11.5.3 Terapêutica medicamentosa

A principal ideia da prescrição é diminuir a dose dos medicamentos, já que os rins doentes filtram mais lentamente do que o normal. Se a dose usual for prescrita, o paciente poderá apresentar toxicidade sistêmica.

- Analgésicos: para analgesia periférica, paracetamol e dipirona são utilizados com dose de 500mg a cada 12 horas; para analgesia central, tramadol 50 mg a cada 12 horas.
- Anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs): estão contraindicados porque podem aumentar a retenção de sódio, interagir com anti-hipertensivos e diuréticos, causando uma elevação repentina da pressão arterial.
- Anti-inflamatórios esteroidais: preferencialmente substituir por analgésico de ação central. Se o efeito anti-inflamatório for imprescindível, usar dexametasona 0,5mg ou betametasona 0,5mg em dose única.
- Antibióticos: a primeira escolha é a amoxicilina 500mg a cada 12 horas; em caso de reação alérgica, clindamicina 300 mg a cada 12 horas. O grupo das cefalosporinas está contra-indicado.

Manifestações bucais: odor de amônia; Gengivite ulcerativa necrosante aguda (GUNA); periodontite e hemorragia gengival. Entrar em contato com o médico do paciente para verificar a necessidade de profilaxia antibiótica.

4.4.11.6 Diabetes melitus

É uma síndrome metabólica caracterizada pela hiperglicemia. Manifesta-se mais significativamente acima dos 45 anos, com taxa de morbidade de 8%. Caracteriza-se por uma insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causando distúrbios no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas.

Com base na fisiologia da doença, dois tipos são descritos:

- tipo I ou insulino dependente e,
- tipo II ou não insulino dependente.

A longo prazo pode ocasionar a falência de vários órgãos: nervos, rins, coração, olhos e vasos sanguíneos.

Para a Odontologia, esta patologia interfere na coagulação sanguínea e na cicatrização dos tecidos.

É importante saber o valor de três testes de glicemia:



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Glicemia em jejum: 70-99 mg/dl
- Glicemia casual: 70-150 mg/dl
- Hemoglobina glicada: 4 a 6%

4.4.11.6.1 Anestesiologia

O uso de sais anestésicos deve ser feito, sem restrições, baseado no tempo de duração dos procedimentos. Porém, os vasoconstritores merecem uma escolha cuidadosa. Como a adrenalina é um hormônio hiperglicemiante, utilizar, preferencialmente, a felipressina 0,03UI. Caso seja necessário, utilizar adrenalina ou outros vasoconstritores adrenérgicos, monitorar a glicemia casual antes e ao final do procedimento.

Tratamento odontológico

Em relação ao resultado dos exames de glicemia, dividimos os atendimentos em 3 situações:

- 1) Se o paciente apresenta glicemias dentro do padrão de normalidade, o tratamento não apresenta restrições. Apesar dos resultados dos exames, há o risco de sangramento em procedimentos cirúrgicos. Usar métodos hemostáticos locais (seção “cardiopatas”).
- 2) Em caso de paciente descompensado, o ideal é enviar para a equipe médica normalizar a glicemia com tratamentos medicamentosos e mudanças no estilo de vida. Com a glicemia normalizada, o tratamento não apresenta restrições.
- 3) Alguns pacientes são atendidos pela equipe médica que consegue um controle parcial das glicemias. Para atendimento ambulatorial, os valores máximos são:
 - Glicemia em jejum: até 150 mg/dl
 - Glicemia basal: até 200 mg/dl
 - Hemoglobina glicada: até 6,5% Com resultados de exames acima destes valores, indica-se o tratamento em nível hospitalar.

O foco do atendimento odontológico nestes pacientes é a saúde periodontal. Diabetes é um fator de risco para a periodontite (75% dos pacientes diabéticos têm periodontite), assim como dados sugerem que a periodontite também pode ser um fator de risco para o diabetes: a resposta celular dos tecidos fica comprometida pela alta taxa de açúcar no sangue, tornando-o um meio de cultura rico para o crescimento bacteriano. Preconiza-se orientação de higiene bucal adaptada às necessidades de cada um. As escovas interdentes são muito utilizadas nestes casos. As profilaxias e manutenções podem e devem ser realizadas a cada três meses.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Pacientes diabéticos frequentemente apresentam xerostomia, diminuição na saliva, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. É comum a modificação da flora bucal, havendo uma predominância de colônias de estreptococos hemolíticos e estafilococos, com tendência a candidíase oral e queilite angular. Pode manifestar alterações nas glândulas salivares, epitélio gengival, fibras do ligamento periodontal, tecido ósseo, fluido sulcular.

Os medicamentos mais utilizados pelos diabéticos são: hipoglicemiantes orais e/ou insulina. Por isso, a prevenção de hipoglicemias é importante. É importante que em qualquer procedimento odontológico o paciente esteja tranquilo e, principalmente, não sinta dor, pois o medo, a ansiedade e a dor são fatores de estresse, que podem causar alterações na glicemia. Ao ser submetido à intervenção odontológica não deve estar em completo jejum: para os insulínodpendentes, agendar consultas curtas ou de media duração, preferencialmente pela manhã, com o paciente bem alimentado.

4.4.11.6.2 *Terapêutica medicamentosa*

Para o controle da dor, os analgésicos são a primeira escolha, sejam os periféricos ou os de ação central. Indicar paracetamol, dipirona, codeína ou tramadol, dependendo do procedimento realizado e da dor pós-operatória esperada.

Os AINEs são contra-indicados porque podem potencializar a ação dos hipoglicemiantes orais e levar a um quadro de hipoglicemia. Os corticoides podem ser empregados no pré-operatório, em dose única. Em relação aos antibióticos, a profilaxia antibiótica será realizada quando o paciente for portador de uma das 5 condições listadas na seção “cardiopatas”. Do contrário, a indicação é de terapia antibiótica. O antibiótico de escolha é amoxicilina, seguido de amoxicilina com clavulanato de potássio; em caso de alergia, substituir por clindamicina.

4.4.11.6.3 *Cuidados especiais*

-
- Integração entre o trabalho do médico e do cirurgião-dentista - intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em pacientes que estão bem controlados.
- É importante a orientação, para que o paciente seja inscrito na linha de cuidado das DCNT da Unidade de Saúde.
- Procedimentos invasivos requerem profilaxia antibiótica



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.11.7 Doença falciforme

Esta doença é mais prevalente na população negra, parda e seus descendentes. Os doentes apresentam, em diferentes episódios durante a vida, as crises falcêmicas ou também chamadas vasclusivas, nas quais acontece a oclusão de um vaso pelas hemácias em forma de foice. O episódio é acompanhado de dor, diminuição da circulação na região vascularizada pelo vaso ocluído e necrose tecidual. Infecções podem ser a causa e/ou a consequência de uma crise falcêmica.

Para que se faça um diagnóstico adequado, é importante ouvir o paciente e investigar cada sintoma por ele relatado, mesmo que não exista um sinal clínico característico no início da consulta.

4.4.11.7.1 Anestesiologia

Os tratamentos podem ser realizados em anestesia geral ou local. Pacientes bebês ou crianças, muito manipulados desde o nascimento, e com a saúde mental debilitada são candidatos para a anestesia geral. Outros casos, a anestesia local pode ser realizada e a escolha dependerá da duração do procedimento. As opções podem ser lidas na seção “pacientes oncológicos”.

O uso de vasoconstritores é indicado desde que se tenha um controle rigoroso do refluxo a cada mudança de posição da agulha nos tecidos.

4.4.11.7.2 Tratamento odontológico

Desde os primeiros meses de vida, a abordagem deste paciente, deve ser voltada para a prevenção da saúde bucal e seu acompanhamento deve ser realizado por toda a sua vida.

Mesmo com os cuidados, o tratamento odontológico pode desencadear uma crise falcêmica. O estresse físico e emocional do tratamento é motivo para a ocorrência da crise. Durante a crise, o foco do tratamento passa a ser direcionado pelas queixas de dor, trauma e infecção.

Caso seja necessário internação hospitalar, solicitar ao hospital o acompanhamento do paciente por parte de um CD. As rotinas de higiene bucal e de bochechos com flúor devem ser intensificadas, se o paciente usar muitos medicamentos com sacarose.

No nível ambulatorial, o primeiro raciocínio de tratamento é o exame de esmalte e dentina. Na época de erupção dos primeiros dentes decíduos, avaliar a cronologia de erupção e se há hipomineralização dos tecidos duros. Se tiver, fazer restaurações com ionômero de vidro e/ou resina, conforme a capacidade de adesão dos tecidos mineralizados. A segunda avaliação para cronologia de erupção e hipomineralização deve ser realizada na erupção dos primeiros dentes permanentes. A conduta restauradora é igual.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



O segundo raciocínio é a prevenção de infecções. Estes pacientes são mais suscetíveis a cáries e doença periodontal. As consultas de manutenção são importantes para que não ocorram infecções agudas, seja de origem cariosa / endodôntica ou periodontal. Sugere-se consultas de rotina a cada 3 meses.

4.4.11.7.3 Como prevenção:

Orientação de higiene bucal: escova macia, de cabeça pequena, pasta de dente com flúor, fio dental. Pode ser iniciado uso de enxaguantes bucais à base de géis umidificadores ou oxigênio ativo. Ensinar o paciente a realizar uma higiene constante é importante. orientá-lo para que entenda que gengivite e o sangramento associados aumenta o risco de infecções e, conseqüentemente, crises falcêmicas;

Selantes nas fósulas e fissuras dos dentes posteriores, decíduos e permanentes.

Os sinais e sintomas de dor, edema e neuropatia do nervo mandibular podem indicar o início da crise falcêmica ao mesmo tempo que indicam osteomielite da mandíbula. Um cuidado adicional deve ser tomado porque as áreas de necrose tecidual e/ou osteomielite podem ser infectadas secundariamente. A via principal de contaminação óssea é o sulco gengival. Nos exames por imagem é possível identificar a destruição óssea.

Os tratamentos indicados para estas áreas são:

- Consultas curtas para que o estresse físico e emocional não desencadeie uma crise falcêmica;
- Controle de ansiedade: verbal, escrito, medicamentoso - sem supressão do centro respiratório por benzodiazepínicos, óxido nitroso + oxigênio.
- Remoção cirúrgica do tecido necrosado e debridamento para formação de tecido saudável;
- Uso de membranas autólogas para auxiliar na cicatrização;
- Higiene pós-operatória com clorexidina 0,12% ou peróxido de hidrogênio a 1%; • Antibioticoterapia.

A trombose da circulação terminal pode causar necrose pulpar assintomática. No exame clínico, pode não ter outra causa aparente, como cárie ou fratura coronária. Nestes casos é importante identificar se ocorreu uma crise falcêmica recente. Além disso, é importante avaliar o paciente quanto à saúde das polpas dos dentes com testes de vitalidade.

A língua pode ser lisa, descorada e despapilada. O tratamento de higiene e conforto são necessários. Adaptar a higiene com raspadores de língua, espátulas de madeira ou colutórios para que o paciente tenha a região limpa, sem dor nem sangramento. A saliva artificial pode ser acrescentada em caso de xerostomia.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Protetores bucais em adolescentes e adultos são indicados para evitar trauma dentoalveolar. Pacientes com doença falciforme são mais suscetíveis à trauma por problemas motores ou Acidente Vascular Encefálico (AVE) secundários a crises falcêmicas.

São contraindicados o uso de piercings ou outros adereços colados aos dentes para não ocorrer trauma de mucosa nem acúmulo de biofilme que favoreça a infecção.

4.4.11.7.4 Terapêutica medicamentosa

Nas crises falciformes, o uso de antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos é necessário. O tratamento medicamentoso deve ser direcionado para a causa do problema e seguido do tratamento operatório indicado.

Exemplos:

Se a crise falcêmica causar a necrose pulpar de um dente permanente associado a dor, prescrever anti-inflamatórios e analgésicos e endodontia;

Se a crise falcêmica resultar em osteomielite, prescrever antibióticos e analgésicos e realizar a remoção cirúrgica do tecido necrosado.

A escolha do antibiótico é de amplo espectro com cobertura para estreptococos e estafilococcus: penicilinas, cefalosporinas e clindamicina. Se o paciente estiver em uso contínuo de penicilina não é necessário acrescentar outro antibiótico.

O protocolo de profilaxia antibiótica da AHA não considera esta doença como indicativo para este regime terapêutico. Porém, outros autores consideram esta medicação necessária, pois são pacientes com maior risco de desenvolver infecções. Se indicar, considerar a tabela da seção “**cardiopatas**”.

AINEs: evitar salicilados que diminuam a agregação plaquetária.

4.4.11.8 Coagulopatias

Concentração do fator deficiente é:

- inferior a 1% = hemofilia severa;
- entre 1 e 5% = hemofilia moderada;
- entre 6% e 25% = hemofilia leve.

A base do tratamento é a terapia de reposição da substância faltante, ou seja, o fator de coagulação específico para este paciente.

Para odontologia: realizar o tratamento prévio ao procedimento e em conjunto com o hematologista que acompanha o paciente.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.11.8.1 Anestesiologia

Os tratamentos podem ser realizados em anestesia geral ou local. Pacientes bebês, crianças e idosos são candidatos para a anestesia geral. Outros casos, a anestesia local pode ser realizada e deve ser levado em consideração a duração do procedimento.

O uso de vasoconstritores é indicado e aconselhável. Indicam-se as concentrações a partir de 1:100.000 para adrenalina e nor-adrenalina, para evitar vasodilatações compensatórias e sangramentos após a reabsorção do anestésico local. A levonordefrina (corbadrina) pode ser usada na concentração de 1:20.000, pois equivale a adrenalina 1:100.000. A fenilefrina 1:50.000 tem uma ação vasoconstritora menor do que os outros anestésicos citados nesta seção.

Como resumo, uma tabela de consulta pré-operatória:

Figura 15 – Quantidade de tubetes para cada vasoconstritor odontológico e as contra-indicações para pacientes hemofílicos

Vasoconstritor	Número de tubetes por sessão de atendimento
Epinefrina 1:50.000 (0,036mg por tubete)	Contra-indicado
Epinefrina 1:100.000 (0,018 mg por tubete)	2
Epinefrina 1:200.000 (0,009mg por tubete)	4
Felipressina 0,03UI por tubete	4
Nor-epinefrina 1:100.000 (0,018mg por tubete)	2
Nor-epinefrina 1:200.000 (0,09mg por tubete)	4
Levonordefrina	2
Fenilefrina	3

Fonte: (SESA, 2021)

4.4.11.8.2 Tratamento odontológico

Na anamnese, deve-se caracterizar as doenças em leves, moderadas e severas e obter o histórico de tratamentos prévios dos pacientes. Atentar para sangramentos prévios trans-operatórios, pós-operatórios, intra-articulares e decorrentes de ferimentos / traumas, bem como suas complicações.

O CD deve solicitar o coagulograma. Após análise do exame como um todo, atenção especial deve ser voltada para o tempo de coagulação e TTPA - tempo de tromboplastina parcial ativada, que são os indicadores predominantemente alterados nestas patologias. As alterações nestes indicadores devem ser discutidas com o hematologista do paciente.

A abordagem deste paciente deve estar voltada para a prevenção de sangramentos trans e pós-operatórios. Isso inclui uma rotina de prevenção de saúde bucal para que o paciente não apresente cáries, doenças periodontais ou outras patologias bucais. Sugere-se consultas a cada 6 meses para realizar profilaxia e fazer a manutenção da saúde.



Se houver necessidade de realizar procedimentos que gerem sangramento, o paciente deve levar o plano de tratamento para o hematologista, que indicará o protocolo de transfusões sanguíneas prévias às consultas. O paciente deverá receber o fator de coagulação deficiente. É muito importante considerar que a maioria dos tratamentos odontológicos podem causar sangramento.

Além da transfusão sanguínea, atitudes que previnem sangramento: Para procedimentos restauradores - minimizar o risco de traumas nas mucosas: uso de isolamento absoluto com lençol de borracha; uso de cera nas moldeiras; uso cuidadoso de aspiradores bomba à vácuo; cera na borda da película radiográfica que será posicionada no assoalho de boca.

Para procedimentos endodônticos: trabalhar sem ultrapassar o ápice; irrigação com hipoclorito de sódio e pasta de hidróxido de cálcio para conter pequenos sangramentos.

Para procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade: anestésicos com vasoconstritor, hemostáticos locais e proteção da ferida cirúrgica com cimento cirúrgico.

Para procedimentos cirúrgicos de média e alta complexidade: atendimento hospitalar.

Os sugadores de bomba à vácuo podem fazer trauma e hematoma nas mucosas, portanto, devem ser usados com cuidado e posicionados para aspirar os líquidos na região dos dentes. Em caso de sangramento nos locais de colocação dos grampos, matrizes e cunhas pode-se usar uma gaze embebida em ácido tricloroacético a 10% e compressão local por 10 min.

Com a diminuição do efeito anticoagulante, é importante ter métodos hemostáticos locais durante o tratamento odontológico.

Medidas de controle do sangramento devem estar à disposição:

- Subgalato de bismuto: pó coagulante usado para hemostasia de tecidos moles;
- Esponja de fibrina: esponja coagulante para alvéolos pós-exodontia;
- Cera para osso: biomaterial para hemostasia de tecido ósseo;
- Cimento cirúrgico: para recobrir a ferida e impedir traumas no pós-operatório;
- Preparados ricos em plaquetas: membranas autólogas que podem ser usadas em alvéolos e outros sítios cirúrgicos.
- Terapêutica medicamentosa
- Podem ser usados os medicamentos-padrão usados em Odontologia com alguns cuidados:
- Evitar anti-inflamatórios não-esteróides, que podem interferir com o processo de agregação plaquetária e coagulação.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Tratar a dor leve a moderada com analgésicos periféricos paracetamol e dipirona;
- Tratar a dor forte com analgésicos opioides codeína, tramadol ou oxicodona;
- Pode ser usada a combinação de analgésicos periféricos com opióides para um controle de dor forte persistente por mais de 3 dias;

O protocolo de profilaxia antibiótica da AHA não considera esta doença como indicativo para regime profilático. Portanto a antibioticoterapia deve ser feita para diminuir o risco de infecção na ferida cirúrgica.

4.4.11.9 Pacientes que apresentam convulsões e epilepsia

Manifestações bucais: hiperplasia gengival dilatínica ou não (indolor e confundida com a gengivite).

- Prevenir a crise epilética no consultório dentário - saber se barulhos, luz ou emoções podem ser fatores do início da crise
- Saber o tempo de duração da crise e o espaço entre uma crise e outra.

Em caso de crise convulsiva:

- Afastar objetos e retirar o que houver na cavidade bucal;
- Deixar o paciente em decúbito lateral (virado para o lado direito) para a saliva escoar e não ser aspirada; caso o paciente venha aspirar imediatamente chamar por emergência médica;
- Proteger a cabeça do paciente, mas não tentar limitar seus movimentos;
- Esperar o tempo da crise e deixar o paciente descansar;
- Não comentar sobre a crise, pois geralmente eles não se lembram de nada e não gostam de fazer comentários;

4.4.11.10 Portadores de hipertireoidismo

Produção excessiva de hormônios da tireóide. Frequentemente associada a hipertensão arterial, arritmia e insuficiência cardíaca.

Para pacientes não controlados, o tratamento odontológico e principalmente o uso de anestésicos com vasoconstritores é contra-indicado.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



4.4.11.11 Portadores de artrite

Inflamação nas articulações que evolui diminuindo a mobilidade dos pacientes e requerendo utilização de doses progressivas de analgésicos e antiinflamatórios, causando xerostomia, ulcerações, estomatites, hiperplasia gengival, disfunção têmporo-mandibular (DTM), hemorragia gastrointestinal, dor abdominal e náuseas.

- Artrite reumatóide: causa desconhecida, predominante nas mulheres, terceira e quarta década de vida, apresentação sub-aguda, com envolvimento simétrico de múltiplas articulações (3 ou mais), nódulos reumatóides, mãos e punhos mais comumente afetados, rigidez matinal pelo menos durante 1 hora.
- Osteoartrite: forma mais comum da artrite, colapso da cartilagem articular, com ruptura mecânica secundária. Afeta com mais frequência as articulações que sustentam peso (quadril, joelho, coluna)
- Gota: deposição de cristais de ácido úrico nas articulações, início agudo e resposta inflamatória em 24 horas, usualmente uma articulação (monoarticular), sítio mais comum - dedo grande do pé, outros sítios - tornozelos, punhos e joelhos, nível sérico do ácido úrico pode estar elevado, diagnóstico pela aspiração de cristais de ácido úrico na articulação.

O contato com o médico é importante, pois a medicação ingerida pode causar hemorragia, dificuldade de cicatrização e resistência às infecções (corticosteróide). É necessário administrar profilaxia antibiótica para procedimentos invasivos.

Por haver perda de mobilidade, os pacientes podem ter dificuldade de higienizar a boca. Nesse caso, há necessidade de orientar o cuidador.

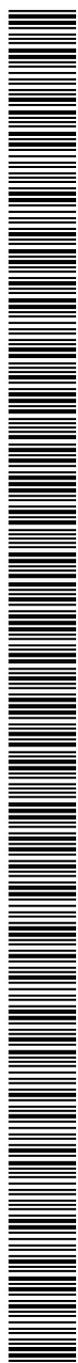
4.4.11.12 Portadores de asma

Obstrução das vias aéreas passível de reversão. Dar preferência a anestésicos locais com felipressina. Anestésicos com adrenalina, noradrenalina, fenilefrina e levonordefrina têm sulfitos. Pacientes asmáticos podem ter alergia a sulfitos.

4.4.11.13 Portadores de Alzheimer

Causa demência. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são: aumento da idade, história familiar, sexo feminino, história familiar de síndrome de Down, traumatismo crânioencefálico.

Deve-se finalizar o tratamento em espaço curto de tempo, realizando mais procedimentos por consulta.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



O cuidador deve estar presente porque o paciente pode ficar agitado. Nesse caso o atendimento deve ser interrompido e remarcado. Orientar o cuidador nos cuidados com higiene bucal, limpeza de próteses e informá-lo que se o paciente tiver dor, não irá relatar, deixando de se alimentar e às vezes recusando-se a abrir a boca para higienização.

Portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV)

As manifestações bucais da infecção pelo HIV são comuns e podem ser os primeiros sinais clínicos da doença: candidíase, leucoplasia pilosa, herpes simples; lesões provocadas por Papiloma Vírus Humano, sarcoma de Kaposi, linfoma não-hodking e doença periodontal, já que as doenças sistêmicas que comprometem a defesa do hospedeiro contra infecções, frequentemente estão associadas às doenças periodontais mais severas, resultando em lesões necrosantes.

A principal via de contágio é sexual, havendo ainda possibilidade de transmissão durante acidente com material perfurocortante. A chance de transmissão por essa forma é baixa: 0,05 a 0,1%.

O paciente frequentemente apresenta xerostomia, por isso, motivar o uso de goma de mascar sem açúcar, saliva artificial e flúor tópico como prevenção.

4.4.11.14 Portadores de Parkinson

É uma doença neurológica que afeta os movimentos da pessoa. É incurável e progressiva e sua etiologia é desconhecida. Causa tremores, lentidão de movimentos, desequilíbrio e pode provocar alterações na fala e na escrita. Pode afetar qualquer pessoa, sem predileção por sexo, raça, cor ou classe social. Tende a afetar pessoas mais idosas. Os primeiros sintomas geralmente aparecem a partir dos 50 anos de idade atingindo 1% das pessoas com mais de 65 anos.

É necessário orientar o paciente e a família/cuidador quanto à higiene bucal e se necessário utilizar escovas elétricas, bochechos com anti-sépticos e retornos mais frequentes ao consultório.

4.4.11.15 Pacientes que fazem terapia com anticoagulantes

Geralmente são pacientes com insuficiência renal ou transplantados renais, que usam cardiopróteses, têm isquemia cardíaca e/ou são transplantados cardíacos ou hepáticos.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Tabela 2 – Medicamentos que podem ser utilizados em pacientes com terapias anticoagulantes

Droga	Permitidas	Proibidas
Anestésico	Prilocaína com vasoconstrictor (Citanest, Citocaína, Biopressin)	Não usar adrenalina
Analgésico	1) Paracetamol (Tylenol, Dórico) 2) Dipirona (Novalgina, Anador, Magnopyrol, etc.)	Ácido acetil-salicílico – antiagregante plaquetário
Antiinflamatório	Benzidamina (Benflogin, Benzitrat, Eridamin) Meios físicos: frio local por 2 h. calor local após 24 h.	Evitar diclofenacos e piroxicams
Antimicrobiano	1) Penicilinas 2) Eritromicina e Frademicina 3) Cefalosporina	

Fonte: O autor

4.4.11.16 Anemia

Causada por destruição acelerada dos glóbulos vermelhos (hemólise). Pedir avaliação médica para verificar necessidade de profilaxia antibiótica.

4.4.11.17 Endocardite bacteriana

A Endocardite Bacteriana é um processo infeccioso grave da superfície do endocárdio, envolvendo geralmente as válvulas cardíacas.

Em virtude da maior incidência dos estreptococos na sua etiologia, o tratamento odontológico pode ser responsável por uma porcentagem de casos de endocardite bacteriana.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Os principais fatores de risco são as lesões do endocárdio provocadas por doenças congênitas ou adquiridas, colonização bacteriana e disseminação por infecção por via sanguínea (bacterímia).

Manifestações clínicas: artrite, anemia, calafrios noturnos, confusão mental, embolia, esplenomegalia, febre, falta de apetite, perda de peso, petéquias, insuficiência cardíaca, sopro.

Indivíduos com risco de desenvolver endocardite devem manter melhor saúde bucal possível para reduzir as fontes de contaminação. A utilização de antissépticos antes dos procedimentos odontológicos é recomendável.

4.4.12 Atenção às pessoas em situação de violência

As violências e os acidentes são tidos como um problema social de grandes dimensões, que atingem e afetam todas as pessoas, sociedade e culturas. É uma temática de relevância em saúde pública que pode deixar marcas profundas ao longo da vida. Sua magnitude alcança toda a população, independente das condições sociais e econômicas (PARANÁ, 2020), causa adoecimento, perdas e mortes, e revelam-se através de ações praticadas por indivíduos, grupos, classes e nações, causando danos emocionais, físicos, a si próprio ou a outros. Apresenta-se como transversal a todos os níveis de atenção à saúde e acontece em todas as fases do ciclo de vida, exigindo um trabalho intersetorial e articulado entre as diversas políticas públicas e a sociedade para seu enfrentamento.

A partir de um olhar integral e amplo, considerando o indivíduo, a coletividade, a sociedade e o planeta em sua totalidade, a saúde pode ser entendida como uma manifestação da cultura de paz. A prevenção de violências e acidentes surge como uma das estratégias de promoção da saúde, que busca operar sobre os fatores de risco e de proteção, promovendo ambientes e entornos seguros e saudáveis, bem como comportamentos e hábitos saudáveis por parte da população. A OMS define violência como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (DAHLBERG; KRUG., 2002).

Pode ser classificada por tipo em três grandes grupos segundo quem comete a violência: violência contra si (autoprovocada), interpessoal (doméstica e comunitária) e coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias); e também segundo as naturezas da violência: física, sexual, psicológica/moral, tortura, tráfico de seres humanos, violência financeira/ econômica, trabalho infantil, negligência/abandono e intervenção legal (BRASIL, 2016c).

A mais prevalente entre elas é a violência física, a maioria ocorre em ambiente doméstico, sendo que as mulheres, crianças e adolescentes são as mais atingidas, causando impactos negativos para seu desenvolvimento, gerando consequências na vida adulta e



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



para a sociedade (ANDRADE *et al.*, 2011).

Entre os tipos de trauma, o de face tem destaque por sua peculiar relevância, estando entre as principais causas de morte e morbidade no mundo. De acordo com Aranega *et al.* (2010), o trauma de face possui grande impacto, levando em consideração a repercussão emocional, funcional e o fator estético. Lesões na face e cabeça apresentam um índice de 50% de todas as mortes traumáticas.

Na prática odontológica, o profissional deve estar atento aos indícios e sinais de todos os tipos de violência, pois em sua rotina o CD pode se deparar com pessoas que sofreram e foram expostas à violência. Porém, de um modo geral, a violência física é a mais comum de ser identificada pelo CD, uma vez que na maioria das vezes a agressão ocorre na região de cabeça, pescoço e boca (PARANÁ, 2020). Do ponto de vista legal, os profissionais de saúde são responsáveis pela proteção integral à criança e ao adolescente, estando ou não em situação de risco, segundo o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, devem denunciar a suspeita ou confirmação de violência às autoridades competentes (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2016c; FAÉ *et al.*, 2016; BRASIL, 2016a).

Foz do Iguaçu é uma das 240 rotas de tráfico humano do Brasil, um corredor de passagem para crianças, adolescentes, mulheres e homens vítimas de tráfico para fins sexuais e/ou do trabalho escravo. Nesse sentido, o Protocolo de Palermo destaca que, quando se tratar de crianças e adolescentes, ou seja, idade inferior a 18 anos, o consentimento é irrelevante para a configuração do tráfico (BRASIL, 2004).

De acordo com MARISTA (2014), o município, no ano de 2012, apontou a maior taxa de ocorrência de violência sexual envolvendo crianças e adolescentes no Estado do Paraná, atingindo o 12º lugar no Ranking Nacional. Ainda disso, no ano de 2012, o Departamento de Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos, através do Disque 100, recebeu 469 denúncias em relação à violência contra crianças e adolescentes, colocando Foz do Iguaçu em 3º lugar no quadro de denúncias do Estado do Paraná.

Um estudo realizado por Bortoli (2015) revelou que os casos de violência em Foz do Iguaçu contra crianças e adolescentes, ocorridos durante os anos 2013 a 2014, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) totalizaram 578 ocorrências. Desse total, 246 ocorreram em 2013 e 332 ocorreram em 2014.

A notificação de violência interpessoal e autoprovocada é uma das ações de vigilância em saúde, bem como é uma das etapas da linha de cuidado prevista na Portaria nº 1.271 e deverá ser feita em momento oportuno de acordo com o preconizado na legislação. A notificação compulsória é uma ferramenta primordial para o dimensionamento do fenômeno da violência, bem como suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de enfrentamento e prevenção do problema. Desta maneira, é importante que o profissional cirurgião dentista zele pela saúde e pela dignidade do paciente, conforme previsto no Código de Ética Odontológica.

A notificação se faz por meio do preenchimento da ficha de Violência Interpes-



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



soal/Autoprovocada do SINAN, no endereço eletrônico: portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada.

Deve ser preenchida em 02 (duas) vias: uma via fica na unidade notificadora e a outra via deve ser encaminhada à Vigilância Epidemiológica no setor de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis(DANTs)para digitação e consolidação dos dados, na rua Vereador Moacir Pereira, 900 Vila Yolanda, Foz do Iguaçu – PR, Telefone: (45) 2105-8181. Para acessar a cartilha na sua íntegra:

Cartilha_ProcolodeAtendimento_Foz.pdf (mppr.mp.br).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



5 Pontos de apoio e de atenção à saúde

5.1 Laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD)

Levando em consideração a assistência de forma integral, bem como a necessidade de um serviço reabilitador protético em saúde bucal, o MS financia desde 2005, o credenciamento de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

Em Foz do Iguaçu o LRPD foi implantado em 2005, onde são confeccionadas próteses totais. Além disso, o município tem credenciamento com laboratório privado para confecção de próteses totais e parciais. No CEO, profissionais realizam a execução dos passos clínicos para entrega, ajustes e preservação das próteses dentárias¹.

5.2 Atenção ambulatorial especializada (AAE)

A organização através da RAS deve oferecer ao usuário a atenção integral do cuidado, incluindo as ações mais complexas. Em relação à saúde bucal, a atenção ambulatorial especializada contém um conjunto de ações e serviços cujo nível de complexidade demanda a disponibilidade de procedimentos especializados. Nesse contexto, Foz do Iguaçu tem como pontos de atenção especializada: CEO eUPA. Os demais serviços são referenciados para o HMCC, HMPGL, Centro de Atendimento Integral ao Fissurado Palatal (CAIF) e Centro de Atenção e Pesquisa em Anomalias Craniofaciais (CEAPAC).

5.2.1 Centro de especialidades odontológicas (CEO)

As unidades de atenção primária devem utilizar um sistema de referência e contra-referência como também apoio matricial às equipes da atenção primária e educação permanente como instrumento para garantir a integridade das ações.

Os CEO são estabelecimentos de saúde registrados no CNES, classificados como Clínica especializada/Ambulatório de Especialidade, com serviço especializado de odontologia, para realizar, no mínimo, as seguintes atividades:

- diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- periodontia especializada;
- cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- endodontia; e
- atendimentos aos portadores de necessidades especiais.

¹ Saiba mais sobre valores de procedimentos de próteses dentárias realizadas no CEO, através da portaria número 1.825 de 24 de agosto de 2012 do MS. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1825_24_08_2012.html



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Além das especialidades mínimas citadas, o CEO do município de Foz do Iguaçu contempla ainda as especialidades de Prótese, DTM, Ortodontia e Radiologia.

Os CEO recebem incentivo financeiro do MS para implantação e também incentivo mensal referente ao custeio de acordo com o tipo. O monitoramento consiste na análise de produção mínima, verificada mensalmente através do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), e devem funcionar minimamente por 40 horas semanais. Os CEO ainda podem receber os incentivos referentes à Rede da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites².

Quadro 12 – Número de equipes odontológicas para cada atipo de CEO, número de procedimentos básicos para PNE e por especialidade por tipo de CEO.

	Número de equipes	Número de procedimentos Básicos – PNE	Número de procedimentos Periodontia	Número de procedimentos Endodontia	Número de procedimentos Cirurgia
CEO I	3	80	60	35	80
CEO II	4 a 6	110	90	60	90
CEO III	7 ou mais	190	150	95	170

Fonte: (SESA, 2021)

Para ser encaminhado, o usuário necessita que o CD que atua na UBS/USF mais próxima de sua residência, faça o referenciamento através do sistema eletrônico, preenchendo corretamente **TODOS** os campos, principalmente o nome do usuário e seu número telefônico. Não esquecer também de indicar a especialidade para encaminhamento e a história clínica. O comprovante dessa inscrição deve ser impresso e entregue ao paciente. O mesmo deve ser orientado a aguardar contato telefônico para a primeira consulta, sendo de sua responsabilidade comunicar ao CEO e a UBS/USF qualquer alteração no seu número telefônico para atualização de cadastro. Para consultar sua posição na lista de espera para o tratamento o paciente deve procurar a UBS/USF ou acessar o site: <https://www5.pmf.pr.gov.br>³.

5.2.1.1 Critérios gerais para referência

- O encaminhamento deverá ser feito através do sistema eletrônico. Preencher o maior número de informações possíveis sobre o tratamento necessário, inclusive no

² Saiba mais sobre o financiamento do CEO através da portaria número 2979, de 12 de novembro de 2019. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. *Atenção especializada da rede de cuidados da pessoa com deficiência no âmbito do SUS, através da portaria número 835 de 25 de abril de 2012.* https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html

³ Independentemente do tipo de trabalho executado (atenção primária, especializada ou pronto-atendimento), os profissionais de saúde bucal devem ter em mente que todos os usuários têm direito ao atendimento integral, devendo ser acolhidos de forma adequada em qualquer nível do sistema, atendidos em todas as suas necessidades naquele nível e encaminhado para outros níveis quando necessário, mantendo o vínculo com a equipe da atenção básica.



comprovante de inscrição na fila e pedir pra levá-lo na consulta (caso ocorra uma pane de internet que impossibilite visualizar o prontuário eletrônico e não inviabilizar o atendimento).

- O usuário em tratamento na unidade básica, para ser encaminhado aos serviços especializados, deverá receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal (adequação de meio bucal com remoção dos fatores retentivos de placa, focos de infecção, restos radiculares, selamento de cavidades e terapia periodontal básica (instruções de higiene bucal, raspagem radicular e profilaxia).
- Pacientes que necessitem de encaminhamento para DTM e prótese total - encaminhar somente para DTM. No tratamento de DTM será confeccionada a prótese total, sem necessidade dos profissionais das UBS colocarem na lista da central.
- Nos casos de urgência o primeiro atendimento deve ser realizado na UBS ou na UPA.
- Orientar os usuários encaminhados ao CEO que, se houver dor antes do início do atendimento no CEO, deve procurar a Unidade Básica de origem ou a UPA.
- Após término do atendimento no CEO, quando necessário, o usuário deverá procurar a unidade de saúde de origem para conclusão ou manutenção do tratamento. Conforme orientações anotadas na contra referência no prontuário eletrônico. Esse documento deve ser devidamente preenchido no CEO com o diagnóstico, tratamentos realizados e as recomendações para retornos à Unidade de Saúde de origem. O CD da UBS deve consultar o prontuário eletrônico, caso o paciente não tenha a contra-referência impressa.
- Caso o profissional do CEO julgar que o encaminhamento do usuário foi inadequado, não atendendo os critérios preconizados ou que o tratamento é inoportuno, o mesmo deve preencher o documento de contra-referência, explicando ao profissional da atenção básica (às vezes é necessário contato telefônico) os motivos de ordem técnicos/científicos que contra-indicam aquele procedimento. A justificativa deverá ser registrada no prontuário do usuário. Esse mesmo profissional do CEO deve explicar claramente ao usuário porque o procedimento não será realizado.
- Usuários com estado de saúde geral que comprometa o tratamento odontológico devem primeiramente ser estabilizados na UBS para posterior encaminhamento. Cardiopatas, hipertensos, diabéticos, etc. devem portar relatório médico sobre sua saúde atual, por isso o profissional da atenção básica já deve encaminhá-lo ao médico.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



5.2.1.2 Documentos necessários

- RG
- CPF
- Comprovante de residência, de preferência no nome do usuário (PRÓTESE)
- Cartão SUS
- Comprovante de inscrição na fila (caso haja queda do sistema, a fim de saber qual procedimento deverá ser realizado)
- Raio X (quando analógico)

OBS: É imprescindível que o usuário leve os documentos acima já na primeira consulta, pois o tratamento poderá ser finalizado em única sessão.

5.2.1.3 Critérios de encaminhamento de acordo com a especialidade

5.2.1.3.1 Endodontia

- Os dentes com polpa vital e rizogênese incompleta, diagnosticados previamente com radiografia periapical ou panorâmica, devem ser encaminhados com prioridade para o CEO para tratamento de apicigênese;
- Encaminhar apenas dentes que apresentem condições de restauração na rede pública ou caso o usuário opte em fazer na rede privada (remanescente coronário passível de reconstrução com restaurações e bom estado periodontal) – com no mínimo duas faces inteiras nos molares e pré-molares e os anteriores devem ter boa condição periodontal (mínimo de 02 mm de altura cervical, sem cálculo, sem inflamação),
- Avaliar previamente ao encaminhamento, a origem da dor, estabelecendo o necessário diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica e periodontal.
- Se houver necessidade de aumento de coroa clínica, deve ser encaminhado para Periodontia também.
- Encaminhamento dos terceiros molares para endodontia, somente se o usuário apresentar muitos elementos faltantes e houver necessidade de sua manutenção, com prognóstico favorável e abertura bucal permitindo tratamento. Solicitar radiografia periapical antes de encaminhar para avaliar viabilidade do tratamento endodôntico (dilaceração radicular, atresias, calcificações e dificuldade de acesso).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Preparo prévio do dente antes de ser encaminhado para tratamento: remoção de tecido cariado, curativo de demora e restauração provisória.
- Não encaminhar dentes com envolvimento de furca grau 3 ou com doença periodontal severa e grande mobilidade horizontal e vertical.

5.2.1.3.2 Periodontia

- Avaliar o grau de motivação e real interesse do usuário pelo tratamento.
- Analisar se no planejamento protético futuro os dentes serão mantidos
- Casos de aumento de coroa com necessidade de prótese – analisar se o usuário terá condições de fazê-la na rede particular. E nos casos de encaminhamento para viabilizar tratamento restaurador, o dente a ser operado deve ter sido submetido à remoção de tecido cariado.
- O tratamento das urgências periodontais (processo periodontal agudo) deverá ser realizado preferencialmente nas UBS e/ou pronto-atendimento.

O tratamento periodontal só deverá ser considerado completado após, pelo menos um retorno para avaliação, em espaço de tempo definido pelo profissional que conduziu o tratamento e mantidas as condições de saúde periodontal, bem como, nos casos em que o usuário não aderir ao tratamento.

A manutenção do tratamento realizado no CEO deve ser feita nas unidades de saúde. Observar as orientações da periodontia no documento de contra-referência e prontuário eletrônico em relação ao retorno do usuário.

Nas consultas periódicas (manutenção) deve-se observar:

- Condições teciduais (alteração de cor, edema);
- Sangramento à sondagem;
- Motivação e orientação de higiene;
- Controle de placa;
- Remoção de placa e cálculo;
- Alertar sobre a importância do novo retorno;

A periodicidade depende: Susceptibilidade da doença; Histórico familiar; Idade; Habilidade manual e Presença de próteses fixas/ implantes. Indica-se intervalo médio de 4 meses, porém pode ser alterado para intervalos maiores ou menores, dependendo de como o paciente está se saindo no controle de placa. É recomendada a comunicação



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



entre profissionais da Atenção Primária e Especializada a fim de garantir a otimização dos resultados da manutenção, podendo, diante da recorrência da doença ou insucessos, ser encaminhado novamente ao CEO. Nestes casos, avaliar a motivação do usuário em retornar ao CEO para novo tratamento periodontal e somente reencaminhar se o usuário mostrar interesse.

Critérios de inclusão

- Necessidade de raspagem subgengival em bolsas acima de 5 mm;
- Necessidade de cirurgia periodontal com acesso;
- Necessidade de cirurgia pré-reabilitadora;
- Dentes com recessão gengival, desde que o usuário manifeste interesse na cirurgia para recobrimento;
- Lesões de furca;
- Lesões endoperio;
- Gengivectomia e gengivoplastia.

Critérios de exclusão

- Usuário que fará apenas profilaxia com jato de bicarbonato;
- Pacientes com bolsas periodontais de até 4mm (devem ser tratados na UBS/USF);
- Dentes com acentuada mobilidade e;
- Dentes com severa destruição coronária (raízes residuais).

5.2.1.3.3 Cirurgia/diagnóstico de lesões

Cabe ao CD generalista a seleção dos casos que serão encaminhados ao CEO. De maneira geral, os clínicos ficam responsáveis pelos diagnósticos e tratamentos das lesões com diagnóstico exclusivamente clínico, como: herpes recorrente, gengivoestomatite herpética primária, estomatite aftosa recorrente, candidíase e queilite angular.

Critérios de inclusão

- Pacientes com sinais evidentes de lesões na mucosa bucal e estruturas anexas, recorrentes ou não, onde esteja indicado ou desejado o esclarecimento clínico, exame histopatológico (biópsia) ou solicitação de outros exames complementares adicionais.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Pacientes com áreas da mucosa bucal que, mesmo sem ulcerações, nódulos e/ou infartamento ganglionar, apresentam formação de placas esbranquiçadas, áreas atróficas ou manchas escurecidas. Deve ser dada ênfase especial a pacientes com histórico de tabagismo, etilismo ou exposição solar e que tenham acima de 40 anos de idade.
- Lesões ósseas de natureza diversa, localizadas na maxila ou na mandíbula.
- Pacientes com presença de nódulos, vesículas ou bolhas e infartamento ganglionar.
- Quanto à cirurgia de dentes inclusos/semi-inclusos – priorizar casos com sintomatologia.

Critérios de exclusão

- Exodontias simples (inclusive para finalidade protética e/ou ortodôntica).
- Raízes residuais.
- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos até a avaliação médica e seu devido tratamento.

5.2.1.3.4 Prótese

A necessidade será diagnosticada mediante exame clínico do CD da Unidade de Saúde, com observação dos seguintes critérios para inclusão:

Critérios para prótese total:

- Ausência total de elementos dentários na arcada a ser reabilitada.

Quando da presença de dentes na arcada antagonista:

- Remover cálculo.
- Extrair dentes com mobilidade.
- Restaurar dentes cariados.
- Rebordo alveolar regular ou que possibilite o assentamento de uma prótese.
- Ausência de lesões ósseas, de mucosa, gengiva ou dos anexos orais.
- Examinar com atenção a cavidade bucal antes de encaminhar (investigar a possível existência de dentes e/ou raízes sob a prótese)
- Antes de encaminhar, considerar também se o usuário tem condições psicomotoras para utilizar a prótese.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Dar prioridade aos que estão sem próteses, principalmente pacientes que necessitam ser inseridos no mercado de trabalho.
- Em casos de substituição de próteses, fazer uma avaliação criteriosa e encaminhar os casos estritamente necessários.

Crítérios para prótese parcial removível

- Antagonista de prótese total (extremidade livre);
- Pacientes de DTM (encaminhar direto para DTM);
- Ausência de dentes anteriores;
- Não encaminhar casos com ausência de poucos dentes posteriores;
- Demais casos devem ser encaminhados para avaliação do protesista.

Crítérios para prótese unitária provisória

Realizar cuidadoso exame clínico, verificando a situação bucal do usuário:

- Somente para dentes ANTERIORES (incisivos e caninos) haverá possibilidade de receber restauração direta ou coroa provisória, ambas com núcleo intrarradicular em fibra de vidro (o núcleo metálico não é utilizado no CEO).
- PACIENTE DEVE SER ORIENTADO QUE A PRÓTESE É PROVISÓRIA.

Encaminhar o usuário para exame radiográfico no CEO e avaliar o raio X quanto a:

- Presença de tratamento endodôntico satisfatório ou necessidade de encaminhamento para endodontia no CEO (Ressalta-se que o **retratamento** não é realizado). Não encaminhar casos com endodontia insatisfatória, uma vez que inviabiliza a confecção do núcleo.
- Qualidade da crista óssea

OBS: Se houver a película do Raio X, a mesma deve ser entregue ao usuário juntamente com documento e Referência para ser levado ao CEO.

Ajustes de próteses

Orientar ao usuário após entrega da prótese, que se após uma semana a mesma ficar “frouxa” ou “machucar”, ele deverá entrar em contato telefônico com o CEO para agendar uma consulta para ajustes.

IMPORTANTE: O usuário deve ser **orientado** quanto ao procedimento de ajuste da prótese, que o mesmo é realizado no consultório e entregue de imediato, porém, quando existe a necessidade de “reembasamento”, a prótese é encaminhada ao laboratório devendo demorar alguns dias.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



5.2.1.3.5 Pessoa com deficiência (PcD)

PcD é toda pessoa que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes de ordem mental, física, intelectual, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, as quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Ainda que existam alguns grupos, com situações específicas que representem necessidade de atenção especial, sempre que possível, devem ser atendidos nas UBS (deficientes visuais, auditivos, motores, Síndrome de Down, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV/AIDS, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações).

OBS: TODOS os serviços odontológicos da rede pública deverão atender crianças de “qualquer idade”, inclusive bebês (0 a 24 meses de idade), que façam partes das áreas adstritas.

Critérios de inclusão

- Pacientes com deficiências, que não foram atendidos na UBS (após tentativas), e que permitem atendimento ambulatorial, podem ser encaminhados ao CEO para que o CD da especialidade realize uma nova tentativa antes de encaminhar ao HMPGL.
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência, mediante contato e relatório detalhado inserido no prontuário do paciente contendo as seguintes informações: as datas das tentativas de atendimento; se o paciente tem deficiência: mental, visual, auditiva, física ou transtorno mental.

OBS: O acesso do paciente poderá ser realizado através das Assistentes Sociais das três entidades vinculadas ao CEO:

- 1) Escola Especial Nosso Canto
- 2) Apae 1 e Apae 2
- 3) ACDD

Critérios de exclusão

- Crianças que tenham desenvolvimento normal mental/motor e apenas não cooperam com o atendimento, deverão ser atendidas nas unidades de saúde próximas à sua residência. Podem-se utilizar métodos de contenção, (desde que autorizado pelos pais) adequação psicológica e conscientizar os pais da responsabilidade de convencer a criança (dependendo da idade) para o tratamento. A DVSBu **não indica a utilização de sedação de pacientes.**



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e dos profissionais e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma Atenção Hospitalar.

5.2.1.3.6 Disfunção têmporo mandibular (DTM)

Critérios de inclusão

- Idade: a dentição permanente deve estar completa – por volta dos 12 anos
- Dor na Articulação Têmporo Mandibular (ATM) com ou sem ruído e/ou limitação de movimento
- Dor de cabeça freqüente sem causa explicada
- Bruxismo

Critérios de exclusão

- Somente ruído ou estalo
- Antes de completar a dentição permanente – bruxismo fisiológico

5.2.1.3.7 Ortodontia

Inicialmente serão tratados os pacientes que necessitem de interceptação e prevenção na fase de crescimento (ortodontia preventiva).

Critério de inclusão:

Idade de 6 a 14 anos.

Orientações aos pais antes do encaminhamento

- Instrução de higiene oral voltada para o menor na presença dos pais;
- O tratamento pode ser interrompido por falta de higiene ou em caso de falta à consulta sem justificativa;
- Os pais deverão estar cientes que o encaminhamento é para avaliação da possibilidade de realização do tratamento na rede pública.

Casos clínicos para indicação

- Atresia maxilar
- Mordida aberta
- Mordida profunda acentuada



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Mordida cruzada anterior ou posterior
- Classe II e III esquelética
- Perda dentária prematura que necessita manutenção ou recuperação de espaço

É importante considerar também a motivação da família e da criança/adolescente para fazer o tratamento: devem estar cientes que é de longa duração, com necessidade de consultas frequentes, portanto haverá custo de transporte (paciente e acompanhante) ao trabalho/escola.

Triagem de usuários

Com o objetivo de organizar o atendimento no CEO e diminuir a espera dos usuários por encaminhamentos inoportunos, os profissionais da atenção especializada convidarão usuários em espera para consulta de triagem mensal.

Durante a triagem, a demanda será organizada, os casos urgentes serão atendidos mais rapidamente e encaminhamentos fora dos critérios preconizados poderão ser orientados a retornar às unidades de saúde de origem para regularização.

5.2.2 Unidade de Pronto Atendimento

São estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências.

As unidades também possuem o objetivo de diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos de menor complexidade sejam encaminhados diretamente para as unidades hospitalares, além de ampliar a capacidade de atendimento do SUS.

As UPA funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, visando acolher e atender a todos os usuários que buscam assistência médica. Também são capazes de resolver grande parte das urgências e emergências, sendo que, nas localidades que contam com pelo menos uma unidade, cerca de 97% dos casos são solucionados no próprio local.

Com o objetivo de ampliar o acesso à população, a UPA João Samek possui serviço de odontologia para os casos de urgência /emergência:

- 18h00min às 22h00min de segunda à sexta-feira
- 13h00min às 17h00min nos finais de semana.

Os serviços de urgência odontológica das unidades atendem casos de infecção dentária, problemas de dor de dente (pulpite aguda), hemorragias gengivais após extração dentária, queda de próteses provisórias, conhecidas como coroas, e casos de pequenos traumas dentários provocados por quedas, acidentes ou outras causas.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Os casos de rotina, não emergenciais, como restaurações, extrações, raspagem de tártaro e aplicação de flúor, devem ser atendidos pela APS. O Serviço de Urgência Odontológica das UPA colabora também com a resolução de graves infecções buco-faciais de origem dental, nestes casos, os pacientes recebem o primeiro atendimento odontológico e são regulados para a rede hospitalar onde outro profissional CD acaba por conduzir um tratamento mais longo e por vezes com a realização de cirurgias sob anestesia geral.

5.2.3 Centro de atenção integral ao fissurado labiopalatal (CAIF)

O CAIF, implantado em 1992, é voltado para o tratamento das anomalias craniofaciais congênitas, entre as quais se incluem as fissuras labiopalatais.

O atendimento é realizado no Complexo Hospitalar do Trabalhador localizado no mesmo terreno do Hospital do Trabalhador, na Rua República Argentina, 4334 – Novo Mundo – Curitiba – PR. É um serviço próprio do estado, realizando atendimentos 100% SUS aos paranaenses.

Objetiva promover a reabilitação estética e funcional, bem como a reintegração dos portadores de anomalias craniofaciais na sociedade. Nesse sentido, oferece uma completa estrutura de atendimento com todas as áreas relacionadas ao processo de reabilitação, envolvendo além da área clínica, as áreas psicológica e social.

5.2.3.1 Critérios para atendimento no CAIF:

- gestantes diagnosticadas com anomalias crânio faciais no feto;
- crianças e adultos com fissura labiopalatal (fendas orais típicas);
- crianças e adultos com anomalias crânio faciais congênita;
- crianças e adultos com hemangioma;
- crianças e adultos com microssomia (alterações na orelha);
- todas as pessoas, moradoras do estado do Paraná que possuem algum tipo de deformidade crânio facial congênita.

O acesso ao referido serviço é realizado através da 9ª Regional de Saúde, via Tratamento fora do domicílio (TFD).

Para agendamento utiliza-se:

- Código Brasileiro de Ocupação (CBO): Cirurgia plástica
- Área de atuação: Avaliação do fissurado e anomalias crânio faciais.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Profissionais de várias áreas compõem a equipe inter e multidisciplinar, a saber: Cirurgia Plástica, Cirurgia Craniomaxilofacial, Neurocirurgia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Clínica Geral, Anestesiologia, Genética, Fonoaudiologia, Odontologia (Cirurgia Bucomaxilofacial, Prótese Dentária, Ortodontia, Clínica Geral, Odontopediatria, Endodontia e Periodontia), Psicologia, Nutrição, Serviço Social, Enfermagem e Administrativa.

O CAIF atende:

- Gestantes que foram diagnosticadas com feto com deformidade crânio facial;
- Crianças e adultos com fissura lábio palatal;
- Crianças e adultos com deformidade crânio facial congênita;
- Crianças e adultos com microssomia (alterações na orelha);
- E todas as pessoas, moradoras do estado do Paraná que possuem algum tipo de deformidade crânio facial congênita.

O serviço de Psicologia acolhe a gestante/paciente e família, conduzindo na sequência para atendimento junto ao Cirurgião plástico, que realiza a classificação da má formação e indica inclusão ou não no serviço para tratamento.

Os atendimentos consecutivos são agendados internamente, de acordo com a demanda de cada criança e família. Todas as cirurgias e exames são realizados com agendamento prévio no Hospital do Trabalhador.

5.2.3.2 Vias de contato com CAIF:

- Telefone (41) 3212-9200
- Whatsapp institucional (41) 99928-0175
- Email: caif.ht@sesa.pr.gov.br.

5.2.4 Centro de atenção e pesquisa em anomalias craniofaciais

O atendimento é realizado no município de Cascavel, através de parcerias entre o MS, as Secretarias Estaduais de Saúde e da Ciência e Tecnologia, em conjunto com a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Teve início em 2013 com equipe completa, conforme Portaria nº 62 de 1994 do MS.

Tem como objetivo desenvolver ações de atendimento aos portadores de anomalias craniofaciais, especialmente fenda labiopalatais. Em 2018, o CEAPAC obteve a habilitação em alta complexidade no atendimento das más formações labiopalatais pelo MS, em uma proposta de futuramente atender as demandas advindas da macrorregião oeste do Paraná.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Portanto, o atendimento do CEAPAC ao município de Foz do Iguaçu ocorre mediante agendamento via Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS

(GSUS), através do serviço TFD e as ações são desenvolvidas a partir das necessidades de cada paciente, conforme fluxograma 8.

5.2.4.1 Reabilitação com abordagem interdisciplinar

- Medicina (pediatras, otorrinolaringologistas e cirurgiões plásticos)
- Genética
- Odontologia (ortodontia, odontopediatria, bucomaxilo, periodontia, implante e prótese).
- Fonoaudiologia
- Psicologia
- Enfermagem
- Serviço social

Envolve todos os níveis de complexidade (APS e AAE) Centros especializados e Hospitais terciários.

5.3 Atenção hospitalar

Trata-se de procedimentos odontológicos exercidos dentro do ambiente hospitalar sob sedação ou não, com o adequado acompanhamento de uma equipe interdisciplinar e multidisciplinar sendo oferecido: PcD, portadores de câncer bucal, portadores de deformidade maxilofacial, pacientes com emergências odontológicas, além de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI. No município de Foz do Iguaçu, dentre os pontos de atenção em nível terciário estão: o HMPGL e no setor de tratamento oncológico o Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC).

5.3.1 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)

As unidades hospitalares com esses serviços dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente com câncer (incluindo diagnóstico do caso, atenção ambulatorial e hospitalar, quimioterapia, atendimento de emergências oncológicas e cuidados paliativos). Os CACONS devem possuir radioterapia, já os



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



UNACONS, caso não disponham, deverão referenciar o paciente para realizá-lo em outro estabelecimento.

Como referência temos:

Quadro 13 – Referência para assistência ao paciente com câncer

Município	Estabelecimento	Regional de Origem
Foz do Iguaçu	Hospital Ministro Costa Cavalcanti	9ª RS: Foz do Iguaçu, Medianeira, Santa Terezinha de Itaipu

Fonte: (SESA, 2021)

Em situações de urgência, onde não haja estrutura para este atendimento na UBS, CEO e UPA, o paciente poderá ser encaminhado ao serviço especializado em cirurgia buco-maxilofacial, sem receber, minimamente, ações para controle da infecção bucal, devendo seguir os seguintes critérios:

5.3.1.1 Trauma

- Solicitação de transferência ou avaliação para o HMPGL deve ser feita através de contato direto profissional x profissional, e a transferência do paciente sempre que possível, via SAMU ou transporte da rede com supervisão adequada;
- O serviço não se responsabiliza por pacientes vindos por meios próprios, sem adequado transporte ou comunicação prévia;
- Traumas de alto impacto com acometimento de face, com sinais e sintomas significativos em região facial, requerem avaliação da especialidade;
- Traumas dentários ou alvéolos dentários ficam restritos a tratamento na UPA, e UBS;

5.3.1.2 Gestante

O atendimento hospitalar a pacientes em período gestacional se dá no HMCC, referência para este tipo de atenção, atendendo os seguintes critérios:

- Tumefações, edema e hematomas em face;
- Sinais de traumas em face;
- Abscessos em ponto de drenagem ou flutuação;
- Trismo severo;
- Algia severa persistente;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Dispinéia;
- Disfagia entre outros sinais e sintomas que justifiquem intervenção hospitalar.

5.3.1.3 Pacientes oncológicos

- Pacientes com evidência de tumorações, lesões ou sintomas suspeitos de neoplasias, podem ser encaminhados ao ambulatório de cirurgia bucomaxilofacial via sistema de informação;
- Pacientes não hígidos, reoperados, com diagnóstico de neoplasia confirmado, portador de comorbidades, imunossuprimidos, entre outros sinais que justifiquem o avanço da doença, devem ser atendidos no HMCC, referência para este tipo de atenção.

5.3.1.3.1 Protocolo de acesso a tratamento oncológico no HMCC:

- Pacientes com evidência de tumor em exames de imagem e clínica compatível, poderão ser encaminhados mesmo sem confirmação anátomo patológico;
- Pacientes sem criticidade deverão ser encaminhados ao ambulatório de oncologia do HMCC.
- Pacientes com criticidade poderão ser encaminhados para internação hospitalar via pronto socorro, mediante solicitação escrita de transferência;
- Pacientes submetidos à abordagem operatória em outras instituições somente deverão ser encaminhados ao HMCC após alta hospitalar;
- Pacientes oriundos de outros serviços de oncologia e em tratamento adjuvantes ou neoadjuvantes em andamento poderão ser encaminhados ao HMCC, mas, passarão por revisão de protocolo pela equipe local.

As eSB nas UBS ou CEO em casos de lesões sugestivas devem fazer a biópsia e após recebimento de exame, caso seja confirmado o diagnóstico devem referenciar ao HMCC. Portanto, quando não tiverem domínio da técnica, o usuário pode ser encaminhado ao CEO para a biópsia, ou caso a lesão seja fortemente sugestiva, o CD deverá fazer o encaminhamento para o HMCC mesmo sem a biópsia.

Observação: O paciente referenciado para diagnóstico especializado de lesões com potencial de malignização ou com suspeita de malignidade na boca deve ser acompanhado e continuamente sensibilizado para seu comparecimento aos locais de referência desde a suspeita da lesão e comprovação do diagnóstico até o eventual tratamento.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



5.3.1.4 Quadros infecciosos e abscessos

- Pacientes em bom estado geral, estáveis, eupinéicos, lúcidos e orientados, com abscessos em estado inicial, sem ponto de drenagem ou flutuação, devem receber atenção primária na UPA e UBS, e posteriormente, se necessário, encaminhados ao ambulatório da cirurgia bucomaxilofacial via sistema eletrônico.
- Pacientes com tumefações e edemas importantes em face, dispnéicos, disfágicos, toxemiados, ou com suspeita de angina de Ludwig devem ser referenciados à UPA para avaliação imediata e possível intervenção, caso haja necessidade, a UPA deverá encaminhar para o HMCC e o hospital aciona o cirurgião bucomaxilofacial de plantão.

5.3.1.5 Pacientes com deficiência (PcD)

- PcD que necessitam de tratamento a nível hospitalar, devem ser encaminhados ao ambulatório da cirurgia bucomaxilofacial via sistema eletrônico, agendando diretamente para o profissional responsável pelo atendimento hospitalar sob anestesia geral, que irá avaliar a necessidade de atendimento e fará os contatos necessários: hospital, centro cirúrgico, pedidos de exames pré-operatórios.
- PcD que se enquadram em urgência/emergência e que necessitem de intervenção imediata sob sedação geral, devem ser referenciados para a UPA, que fará o encaminhamento para o HMPGL, o qual acionará o cirurgião bucomaxilofacial de plantão.
- Serão aceitos usuários que passaram pela UBS ou CEO, foram avaliados pelo CD quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional após tentativa.
- Pacientes acamados, devido à dificuldade de transporte, não precisam comparecer na consulta de avaliação, exceto em casos que necessite de uma avaliação prévia do cirurgião bucomaxilofacial. Nestes casos, um representante pode comparecer para retirar requisições de exames e encaminhamentos.

5.3.1.5.1 Critérios de inclusão

- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- Pacientes com sofrimento mental que apresentam dificuldade de atendimento nas UBS, após três tentativas frustradas de atendimento;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após três tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Paciente com distúrbio neurológico “grave” (ex. paralisia cerebral);
- Pacientes com doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando houver a impossibilidade de atendimento na unidade básica;

OBS: O serviço de cirurgia bucomaxilofacial restringe-se ao HMPGL, não atuando em UPA, CEO e UBS, de modo que ficam inviáveis avaliações e procedimentos nas referidas unidades.

5.3.1.6 Cirurgias ortognáticas

Pacientes que necessitem de cirurgias ortognáticas devem ser encaminhados pela eSB das UBS via sistema eletrônico para o cirurgião bucomaxilofacial no HMPGL, para avaliação. O mesmo irá avaliar, solicitar exames e encaminhar para o TFD que fará os procedimentos necessários.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



6 Populações vulneráveis e o atendimento em saúde bucal

Vários fatores atingem alguns grupos populacionais vulneráveis e mais suscetíveis ao adoecimento físico e mental. Baseado no entendimento dessas condições, a equidade em saúde propõe o respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada cidadão ou grupo social, propiciando a procura de estratégias de intervenção apropriadas, com o objetivo de atenuar os efeitos nocivos na saúde (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012a). Nessa óptica, a equidade não é um privilégio, mas um caminho para proporcionar o acesso das populações vulneráveis ao SUS.

6.1 Atendimento à população em situação de rua

A circulação de pessoas em situação de rua não é um acontecimento novo. Portanto, o número de pessoas que vivem nas ruas tem aumentado nas últimas décadas. Em 2009 foi lançada a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Considera-se “[...] população em situação de rua, o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, 2009).

A Política destaca ações de diversas áreas para o atendimento à População em Situação de Rua, inclusive saúde. Do ponto de vista da equidade em saúde, a PNAB, instituída pela Portaria GM/MS nº 2436/2017, destaca que a “atenção básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas. Estas ações podem ser realizadas objetivando ampliar o acesso à RAS, e ofertar uma atenção integral à saúde”. Nesse contexto, as equipes de saúde são referências para cuidar da população presente no território, inclusive a pessoa em situação de rua. A PNAB também define as eAB para Populações Específicas. Estas equipes “[...] são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por conseguinte, necessidades de saúde específicas” (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2019). Entre estas equipes destaca-se a Equipe de Consultório na Rua (eCR). A eCR tem uma composição multiprofissional, e é responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel.

Foz do Iguaçu, a partir de Julho de 2021 habilitou junto ao MS uma equipe multiprofissional na modalidade III, cujas diretrizes são definidas pela Portaria 122, de 25 de janeiro de 2011, composta por um médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, técnico



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



de enfermagem, TSB, educador social e motorista. Nesse sentido, o TSB realiza ações educativas em saúde bucal, orientando as pessoas sobre a necessidade de cuidado, entrega de escovas e creme dental. Uma vez verificada alguma necessidade de clínica, o atendimento é agendado na Unidade de Saúde de referência.

A equipe está lotada na USF Jardim São Paulo 1, atuando de forma itinerante em todo o município, ou seja, um trabalho em rede com todas as UBS, objetivando a realização de vínculo e garantia de direitos levando o SUS para mais perto das pessoas. Cabe ressaltar, que as ações são articuladas de forma Intersectorial entre as secretarias de Assistência e Saúde.

6.2 Atendimento à população da zona rural

A Unidade de Saúde Móvel foi implantada em Foz do Iguaçu em Junho de 2021, objetivando:

- Melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde para as populações que residem nas áreas rurais do município;
- Estabelecer vínculo entre população adscrita e profissionais de saúde;
- Cadastrar e conhecer a população residente nesses territórios;
- Identificar as demandas de saúde locais;
- Monitorar os indicadores de saúde.

Organizada em um caminhão adequado para atendimento médico, odontológico, de enfermagem, ACS, farmacêutico e laboratorial. O veículo (caminhão) é composto por repartições: consultório odontológico equipado com cadeira odontológica, sala de materiais limpo e expurgo; recepção; sala de coleta de exames e consultório clínico/enfermagem. Todas as salas são climatizadas.

Para esse primeiro momento foram contemplados os bairros: Remanso Grande, Arroio Dourado, Aparecidinha, Lote Grande e Alto da Boa Vista.

6.3 Atendimento aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa

Os Centros de Socioeducação (CENSE) agem como pontos de atenção primária para o atendimento de adolescentes em conflito com a lei. No momento atual, o Paraná conta com 19 CENSE e dentre esses, 14 contam com consultório odontológico em sua estrutura e profissionais cirurgiões dentistas em suas equipes. O objetivo é ofertar atenção integral à saúde bucal de adolescentes que se encontram privados de liberdade.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Em Foz do Iguaçu, atualmente o consultório odontológico localizado no CENSE, passa por um processo de reforma, sendo realizado pelo CD ações de promoção e prevenção: educação em saúde individual e coletiva, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e avaliação de cáries. Ademais, sempre que há necessidade da realização de procedimentos odontológicos, são encaminhados para a eSB da USF Profilurb II, no Distrito Sanitário Sul.

6.4 Atendimento à população no sistema prisional

O MS em 2014, implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), através da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que tem como objetivo ampliar as ações de saúde do SUS para a população privada de liberdade, fazendo com que cada UBS prisional passe a ser visualizada como ponto de atenção da RAS. Além disso, em 9 de setembro de 2021, instituiu a Portaria GM/MS nº 2.298 que dispõe sobre as normas para a operacionalização da PNAISP, no âmbito do SUS. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido, de acordo com:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei nº 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS;
- Lei nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS;
- Lei de Execução Penal nº 7.210, de 1984.

Nos consultórios odontológicos das Unidades Penais são realizadas tanto ações curativas como preventivas. É um grande desafio aos profissionais odontólogos efetuar as atividades privilegiando os casos emergenciais, uma vez que a grande maioria deste público não tem cuidados básicos frequentes, autocuidado e conscientização da importância da saúde bucal. É importante destacar que a população carcerária apresenta diversas patologias como, por exemplo: tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), hipertensão, diabetes e uso de drogas que interferem diretamente nas ações realizadas na rotina dos atendimentos.

O atendimento em Foz do Iguaçu é gerenciado pela Secretaria de Segurança Pública/ Departamento Penitenciário, que disponibiliza um profissional em saúde bucal, o mesmo atende cerca de 2000 detentos, em duas unidades penais, realizando procedimentos básicos individuais e promoção/ prevenção. Além disso, foi estabelecido um fluxo de encaminhamentos para o CEO de forma que esse público tenha acesso a todas as especialidades disponíveis. É importante destacar que sempre que necessário, esses pacientes também são encaminhados para atendimento com a eSB da USF Jardim Curitiba.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



7 Epidemiologia e principais agravos em saúde bucal

7.1 Epidemiologia em saúde bucal

É o estudo dos fatores que condicionam o surgimento e a distribuição de fenômenos ligados à saúde e à doença, bem como os determinantes de estados ou eventos relacionados a populações específicas. Objetiva avaliar os serviços prestados e o impacto das ações propostas, desenvolvidas a partir de um planejamento estratégico tendo em vista promover saúde e melhoria da qualidade de vida da população

O uso da epidemiologia nos serviços de saúde no Brasil, está previsto na Lei 8080 de 1990, Art.7º inciso VII, que diz: “a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”. Dessa forma, os modelos assistenciais determinados a partir do SUS, levam em consideração o estudo epidemiológico como eixo estruturante para suas estratégias de gestão.

Nesse contexto, a partir do comparativo dos dados epidemiológicos levantados nas pesquisas realizadas a nível nacional é possível concluir que os determinantes sociais, ambientais e comportamentais têm grande impacto na saúde bucal da população, assim como os fatores de risco: dieta rica em açúcar, tabaco, álcool, higiene bucal deficiente e exposição inadequada ao flúor.

7.1.1 Indicadores de saúde bucal

São importantes ferramentas para o planejamento das ações de saúde bucal nos níveis federal, regional e municipal. Além do que, são fundamentais para o diagnóstico, monitoramento e avaliação do impacto das ações de saúde bucal realizadas. Fornecem subsídios para a construção do perfil de saúde bucal de uma determinada comunidade ou região. Ressalta-se a importância de apropriação das eSB, tanto no conhecimento quanto na utilização desses indicadores para respaldar a atuação no nível local.

7.1.1.1 CPO-D (Número de dentes Cariados, Perdidos e Obturados)

Conceito: recomendado pela OMS, mede e compara a experiência de cárie dentária em populações. Seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos.

7.1.1.2 CPI (Índice Comunitário Periodontal)

Conceito: Avalia a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa periodontal.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



7.1.1.3 PIP (Perda de Inserção Periodontal)

Conceito: permite avaliar a inserção periodontal tomando como base a junção esmalte-cimento do dente. Basicamente este índice é uma complementação do CPI.

7.1.1.4 AG (Alterações Gengivais)

Conceito: Utilizado para estimar a proporção de crianças com sinais evidentes de inflamação gengival e que necessitam, dentre outros aspectos, de higiene bucal. Tem como viés o fato de colocar na mesma classificação todos os níveis de doença periodontal.

7.1.1.5 Fluorose Dentária (Dean)

Conceito: determina o grau e momento em que o indivíduo esteve exposto ao excesso de flúor. Todos os dentes são examinados e é considerado o pior resultado para efeito de registro. Atualmente, quando já existe longo histórico de utilização dos fluoretos nas comunidades, passa a ser um parâmetro de controle e adequação das políticas de uso do flúor.

7.2 Doença cárie

Deve ser entendida como uma patologia multifatorial, dinâmica, comportamental, não comunicável, mediada por biofilme e modulada pela dieta (sacarose dependente) que tem como resultado a perda mineral dos tecidos duros dos dentes (MACHIULSKIENE, 2020).

Dessa forma, a combinação de uma dieta com baixo conteúdo de sacarose com controle disciplinado de biofilme, por meio de escovação dentária com dentífrico fluoretado é o suficiente para paralisar/controlar as lesões de cárie. Assim, é fundamental orientar os pacientes para a importância da mudança de estilo de vida (dieta e higiene bucal), permitindo consequentemente a manutenção de níveis de biofilme adaptável à saúde bucal.

É importante ressaltar, que o foco no tratamento restaurador, limitado ao reparo das lesões por meio de restaurações ou próteses, não apresenta capacidade de promover alteração significativa no ambiente bucal em desequilíbrio, e o tratamento fica sujeito ao insucesso, com o surgimento de novas lesões de cárie se desenvolvendo em curto período de tempo após “finalizado” o tratamento, dando início ao ciclo restaurador repetitivo.

A intervenção operatória deve ser postergada sempre que possível. Quando esta não pode ser evitada, o tratamento reabilitador deve ser indicado somente após o retorno das condições de homeostase do meio bucal. Quando atingida esta condição, o CD deve procurar focar na preservação de tecidos duros, com preparo restrito à remoção seletiva de dentina cariada e em seguida o selamento adequado da cavidade (SCHWENDICKE, 2016).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



É fundamental levar em consideração os materiais restauradores e técnicas mais apropriadas, a idade do paciente, localização e atividade das lesões e recursos disponíveis, priorizando os materiais restauradores adesivos e os princípios da Odontologia Minimamente Invasiva.

Por conseguinte, o tratamento da doença precisa garantir o retorno ao equilíbrio do meio bucal, agindo sobre os fatores determinantes da doença (controle do biofilme dental, manejo da dieta), viabilizando os fluoretos para os ciclos de des e remineralização e eliminando os sítios retentivos de biofilme dental (restaurações, endodontia, exodontias). Frequentemente o paciente precisa ser lembrado da importância do autocuidado e da sua corresponsabilidade na manutenção da saúde bucal.

7.3 Doença periodontal

Definida como um estado livre de doença periodontal inflamatória, a Saúde Periodontal é a ausência de inflamação clínica associada à gengivite ou periodontite. Apontadas como as principais doenças periodontais.

7.3.1 Gengivite

Considerada uma condição inflamatória localizada nos tecidos gengivais (periodonto de proteção) que inicia pelo acúmulo de biofilme dentário (gengivite induzida por placa). É caracterizada clinicamente pela presença de sangramento à sondagem, vermelhidão e edema gengival sem a presença de perda de inserção clínica (osso alveolar, cemento radicular e ligamento periodontal não afetados)¹.

7.3.2 Periodontite

Definida clinicamente pela presença de uma inflamação (visualizada pela presença de sangramento à sondagem) presente no hospedeiro e associada à ação microbiana, resultando na perda da inserção clínica. É uma doença inflamatória crônica multifatorial associada com biofilme disbiótico e reconhecida pela destruição progressiva do osso alveolar, cemento radicular e ligamento periodontal.

Para ser classificada como Periodontite:

- 1) a perda de inserção clínica deve ser detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes;
- 2) a perda de inserção clínica deve ser maior que 3mm, com profundidade de sondagem maior que 3mm na vestibular ou lingual/platina em pelo menos 2 dentes.

¹ Para saber mais sobre gengivite e a nova classificação das “doenças e condições periodontais e peri implantares”, consulte a publicação linha de cuidado em saúde bucal (SESA, 2021).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Atenção: Nesse sentido, a perda de inserção clínica deve ser originária da doença periodontal e não causada por trauma oclusal ou trauma de escovação, cárie dental, fratura radicular, entre outros.

Além disso, a Periodontite é diagnosticada clinicamente, onde o profissional deve fazer o exame clínico periodontal com a sonda periodontal milimetrada na boca toda (no mínimo 4 sítios por dente, sendo o ideal 6 sítios por dente) e verificar a presença de perda de inserção clínica* + sangramento à sondagem + profundidade de sondagem maior que 3 mm. Atualmente na Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares, foram descritas 3 tipos de Periodontite:

- Periodontite necrosante
- Periodontite como manifestação direta de doenças sistêmicas
- Periodontite

7.4 Má-oclusão

Os profissionais da APS devem incluir no rol de procedimentos o diagnóstico dos problemas de má oclusão (PEREIRA, 2003; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; FARIA *et al.*, 2010). A avaliação da oclusão verificando a relação molar e a relação canina, a observação do posicionamento dos dentes para constatar apinhamentos, disto e vestibulo, versões e falta de espaços nas arcadas, associados aos exames de deglutição e fonação devem compor o diagnóstico, objetivando o encaminhamento do usuário para a atenção secundária. Além de incluir a investigação sobre patologias oclusais, como: lesões de abfração, mobilidade dentária por trauma oclusal, trincas ou fraturas em dentes ou material restaurador, facetas de desgaste por abrasão mecânica.

A prevenção dos fatores de risco à má oclusão deve compreender:

- Estímulo à amamentação;
- Controle de hábitos deletérios, como: onicofagia, mordiscamento, uso não controlado de chupeta e apertamento dentário diurno (bruxismo de vigília);
- Acompanhamento da erupção decídua e permanente
- Manejo de espaços em caso de exodontias ou perda precoce de dentes decíduos

7.5 Edentulismo

Entre adultos e idosos o Edentulismo hoje em dia, ainda é realidade presente e suas consequências têm ocasionado sérios distúrbios psicológicos, funcionais e sociais na vida desses pacientes. A perda total de dentes, problemas funcionais e patológicos de natureza



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



grave, dificultando a função mastigatória, a fonética e a estética, constituem-se um problema de Saúde Pública.

Além desses agravos, a perda dentária também é resultante da falta de acessibilidade e utilização de serviços públicos odontológicos, bem como, de atitudes errôneas dos profissionais da Odontologia, como a forma mutiladora de prestação de serviços odontológicos e da falta de informação da população quanto à importância e necessidade de se ter saúde bucal.

7.6 Traumatismo dental

Atualmente 5% das demandas por tratamento odontológico correspondem às Lesões dentárias traumáticas (LDTs) e são frequentes em crianças tanto de idade pré-escolar, escolar, como em adultos jovens. Entre essas, as luxações são mais prevalentes na dentição decídua e as fraturas coronárias são as mais comumente relatadas na dentição permanente. As situações de emergência representam um desafio na odontologia, pois representam uma ameaça à saúde e são um problema de saúde pública ignorado. A decisão de um profissional de saúde associada ao consentimento dos responsáveis legais da criança/adolescente e à consonância do paciente adulto é a melhor opção encontrada para enfrentar emergências das LDTs. As LDTs demandam um diagnóstico, plano de tratamento e preservação adequados para assegurar um prognóstico favorável.

7.6.1 Condições especiais para traumatismo de dentes decíduos

- Dependendo da faixa etária da criança, a realização do exame clínico e do tratamento é dificultada pela falta de cooperação e do medo, criando uma situação estressante tanto para a criança quanto para os pais/cuidadores.
- Importante levar em consideração que existe uma relação muito próxima entre o ápice do dente decíduo e o germe do dente permanente subjacente.
- Defeitos na formação dentária, dentes impactados e distúrbios de erupção na dentição permanente são algumas das sequelas que ocorrem após LDTs na dentição decídua e/ou osso alveolar. Intrusões e avulsões dentárias são associadas a defeitos de desenvolvimento do esmalte nos dentes permanentes.
- Para as intrusões e luxação lateral, se a direção do deslocamento da raiz for na direção do germe dentário permanente, deve-se acompanhar a re-erupção espontânea do dente intruído, pois a extração dentária pode ocasionar mais danos ao germe dentário em desenvolvimento.
- É essencial que os pais sejam orientados sobre a melhor maneira de lidar com os sintomas agudos para evitar mais problemas. Lesões de intrusão, luxação lateral e



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



fraturas radiculares podem causar dor intensa. O uso de antiálgicos como ibuprofeno e / ou acetaminofeno (paracetamol) são recomendados.

- Devido ao potencial de sequelas, os planos de tratamento devem ser estabelecidos visando minimizar riscos adicionais de danos ao desenvolvimento e erupção dos dentes permanentes. Dessa forma, NÃO é recomendado reimplantar um dente decíduo avulsionado.
- A maturidade da criança e a capacidade de cooperar com a situação de emergência, o tempo para a esfoliação do dente decíduo e a oclusão, são fatores importantes que influenciam o plano de tratamento. Minimizar a ansiedade da criança é importante e abordagens que contribuem para o manejo comportamental são eficazes no gerenciamento de procedimentos agudos em situações de emergência. Sempre que possível evitar extrações dentárias, especialmente na consulta clínica inicial ou em fase aguda, o que contribui para uma estratégia razoável de manejo comportamental.
- É importante documentar que os pais foram informados sobre possíveis complicações no desenvolvimento dos dentes permanentes, principalmente após intrusão, avulsão e fraturas alveolares.
- Quando for apropriado e a cooperação da criança permitir, as opções para a manutenção do dente decíduo devem ser consideradas. Os pais devem ser informados sobre as diferentes opções de tratamento, a melhor forma de minimizar o impacto da lesão na dentição permanente em desenvolvimento e a adesão às consultas de retorno para acompanhamento clínico e radiográfico.

7.6.2 Considerações especiais para avulsão dentária de dentes permanentes

- As ações realizadas no local do acidente imediatamente após a avulsão, um manejo apropriado e tratamento emergencial são fundamentais para um bom prognóstico.
- Na maioria dos casos o reimplante é o tratamento de escolha para a dentição permanente, mas NÃO é recomendado reimplantar dente decíduo.
- A escolha do tratamento está relacionada com o grau de formação radicular (rizogênese incompleta ou completa)
- As condições das células do ligamento periodontal dependem do meio de armazenamento e do tempo que o dente ficou fora da boca, especialmente o tempo em meio seco. Após um tempo extra-alveolar de 30 minutos ou mais, a maioria das células do ligamento periodontal estarão inviáveis. Antes de iniciar o tratamento, avaliar:
 - Com viabilidade celular: o dente foi reimplantado imediatamente ou após um tempo muito curto (15 minutos) no local do acidente;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Com viabilidade celular, mas comprometida: dente foi mantido em meio de armazenamento (meios de cultura de células, Hank's Balanced Salt Solution (HBSS), soro, leite) e o tempo extra alveolar total foi menor do que 60 minutos.
 - Sem viabilidade celular: o tempo extra-alveolar total foi superior a 60 minutos, independente se o dente foi armazenado ou não em um meio de armazenamento, ou se o meio de armazenamento foi não-fisiológico.
 - O reimplante tardio tem um prognóstico desfavorável a longo prazo, devido a necrose do ligamento periodontal. O principal objetivo do reimplante tardio é a manutenção do contorno do osso alveolar. Entretanto, o prognóstico é de anquilose e reabsorção radicular com eventual perda do elemento dentário.
- No intuito de conter a reabsorção do dente por osso, tem sido sugerido o tratamento da superfície radicular com fluoreto de sódio a 2%, durante 20 minutos, antes do reimplante dentário, mas esta não deve ser vista como recomendação absoluta.
 - O reimplante não é indicado em situações individuais:
 - presença de lesões de cárie severa;
 - presença de doença periodontal;
 - pacientes não colaboradores ou em portadores de condições sistêmicas graves (imunossupressão e patologias cardíacas severas).

Para conhecer as Recomendações gerais sobre as LDTs, acesse o documento “Linha de cuidado em Saúde Bucal”, 3ª edição, 2021. Secretaria de Estado da Saúde (SESA), págs 91 a 97.

7.7 Fluorose dental

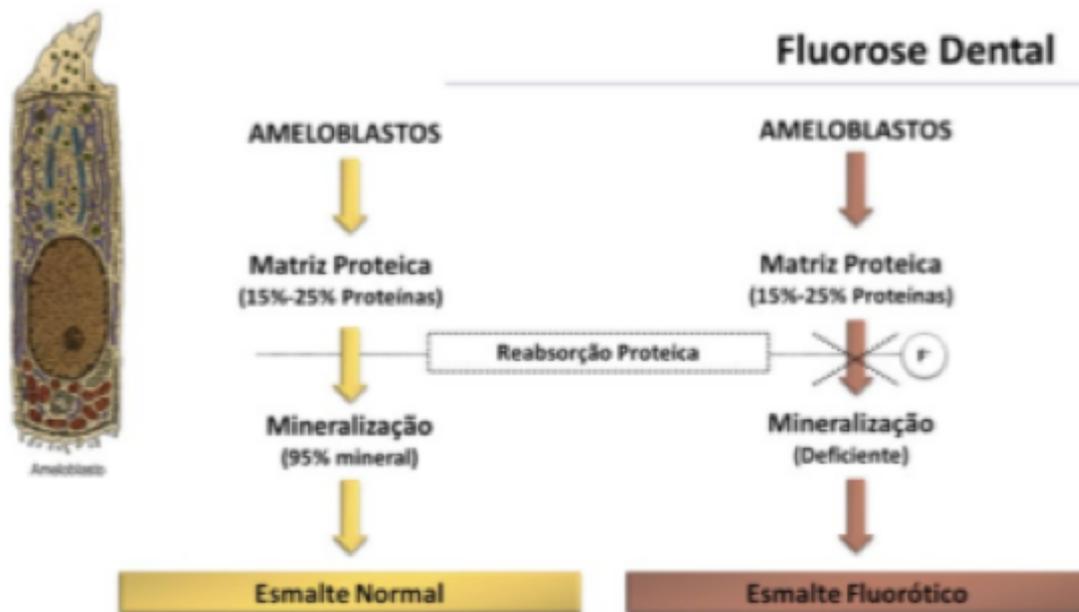
É um distúrbio irreversível da maturação do esmalte e está associada à exposição a níveis excessivos de fluoreto nos dentes em formação. Assim, os dentes fluoróticos permanecem com uma maior porcentagem de proteínas e menos mineral (Figura 2), tornando-se mais brancos, opacos e porosos (TENUTA; CURY, 2016; TENUTA *et al.*, ; CURY; TENUTA, 2011; TENUTA; CHEDID; CURY, 2012; CURY; TENUTA, 2015).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 16 – Efeito biológico da ingestão do fluoreto e o desenvolvimento de fluorose dental



Fonte: elaborado pelo Prof. Dr. Pablo Guilherme Caldarelli (UEL).2020.

Fonte: Pablo Guilherme Caldarelli (UEL, 2020)

A concentração total de fluoreto no sangue é que será responsável pelo efeito da fluorose nos dentes, independente da fonte de exposição ao fluoreto (ex. água fluoretada, alimentos preparados com água fluoretada ou dentifrícios fluoretados), Portanto, como a fluorose dental está relacionada a um efeito crônico de exposição ao fluoreto (TENUTA; CURY, 2016; TENUTA *et al.*, ; CURY; TENUTA, 2011; TENUTA; CHEDID; CURY, 2012; CURY; TENUTA, 2015). Produtos de aplicação profissional (exemplo: géis, espumas e vernizes) não apresentam risco para o desenvolvimento de fluorose dentária, pois, apesar da alta concentração, a frequência de exposição é baixa. No entanto, quanto à segurança na utilização desses produtos fluoretados em termos de toxicidade aguda, deve-se destacar a necessidade de atenção e supervisão (TENUTA; CURY, 2016; TENUTA *et al.*, ; CURY; TENUTA, 2011; TENUTA; CHEDID; CURY, 2012; CURY; TENUTA, 2015).

Por conseguinte, por se tratar de um efeito biológico da ingestão do fluoreto, todo flúor ingerido durante a formação dos dentes provocará invariavelmente o desenvolvimento de fluorose, desde grau imperceptível até severo com comprometimento estético do esmalte. Assim, dentes homólogos e com desenvolvimento no mesmo período podem apresentar a mesma alteração (ex. incisivos e primeiros molares permanentes).

Os debates a respeito da fluorose dental estão relacionados aos graus muito leve e leve, os quais representam quase a totalidade dos casos em populações expostas à água otimamente fluoretada e dentifrícios fluoretados (BRASIL, 2010).



Vale ressaltar, que os casos de fluorose mais severos, comprometendo a estética e a qualidade de vida, relacionam-se à ingestão de água naturalmente fluoretada contendo concentração excessiva de flúor.

7.7.1 Benefícios X Riscos

Na análise entre os benefícios do fluoreto no controle da cárie dentária e o risco de fluorose, torna-se importante destacar o uso **racional** do fluoreto na perspectiva de maximizar os benefícios anticárie e minimizar os riscos de desenvolvimento da fluorose dental.

Período de maior risco para ocorrência de fluorose: levando em consideração o cronograma de mineralização dos dentes permanentes (TENUTA; CURY, 2016; TENUTA *et al.*, ; CURY; TENUTA, 2011; TENUTA; CHEDID; CURY, 2012; CURY; TENUTA, 2015).

- **Dentes anteriores superiores:** 20 a 30 meses;
- **Dentes pré-molares:** entre os dois e os sete anos de idade da criança,

Ainda que a fluorose dental decorrente da exposição racional aos fluoretos (água fluoretada e dentifrício fluoretado) não deva ser uma preocupação em termos de saúde pública, as eSB devem ter sensatez em balancear os riscos de desenvolvimento de cárie dentária com os de fluorose. Nesse sentido, é possível usar fluoreto para o controle da doença cárie sem preocupações com os efeitos da fluorose.

7.8 Câncer bucal

Ao falarmos de câncer bucal ou de câncer de cavidade oral nos referimos a todos os tipos de neoplasias malignas cuja localização primária acomete os lábios, cavidade oral (língua, mucosa gengival, mucosa jugal, palato e assoalho bucal), glândulas salivares e orofaringe, observadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) da OMS pelos códigos C00 a C10 (INCA, 2019a). O diagnóstico dessas lesões é uma ação de extrema relevância para o diagnóstico precoce do câncer bucal.

7.8.1 Fatores de risco

Possui etiologia multifatorial, sendo o tabaco, o álcool, a radiação solar, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), o tipo de dieta e a ocupação profissional, fatores relacionados à sua ocorrência (INCA, 2019a). Apesar disso, o crescimento populacional, o envelhecimento da população e o desenvolvimento econômico, causaram mudanças na distribuição e na prevalência dos fatores de risco relacionados à sua ocorrência (BRAY, 2018).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



O tabaco e o álcool ainda representam os fatores de risco mais prevalentes no Brasil (SANKARANARAYANAN, 2015). No Estado do Paraná dados coletados de 22.300 pessoas avaliadas em 25 anos de Campanha de Prevenção do câncer Bucal revelaram que 843 (22,59%) eram fumantes e 578 (15,49%) eram etilistas (SASSI, 2014).

No município de Foz do Iguaçu, no ano de 2019 foram diagnosticados 09 casos de câncer bucal, dentre esses 66,6% eram masculinos e 33,3% femininos, e em 2020, 02 casos, 50% masculino e 50% feminino.

Temos necessidade de mudar o cenário do diagnóstico do câncer bucal, uma vez que as lesões diagnosticadas de forma tardia apresentam uma menor sobrevida, necessitando de tratamentos mais agressivos e mutiladores, produzindo mais gasto para o serviço público e diminuindo a qualidade de vida do paciente (FORD; FARAH, 2013).

É importante destacar que a detecção precoce deve ser executada pelos profissionais que atuam nas UAP, que devem incluir na rotina de trabalho, não apenas o controle dos pacientes que apresentam fatores de risco, mas também o diagnóstico e monitoramento das lesões potencialmente malignas (SANKARANARAYANAN, 2013; MANGALATH *et al.*, 2014). Nesse cenário destacamos: idade superior a 40 anos, etilistas, tabagistas, imunodeprimidos, portadores de distúrbios nutricionais gerais e pacientes com exposição constante a radiação solar sem proteção (BRASIL, 2011).

7.8.2 Programa estadual de detecção precoce de câncer bucal

O câncer bucal necessita da rede de saúde uma articulação cuidadosa para garantir a prevenção primária e secundária e um itinerário que disponibilize o acesso tempestivo aos recursos de diagnóstico, tratamento e reabilitação. São reconhecidos alguns fatores que levam os pacientes a experimentar intervalos inaceitáveis principalmente nas etapas de diagnóstico clínico, laboratorial e tratamento (ZAVAREZ, 2017).

A rede de serviços necessita de um fluxo eficiente para o diagnóstico, recursos humanos e materiais que possam responder ao problema mundial de um paciente que chega aos serviços ainda, em grande maioria, com lesões malignas de estadiamento avançado, que diminuem as chances de sobrevida e ampliam a morbidade do tratamento (TORRES-PEREIRA, 2010).

As recomendações para o diagnóstico sugerem que esta seja uma ação também de responsabilidade da atenção primária. Dessa forma, espera-se que os dentistas e demais profissionais de saúde das unidades de entrada na rede sejam capazes de identificar usuários com maior exposição aos fatores clássicos de risco e a instituir a biópsia como recurso da carta de serviços da rede de atenção primária (BRASIL, 2006). Todavia, é sabido que muitos profissionais não se sentem preparados nem para o diagnóstico clínico diferencial de lesões compatíveis com o câncer bucal, tampouco familiarizados com a realização técnica de biópsias. Além disso, é comum que haja desconhecimento sobre o correto acondiciona-



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



mento da peça cirúrgica, do preenchimento de requisições de exame anatomopatológico e da disponibilidade de laboratórios de exame tecidual na rede (ZIMMERMANN *et al.*, 2017).

O programa no município de Foz do Iguaçu foi implementado em 2019, descentralizando a coleta de material para a biopsia das lesões para as unidades de saúde com eSB².

² Para saber mais sobre fatores de risco e desordens potencialmente malignas, acesse o documento “Linha de cuidado em saúde bucal” (SESA, 2021).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



8 Uso racional de fluoretos

Independente do meio de uso, o fluoreto é bastante eficaz para controlar a cárie dentária. O município de Foz do Iguaçu apresenta serviços de saúde bucal e programas preventivos baseados no uso de fluoretos estabelecidos há muitos anos (BALDANI *et al.*, 2003; SCARPELLI; RICIOLI; WALTER, 1996).

8.1 Uso do fluoreto no controle da cárie dentária

No Brasil, entre os fatores que auxiliaram para a diminuição em nível populacional dessa doença encontram-se a descentralização do sistema de saúde brasileiro e as políticas nacionais fundamentadas no uso de fluoretos, como a fluoretação das águas de abastecimento público e a utilização abrangente de dentifrícios fluoretados.

Outras formas de utilização de fluoretos vêm sendo usadas, nos meios preventivos na esfera populacional, e também para uso individual. São eles: as soluções para bochechos, espumas, géis, vernizes, cariostáticos (diamino fluoreto de prata) e associações de meios. Dessa forma, ressaltamos que apesar da forma de utilização, todos esses meios ampliam a concentração de flúor na cavidade bucal para interferir no processo de des e remineralização.

Nesse sentido, já existe conhecimento consistente de que o fluoreto importante é aquele presente na cavidade bucal, em contato com a estrutura dental, e não mais o flúor incorporado durante a formação dos dentes (TENUTA; CURY, 2016). Porém, a múltipla exposição aos fluoretos pode provocar um maior risco de desenvolvimento de fluorose dentária em diferentes graus (único efeito colateral conhecido da exposição crônica ao flúor) e conseqüentemente requer a adoção de práticas baseadas no uso racional e seguro, fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Destacamos ainda, que o flúor não interfere com os fatores etiológicos da doença, ele apenas reduz/controla a manifestação (sinais) da mesma.

8.2 Dentifrícios fluoretados

As revisões sistemáticas atualmente têm concluído que o efeito na redução da prevalência da cárie dentária está fortemente associado ao uso de dentifrícios que disponham de uma concentração de pelo menos 1000 ppm de flúor (WALSH *et al.*, 2010). Assim, os dentifrícios com baixa concentração de flúor não apresentam evidência de sua eficácia no controle da cárie dentária em dentes permanentes e decíduos (SANTOS; NADANOVSKY; OLIVEIRA, 2013).

Além disto, ainda não existem dados clínicos à disposição que mostrem que os dentifrícios com baixa concentração de flúor, independente da formulação, sejam efetivos na redução dos riscos de desenvolvimento de fluorose dental em crianças em idade pré-escolar (SANTOS; NADANOVSKY; OLIVEIRA, 2013).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Desse modo, considerando o mecanismo de ação descrito e as evidências científicas disponíveis, a recomendação de dentifrícios fluoretados deve ser efetuada para todos os indivíduos. Especificamente para crianças menores, quando a higienização fica sobre a responsabilidade dos pais ou responsáveis e o comportamento da criança pode ser um complicador, os dentifrícios fluoretados estão indicados em qualquer idade, desde que sejam utilizados de forma racional (TENUTA; CHEDID; CURY, 2012).

Nesse cenário, a recomendação universal é a de utilizar uma pequena quantidade de dentifrício para cada escovação, e que ocorra de preferência após as refeições, quando a presença de alimento no estômago reduzirá a absorção do fluoreto do dentifrício inadvertidamente ingerido. No entanto, o uso frequente de 2 a 3 vezes ao dia de dentifrício fluoretado auxilia na manutenção constante do fluoreto na cavidade bucal, importante para controlar os processos de desmineralização.

8.3 Bochechos fluoretados

Em outubro de 1980, a SESA implementou o Programa Estadual de Bochecho com Flúor, como parte do Programa Saúde Escolar, instituído pelo Decreto Estadual nº 3046, beneficiando escolares na faixa etária de 6 a 12 anos. Além disso, fornece os sachês de fluoreto de sódio para o preparo da solução.

Em 2013, houve a expansão do Programa Estadual de Bochechos com Flúor para escolares até 15 anos tendo por base os resultados dos estudos epidemiológicos, principalmente Saúde Bucal 2010 (SB 2010), que apontaram um aumento de prevalência da doença cárie entre 12 e 19 anos, com índice CPO-D de 2,07 aos 12 anos saltando para 4,25 dos 15 aos 19 anos.

Dentre as vantagens da realização deste procedimento destacamos:

- 1) Redução da doença cárie dentária;
- 2) Redução das necessidades de tratamento odontológico, reduzindo custos e mantendo os dentes saudáveis;
- 3) Redução da ausência escolar por motivo de tratamento dentário;
- 4) Pela simplicidade da aplicação, podendo ser feita por qualquer pessoa indicada pela direção da escola, devidamente informada e na dinâmica que melhor se adapte à realidade escolar;
- 5) Requer um mínimo de material e nenhum equipamento especial;
- 6) Atendimento simultâneo em torno de 30 escolares;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- 7) Mínima interferência nas atividades escolares. A aplicação pode ser feita no início das aulas, ou término do recreio, ocupando para isso apenas alguns minutos sem prejudicar as atividades escolares;
- 8) Excelente momento de ação educativa para saúde;
- 9) Ação que pode ser utilizada como temática de discussão durante as aulas tanto no ensino médio, quanto no fundamental. Como relação de contexto para se trabalhar conteúdos básicos relacionados com conceito de íons, substância e reações químicas, sistema digestório, equilíbrio químico em meio aquoso, pH, dentre outras possibilidades.

8.3.1 Modo de preparo

O Fluoreto de Sódio utilizado é fornecido pela SESA, e apresentado sob a forma de sachês com 1 grama do produto.

O preparo da solução de Fluoreto de Sódio a **0,2%** utiliza a seguinte relação:

- **PARA 1 SACHÊ - 500ml de água para 50 bochechos**
- **PARA 2 SACHÊS – 1000ml de água para 100 bochechos**

Em um FRASCO PLÁSTICO dissolver o sachê de fluoreto de sódio na quantidade de água indicada e agitar. Por medida de segurança e organização, rotular o frasco com: SOLUÇÃO DE FLUORETO DE SÓDIO PARA BOCHECHO.

Após o preparo da solução, a mesma pode ser utilizada durante 01 mês. Fazer bochecho utilizando entre 0,5 e 10 ml da solução durante 1 minuto, uma vez por semana.

Uma vez que o município (SMSA/DVSBu), recebe da 9ª Regional de Saúde os sachês, tem a competência de encaminhar periodicamente às unidades de saúde. Além disso, deve informar mensalmente, o número de bochechos realizados e o número de alunos beneficiados naquele período.

Para se obter uma cobertura ideal de 100% desta ação, o número de bochechos realizados deve ser o quádruplo do número de alunos matriculados, uma vez que, devem ser realizados 04 bochechos semanais no mês. É importante salientar que há dois tipos de registros da ação:

A) registro que o município envia para a 9ª Regional de Saúde, através de relatório específico;

B) registro que as eSB realizam através da FAC, no campo de **atividade:** avaliação/procedimento coletivo e no campo de **Práticas em saúde:** outro procedimento coletivo (**ação coletiva de bochecho fluorado**) que automaticamente registra o código 01.01.02.002-3 do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



O relatório mensal do Bochecho com Flúor enviado pelos municípios deverá ser compilado na 9ª Regional de Saúde e enviado semestralmente para a Divisão de Saúde Bucal da SESA. É importante salientar que todos os municípios devem constar nesse relatório, mesmo os que não realizam a ação. É fundamental a correção dos dados nos relatórios para não acarretar a suspensão do envio dos sachês.

Todo final de semestre, após o envio dos relatórios de todas as Regionais de Saúde, a Divisão de Saúde Bucal da SESA, fará a avaliação e a dispensação dos sachês conforme número de alunos matriculados que realizam o bochecho. Se não houver a informação entender-se-á que não houve a realização da ação e, portanto, o envio dos sachês estará suspenso.

Ressaltamos que a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas cotidianas de saúde coletivas, visando um processo de construção de políticas públicas saudáveis.

Consultar também as publicações:

- “Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil” (Brasil, 2009);
- “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde – páginas 43, 91 e 127. (Brasil, 2018);

8.3.2 Géis, espumas e vernizes fluoretados

O uso de géis, espumas e vernizes é bastante oportuno em termos da atenção de acordo com as necessidades. As aplicações na perspectiva individual encontram-se relacionadas com indicadores de risco e atividade de cárie e do ponto de vista coletivo, quando a prevalência da doença na população foi reduzida, mas grupos continuam apresentando alta atividade de cárie (polarização da cárie dentária).

Dessa forma, a utilização de meios de aplicação profissional de flúor, com efetividade comprovada por estudos clínicos controlados (MARINHO *et al.*, 2003:CD002782), deve ser vista como um meio complementar ao uso de flúor pelos pacientes a partir da água e dentifrício fluoretado (CURY; TENUTA, 2015).

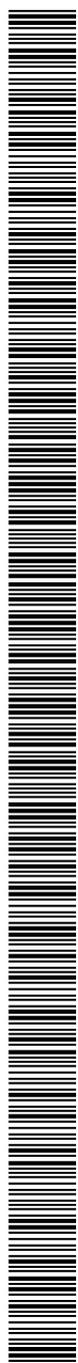
A praxe de reaplicação do flúor tópico, também conhecido como “fluorterapia intensiva” ou “tratamento de choque”, está associada à ação dos reservatórios de fluoreto de cálcio (CaF₂) formados após aplicação, que podem levar semanas para se dissolver completamente (CEREZETTI *et al.*, 2008; MOFATTO *et al.*, 2010). A recomendação se mostra eficiente principalmente devido aos retornos semanais do paciente, os quais servem como um fator motivacional na manutenção do autocuidado (MOFATTO *et al.*, 2010; CEREZETTI *et al.*, 2008; MANGALATH *et al.*, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018; PARANÁ. SESA, 2016; TENUTA; CURY, 2016; TENUTA; CHEDID; CURY, 2012).



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



No entanto, cabe ao CD utilizar os produtos de aplicação profissional de flúor da forma que melhor atenda as necessidades de seu paciente ou as possibilidades de utilização na sua comunidade.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



9 Odontologia não invasiva e minimamente invasiva

9.1 Diamino fluoreto de prata (DFP) - cariostático

O uso do DFP é narrado de longa data, tanto na prevenção quanto na paralisação das lesões de cárie, principalmente envolvendo dentina (SANTOS; MARQUES; PENTAGNA, 2008).

Este produto foi elaborado a partir de soluções tópicas tradicionalmente utilizadas: o fluoreto de sódio e o nitrato de prata. Contudo, ao se combinar tais soluções, obteve-se uma solução estável e potente, capaz de paralisar ou retardar a progressão de lesões cariosas em dentes decíduos e permanentes.

Considerado um medicamento de ataque, quando se precisa de uma resposta rápida e concreta na paralisação da atividade de cárie, impedindo sua progressão para quadros mais complexos, como um envolvimento pulpar ou maiores perdas de tecido dental. A situação clínica característica envolve o paciente que apresenta múltiplas lesões de cárie ativa, associadas a comportamentos inadequados de higiene e dieta. Num ambiente bucal tão desequilibrado, qualquer tentativa restauradora terá grande chance de fracasso. Com o uso do DFP, o profissional ganha tempo para readequar hábitos e planejar o tratamento sem preocupações com a evolução das cavitações.

Destacamos que há um efeito bastante indesejável que acompanha o uso do DFP: o manchamento do tecido cariado. A questão estética pode pesar no momento da definição do plano de tratamento.

Deve-se lembrar, no entanto, que o manchamento dentário não precisa ser considerado definitivo. A qualquer momento, existe a possibilidade de restaurar a cavidade que foi tratada com DFP, eliminando o escurecimento e devolvendo a estética perdida. Isto pode ser realizado com restaurações em cimento de ionômero de vidro (CIV) de alta viscosidade ou resina composta tão logo o equilíbrio da cavidade bucal seja restabelecido. Em dentes decíduos, todavia, dependendo da idade da criança e do ciclo biológico do dente, o DFP é mantido até a esfoliação fisiológica do dente.

Lesões de cárie paralisadas após a aplicação do DFP tornam-se escuras! Os profissionais devem informar os pais ou responsáveis sobre as vantagens e limitações das aplicações do cariostático e compartilhar a decisão sobre a indicação do tratamento para cada caso específico. Seu uso é universal, podendo ser utilizado em: bebês, crianças, adolescentes e adultos.

Particularmente em relação às características do paciente, o DFP está indicado para crianças de pouca idade de comportamento difícil, crianças portadoras de cárie na primeira infância, PcD e pacientes idosos; nestes últimos, o foco do tratamento são as lesões de cárie radicular ou a hipersensibilidade dentinária.

Deve ser aplicado em cavidades com lesões de cárie ativa, desde que mostre



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



presença de vitalidade pulpar sem sinais e sintomas de patologias pulpares; além do controle de lesões de cárie de esmalte; particularmente para lesões proximais não cavidadas o uso do DFP é bastante interessante. Por não necessitar de remoção de tecido cariado, preparo cavitário, anestesia local ou isolamento absoluto, o mesmo pode ser aplicado fora do consultório odontológico, podendo ser uma alternativa para controle de cárie em escolares, asilos, comunidades quilombolas entre outras. Assim como as restaurações atraumáticas, é um recurso inclusivo e importante para reduzir as iniquidades em saúde bucal.

Informações importantes:

- O DFP não pode ser aplicado sobre polpa exposta ou em dentes com alterações pulpares irreversíveis;
- A solução de DFP não deve entrar em contato com pele, roupas ou qualquer superfície devido ao manchamento;
- Para pacientes não cooperadores, o tempo de aplicação pode ser reduzido sem prejuízo significativo ao desfecho clínico;
- É necessário informar o paciente e/ou os responsáveis sobre o escurecimento da lesão e obter o consentimento por escrito destes para realização do tratamento com DFP;
- E principalmente: O DFP deve ser visto como um recurso adicional entre tantas opções que o profissional tem para o tratamento da doença cárie. Não deve ser utilizado em todos os pacientes ou todas as situações clínicas, mas em situações específicas e associado a outros procedimentos, como controle da dieta e da higiene bucal

9.2 O tratamento restaurador atraumático (ART)

Trata-se de uma visão contemporânea para o tratamento da doença cárie, que considera os princípios de cariologia previamente discutidos. Refere-se a uma opção de tratamento restaurador incentivada pelo MS e que consta nos Cadernos de Atenção Básica nº 17 (BRASIL, 2006; NARVAL *et al.*, 2006) e na PNSB – Brasil Sorridente (BARBOSA; GARRAFA, 2016; SCHERER; SCHERER, 2015; GOLDBAUM *et al.*, 2014). É uma opção minimamente invasiva, de intervenção simplificada, efetiva e capaz de ampliar o acesso a cuidados odontológicos básicos para toda a população.

Possui dois componentes principais: o selante ART (prevenir possivelmente o desenvolvimento de lesões em fósulas e fissuras) e a restauração ART (impedir a progressão de lesões cavidadas). Assim, as ações desenvolvidas visam facilitar a remoção do biofilme dental e favorecer o equilíbrio da cavidade bucal, por conseguinte, controlando a doença cárie (CHIBINSKI, 2019).



9.2.1 Programa estadual de mínima intervenção em odontologia - Projeto ART

Teve início em 2017. Após apresentação do projeto na Comissão Intergestores Bipartite(CIB) para os gestores Municipais e assinatura do termo de adesão, as partes envolvidas assumiram compromissos: a gestão estadual responsabilizou-se pela capacitação dos profissionais, fornecimento de material restaurador, apoio às equipes na implantação da Linha de Cuidado em Saúde Bucal, dentre outros; e a gestão municipal ofereceu plenas condições de trabalho para as equipes, com estrutura física adequada e apoio no que se fizesse necessário. Ressaltamos ainda, que as eSB que concordaram em aderir ao projeto do ART também se comprometeram com o projeto, concordando em realizar o ART, sempre que indicado, como tratamento de primeira escolha.

A partir de 2019, o município de Foz do Iguaçu, passou a fazer parte do referido projeto com a participação de 04 eSB na ESF, com a proposta de ampliar esse número futuramente.

Saiba mais sobre ART (técnica, indicação clínica, seleção e vantagens) acessando o documento “Linha de cuidado em Saúde Bucal”, 3ª edição, 2021, SESA, págs 107 a 110.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



10 Programa Estratégias

10.1 Programa Saúde na Escola - PSE

Ação interministerial entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, instituído em 2007. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. A articulação entre Escola e APS é a base do PSE. Essa estratégia integra a saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Além disso, atua no enfrentamento de vulnerabilidades e no apoio ao processo formativo dos profissionais de saúde e educação de forma permanente e continuada (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b).

O programa contém 12 ações essenciais e entre essas se destaca **“Promoção e Avaliação de Saúde Bucal e aplicação tópica de flúor”** que deverá ser realizada pelas eSB da Atenção Primária.

Nessa ação são contempladas as atividades de: Educação em saúde, Atendimento em grupo, Avaliação/procedimento coletivo e Mobilização Social; dentro das Práticas em Saúde, são realizadas as atividades de: Aplicação tópica de flúor, Escovação dental supervisionada, Ação coletiva de bochecho fluorado, Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica e, Evidenciação de Placa Bacteriana (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2017b; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2019; BRASIL, setembro de 2017).

A promoção de saúde bucal em escolas de acordo com a OMS tem como objetivo desenvolver estilos de vida saudáveis e práticas de autocuidado. Uma atuação integrada que executa ações focadas no aspecto educacional e em articulação com a saúde que podem interferir nos fatores de riscos comuns e colaborar efetivamente para a saúde bucal dos educandos.

Nesse contexto, a avaliação de saúde bucal objetiva minimizar os possíveis riscos a que as crianças e adolescentes estejam expostos no ambiente escolar e no território em que vivem. Essas práticas devem estar articuladas entre as ações de educação em saúde e identificação dos determinantes sociais que contribuem e acabam prejudicando a saúde bucal no território compartilhado entre escola e unidade de saúde para que sejam efetivas na produção de saúde integral.

É fundamental que a avaliação não se restrinja ao exame individual de cada educando, mas mapeie os fatores de risco que são comuns nesse espaço como a alimentação, especialmente o consumo de açúcar; o uso do tabaco; entre outros.

É importante organizar os dados coletados sobre a saúde bucal dos educandos e fatores de risco no ambiente da escola para viabilizar a construção e o desenvolvimento de políticas e práticas de promoção da saúde bucal, a definição de objetivos e metas, bem como a avaliação de sua eficácia ao longo do processo.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Todas as ações devem ser registradas no sistema informatizado na **Ficha de Atividade Coletiva**: atividades de **Educação em Saúde e Mobilização Social** para as quais o CNS **não é obrigatório**. Registram-se nestas duas atividades, de acordo com a natureza da ação, iniciativas como palestras, debates, filmes comentados, rodas de conversa, festivais de dança, de jogos ou outros, peças teatrais, exposições, feiras temáticas, comemorações de dias temáticos, campanhas e orientações gerais sobre determinada temática com a informação consolidada do número de participantes.

Atividades de **Atendimento em grupo e Avaliação/procedimento coletivo** para as quais o CNS **é obrigatório**. Registram-se nestas duas atividades:

Exemplo 1: um grupo terapêutico, oficinas, grupos formados por ciclos de vida ou condição de saúde, são atividades relativas ao **Atendimento em grupo**.

Exemplo 2: um grupo de estudantes submetidos a avaliação antropométrica ou aplicação tópica de flúor deve ser registrada em **Avaliação/procedimento coletivo**.

Foz do Iguaçu faz parte desse processo desde 2013. No biênio 2020-2021 conta com 44 instituições escolares, entre elas: 18 escolas de ensino fundamental e 26 CMEIS, perfazendo um total de 13.960 educandos beneficiados pelo programa. 122 equipes de saúde estão devidamente habilitadas para realizarem as ações preconizadas no PSE.

Algumas Leis que regulamentam o PSE: Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017.

10.2 Práticas integrativas complementares (PICS)

As PICS são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças como depressão e hipertensão. Em alguns casos, também podem ser usadas como tratamentos paliativos em algumas doenças crônicas. O Brasil é referência mundial na área de práticas integrativas e complementares na atenção básica. É uma modalidade que investe em prevenção e promoção à saúde com o objetivo de evitar que as pessoas fiquem doentes. Além disso, quando necessário, as PICS também podem ser usadas para aliviar sintomas e tratar pessoas que já estão com algum tipo de enfermidade. Assim, sob um olhar atento e consensual e respaldado pelas diretrizes da OMS, o MS aprova, então, através da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC). No município de Foz do Iguaçu atualmente essas práticas são desenvolvidas em 4 CMEIS, a saber: Elfrida Keller, Ouro Verde, Mãe Maria e Cláudio da Silva Lourenço, através do Projeto de prevenção odontológica de Fitoterapia (Camomila) beneficiando cerca de 200 educandos com aproximadamente 800 procedimentos/mês. Além disso, os profissionais de saúde bucal das unidades de saúde (Padre Monte, Lagoa Dourada, Cidade Nova, Carimã, Sol de Maio) foram devidamente capacitados e matriciados atuando com 04 terapias: **Fitoterapia, Apiterapia, Geoterapia e Auriculoterapia**. Atualmente o serviço de odontologia



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



do município conta com 18 CD matriciados em Fitoterapia, Apiterapia e Geoterapia.

10.2.1 Terapias desenvolvidas no município:

- 1) **FITOTERAPIA:** As plantas medicinais contemplam espécies vegetais, cultivadas ou não, administradas por qualquer via ou forma, que exercem ação terapêutica e devem ser utilizadas de forma racional, pela possibilidade de apresentar interações, efeitos adversos, contraindicações. A fitoterapia é um tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A fitoterapia é uma terapia integrativa que vem crescendo notadamente neste começo do século XXI, voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo sido institucionalizada no SUS por meio da PNPIC e da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF).
- 2) **APITERAPIA:** Prática terapêutica utilizada desde a antiguidade, conforme mencionado por Hipócrates, em alguns textos, e em textos chineses e egípcios que consiste em usar produtos derivados de abelhas – como apitoxinas, mel, pólen, geleia real, própolis – para promoção da saúde e fins terapêuticos.
- 3) **GEOTERAPIA:** Terapêutica natural que consiste na utilização de argila, barro e lamas medicinais, assim como pedras e cristais (frutos da terra), com objetivo de amenizar e cuidar de desequilíbrios físicos e emocionais por meio dos diferentes tipos de energia e propriedades químicas desses elementos.
- 4) **AURICULOTERAPIA:** É uma técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha – onde todo o organismo encontra-se representado como um microsistema – por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, previamente preparadas para esse fim. A auriculoterapia chinesa faz parte de um conjunto de técnicas terapêuticas que têm origem nas escolas chinesa e francesa, sendo a brasileira constituída a partir da fusão dessas duas. Acredita-se que tenha sido desenvolvida juntamente com a acupuntura sistêmica (corpo) que é, atualmente, uma das terapias orientais mais populares em diversos países e tem sido amplamente utilizada na assistência à saúde.

Nesse contexto, é importante destacar que essas ações são monitoradas temporalmente, através do programa e-SUS-AB do MS, e do sistema informatizado disponível na gestão, fazendo parte do relatório detalhado quadrimestral (RDQ) do município.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



10.3 Programa estadual de controle do tabagismo (PECT)

O PECT desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção à iniciação ao uso do tabaco e o cuidado da pessoa tabagista na Rede SUS. O atendimento à pessoa tabagista é realizado prioritariamente nas UBS, por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, CD, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e outros.

São organizados grupos de fumantes que participam de sessões estruturadas que inclui avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, terapia medicamentosa em conjunto com a abordagem intensiva. Atualmente no município de Foz do Iguaçu existem 10 estabelecimentos de saúde credenciados no CNES e habilitados para oferecer esse serviço estruturado para a população.

O tratamento do tabagismo na rede SUS tem como eixo principal a abordagem cognitiva comportamental e apoio medicamentoso, se necessário. De acordo com a portaria SAS/MS nº 571/2013 e GM/MS nº 761/2016, os medicamentos devem ser prescritos por médicos que estejam capacitados, habilitados e atuantes no programa e somente para usuários que estejam em tratamento. Entretanto, a prescrição também pode ser efetuada por outros profissionais de saúde e está condicionada à instrução dos seus respectivos conselhos profissionais. A medicação só deve ser disponibilizada aos usuários cadastrados no programa e que estejam frequentando as sessões estruturadas e de manutenção.

O município de Foz do Iguaçu tem realizado frequentemente cursos de capacitação para os profissionais da RAS atuarem no apoio à pessoa tabagista na cessação do hábito de fumar. O CD cumpre um papel essencial na orientação ao paciente tabagista, e como profissional de saúde, deve informar de maneira clara e objetiva sobre os prejuízos causados pelo tabagismo, além de motivar e dar suporte durante o período da cessação do hábito.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



11 Gestão e planejamento

11.1 Indicadores

Conforme recomendações do MS (BRASIL, 2018), os seguintes indicadores serão monitorados:

O monitoramento e a avaliação dos indicadores é um processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, de modo a fortalecer o sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Os indicadores recomendados pelo MS para a Saúde Bucal refletem: a cobertura da população que teve acesso a tratamento odontológico; a produtividade dos profissionais e a proporção de pessoas que participaram de ações preventivas e de promoção em saúde. Além disso, são pactuados nas UBS da SMSA com participação das eSB e devem ser monitorados mensalmente.

11.1.1 Mensal Cirurgião Dentista 20 horas

- 100% Atendimento às gestantes.
- 80% Proporção de tratamentos concluídos e primeiras consultas
- 20 Primeiras Consultas Programadas
- 16 Tratamentos Concluídos
- 150 participantes de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
- 01 ação/serviço ofertado pela equipe de Saúde Bucal.
- 01 visita domiciliar

11.1.2 Mensal Cirurgião Dentista 40 horas

- 100% Atendimento às gestantes.
- 80% Proporção de tratamentos concluídos e primeiras consultas
- 35 Primeiras Consultas Programadas
- 28 Tratamentos Concluídos
- 250 participantes de ação coletiva de escovação dental supervisionada.
- 02 ações/serviços ofertados pela equipe de Saúde Bucal.
- 02 visitas domiciliar



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



11.1.3 Indicadores da atenção básica

- **Cobertura da primeira consulta odontológica programática/habitante/ano**

Conceito: é o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática, realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um PPT para atender às necessidades detectadas. Não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não têm seguimento previsto.

- **Média de procedimentos odontológicos básicos individuais/habitante/ano**

Conceito: consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população.

- **Cobertura de ação coletiva de escovação dental supervisionada**

Conceito: É o percentual de pessoas que participaram da ação coletiva de escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, e não a ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa. Expressa o percentual de cobertura correspondente à média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado, considerando o mês ou meses em que se realizou a atividade, em determinado local e ano, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal.

- **Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais**

Conceito: consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais odontológicas realizadas no âmbito do SUS. Possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida de serviços odontológicos do SUS está respondendo às necessidades da população aos serviços odontológicos especializados, o grau de atenção e a integralidade do cuidado.

- **Cobertura de Exames para Detecção de Lesões Bucais**

Conceito: consiste no rastreamento de uma população alvo, geralmente adultos, em busca de lesões bucais. A detecção de lesões bucais, apesar de não preveni-las, permite a precocidade da atenção impedindo agravamento ou sequelas e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos.

- **Cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica**

Conceito: é o percentual de exames realizados para identificação de populações de risco às doenças bucais que auxilia no planejamento local. Define-se desta forma que tipo de ação será direcionada para cada membro de uma determinada comunidade. Usado também para avaliar a saúde bucal com outros indicadores (realizados durante o exame) e



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



estabelecer comparações históricas.

• **Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais**

Conceito: reflete a ocorrência de procedimentos individuais mutiladores em detrimento de procedimentos conservadores e preventivos. Colabora com a avaliação da necessidade de ampliação das ações preventivas coletivas e de ações individuais de caráter conservador e profilático.

• **Percentual de atendimentos odontológico por tipo**

Conceito: demonstra a divisão do esforço de atenção odontológica, apontando percentualmente como as equipes de odontologia administram seu tempo em relação à atenção programada ou pronto atendimento. Quando ocorre desequilíbrio ou distanciamento do parâmetro estabelecido, pode-se estar restringindo o acesso da população ou realizando ações clínicas sem impacto na melhoria da qualidade da saúde bucal naquele local.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



12 Segurança do paciente e biossegurança

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013. De acordo com a OMS, a Segurança do Paciente pode ser definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. São estabelecidas seis metas de segurança do paciente no Programa, embora as ações tenham sido voltadas preliminarmente para a atenção hospitalar, o PNSP se refere a todos os estabelecimentos de saúde no território nacional, o que inclui os estabelecimentos de APS e as eSB.

12.1 Metas de segurança do paciente

- 1) Identificar corretamente o paciente.
- 2) Melhorar a comunicação entre profissionais de saúde.
- 3) Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos.
- 4) Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos.
- 5) Higienizar as mãos para evitar infecções.
- 6) Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão

Em odontologia a biossegurança é definida como o conjunto de medidas empregadas com o objetivo de proteger a equipe e os pacientes no ambiente clínico. Devido ao grande número de procedimentos invasivos realizados diariamente pelo CD, destaca-se a importância da conscientização e responsabilização da eSB no controle de infecção na prática odontológica.

Uma infraestrutura adequada para a realização de um atendimento seguro e de qualidade aos profissionais e usuários, é fundamental. Deve possuir área física de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou outras que venham a substituí-la, suprimento de material e instrumental compatível com a demanda de atendimento, processamento apropriado de produtos para saúde, conservação e manutenção (preventiva e corretiva) dos equipamentos odontológicos, e protocolos seguros na prática clínica.

12.2 Principais medidas de biossegurança

- Imunização dos profissionais de saúde;
- Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelas equipes e pacientes;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Processamento adequado de produtos para saúde, assim como seu monitoramento e controle (limpeza, acondicionamento, esterilização, armazenamento, controles químico e biológico);
- Protocolos que reduzam riscos físicos, químicos e biológicos;
- Notificação e protocolo em caso de acidentes perfurocortantes;
- Descarte adequado de resíduos;
- Higienização de mãos.

Todavia, por se tratar de um assunto muito específico e extenso, sugerimos o Manual da ANVISA: Serviços Odontológicos – Prevenção e Controle de riscos e o Manual do Conselho Regional de Odontologia (CRO-PR): Controle de infecção e Biossegurança para maior aprofundamento no assunto.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



13 Educação permanente

Educação na saúde “corresponde à produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para atuar em saúde, abrangendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”. Igualmente conhecida como educação no trabalho em saúde, a educação na saúde possui duas modalidades: a educação continuada e a educação permanente em saúde- EPS (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2007a).

EPS é uma proposta político-pedagógica de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se integram ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Objetiva-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tencionem a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam constituídos a partir da problematização do processo de trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências prévias dos participantes (BRASIL, 2004c).

Ademais é uma vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que proporcionam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, através da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2007a).

A seguir, algumas modalidades para operacionalização da EPS:

- Roda de conversa: encontros dialógicos focados no compartilhamento das experiências dos participantes, propiciando o aprendizado com o outro e a partir do outro, ressignificando práticas e saberes.
- Oficina: atividades práticas que tragam a elaboração de um produto final de construção coletiva.
- Palestra: conferência ou exposição dialogada em relação a um tema específico, com duração mínima de uma hora.
- Curso: conjunto de temas e abordagens pedagógicas organizado com o objetivo de aprofundar um tema específico, com duração variada. Cursos curtos (até 16 horas) são chamados minicursos.
- Capacitação: compreendem eventos formativos baseados em abordagens conceituais, práticas ou vivências, com duração variada.
- Treinamento: processo formativo voltado para desenvolver conhecimentos, atitudes e habilidades geralmente voltados para melhoria da qualidade do trabalho.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- Aperfeiçoamento: ação educativa voltada para o aprimoramento do conhecimento e habilidades do servidor, tendo duração superior a 120 horas e inferior a 360 horas.

A EPS é uma proposta político-pedagógica que contribui para os servidores um processo de ensino e aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo.

A produção de conhecimentos, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.

A educação é uma das estratégias para a transformação das práticas na construção do SUS. Este protocolo além de promover o desenvolvimento das ações, ressalta a importância das atividades para capacitar as Equipes em diferentes temas.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) significa um espaço de discussões onde todos os atores envolvidos possuem sua importância e contribuem para redefinir os processos de saúde.

Portanto deve destinar períodos à Educação Permanente e Continuada da Equipe, planejados durante as reuniões de Equipe.

Segue abaixo sugestões de alguns temas específicos e gerais que poderão ser abordados:

- Planejamento em saúde bucal;
- Diagnóstico de área;
- Promoção da saúde;
- Doenças e agravos relacionados à saúde bucal;
- Epidemiologia da saúde bucal;
- Biossegurança;
- Instrumentos de avaliação das ações implantadas



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Figura 17 – Educação permanente e continuada



Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Referências

- ALVES, C. S.; BEZERRA, M. M. Atenção odontológica no pré-natal: a percepção das gestantes do bairro padre palhano. **Sanare**, Sobral, CE, v. 6, n. 1, p. 61 – 68, 2005.
- ANDRADE, E. M. *et al.* A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 147 – 155, 2011.
- ANTUNES, J. L. F. *et al.* Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 42, p. 191 – 199, 2008.
- ARANEGA, A. M. *et al.* Etiologia e incidência de traumas faciais relacionados a violência doméstica a mulher. **Revista LEVS/Unesp-Marília**, p. 1983 – 2192, Maio 2010.
- BALDANI, M. H. *et al.* A Odontologia para bebês no Estado do Paraná, Brasil - Perfil do programa de atenção precoce à saúde bucal. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 31, p. 210 – 216, 2003.
- BARBOSA, S. do N.; GARRAFA, V. **Responsabilidade social e saúde**. 2016. Tese (Doutorado). Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/19916>.
- BÁSICA, B. M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de A. Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal. p. 1 – 92.
- BORTOLI, D. **Análise Espacial dos Atendimentos a Crianças e Adolescentes Vulneráveis no Município de Foz do Iguaçu**. 2015. Tese (Mestrado em Sociedade, Cultura e Fronteiras) — Universidade Estadual do Oeste do Paraná.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, janeiro.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final. **8ª Conferência nacional de saúde bucal**, Brasília, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, dezembro 2000.
- BRASIL. DEFINIÇÃO DE TRÁFICO DE PESSOAS NO PROTOCOLO DE PALERMO. **Definição de Tráficos de Pessoas no Protocolo de Palermo**, BRASÍLIA, p. 1 – 8, 2004. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5017.htm.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, p. 1 – 16, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 198 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente. **Diário Oficial da União**, Brasília, fevereiro 2004c.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.085 de dezembro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, dezembro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1996 de agosto de 2007. Política Nacional de Educação Permanente. **Diário Oficial da União**, Brasília, agosto 2007a.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 45. Brasília, 2007b. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf. Acesso em: 02/11/2017.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.077. Brasília, novembro 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 02/11/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Convenção-Quadro para o controle do tabaco. **INCA**, Rio de Janeiro, p. 1 – 58, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Brasília, outubro 2011. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 18.10.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de promoção da equidade em saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 1 – 14, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.825 de 24 de agosto de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, agosto 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 835 de 25 de abril de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, abril 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. **Cadernos de Atenção Básica, no. 23**, Brasília, p. 1 – 184, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. . Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde Bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde Bucal. p. 1 – 16, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 761 de 21 de junho de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, junho 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2436, de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, setembro 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1055 de 25 de abril de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, abril 2017b.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



BRASIL. Nota Técnica nº 02 de 08 de agosto de 2017. **Nota Técnica nº 02 de 08 de agosto de 2017**, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Brasília, p. 1 – 342, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. **Recurso Eletrônico**, Brasília, p. 1 – 342, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, p. 1 – 180, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.539 de 26 de setembro de 2019. Altera as portarias de consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária – eAP e dispor sobre o financiamento da equipe de saúde bucal – eSB com carga horária diferenciada. Brasília. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União, Seção 1**, Brasília, p. 89 –, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União. Portaria nº 2436**, setembro de 2017.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. **Hoboken**, v. 68, n. 6, p. 394 – 424, 2018.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Projeto Promoção da Saúde. *Promoção da Saúde*. p. 7 – 14, 2001.

CEREZETTI, R. V. *et al.* **Fluoreto de cálcio como reservatório de flúor para o fluido do biofilme e seu efeito na inibição da desmineralização do esmalte**. 2008. Dissertação (Mestrado) — Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000433268>.

CETESB. COMPANHIA DE TECNOLOGIA DE SANEAMENTO AMBIENTAL. **Drenagem urbana**: manual de projeto. São Paulo, 1979.

CHIBINSKI, A. C. R. et al. O tratamento restaurador atraumático (art) como estratégia no cuidado em saúde bucal: a experiência da qualificação dos profissionais de saúde no estado do Paraná. In: DITTERICH, R. G.; GRAZIANI, G. F.; MOYSÉS, S. J. (Ed.). **Caminhos e trajetórias da saúde bucal no estado do Paraná**. Londrina: INESCO, 2019. p. 299 – 324.

CURY, J. A.; TENUTA, L. M. A. Intoxicação aguda por ingestão de flúor. In: Andrade EA, Ranali. **J. Emergência médicas em Odontologia**, Artes Médicas, São Paulo, v. 3, p. 145 – 52, 2011.

CURY, J. A.; TENUTA, L. M. A. Uso de fluoreto em Odontologia restauradora fundamentado em evidências. In: BARATIERI, L. N. (ed.). **Odontologia Restauradora - Fundamentos e Possibilidades**. 2. ed. São Paulo: Grupo Gen, 2015. p. 53 – 71.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



DAHLBERG, L. L.; KRUG., E. G. VIOLÊNCIA - UM PROBLEMA MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA. In: AL., K. E. et (ed.). **RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE**. Genebra: World Health Organization, 2002. cap. 1, p. 3 – 22. ISBN 92 4 154561 5.

EVANS, D. J. et al. Out-of-hours emergency dental services — development of one possible local solution. **Brit. Dent. J.**, v. 191, n. 10, p. 550 – 554, 2001.

FAÉ, J. M. et al. A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. **Revista da ABENO**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 7 – 18, 2016.

FARIA, H. P. de et al. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. 2010.

FERREIRA, C. P. da S. et al. Educational strategies for health education with teens: a review integrative. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 8, n. 2, 2016. Acesso em: 17/09/2017.

FERREIRA, J. R. Análisis prospectivo de la educación médica. v. 20, n. 1, p. 26 – 42, 1986. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6915.pdf>. Acesso em: 18/10/2017.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 201 – 210, 2012.

FORD, P. J.; FARAH, C. S. Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. **J. Cancer Policy**, v. 1, p. e2 – e7, 2013.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. (org.). **Cobertura e vigilância da fluoretação da água no Brasil: municípios com mais de 50 mil habitantes**. 1. ed. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2017. v. 1. 202 p. ISBN 978-85-88848-25-2.

GEVERT, M. V. et al. **Tratamento restaurador atraumático e sua aplicabilidade no serviço público**. Ponta Grossa: UEPG, 2017. 22 p.

GOLDBAUM, A. et al. **O processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014. Dissertação (Mestrado) — Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-11072014-200725/>.

LEAVELL; CLARCK. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (org.). **Epidemiologia e saúde**. [S.l.: s.n.], 2003. v. 7, p. 11 – 24.

MACHIULSKIENE, V. et al. Terminology of dental caries and dental Caries management: consensus report of a workshop organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. In: **Workshop**. [S.l.: s.n.], 2020. v. 54, n. 1, p. 7 – 14.

MANCHESTER TRIAGE GROUP. **Emergency Triage**. 2. ed. Oxford: BMJ Book, 2008. 178 p.

MANGALATH, U. et al. Recent trends in prevention of oral cancer. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**, Medknow Publications & Media Pvt Ltd, v. 4, n. Suppl 3, p. S131 – S138, 12 2014. ISSN 2231-0762. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4304049/>.



- MARINHO, V. C. *et al.* Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. **Cochrane Database Syst Rev.**, 2003:CD002782.
- MARISTA. **Infância, Adolescência e Direitos: enfrentamento à violência sexual em Foz do Iguaçu.** Curitiba: Maxi Gráfica, 2014.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2011.
- MENDES, E. V. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431 – 436, 2018.
- MOFATTO, L. S. *et al.* **Efeito do fluor sobre a matriz organica do esmalte dentario de camundongos.** 2010. Dissertação (Mestrado) — Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=000478152>.
- NARVAL, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385 – 393, 2006.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158 – 164, 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças CID 11.** [S.l.], 2018. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Acesso em: 26 de Outubro de 2018.
- PADILHA, L. S. **Processo de implantação do Acolhimento com classificação de risco no Setor de Urgências da Clínica de Odontologia da UEM.** 2012. Tese (Mestrado em odontologia Integrada) — UEM.
- PARANÁ. Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia. . Curitiba, 2012a.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha guia rede mãe paranaense. **SESA**, Curitiba, 2012b.
- PARANÁ. Linha Guia da Rede Mãe Paranaense . Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução Conjunta SESA/SESP nº 3, de 23 de março de 2020 - Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual. **Resolução conjunta**, 2020.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Linha de cuidado em saúde bucal, 3a. edição. Curitiba, 2021.
- PARANÁ. SESA. **Linha guia rede de saúde bucal.** Curitiba: SESA, 2016. 92 p.
- PEREIRA, A. C. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. In: PEREIRA, A. C. (Ed.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde.** [S.l.: s.n.], 2003. p. 440 – 440.



PITTS, R. A. et al. Physics basis for the first ITER tungsten divertor. **Nuclear Materials and Energy**, v. 20, p. 100696 –, 2019.

SANEPAR. COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ. **Paraná: 60 anos da primeira aplicação de flúor na água**. Curitiba, 2018.

SANKARANARAYANAN, R. et al. Long term effect of visual screening on oral cancer incidence and mortality in a randomized trial in Kerala, India. **Oral oncology**, v. 49, n. 4, p. 314 – 321, 2013.

SANKARANARAYANAN, R. et al. **Cancer: disease control priorities**. 3. ed. [S.l.]: Oral cancer: prevention, early detection, and treatment, 2015. v. 3.

SANTOS, A. P. P.; MARQUES, W. D.; PENTAGNA, M. B. Efeitos cariostáticos e preventivo do diamino fluoreto de prata utilizado em Odontopediatria: uma revisão crítica da literatura. **Rev ABO Nac**, v. 16, n. 2, p. 118 – 121, 2008.

SANTOS, A. P. P.; NADANOVSKY, P.; OLIVEIRA, B. H. A systematic review and meta-analysis of the effects of fluoride toothpastes on the prevention of dental caries in the primary dentition of preschool children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 41, p. 1 – 12, 2013.

SASSI, L. M. et al. Prevalence of oral lesions in 25 years of Oral Cancer Prevention campaigns in Paraná State. **RSBO**, v. 11, n. 2, p. 134 – 137, 2014.

SCARPELLI, B. B.; RICIOLI, S. R.; WALTER, L. R. F. Programa de atenção precoce à saúde bucal. EDUEL, Londrina, p. 1 – 24, 1996.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. dos A. **O trabalho em saúde bucal na estratégia saúde da família**. 2015. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18320>.

SCHWENDICKE, F. et al. Managing carious lesions: consensus recommendations on carious tissue removal. **Advances in Dental Research**, v. 28, n. 2, p. 58 – 67, 2016.

SCOTTISH GOVERNMENT. NHS Education for Scotland. SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME. 2007.

SILVA, R. M. et al. Atenção à Saúde Bucal no Domício no Contexto da Estratégia Saúde da Família: Reflexões a partir de uma revisão integrativa de Literatura. 2016.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2002.

TENUTA, L. M. A. *et al.* Fluoride release from CaF₂ and enamel demineralization. **J Dent Res**, v. 87, n. 11, p. 1032 – 1036.

TENUTA, L. M. A.; CHEDID, S. J.; CURY, J. A. Uso de fluoretos em Odontopediatria - Mitos e evidências. In: MAIA, L. C.; PRIMO, L. G. (ed.). **Odontologia Integrada na Infância**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2012. p. 153 – 177.

TENUTA, L. M. A.; CURY, J. A. Uso de fluoretos no controle da doença cárie. In: MALTZ, M. (ed.). **Cariologia: conceitos básicos, diagnóstico e tratamento não restaurador**. 1. ed. São Paulo: Artes Médica, 2016. p. 92 – 95.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



TORRES-PEREIRA, C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? **Braz Oral Res**, Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 37 – 42, 2010. Disponível em: <https://www.forp.usp.br/restauradora/peri.htm>.

WALSH, T. *et al.* Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* **Oral Health**, WHO - World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on violence and health**. Geneva, 2002.

ZAVAREZ, L. **Período entre a sintomatologia inicial do paciente até o diagnóstico de carcinoma epidermoide na região de cabeça e pescoço**. 2017. Dissertação (Mestrado) — UFPR.

ZIMMERMANN, C. *et al.* The use of tools to support oral lesion description in oral medicine referrals. **Braz Oral Res**, v. 31.0093, Nov 2017.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Apêndices

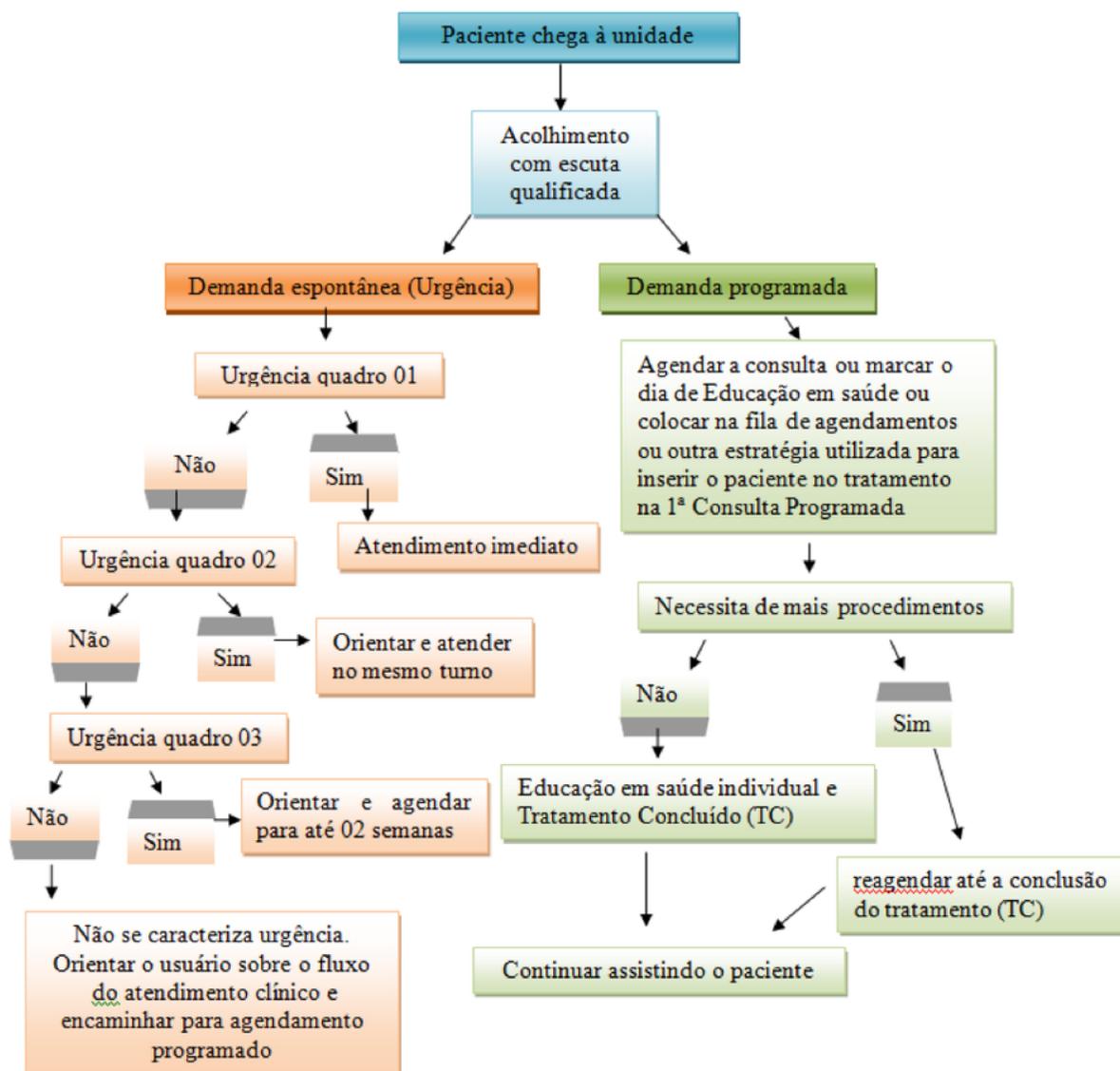


b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



APÊNDICE A – Fluxograma de demandas espontânea e programada

Figura 18 – Fluxograma de demandas espontânea e programada



Fonte: O autor

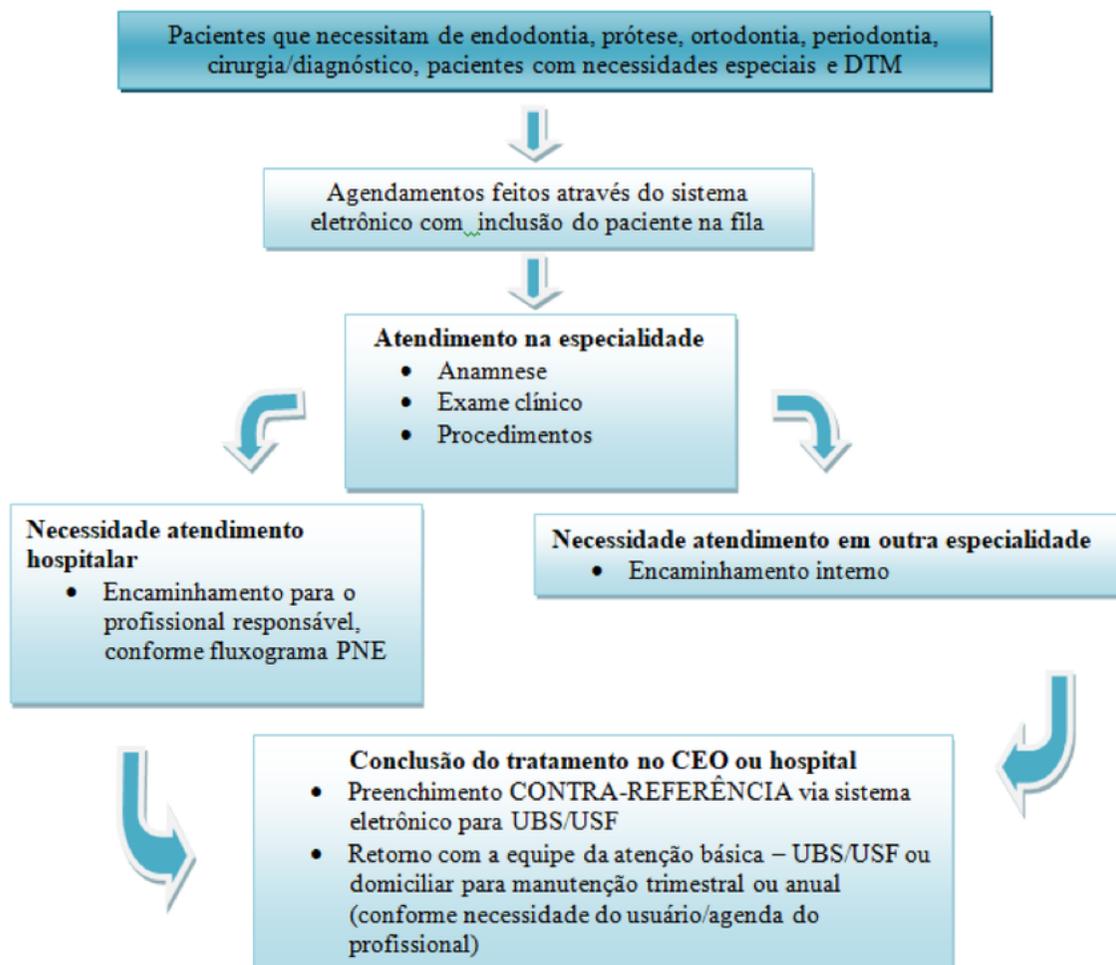


b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



APÊNDICE B – Fluxograma de atendimento especializado

Figura 19 – Fluxograma de atendimento especializado



Fonte: O autor

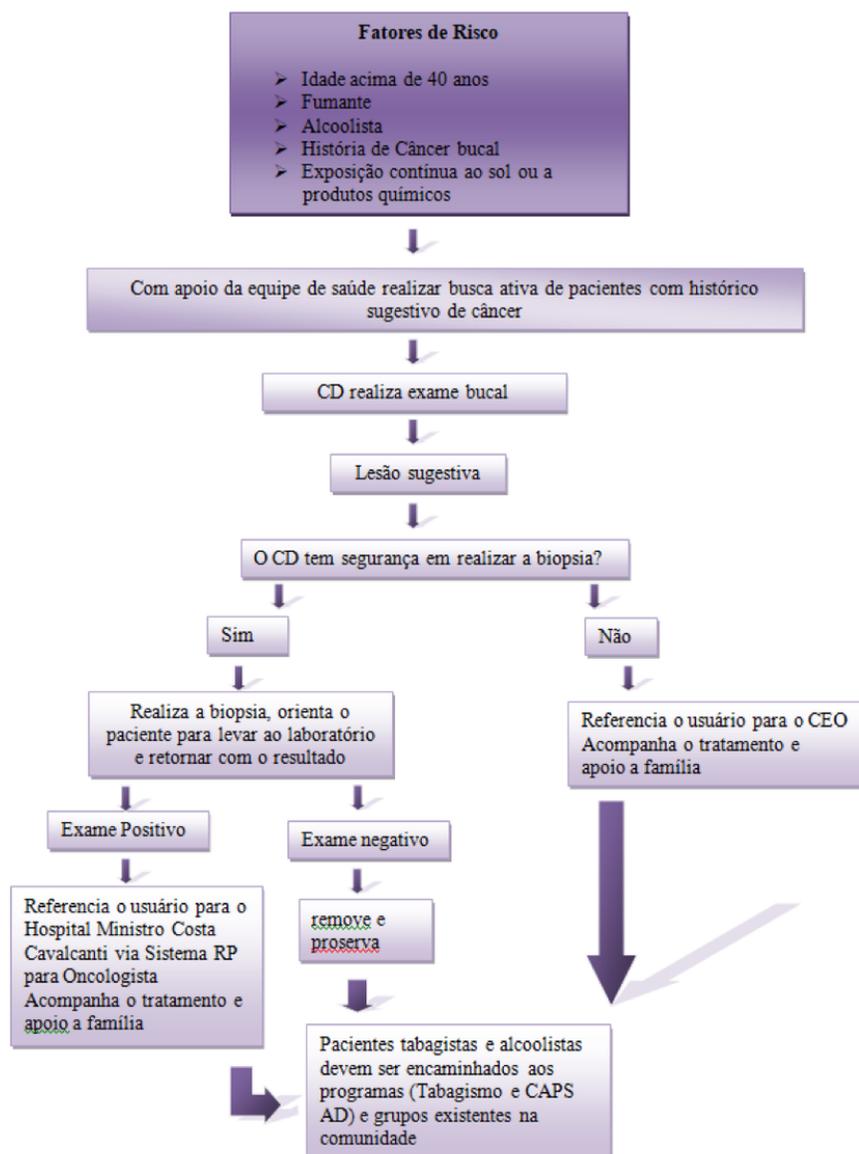


b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



APÊNDICE C – Fluxograma de lesões cancerizáveis

Figura 20 – Fluxograma de lesões cancerizáveis



Fonte: O autor

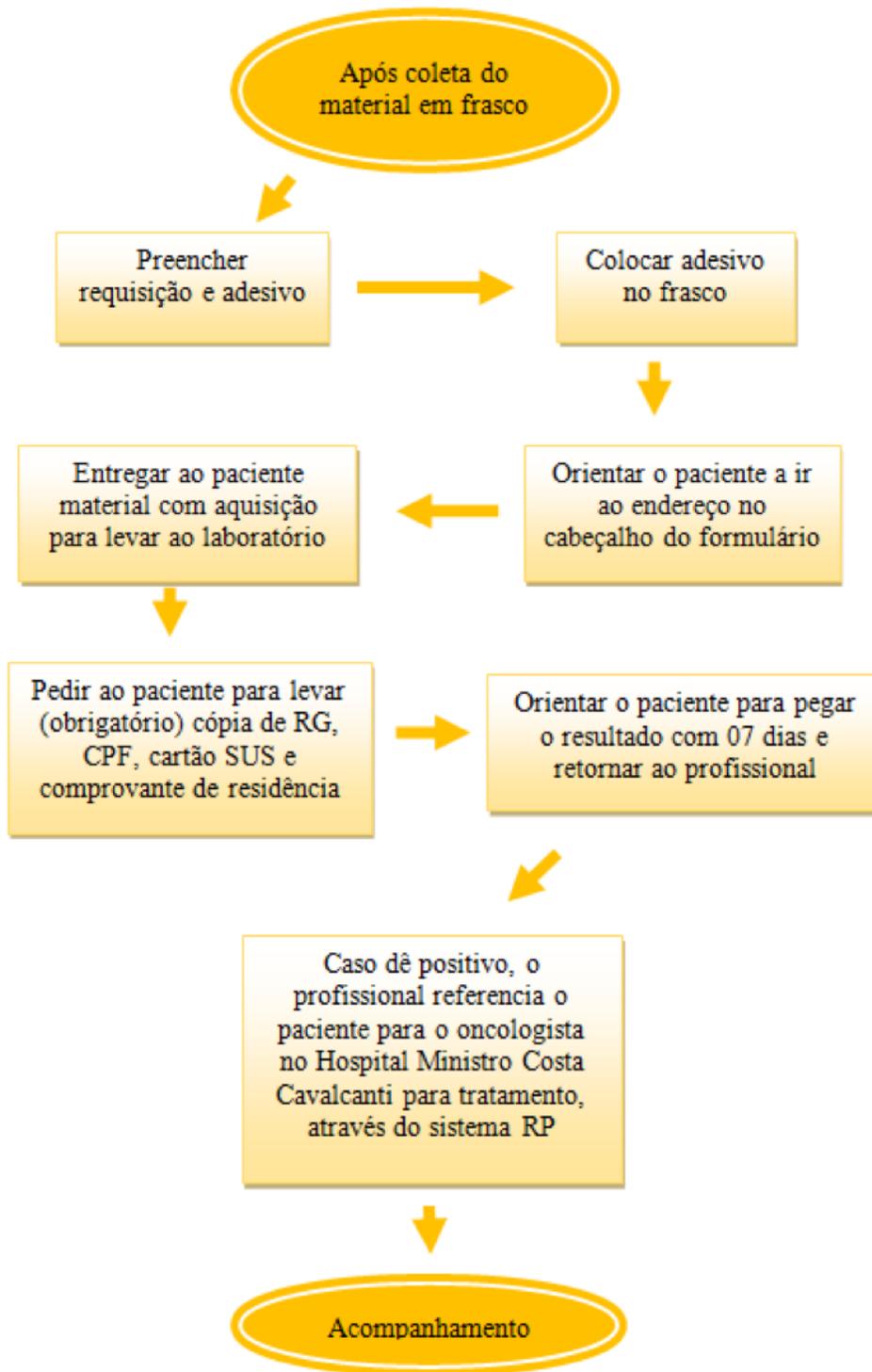


b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



APÊNDICE D – Fluxograma de coleta para biópsia

Figura 21 – Fluxograma de coleta para biópsia

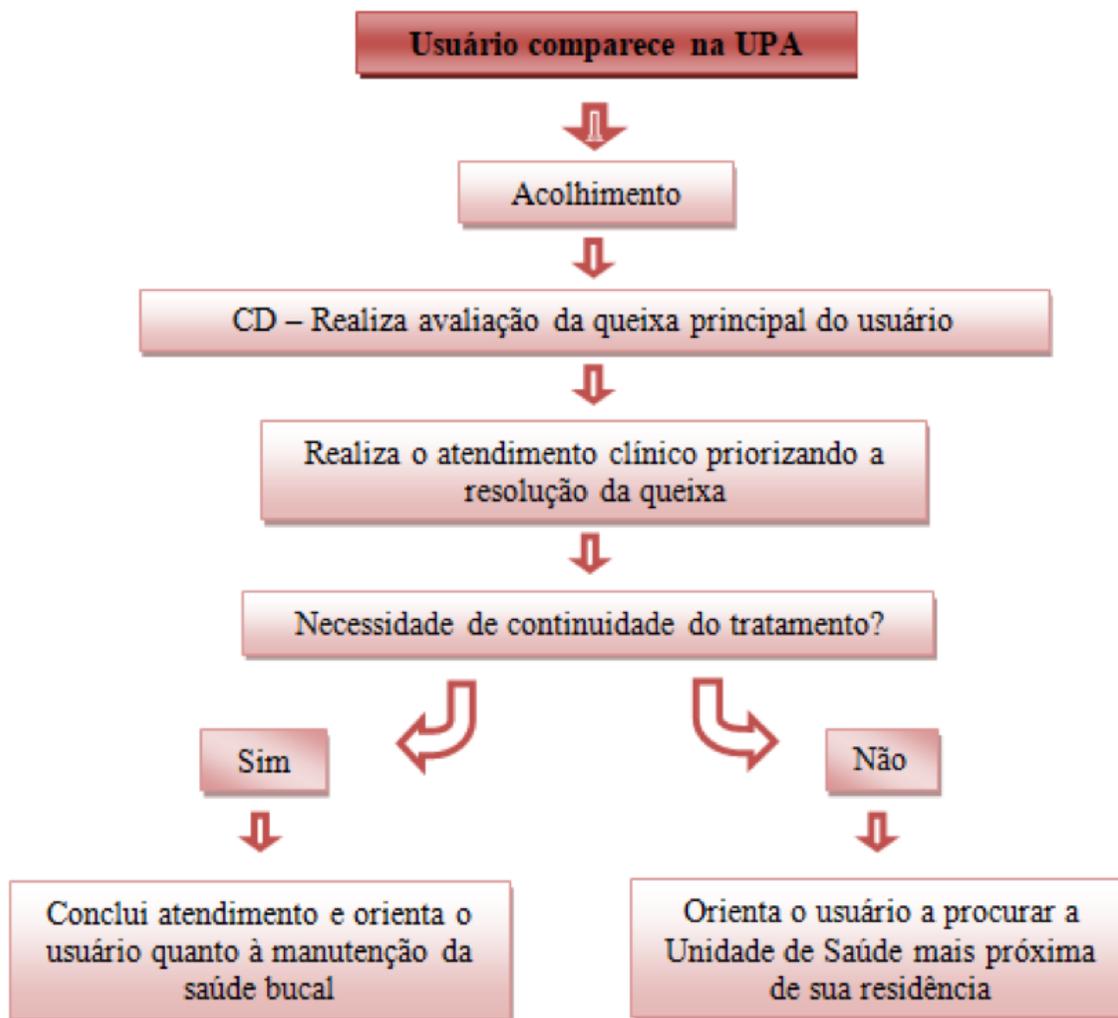


Fonte: O autor



APÊNDICE F – Fluxograma do Pronto-atendimento - UPA

Figura 23 – Fluxograma da UPA - Pronto atendimento



Fonte: O autor

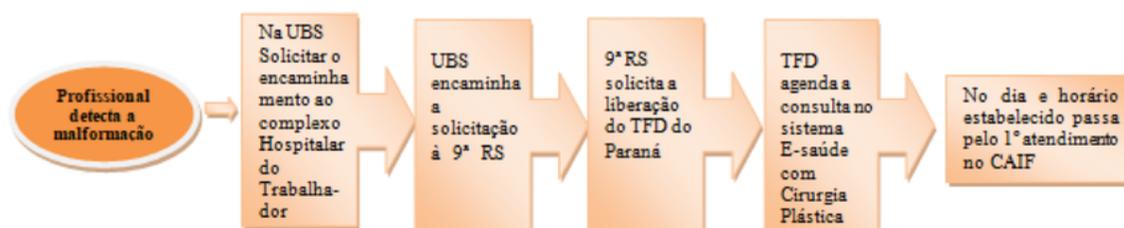


b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



APÊNDICE G – Fluxograma de encaminhamento de pacientes fissurados ou com deformidade crânio facial ao CAIF

Figura 24 – Fluxograma de encaminhamento de pacientes fissurados ou com deformidade crânio facial ao CAIF



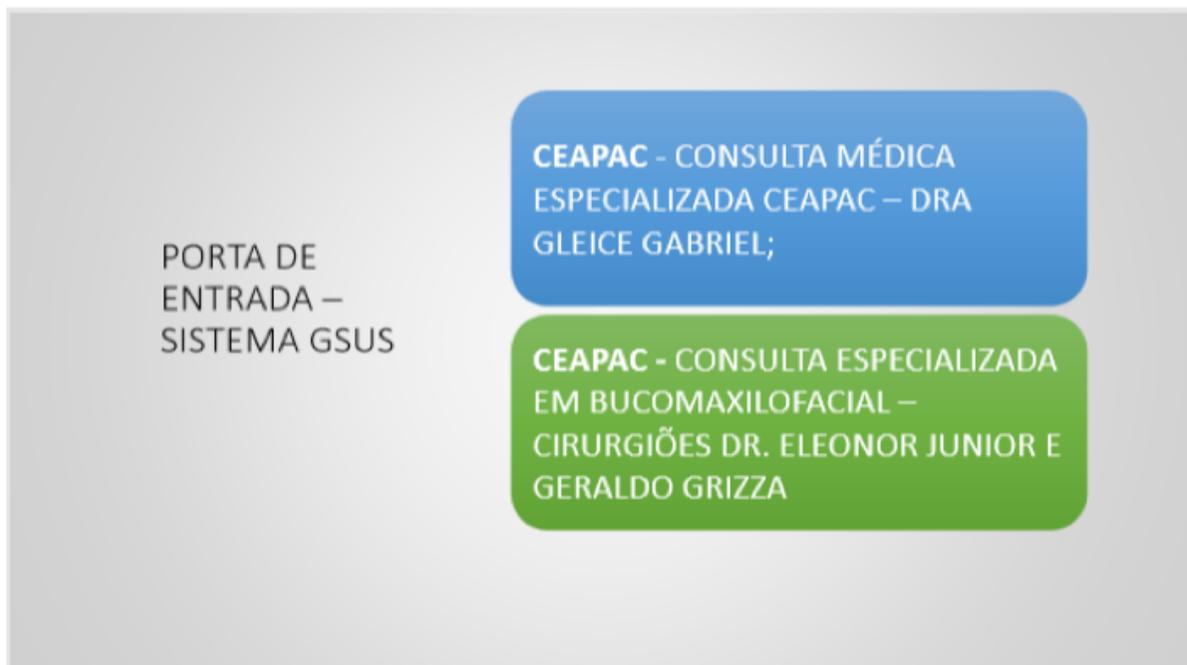
Fonte: O autor



APÊNDICE H – Atendimento dos pacientes do CEAPAC

H.1 Porta de entrada - sistema GSUS

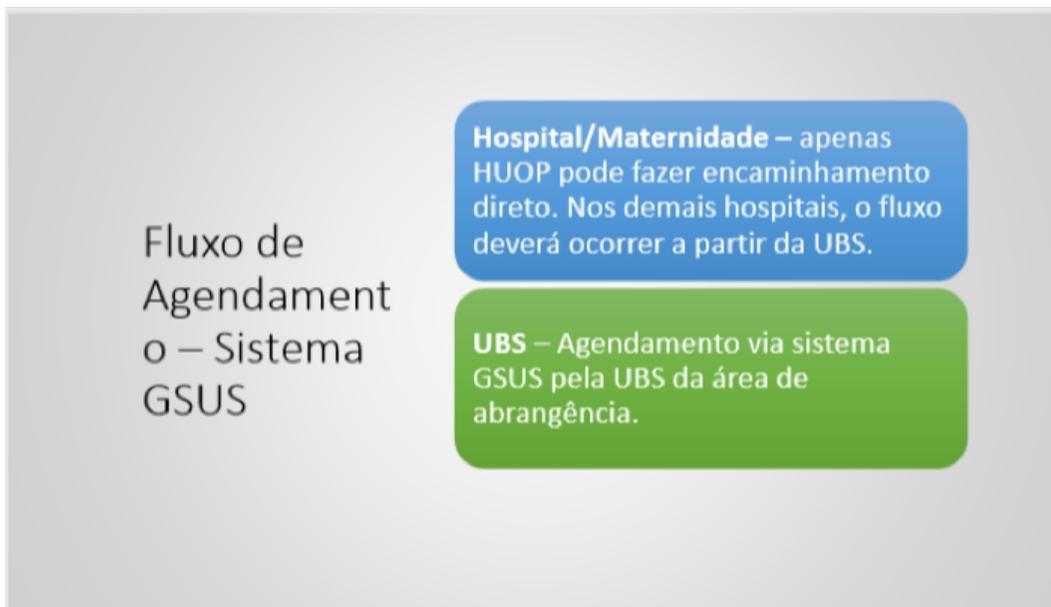
Figura 25 – Porta de entrada - sistema GSUS



Fonte: CEAPAC

H.2 Fluxo de agendamento - sistema GSUS

Figura 26 – Fluxo de agendamento - sistema GSUS



Fonte: CEAPAC

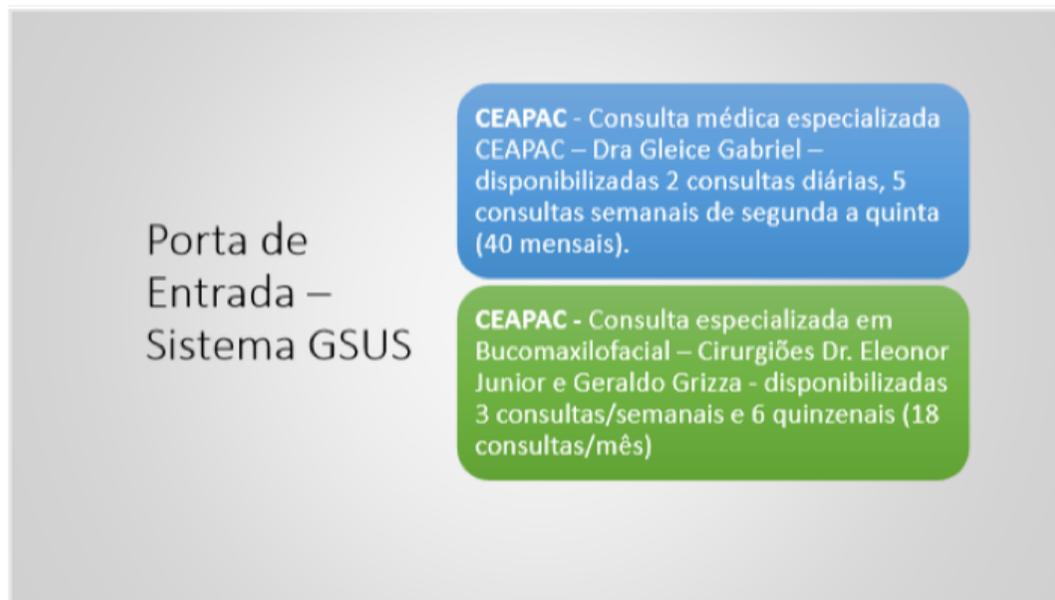


b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



H.3 Porta de entrada - sistema GSUS

Figura 27 – Porta de entrada - Sistema GSUS



Fonte: CEAPAC

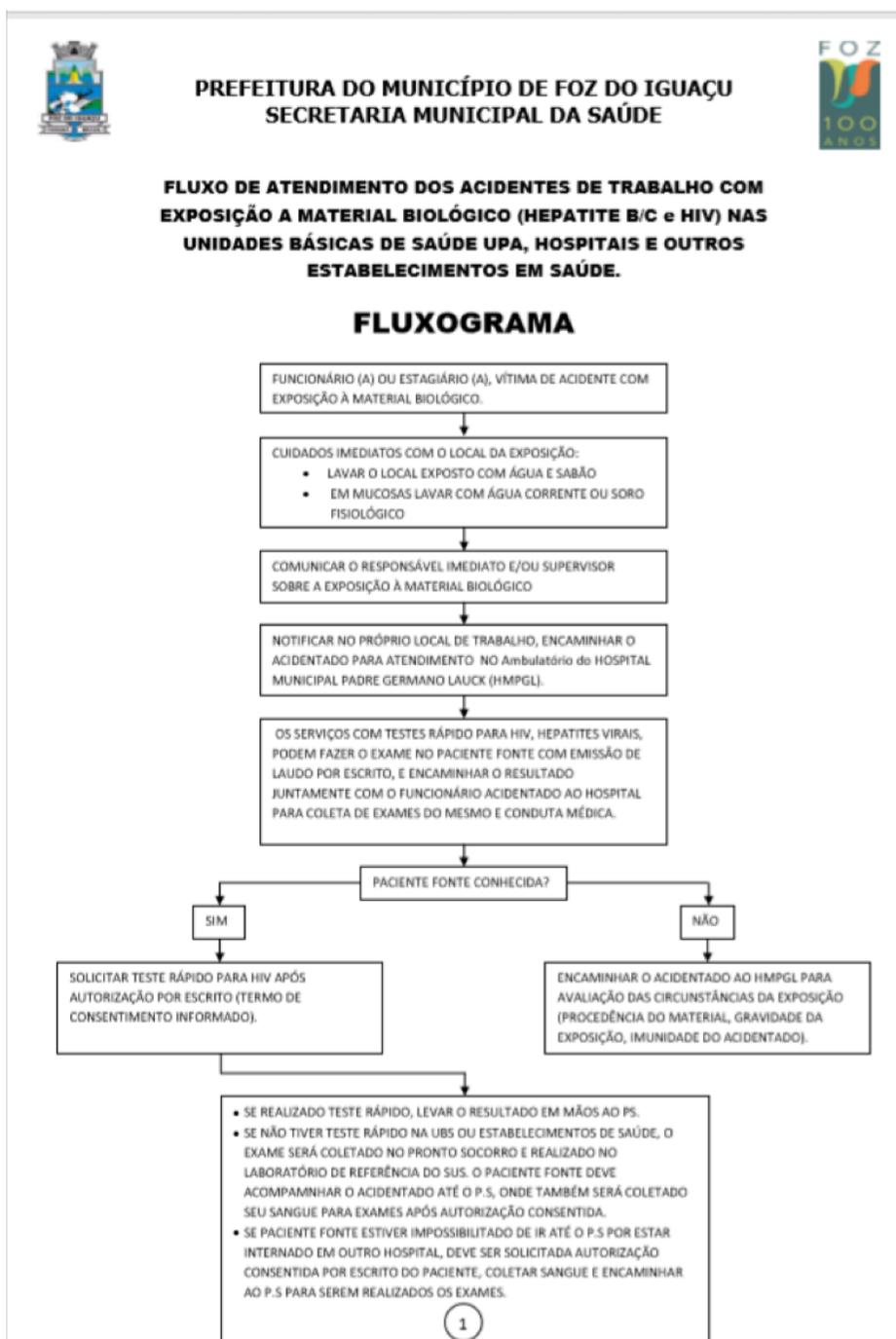


b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



APÊNDICE I – Fluxograma de atendimento dos acidentes de trabalho

Figura 28 – Fluxograma de atendimento dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico (hepatite b/c e HIV) nas UBS, UPA, Hospitais e outros estabelecimentos em saúde - primeira parte.



Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



APÊNDICE J – Recomendações de exames laboratoriais para seguimento de PEP

Figura 29 – Recomendação de exames laboratoriais para seguimento de PEP



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**



OBSERVAÇÃO:

Recomendação de exames laboratoriais para seguimento de PEP

EXAMES LABORATORIAIS	PRIMEIRO ATENDIMENTO ¹⁰	2ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP	4ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP	12ª SEMANA APÓS INÍCIO DA PEP
Creatinina ¹¹ , ureia	X	X		
ALT, AST	X	X		
Amilase	X	X		
Glicemia ¹²	X	X		
Hemograma ¹³	X	X		
Teste de HIV	X		X	X

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

¹⁰Para cálculo do clearance de creatinina.

¹¹Em caso de pessoa exposta com diabetes mellitus.

¹²Quando em uso de AZT.

¹³Na impossibilidade de coleta de exames, fornecer PEP e pedidos de exames para a segunda semana.

- **TODOS OS ACIDENTADOS COM INDICAÇÃO DE ANTIRETROVIRAIS DEVERÃO FAZER ROTINA LABORATORIAL NO 1º E 15º DIA DE QUIMIOPROFILAXIA.**
- **ALGUMAS NOTIFICAÇÕES E OS RESPECTIVOS EXAMES (ORIGINAIS) DEVERÃO SER ENCAMINHADOS O MAIS BREVE POSSÍVEL PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO

**** OS ACIDENTADOS, ONDE NÃO HÁ SESMT, DEVERÃO SER ENCAMINHADOS PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (PARA RETIRAR AS REQUISIÇÕES DOS PRÓXIMOS EXAMES) NOS SEGUINTE HORÁRIOS:**

2ª - 6ª FEIRAS (07h30min às 12 h)

ENDEREÇO: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA ANEXA AO UBS VILA YOLANDA / RUA: VEREADOR MOACIR PEREIRA Nº 900 – VILA YOLANDA – FOZ DO IGUAÇU

TELEFONE: (045) 2105-8181, 2105-8159 OU 2105-8164 / Rosane

E-MAIL: cmuciss.pmf@hotmail.com

FONTE: Vigilância Epidemiológica

Fonte: Ministério da Saúde



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Anexos



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



ANEXO A – Fármacos Disponíveis no SUS

• Antibióticos

- **Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 250mg+12,5ml/5ml** - Suspensão ministrado de 08 em 08 h durante 07 dias
- **Amoxicilina + Clavulanato de Potássio 500mg+125 mg** – Comprimidos ministrado de 08/08 h durante 07dias.
- **Amoxicilina 500mg** – Cápsula **250mg/5ml**- frasco de 150 ml
- **250mg/5ml** frasco de 60ml ministrados de 08/08h durante 07dias.
- **Cefalexina 500 mg** – Comprimidos **50mg/ml e 250mg/ml**- frascos com 60 ml ministrado de 06/06h durante 07 dias.
- **Metronidazol 400 mg** – Comprimidos - ministrado de 08/08h durante 07dias.

• Analgésicos/ antitermicos/antiinflamatórios

- **Paracetamol 500 mg** – Comprimidos - **200mg/ml** - Frasco com 10ml ministrados de 06/06h enquanto o sintoma persistir.
- **Ibuprofeno 600 e 300 mg** – Comprimidos **50mg/ml** - Frasco com 30ml ministrados de 08/08h enquanto os sintomas persistirem.
- **Dipirona Sódica 500mg** - Comprimidos500mg/ml - gotas- Frasco com 10ml ministrados de 06/06 hs enquanto os sintomas persistirem

• Anti alérgicos e corticóides

- **Prednisona 5 e de 20 mg**- Comprimidos - **3mg/ml** – **Frasco** - Comprimidos de 20 mg. 1 comp. De 12 em 12 hs. 3mg/ml – Dose pode variar de 0,14 mg a 2 mg/kg de peso por dia.

• Anti-hemorragicos

- **Ácido tranexâmico - Comprimidos 250mg**: 25 mg por quilo de peso, de 8 em 8 horas por 4 dias. Solução injetável 50mg/ml: 01 frasco ampola endovenosa (EV).
- **Vitamina K/Fitomenadiona** - Solução injetável 10 mg/ml intramuscular (IM) ou subcutâneo.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



ANEXO B – Profilaxia antibiótica

A profilaxia antibiótica é recomendada em pacientes com:

- Próteses de valvas cardíacas, incluindo as biopróteses heterólogas e homólogas;
- Endocardite bacteriana prévia;
- Doença cardíaca congênita cianótica complexa (ex.: ventrículo único, transposição de grandes vasos, tetralogia de Fallot);
- Conduitos pulmonares (Shunt) sistêmicos construídos cirurgicamente;
- Outras malformações cardíacas congênitas.
- Disfunção valvar adquirida (ex.: doença cardíaca reumática);
- Cardiomiopatia hipertrófica;
- Prolapso de valva mitral com regurgitação valvar e/ou espessamento dos folhetos;
- Infecção Facial Severa;
- Diabetes;
- Casos com imunodepressão: Neutropenia, HIV, transplante de órgãos, imunossupressão prolongada;

A profilaxia antibiótica deve ser empregada em procedimentos associados com sangramento excessivo:

- Extrações dentais;
- Procedimentos periodontais: cirurgias, raspagem, alisamento e polimento (RAP), sondagem, inserção subgingival de fibras e tiras, contendo antimicrobianos e tratamento de manutenção;
- Cirurgias de colocação de implantes dentais;
- Reimplantação de dentes avulsionados;
- Instrumentação endodôntica ou cirurgia perirradicular;
- Injeção de anestésico local pela técnica intraligamentosa;
- Colocação de bandas;
- Limpeza profilática de dentes ou de implantes quando há expectativa de sangramento.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Próteses mal-adaptadas podem favorecer aparecimento de úlceras e desenvolver bacteremia.

Tabela 3 – Situações adequadas para uso correto de antibióticos (profilaxia antibiótica)

	Antibiótico	Dose Adulto	Dose Pediátrica	Regime pré-operatório
Regime Padrão	Amoxicilina ou Cefalexina	2 g	50 mg/kg V.O	V. O, 1 hora antes do procedimento
Alergia a penicilina	Clindamicina	600 mg	20 mg/kg	V.O., 1 hora antes do procedimento
	Azitromicina ou Claritromicina	500 mg	15 mg / kg	V.O., 1 hora antes do procedimento
Impossibilidade de ingerir via oral	Ampicilina	2 g	50 mg/kg	I.M. ou I.V., 30 minutos a 1 hora antes do procedimento
	Cefazolina	1 g	25 mg/kg	I.M. ou I.V., 30 minutos a 1 hora antes do procedimento
Alergia a penicilina e impossibilidade de ingerir via oral	Clindamicina	600 mg	20 mg/kg	I.V., 30 minutos a 1 hora antes do procedimento
	Cefazolina	1 g	25 mg/kg	I.M. ou I.V., 30 minutos antes do procedimento

Fonte: O autor

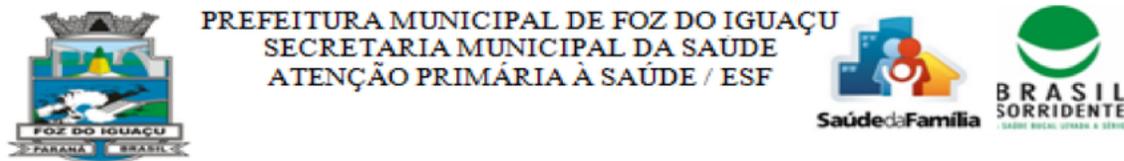


b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



ANEXO E – Registro de atendimento domiciliar

Figura 33 – Registro de atendimento domiciliar



Registro de Atendimento Domiciliar

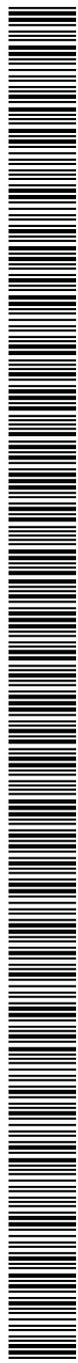
DATA:		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:		CNS:
ENDEREÇO:		
ACS:		
OBJETIVO:		
OBSERVAÇÃO:		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:		
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:		

Registro de Atendimento Domiciliar

DATA:		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:		CNS:
ENDEREÇO:		
ACS:		
OBJETIVO:		
OBSERVAÇÃO:		
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:		
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL:		

Prefeitura de Foz do Iguaçu – Divisão de Saúde Bucal

Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



ANEXO F – Registro de escovação supervisionada

Figura 34 – Registro de escovação supervisionada

Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu
Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Saúde Bucal

Escola:

Série:

Professora:

Ass. e carimbo da Diretora:

Ass. e carimbo do CD:

N	Nome	DN	CNS	Alteração	Data
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



ANEXO G – Protocolo de atendimento de desacompanhados nas UBS

G.1 Parte I

Figura 35 – Protocolo para atendimento de desacompanhados nas UBS - Parte I

MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº 2-SEI/2017-CGSAJ/DAPES/SAS/MS

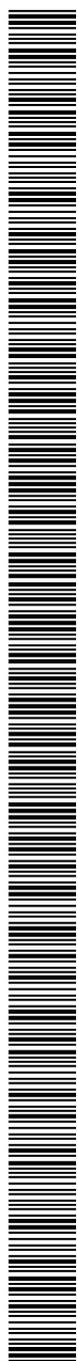
I. ASSUNTO

Atendimento em Saúde Bucal de Adolescentes Desacompanhados dos Pais ou Responsáveis nas Unidades Básicas de Saúde

1. A partir do exposto na Nota Técnica Nº 4 de 2017 da CGSAJ/DAPES/SAS/MS, sobre o direito de adolescentes serem atendidos nas Unidades Básicas de Saúde desacompanhados dos pais ou responsáveis, e das dúvidas surgidas na Webpalestra realizada com profissionais de saúde sobre essa temática, as Coordenações Gerais de Saúde de Adolescentes e Jovens e de Saúde Bucal do Ministério da Saúde ressaltam a importância da atuação do profissional de saúde bucal no atendimento dos adolescentes, independentemente da presença de um responsável.
2. A busca dos adolescentes para o cuidado de sua saúde deve ser incentivada e acolhida pelos profissionais e pelos serviços de Atenção à Saúde, a partir do entendimento da autonomia desses sujeitos, reconhecidos como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e titulares de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas Leis, em qualquer condição em que se encontrem. Essa prática está em conformidade com o direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei Federal 8069/90) de atendimento à saúde dessa população, presente principalmente em seus artigos nº 7, 16 e 17. E também, alinha-se à recomendação sobre o direito à saúde dos adolescentes expedida pelo **Comitê de Direitos da Criança** (Recomendação Geral n.º 4, de 6 de junho de 2003), na qual é destacado o direito à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente e ao seu acesso aos serviços, independente da anuência ou presença dos pais e responsáveis.
3. A atuação dos trabalhadores da atenção básica-entre eles, os profissionais de odontologia-deve estar alinhada com as diretrizes e recomendações supracitadas, de modo que cada trabalhador sinta-se corresponsável pela garantia do direito dos adolescentes de terem sua autonomia, privacidade e acesso aos serviços.
4. Reconhece-se também que, a atuação dos trabalhadores de saúde deve seguir as regulamentações dos vários segmentos de classe, e, no caso, da odontologia, podem ser destacados alguns trechos do Código de Ética odontológica (Resolução CFO – 118/2012) que se alinham às recomendações referentes à garantia do direito à saúde e autonomia dos adolescentes:
5. Art. 3º. O objetivo de toda a atenção odontológica é a saúde do ser humano. Caberá aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a **universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos**, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político administrativa dos serviços de saúde.
6. Art. 9º. Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética:
7. VII - **zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;**
8. VIII - **resguardar o sigilo profissional;**
9. Art. 11º. Constitui infração ética:
10. X - iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o **consentimento prévio do paciente** ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência;
11. Observa-se que, no que tange à atuação dos profissionais de odontologia, é imprescindível que a atuação dos mesmos resguarde: a universalidade do acesso aos serviços de saúde; a autonomia dos indivíduos; o sigilo profissional; e o consentimento de cada indivíduo antes

Nota Técnica 2 (0203313) SEI 25000.417286/2017-46 / pg. 1

Fonte: O autor



G.2 Parte II

Figura 36 – Protocolo para atendimento de desacompanhados nas UBS - Parte II

do início de qualquer tratamento odontológico, na perspectiva de garantir a corresponsabilidade de cada usuário pelo seu tratamento, e não de restringir seu acesso.

12. Os adolescentes, enquanto sujeitos titulares de direitos que incluem o direito à saúde devem ter asseguradas as premissas acima expostas pela regulamentação do Conselho Federal de Odontologia, sendo beneficiados pelo acesso à saúde, pelo sigilo profissional, e também por práticas que lhes preservem a autonomia sobre sua saúde.
13. Nessa perspectiva, devem ser adotadas pelos profissionais de odontologia, práticas que assegurem aos adolescentes as garantias relatadas, tanto no Estatuto da Criança e do Adolescente, quanto no próprio Código de Ética Odontológica.
14. Sendo assim, não são recomendadas medidas de restrição de acesso aos adolescentes sob o argumento de que a realização do tratamento está condicionada à anuência e/ou presença de pais ou responsáveis. Compreende-se que, enquanto titular de direitos, os adolescentes devem ser abordados enquanto indivíduos que devem ter acesso ao tratamento odontológico guiado pelas noções de acolhimento, preservação da autonomia do indivíduo sobre seu estado de saúde, e direito à privacidade. Não obstante a relevância dessas premissas de atuação é importante destacar que na relação indivíduo-profissional sempre seja considerada, caso a caso, a capacidade do assistido de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, bem como as circunstâncias em que o cuidado em saúde está sendo buscado.
15. A acessibilidade é princípio da atenção básica, sendo esse nível de atenção a porta de entrada aberta e preferencial do usuário com a rede de atenção à saúde. Tal princípio requer que todo profissional de saúde da atenção básica acolha as demandas apresentadas pelos indivíduos, sob o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deva ser acolhida.
16. Sendo assim, todo adolescente deve ser acolhido e ter suas demandas e necessidades escutadas pelos profissionais de odontologia da atenção básica, independentemente da presença do responsável. O acolhimento e escuta aos adolescentes podem desencadear desfechos como, o atendimento no dia à demanda espontânea que se caracterize, ou não, como urgência; ou a programação do atendimento para outra data, a fim de que seja pactuado conjuntamente o plano de tratamento daquele adolescente, atendimento denominado primeira consulta odontológica programática.
17. Conforme exposto acima, é importante considerar as circunstâncias nas quais o cuidado em saúde bucal é buscado. A demanda espontânea deve sempre desencadear a escuta, e, se a situação caracterizar uma situação de urgência que demande o atendimento no dia, o atendimento que resolva a situação naquela ocasião. Caso o atendimento possa ser realizado em outra ocasião, deve ser negociada com o adolescente, a participação de seu responsável na primeira consulta odontológica programática para o planejamento conjunto de seu plano de tratamento. **Contudo, a presença do responsável, em princípio, não deve ser colocada como condicionante para a oferta de tratamento odontológico.** Nesse caso, devem-se considerar as seguintes diretrizes:
 18. a) sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação, legal, de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;
 19. b) que a quebra do sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde juntamente com o adolescente e fundamentada no benefício real para pessoa assistida;
 20. c) no caso de se verificar que a comunicação ao adolescente poderá causar maior dano, a quebra do sigilo deve ser decidida somente pela equipe de saúde com as cautelas éticas e legais já mencionadas.
21. Vale a pena ressaltar que é imprescindível sempre oportunizar o movimento protagonizado pelo adolescente em prol de sua própria saúde, sendo essa mobilização interpretada como uma medida de autocuidado importante a ser valorizada.
22. Diante do exposto, é importante que todos os profissionais de odontologia identifiquem-se como corresponsáveis pela garantia do direito à saúde dos adolescentes- ainda que sem a presença do responsável durante todo o tratamento- reconhecendo a atenção básica e a atenção em saúde bucal como locus privilegiado para indução e fortalecimento do autocuidado, vínculo e fortalecimento da noção de cidadania entre os adolescentes.

Nota Técnica 2 (0203313) SEI 25000.417286/2017-46 / pg. 2

Fonte: O autor



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f





b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

A Supervisão Técnica de Saúde Bucal atua na coordenação das equipes de saúde bucal do município no planejamento das ações de melhorias para o serviço e para a população, determinando estratégias e supervisionando todas as atividades realizadas, bem como, se responsabilizando pelas informações encaminhadas ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Conselho Municipal de Saúde, sobre o Programa de Saúde Bucal, fomentação das ações de promoção a saúde bucal e as demais atribuições pertinentes a realização da função.

Sua missão é promover, implantar, supervisionar e avaliar uma Política de Promoção da Saúde que priorize de forma universal, igualitária e equânime a Atenção à Saúde Bucal.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL (APS)

O município de Foz do Iguaçu possui 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destas, 26 UBSs oferecem serviços de saúde bucal. Com a mudança da UBS Ouro Verde para o antigo prédio da unidade “padre Ítalo – 24 horas” estamos providenciando a instalação do consultório odontológico e, em breve, a implantação de uma equipe de saúde bucal, que será responsável pelo atendimento da população desta área, hoje, assistida pelas outras UBSs do distrito sul. Temos distribuídos na Rede 82 dentistas e na APS temos um total de 62 cirurgiões dentistas (CDs), dentre eles 9 CDs de 40h, 53 CDs de 20h e 03 residentes de 40h (Saúde da Família pela Universidade Federal da Integração Latino Americano - UNILA). A saúde bucal possui 60 equipes de Saúde Bucal e cobertura assistencial de **75,5%**.

Seguindo orientação do Ministério da Saúde (MS), para que haja equilíbrio na organização da agenda e que seja feito atividades individuais dentro do consultório e atividades coletivas como: escovação supervisionada e demais ações dentro do âmbito escolar, visitas domiciliares, atividades em grupos dentre outras ações, com



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



objetivo de proporcionar saúde e qualidade de vida à população, as equipes de saúde bucal tem intensificado as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em vários espaços dentro do território, trabalho essencial para mudarmos o cenário de saúde bucal no município. Capacitando e transformando os usuários em protagonistas de sua própria saúde.

No 1º quadrimestre de 2023 iniciamos os trabalhos com a equipe de prevenção (fato que continua até este momento). Equipe que consta com um profissional cirurgião-dentista e uma profissional técnica em saúde bucal. São responsáveis pela maior parte das atividades relacionadas às escolas e creches (CMEIs) do município como: supervisão e controle dos bochechos com flúor (ação comprovada pela diminuição de 40 a 45% da atividade cárie), realização, supervisão e controle de escovações supervisionadas, realização de exames epidemiológicos para observação da realidade e planejamento das atividades futuras, palestras educativas e de incentivo aos cuidados com a saúde bucal, tanto no Programa Saúde nas Escolas, quanto com as instituições credenciadas e/ou com instituições interessadas.

No final de 2022 foi realizado o levantamento epidemiológico de saúde bucal do município, o SB FOZ 2022. Paralelo a isso foi realizado com crianças de 05 anos, nos CMEIs, o levantamento “ceo-d”. Este levantamento foi realizado através de equipes de saúde bucal que foram calibradas para a realização da pesquisa. Contando com a parceria de professores da UNIOSTE, foi possível a conclusão desse estudo.

Através dos resultados encontrados, foi concluído que o indicador no município nessa faixa etária é de:

- Distrito sanitário leste: 1,88
- Distrito sanitário nordeste: 3,00 ***
- Distrito sanitário norte: 2,23 ***
- Distrito sanitário oeste: 1,68
- Distrito sanitário sul: 1,67

*** valores considerados altos e que exigem estratégias e ações.



Quadro 26 - Procedimentos odontológicos – Atenção Primária à Saúde

Tipo de Procedimento	1º Quadrimestre - 2024				Total	2º RDQ 2023	3º RDQ 2023
	JAN	FEV	MAR	ABR			
1ª Consulta Odontológica	1010	1730	1784	2111	6635	7.311	6393
Ações coletivas	0	329	2515	3285	6129	623	5751
Tratamento Concluído	1020	1455	1479	1751	5705	5.381	6139
Urgências Odontológicas	1328	1291	1315	1401	5335	5.734	5.288
Gestantes	199	266	285	306	1056	1.251	1.031
Encaminhamentos para Atenção Secundária	540	753	756	812	2861	3.281	2.723
Diagnóstico de alteração de mucosa	203	344	323	338	1208	1.504	1.385
Pacientes com necessidades especiais PNE	112	142	194	223	671	899	944
Total	4412	6310	8651	10227	29600	25.984	29.657

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 27 – Tipos de consultas realizadas na Atenção Básica – UBS

Tipo de Consulta	1º Quadrimestre - 2024				Total	2º RDQ 2022	3º RDQ 2023
	JAN	FEV	MAR	ABR			
1ªs consultas e consultas de retorno/manutenção	1174	1853	1782	2596	7405	9.629	13.783

Fonte: Sistema RP-Smart



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Indicadores:

Resolutividade da Atenção Básica

A avaliação da resolutividade e do desempenho das equipes é composta por dois indicadores, o Percentual de encaminhamentos para o serviço especializado e a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. O que torna importante o monitoramento desses dados para aplicação de recursos e análise do impacto na saúde dos cidadãos em diversas áreas, encaminhando, assim, soluções para redução ou eliminação dos problemas.

O indicador de encaminhamento está sendo acompanhando e a intenção é reduzir e manter quando alcançar uma proporção favorável em relação aos atendimentos na Atenção Primária.

Já o indicador da proporção de 1º Consulta Programática (CP) e Tratamento Concluído (TC), percebe-se o avanço através do monitoramento desse dado. O que antes apresenta um alto número de 1ª CP e baixo número de TC, desde o 1º RDQA de 2022 percebe que houve uma melhora, mostrando a continuidade do tratamento e a resolutividade das equipes da Atenção Primária.

Proporção de atendimento ao Pré-Natal Odontológico

O pré-natal odontológico é o acompanhamento das gestantes pelos cirurgiões dentista. Essa assistência é importante para prevenir e tratar problemas que podem afetar o bebê, além de orientação relacionada ao controle de placa dentária (biofilme), uso do flúor, amamentação, cuidados com o futuro bebê, bem como a importância da alimentação equilibrada. Ressaltando que os dentes necessitam de minerais e começam a se formar a partir da 6ª semana de gravidez.

Dessa forma o indicador de proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no período do pré-natal na APS, inclui o registro de consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, objetivando



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante e do bebê.

Quadro 28 – Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado

Indicador	1º RDQ - 2023	2º RDQ - 2023	3º RDQ - 2023	1º RDQ - 2024
Pré-Natal Odontológico	48%	49%	44%	43%

Fonte: e-Gestor

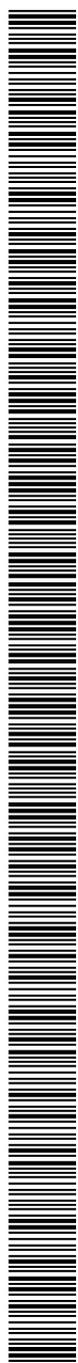
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE BUCAL

A Atenção Secundária se diferencia da Atenção Primária basicamente na utilização de insumos, instrumental e equipamentos diferenciados. Este nível de Atenção acontece no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (onde são ofertados atendimentos em diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia, prótese, ortodontia, DTM, radiologia, atendimento à PcD).

Abaixo estão apresentados os indicadores de saúde que norteiam os atendimentos no Centro de Especialidades Odontológicas – Atenção Secundária.

Quadro 29 - Procedimentos odontológicos – Atenção Especializada (CEO + UPA)

Tipo de Procedimento	1º Quadrimestre - 2024				Total	2º RDQ 2023	3º RDQ 2023
	Jan	Fev	Mar	Abr			
Cirurgias	128	133	153	152	566	979	681
Endodontia	376	465	452	363	1656	1703	1305
Ortodontia (instalações e manutenções)	71	76	43	76	266	210	258
Periodontia	376	158	321	162	1017	1625	1103
Prótese Total e Parcial	228	380	418	485	1511	1476	1557



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Removível							
Pinos, Coroas e Placas	*	*	58	69	127	302	195
Radiodiagnóstico	466	419	520	548	1953	1605	1300
Procedimentos de Urgência – UPA e Padre Ítalo***	305	278	289	289	1161	476	1106
Pacientes com necessidades especiais PNE	107	61	58	117	343	423	588
Total	2027	1970	2312	2261	7439	8799	7904

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 30 – Tipos de consultas realizadas na Atenção Secundária - UBS

Tipo de Consulta	1º Quadrimestre - 2024				Total	2º RDQ 2023	3º RDQ 2023
	Jan	Fev	Mar	Abr			
1 ^{as} consultas e consultas de retorno/manutenção	407	326	507	523	1763	2573	2643

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 31 – Número de faltas nas consultas no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

Especialidades	1º Quadrimestre - 2024				Total	2º RDQ 2023	3º RDQ 2023
	Jan	Fev	Mar	Abr			
Cirurgia	32	42	138	85	297	240	210
Periodontia	44	32	50	23	149	405	139
Endodontia	134	97	144	123	498	171	366
Prótese	39	67	68	62	236	186	186
DTM	*	*	27	24	51	121	47
PNE	10	5	3	7	25	28	158
Radiologia	-	-	-	-	-	-	86
Total	183	280	347	240	1050	1151	1033

Fonte: Sistema RP-Smart



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Nota:

Para o CEO Tipo 03 são necessárias as seguintes produções mínimas para manutenção do recurso do MS:

Periodontia – 150 procedimentos/mês;

Endodontia – 95 procedimentos/mês;

Cirurgia – 170 procedimentos/mês (Portaria MS 1.464/2011).

Ortodontia e Prótese recebem repasse correspondente ao total produzido.

* No município de Foz do Iguaçu é pactuada a produção de 150 próteses/mês.

Filas para atendimento: Endodontia – 1837 pacientes; Cirurgia – 2895 pacientes; Periodontia – 201 pacientes; Prótese – 1791 pacientes; Pacientes com Necessidades Especiais – 40 pacientes; DTM – 463 pacientes; Ortodontia-273 pacientes.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

A Supervisão Técnica de Saúde Bucal atua na coordenação das equipes de saúde bucal do município no planejamento das ações de melhorias para o serviço e para a população, determinando estratégias e supervisionando todas as atividades realizadas, bem como, se responsabilizando pelas informações encaminhadas ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Conselho Municipal de Saúde, sobre o Programa de Saúde Bucal, fomentação das ações de promoção a saúde bucal e as demais atribuições pertinentes a realização da função.

Sua missão é promover, implantar, supervisionar e avaliar uma Política de Promoção da Saúde que priorize de forma universal, igualitária e equânime a Atenção à Saúde Bucal.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL (APS)

O município de Foz do Iguaçu possui 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destas, 26 UBSs oferecem serviços de saúde bucal. Com a mudança da UBS Ouro Verde para o antigo prédio da unidade “padre Ítalo – 24 horas” estamos providenciando a instalação do consultório odontológico e, em breve, a implantação de uma equipe de saúde bucal, que será responsável pelo atendimento da população desta área, hoje, assistida pelas outras UBSs do distrito sul. Temos distribuídos na Rede 82 dentistas e na APS temos um total de 62 cirurgiões dentistas (CDs), dentre eles 9 CDs de 40h, 53 CDs de 20h e 03 residentes de 40h (Saúde da Família pela Universidade Federal da Integração Latino Americano - UNILA). A saúde bucal possui 58 equipes de Saúde Bucal e cobertura assistencial de **73%**.

Seguindo orientação do Ministério da Saúde (MS), para que haja equilíbrio na organização da agenda e que seja feito atividades individuais dentro do consultório e atividades coletivas como: escovação supervisionada e demais ações dentro do âmbito escolar, visitas domiciliares, atividades em grupos dentre outras ações, com



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



objetivo de proporcionar saúde e qualidade de vida à população, as equipes de saúde bucal tem intensificado as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em vários espaços dentro do território, trabalho essencial para mudarmos o cenário de saúde bucal no município. Capacitando e transformando os usuários em protagonistas de sua própria saúde.

No 1º quadrimestre de 2023 iniciamos os trabalhos com a equipe de prevenção (fato que continua até este momento). Equipe que consta com um profissional cirurgião-dentista e uma profissional técnica em saúde bucal. São responsáveis pela maior parte das atividades relacionadas às escolas e creches (CMEIs) do município como: supervisão e controle dos bochechos com flúor (ação comprovada pela diminuição de 40 a 45% da atividade cárie), realização, supervisão e controle de escovações supervisionadas, realização de exames epidemiológicos para observação da realidade e planejamento das atividades futuras, palestras educativas e de incentivo aos cuidados com a saúde bucal, tanto no Programa Saúde nas Escolas, quanto com as instituições credenciadas e/ou com instituições interessadas.

No final de 2022 foi realizado o levantamento epidemiológico de saúde bucal do município, o SB FOZ 2022. Paralelo a isso foi realizado com crianças de 05 anos, nos CMEIs, o levantamento “ceo-d”. Este levantamento foi realizado através de equipes de saúde bucal que foram calibradas para a realização da pesquisa. Contando com a parceria de professores da UNIOSTE, foi possível a conclusão desse estudo.

Através dos resultados encontrados, foi concluído que o indicador no município nessa faixa etária é de:

- Distrito sanitário leste: 1,88
- Distrito sanitário nordeste: 3,00 ***
- Distrito sanitário norte: 2,23 ***
- Distrito sanitário oeste: 1,68
- Distrito sanitário sul: 1,67

*** valores considerados altos e que exigem estratégias e ações.



Quadro 26 - Procedimentos odontológicos – Atenção Primária à Saúde

Tipo de Procedimento	2º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	3º RDQ 2023
	MAI	JUN	JUL	AGO			
1ª Consulta Odontológica	1726	1743	1942	2037	7448	6635	6393
Ações coletivas	3600	3034	200	1218	8052	6129	5751
Tratamento Concluído	1613	1467	1624	1571	6275	5705	6139
Urgências Odontológicas	1167	1206	1343	1336	5052	5335	5.288
Gestantes	254	244	245	241	984	1056	1.031
Encaminhamentos para Atenção Secundária	707	642	783	791	2923	2861	2.723
Diagnóstico de alteração de mucosa	302	319	336	332	1289	1208	1.385
Pacientes com necessidades especiais PNE	220	235	205	229	889	671	944
Total	9589	8655	6679	7526	32912	29600	29.657

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 27 – Tipos de consultas realizadas na Atenção Básica – UBS

Tipo de Consulta	2º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	3º RDQ 2023
	MAI	JUN	JUL	AGO			
1ªs consultas e consultas de retorno/manutenção	1726	1743	1942	2037	7448	7405	13.783

Fonte: Sistema RP-Smart



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Indicadores:

Resolutividade da Atenção Básica

A avaliação da resolutividade e do desempenho das equipes é composta por dois indicadores, o Percentual de encaminhamentos para o serviço especializado e a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. O que torna importante o monitoramento desses dados para aplicação de recursos e análise do impacto na saúde dos cidadãos em diversas áreas, encaminhando, assim, soluções para redução ou eliminação dos problemas.

O indicador de encaminhamento está sendo acompanhando e a intenção é reduzir e manter quando alcançar uma proporção favorável em relação aos atendimentos na Atenção Primária.

Já o indicador da proporção de 1º Consulta Programática (CP) e Tratamento Concluído (TC), percebe-se o avanço através do monitoramento desse dado. O que antes apresenta um alto número de 1ª CP e baixo número de TC, desde o 1º RDQA de 2022 percebe que houve uma melhora, mostrando a continuidade do tratamento e a resolutividade das equipes da Atenção Primária.

Proporção de atendimento ao Pré-Natal Odontológico

O pré-natal odontológico é o acompanhamento das gestantes pelos cirurgiões dentista. Essa assistência é importante para prevenir e tratar problemas que podem afetar o bebê, além de orientação relacionada ao controle de placa dentária (biofilme), uso do flúor, amamentação, cuidados com o futuro bebê, bem como a importância da alimentação equilibrada. Ressaltando que os dentes necessitam de minerais e começam a se formar a partir da 6ª semana de gravidez.

Dessa forma o indicador de proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no período do pré-natal na APS, inclui o registro de consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, objetivando



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante e do bebê.

Quadro 28 – Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado

Indicador	2º RDQ - 2023	3º RDQ - 2023	1º RDQ - 2024	2º RDQ - 2024
Pré-Natal Odontológico	49%	44%	48%	43%

Fonte: SISAB

ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE BUCAL

A Atenção Secundária se diferencia da Atenção Primária basicamente na utilização de insumos, instrumental e equipamentos diferenciados. Este nível de Atenção acontece no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (onde são ofertados atendimentos em diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia, prótese, ortodontia, DTM, radiologia, atendimento à PcD).

Abaixo estão apresentados os indicadores de saúde que norteiam os atendimentos no Centro de Especialidades Odontológicas – Atenção Secundária.

Quadro 29 - Procedimentos odontológicos – Atenção Especializada (CEO + UPA)

Tipo de Procedimento	2º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	3º RDQ 2023
	MAI	JUN	JUL	AGO			
Cirurgias	168	151	140	228	687	566	681
Endodontia	463	657	395	511	2026	1656	1305
Ortodontia (instalações e manutenções)	73	70	33	75	251	266	258
Periodontia	321	336	308	234	1199	1017	1103
	424	375	457	443	1699	1511	1557



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



DTM	37	28	44	46	155	127	195
Radiodiagnóstico	425	231	269	513	1438	1953	1300
Procedimentos de Urgência – UPA e Padre Ítalo***	286	267	274	311	1138	1161	1106
Pacientes com necessidades especiais PNE	30	65	74	70	239	343	588
Total	2227	2180	1994	2491	8892	7439	7904

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 30 – Tipos de consultas realizadas na Atenção Secundária - UBS

Tipo de Consulta	2º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	3º RDQ 2023
	MAI	JUN	JUL	AGO			
1 ^{as} consultas e consultas de retorno/manutenção	440	593	348	503	1763	1763	2643

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 31 – Número de faltas nas consultas no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

Especialidades	2º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	3º RDQ 2023
	MAI	JUN	JUL	AGO			
Cirurgia	51	82	67	59	259	297	210
Periodontia	59	54	41	45	199	149	139
Endodontia	172	353	60	187	772	498	366
Prótese	62	56	56	64	238	236	186
DTM	37	29	33	31	130	51	47
PNE	5	3	9	3	20	25	158
Orto	23	18	18	17	76	68	86
Total	409183	595	284	406	1694	1050	1033

Fonte: Sistema RP-Smart



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Nota:

Para o CEO Tipo 03 são necessárias as seguintes produções mínimas para manutenção do recurso do MS:

Periodontia – 150 procedimentos/mês;

Endodontia – 95 procedimentos/mês;

Cirurgia – 170 procedimentos/mês (Portaria MS 1.464/2011).

Ortodontia e Prótese recebem repasse correspondente ao total produzido.

* No município de Foz do Iguaçu é pactuada a produção de 150 próteses/mês.

Filas para atendimento: Endodontia – 1604 pacientes; Cirurgia – 3091 pacientes; Periodontia – 233 pacientes; Prótese – 1915 pacientes; Pacientes com Necessidades Especiais – 56 pacientes; DTM – 514 pacientes; Ortodontia- 317 pacientes.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

A Supervisão Técnica de Saúde Bucal atua na coordenação das equipes de saúde bucal do município no planejamento das ações de melhorias para o serviço e para a população, determinando estratégias e supervisionando todas as atividades realizadas, bem como, se responsabilizando pelas informações encaminhadas ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Conselho Municipal de Saúde, sobre o Programa de Saúde Bucal, fomentação das ações de promoção a saúde bucal e as demais atribuições pertinentes a realização da função.

Sua missão é promover, implantar, supervisionar e avaliar uma Política de Promoção da Saúde que priorize de forma universal, igualitária e equânime a Atenção à Saúde Bucal.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL (APS)

O município de Foz do Iguaçu possui 29 Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Destas, 26 UBSs oferecem serviços de saúde bucal. Com a mudança da UBS Ouro Verde para o antigo prédio da unidade “padre Ítalo – 24 horas” estamos providenciando a instalação do consultório odontológico e, em breve, a implantação de uma equipe de saúde bucal, que será responsável pelo atendimento da população desta área, hoje, assistida pelas outras UBSs do distrito sul. Temos distribuídos na Rede 84 dentistas, sendo que na APS temos um total de 68 cirurgiões-dentistas (CDs), dentre eles 12 CDs de 40h, 56 CDs de 20h e 02 residentes de 40h (Saúde da Família pela Universidade Federal da Integração Latino Americano - UNILA). A saúde bucal possui 58 equipes de Saúde Bucal e cobertura assistencial de **73%**.

Seguindo orientação do Ministério da Saúde (MS), para que haja equilíbrio na organização da agenda e que seja feito atividades individuais dentro do consultório e atividades coletivas como: escovação supervisionada e demais ações dentro do âmbito escolar, visitas domiciliares, atividades em grupos dentre outras ações, com



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



objetivo de proporcionar saúde e qualidade de vida à população, as equipes de saúde bucal tem intensificado as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em vários espaços dentro do território, trabalho essencial para mudarmos o cenário de saúde bucal no município. Capacitando e transformando os usuários em protagonistas de sua própria saúde.

No 1º quadrimestre de 2023 iniciamos os trabalhos com a equipe de prevenção (fato que continua até este momento). Equipe que consta com um profissional cirurgião-dentista e uma profissional técnica em saúde bucal. São responsáveis pela maior parte das atividades relacionadas às escolas e creches (CMEIs) do município como: supervisão e controle dos bochechos com flúor (ação comprovada pela diminuição de 40 a 45% da atividade cárie), realização, supervisão e controle de escovações supervisionadas, realização de exames epidemiológicos para observação da realidade e planejamento das atividades futuras, palestras educativas e de incentivo aos cuidados com a saúde bucal, tanto no Programa Saúde nas Escolas, quanto com as instituições credenciadas e/ou com instituições interessadas.

No final de 2022 foi realizado o levantamento epidemiológico de saúde bucal do município, o SB FOZ 2022. Paralelo a isso foi realizado com crianças de 05 anos, nos CMEIs, o levantamento “ceo-d”. Este levantamento foi realizado através de equipes de saúde bucal que foram calibradas para a realização da pesquisa. Contando com a parceria de professores da UNIOSTE, foi possível a conclusão desse estudo.

Através dos resultados encontrados, foi concluído que o indicador no município nessa faixa etária é de:

- Distrito sanitário leste: 1,88
- Distrito sanitário nordeste: 3,00 ***
- Distrito sanitário norte: 2,23 ***
- Distrito sanitário oeste: 1,68
- Distrito sanitário sul: 1,67

*** valores considerados altos e que exigem estratégias e ações.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Quadro 26 - Procedimentos odontológicos – Atenção Primária à Saúde

Tipo de Procedimento	3º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	2º RDQ 2024
	SET	OUT	NOV	DEZ			
1ª Consulta Odontológica	1913	1867	1606	981	6367	6635	7448
Ações coletivas	1657	1112	1012	1029	4810	6129	8052
Tratamento Concluído	1614	1702	1443	934	5693	5705	6275
Urgências Odontológicas	1440	1470	1263	1130	5303	5335	5052
Gestantes	253	270	216	189	928	1056	984
Encaminhamentos para Atenção Secundária	747	734	650	416	2547	2861	2923
Diagnóstico de alteração de mucosa	338	345	332	177	1192	1208	1289
Pacientes com necessidades especiais PNE	190	207	216	165	778	671	889
Total	6956	6705	5662	3856	27779	29600	32912

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 27 – Tipos de consultas realizadas na Atenção Básica – UBS

Tipo de Consulta	3º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	2º RDQ 2024
	SET	OUT	NOV	DEZ			
1ªs consultas e consultas de retorno/manutenção	1355	2427	2111	1355	7248	7405	7448

Fonte: Sistema RP-Smart



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Indicadores:

Resolutividade da Atenção Básica

A avaliação da resolutividade e do desempenho das equipes é composta por dois indicadores, o Percentual de encaminhamentos para o serviço especializado e a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas. O que torna importante o monitoramento desses dados para aplicação de recursos e análise do impacto na saúde dos cidadãos em diversas áreas, encaminhando, assim, soluções para redução ou eliminação dos problemas.

O indicador de encaminhamento está sendo acompanhando e a intenção é reduzir e manter quando alcançar uma proporção favorável em relação aos atendimentos na Atenção Primária.

Já o indicador da proporção de 1º Consulta Programática (CP) e Tratamento Concluído (TC), percebe-se o avanço através do monitoramento desse dado. O que antes apresenta um alto número de 1ª CP e baixo número de TC, desde o 1º RDQA de 2022 percebe que houve uma melhora, mostrando a continuidade do tratamento e a resolutividade das equipes da Atenção Primária.

Proporção de atendimento ao Pré-Natal Odontológico

O pré-natal odontológico é o acompanhamento das gestantes pelos cirurgiões dentista. Essa assistência é importante para prevenir e tratar problemas que podem afetar o bebê, além de orientação relacionada ao controle de placa dentária (biofilme), uso do flúor, amamentação, cuidados com o futuro bebê, bem como a importância da alimentação equilibrada. Ressaltando que os dentes necessitam de minerais e começam a se formar a partir da 6ª semana de gravidez.

Dessa forma o indicador de proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no período do pré-natal na APS, inclui o registro de consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, objetivando



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante e do bebê.

Quadro 28 – Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado

Indicador	3º RDQ - 2023	1º RDQ - 2024	2º RDQ - 2024	3º RDQ - 2024
Pré-Natal Odontológico	44%	62%	55%	***

Fonte: SISAAB

*** Ainda não tínhamos este dado até o fechamento deste relatório.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE BUCAL

A Atenção Secundária se diferencia da Atenção Primária basicamente na utilização de insumos, instrumental e equipamentos diferenciados. Este nível de Atenção acontece no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (onde são ofertados atendimentos em diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia, prótese, ortodontia, DTM, radiologia, atendimento à PcD).

Abaixo estão apresentados os indicadores de saúde que norteiam os atendimentos no Centro de Especialidades Odontológicas – Atenção Secundária.

Quadro 29 - Procedimentos odontológicos – Atenção Especializada (CEO + UPA)

Tipo de Procedimento	3º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	2º RDQ 2024
	SET	OUT	NOV	DEZ			
Cirurgias	216	255	170	82	723	566	687
Endodontia	417	323	530	257	1527	1656	2026
Ortodontia (instalações e manutenções)	80	85	73	66	304	266	251
Periodontia	338	349	331	351	1369	1017	1199



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Prótese Total e Parcial	439	232	374	369	1414	1511	1699
DTM	50	43	35	50	178	127	155
Radiodiagnóstico	613	379	351	374	1717	1953	1438
Procedimentos de Urgência – UPA e Padre Ítalo***	448	467	321	421	1697	1161	1106
Pacientes com necessidades especiais PNE	55	96	37	52	240	343	239
Total	2696	2229	2222	2022	9169	7439	8892

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 30 – Tipos de consultas realizadas na Atenção Secundária - UBS

Tipo de Consulta	3º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	2º RDQ 2024
	SET	OUT	NOV	DEZ			
1 ^{as} consultas e consultas de retorno/manutenção	478	479	534	289	1780	1763	1884

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 31 – Número de faltas nas consultas no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

Especialidades	3º Quadrimestre - 2024				Total	1º RDQ 2024	2º RDQ 2024
	SET	OUT	NOV	DEZ			
Cirurgia	140	53	72	63	338	297	259
Periodontia	39	41	22	37	139	149	199
Endodontia	67	51	247	49	414	498	772
Prótese	36	34	34	63	167	236	238
DTM	17	30	17	21	85	51	130
PNE	5	10	4	3	22	25	20
Orto	12	13	11	16	52	68	76
Total	316	232	407	252	1217	1050	1694

Fonte: Sistema RP-Smart



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Nota:

Para o CEO Tipo 03 são necessárias as seguintes produções mínimas para manutenção do recurso do MS:

Periodontia – 150 procedimentos/mês;

Endodontia – 95 procedimentos/mês;

Cirurgia – 170 procedimentos/mês (Portaria MS 1.464/2011).

Ortodontia e Prótese recebem repasse correspondente ao total produzido.

* No município de Foz do Iguaçu é pactuada a produção de 150 próteses/mês.

Filas para atendimento: Endodontia – 1648 pacientes; Cirurgia – 3228 pacientes; Periodontia – 214 pacientes; Prótese – 1950 pacientes; Pacientes com Necessidades Especiais – 86 pacientes; DTM – 678 pacientes; Ortodontia- 418 pacientes.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

A Supervisão Técnica de Saúde Bucal atua na coordenação das equipes de saúde bucal do município, planejamento das ações de melhorias para o serviço e para a população, determinando ações e supervisionando todas as atividades realizadas, bem como, se responsabiliza pelas informações encaminhadas ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Conselho Municipal de Saúde sobre o Programa de Saúde Bucal, fomentação de ações de promoção a saúde bucal e as demais atribuições pertinentes a realização da função.

Assessora e gerencia o efetivo atendimento integral ao usuário na atenção à saúde bucal.

Sua missão é promover, implantar, supervisionar e avaliar uma Política de Promoção da Saúde que priorize de forma universal, igualitária e equânime a Atenção à Saúde Bucal.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL (APS)

O município de Foz do Iguaçu possui 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Destas, 26 UBSs oferecem serviços de saúde bucal. Temos distribuídos na Rede (APS e CEO) 71 dentistas, sendo 60 na APS. Destes 60 cirurgiões dentistas, 7 CDs de 40h, 53 CDs de 20h e 04 residentes em Saúde da Família pela Universidade Federal da Integração Latino Americano (UNILA). A saúde bucal possui 63 equipes de Saúde Bucal e cobertura assistencial de **73,2%**, utilizando como base de cálculo o último censo demográfico.

Seguindo orientação do Ministério da Saúde (MS), para que haja equilíbrio na organização da agenda e que seja feito atividades individuais dentro do consultório e atividades coletivas como: escovação supervisionada e demais ações dentro do âmbito escolar, visitas domiciliares, atividades em grupos dentre outras ações, com objetivo de proporcionar saúde e qualidade de vida à população, as equipes de saúde bucal tem intensificado as ações de promoção da saúde e prevenção de



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



doenças em vários espaços dentro do território. Trabalho essencial para mudarmos o cenário de saúde bucal no município e, capacitando e transformando os usuários em protagonistas de sua própria saúde.

No 1º quadrimestre de 2023 iniciamos os trabalhos com a equipe de prevenção (fator que continuou durante o ano todo). Equipe que consta com um profissional cirurgião-dentista e uma profissional técnica em saúde bucal. São responsáveis pela maior parte das atividades relacionadas às escolas e creches (CMEIs) do município como: supervisão e controle dos bochechos com flúor (ação comprovada pela diminuição de 40 a 45% da atividade cárie), realização, supervisão e controle de escovações supervisionadas, realização de exames epidemiológicos para observação da realidade e planejamento das atividades futuras, palestras educativas e de incentivo aos cuidados com a saúde bucal, tanto no Programa Saúde nas Escolas, quanto com as instituições credenciadas e/ou com instituições interessadas.

Em 2024 iniciamos o programa “Alcançando o Primeiro Molar”. O programa consiste em uma equipe de saúde bucal volante formada por dentista e auxiliar ou técnico(a). Esta equipe percorre as instituições de ensino do município (E.M. e CMEIs) e realiza procedimentos odontológicos, através de um consultório portátil, para a proteção deste elemento dental tão importante na preservação da saúde bucal e dental do indivíduo.

No final de 2022 foi realizado o levantamento epidemiológico de saúde bucal do município, o SB FOZ 2022. Paralelamente realizou-se, em crianças de 05 anos, nos CMEIs, o levantamento “ceo-d”. Este levantamento foi realizado através de equipes de saúde bucal que foram calibradas para a realização da pesquisa. Contando com a parceria de professores da UNIOSTE, foi possível a conclusão desse estudo.

Através dos resultados encontrados, foi concluído que o indicador no município nessa faixa etária é de:

- Distrito sanitário leste: 1,88
- Distrito sanitário nordeste: 3,00 ***
- Distrito sanitário norte: 2,23 ***



- Distrito sanitário oeste: 1,68

- Distrito sanitário sul: 1,67

*** valores considerados altos e que exigem estratégias e ações.

O programa “Alcançando o primeiro molar iniciou os trabalhos no distrito sanitário nordeste, comprovadamente o mais afetado, como mostra o levantamento realizado. Este levantamento ainda norteia as ações a serem estabelecidas por esta divisão.

Nesse quadrimestre foram entregues, pela equipe de prevenção:

- 3.040 sachês de flúor nas escolas municipais;

- 2.803 escovas dentais.

Nesse quadrimestre foram realizadas:

- 2.127 escovações supervisionadas (mantendo a média alcançada no quadrimestre anterior);

- 3.701 bochechos com flúor (cerca de 40% a mais dos relatados anteriormente).

*** Importante salientar que ainda não podemos considerá-los fidedignos, pois dependemos de vários fatores no registro destes.

Quadro 26 - Procedimentos odontológicos – Atenção Primária à Saúde

Tipo de Procedimento	1º Quadrimestre - 2025				Total	3º RDQ 2024	
	JAN	FEV	MAR	ABR			
1ª Consulta Odontológica	1123	1866	1635	1502	6.126	6367	
Ações coletivas	11	543	1628	1536	3.718	6129	
Tratamento Concluído	878	1329	1177	1290	4.674	5693	



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Urgências Odontológicas	1146	1306	1247	1255	5.288	5303	
Gestantes	168	270	245	190	1.031	928	
Encaminhamentos para Atenção Secundária	515	747	637	703	2.723	2547	
Diagnóstico de alteração de mucosa	298	349	326	325	1.385	1192	
Pacientes com necessidades especiais PNE	147	267	254	227	944	778	
Total	4286	6410	6895	6801	25270	27779	

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 27 – Tipos de consultas realizadas na Atenção Básica – UBS

Tipo de Consulta	1º Quadrimestre - 2025				Total	3º RDQ 2024	
	JAN	FEV	MAR	ABR			
1ªs consultas e consultas de retorno/manutenção	1146	1711	1810	2097	6764	7248	

Fonte: Sistema RP-Smart

Indicadores:

Resolutividade da Atenção Básica

A avaliação da resolubilidade e do desempenho das equipes pode ser realizada por dois indicadores, como referência. O percentual de encaminhamentos para o serviço especializado e a razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



odontológicas programáticas. Importante o monitoramento desses dados para aplicação de recursos e análise do impacto na saúde dos cidadãos em diversas áreas, encaminhando, assim, soluções para redução ou eliminação dos problemas.

O indicador de encaminhamento está sendo acompanhando e a intenção é reduzi-lo e depois mantê-lo quando alcançar uma proporção favorável em relação aos atendimentos na Atenção Primária.

Proporção de atendimento ao Pré-Natal Odontológico

O pré-natal odontológico é o acompanhamento das gestantes pelos cirurgiões dentista. Essa assistência é importante para prevenir e tratar problemas que podem afetar o bebê, além de orientação relacionada ao controle de placa dentária (biofilme), uso do flúor, amamentação, cuidados com o futuro bebê, bem como a importância da alimentação equilibrada. Ressaltando que os dentes necessitam de minerais e começam a se formar a partir da 6ª semana de gravidez.

Dessa forma o indicador de proporção de gestantes que realizaram atendimento odontológico no período do pré-natal na APS, inclui o registro de consulta odontológica realizada pelo cirurgião-dentista às gestantes da APS, objetivando prevenir agravos de saúde bucal que possam comprometer a gestação e o bem-estar da gestante e do bebê.

Quadro 28 – Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado

Indicador		3º RDQ - 2024		1º RDQ - 2025
Pré-Natal Odontológico		36%		36%

Fonte: e-Gestor

ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE BUCAL



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



A Atenção Secundária se diferencia da Atenção Primária basicamente na utilização de insumos, instrumental e equipamentos diferenciados. Este nível de Atenção acontece no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (onde são ofertados atendimentos em diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia, prótese, ortodontia, DTM, radiologia, atendimento à PcD).

Abaixo estão apresentados os indicadores de saúde que norteiam os atendimentos no Centro de Especialidades Odontológicas – Atenção Secundária.

Quadro 29 - Procedimentos odontológicos – Atenção Especializada (CEO + UPA)

Tipo de Procedimento	1º Quadrimestre - 2025				Total	3º RDQ 2024	
	JAN	FEV	MAR	ABR			
Cirurgias	98	231	230	205	764	723	
Endodontia	266	385	416	433	1500	1527	
Ortodontia (instalações e manutenções)	35	77	37	78	227	304	
Periodontia	379	154	330	274	1137	1369	
Prótese Total e Parcial Removível	197	377	227	343	1144	1414	
Radiodiagnóstico	151	413	514	316	1394	1717	
Procedimentos de Urgência – UPA e Padre Ítalo***	275	234	263	280	1052	1697	
Pacientes com necessidades especiais PNE	34	33	30	102	199	240	
Total	1439	1929	2061	2051	7480	9169	

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro 30 – Tipos de consultas realizadas na Atenção Secundária - UBS

Tipo de Consulta	1º Quadrimestre - 2025				Total	3º RDQ 2025	
	JAN	FEV	MAR	ABR			



1 ^{as} consultas e consultas de retorno/manutenção	364	449	468	205	1486	1780	
---	-----	-----	-----	-----	-------------	-------------	--

Fonte: Sistema RP-Smart

Assim como temos salientado em relatórios anteriores o absenteísmo requer um olhar cuidadoso, pois impacta negativamente na eficiência da ESF/ Saúde Bucal, na utilização de recursos humanos e nos materiais disponíveis. Em termos clínicos, as faltas geram tratamentos curativos incompletos, com seus efeitos negativos à saúde bucal, comprometendo, também, o atributo da eficácia.

Podemos observar no quadro abaixo o alto número de absenteísmo, dificultando a diminuição das filas, pois os faltosos acabam sendo reagendados ocupando uma vaga que poderia ser ofertada para outra pessoa.

Quadro 31 – Número de faltas nas consultas no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

Especialidades	1º Quadrimestre - 2025				Total	3º RDQ 2024	
	JAN	FEV	MAR	ABR			
Cirurgia	45	47	29	31	152	338	
Periodontia	47	16	32	34	129	139	
Endodontia	71	154	72	54	351	414	
Prótese	31	48	10	39	128	167	
DTM	20	25	24	21	90	85	
PNE	1	4	5	5	15	22	
Ortodontia	10	12	6	6	34	52	
Total	225	306	178	194	899	1217	

Fonte: Sistema RP-Smart

Importante salientarmos a necessidade em se buscar estratégias e soluções e o envolvimento das diversas esferas para que sejam diminuídas as faltas em consultas. No caso da radiologia passamos a gerenciar os agendamentos diretamente no CEO.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Filas de espera para atendimento no CEO:

- Endodontia – 1802 pacientes;
- Cirurgia – 3515 pacientes;
- Periodontia – 222 pacientes;
- Prótese – 2015 pacientes;
- Pacientes com Necessidades Especiais – 122 pacientes;
- DTM – 710 pacientes;
- Ortodontia - 496 pacientes.

Nota:

Para o CEO Tipo 03 são necessárias as seguintes produções mínimas para manutenção do recurso do MS:

Periodontia – 150 procedimentos/mês;

Endodontia – 95 procedimentos/mês;

Cirurgia – 170 procedimentos/mês (Portaria MS 1.464/2011).

Ortodontia e Prótese recebem repasse correspondente ao total produzido.

* No município de Foz do Iguaçu é pactuada a produção de 150 próteses/mês.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

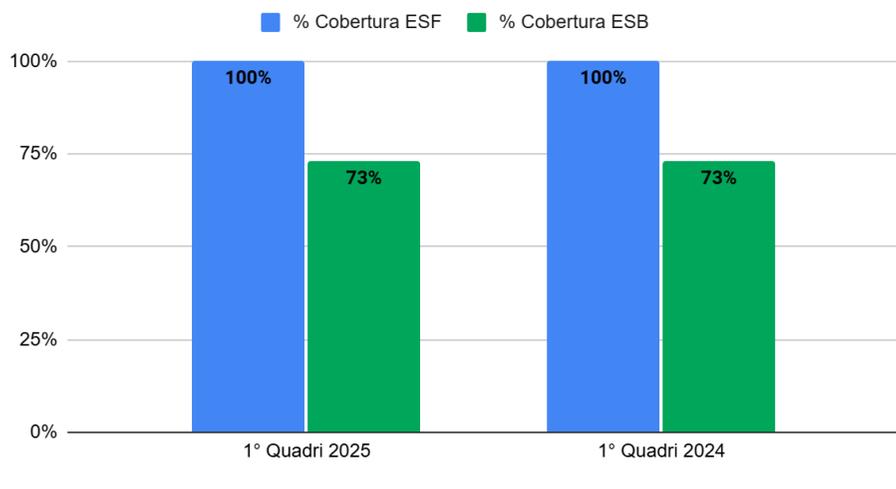
ESTRUTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- **28 Unidades Básicas de Saúde**
 - 95 Equipes de Saúde da Família
 - 63 Equipes de Saúde Bucal

COBERTURA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA/ ATENÇÃO BÁSICA/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE BUCAL

Destacamos que os valores se mantêm como nos anos anteriores considerando que não ocorreu aumento de equipes no município.

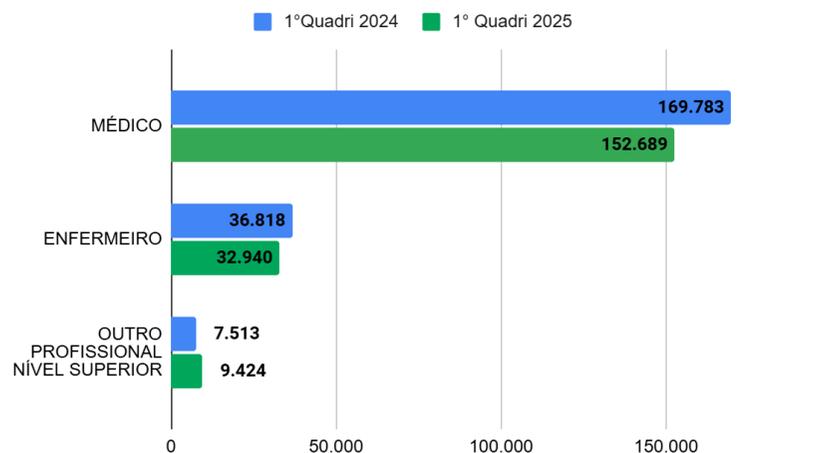
COBERTURA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL



PRODUÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE BUCAL

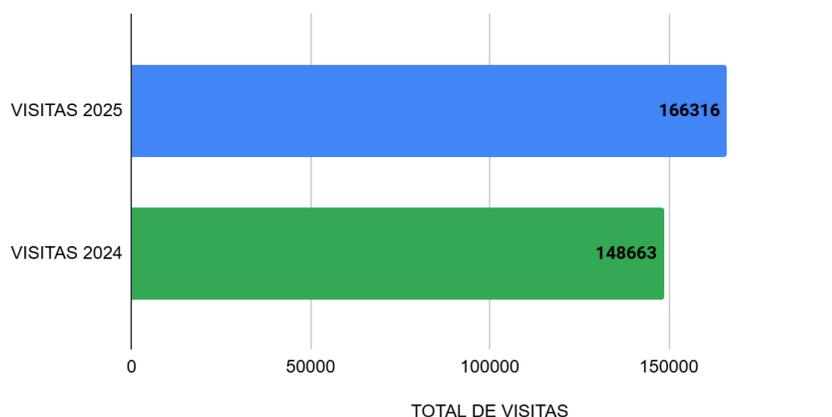


Total de atendimentos realizados por categoria



Analisando o gráfico acima é possível verificar uma queda no número de atendimentos quando comparados a 2024. Para tanto, avaliamos que possa se dar por conta de afastamentos como atestados longos e mudanças nos locais de atuação dos profissionais.

VISITAS DOMICILIARES - AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE



Quando apresentamos a comparação entre o ano de 2024 e 2025 no mesmo período conseguimos perceber que as visitas seguem uma ascendente. Destacamos o retorno de alguns agentes comunitários de saúde para seus postos de trabalho para garantir visitas e acesso aos pacientes da melhor forma possível.



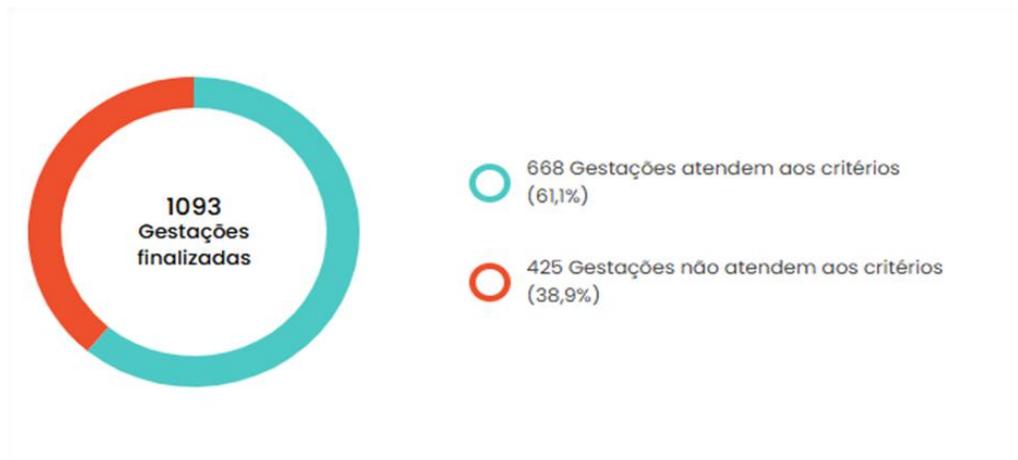
b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER, MATERNO E PLANEJAMENTO FAMILIAR

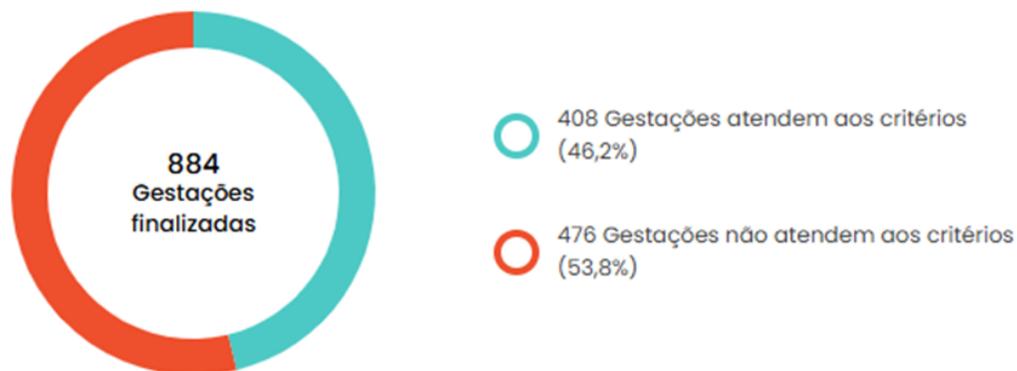
1. Atendimento Pré-natal

Figura 1: Gestações finalizadas no 1º quadrimestre de 2024.



Fonte: RADAR-saúde (Foz do Iguaçu). Acesso em 06/05/2025.

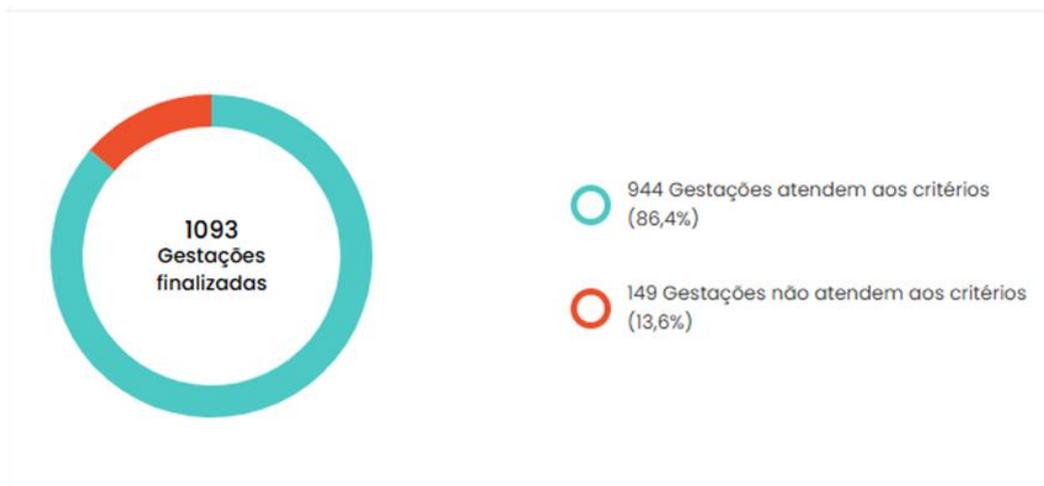
Figura 2: Gestações finalizadas no 1º quadrimestre de 2025.



Fonte: RADAR-saúde (Foz do Iguaçu). Acesso em 06/05/2025.

Figura 3: Gestante com realização de exame para HIV e Sífilis no 1º Quadrimestre 2024.





Fonte: RADAR-saúde (Foz do Iguaçu). Acesso em 06/05/2025.

Figura 4: Gestante com realização de exame para HIV e Sífilis no 1º Quadrimestre 2025.

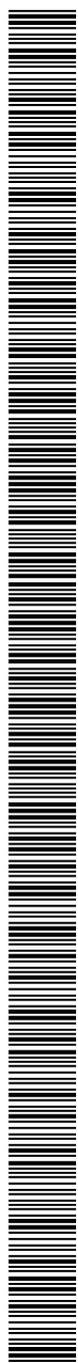


Fonte: RADAR-saúde (Foz do Iguaçu). Acesso em 06/05/2025.

2. Rastreamento do Câncer do Colo de útero

O Rastreamento do Câncer do Colo de útero consiste na coleta do exame citopatológico com qualidade para as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade e qualificar o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras do câncer de colo de útero.

Quadro 2: Número de coletas de citopatológico na faixa etária de 25 a 64 anos



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



1º RDQA 2024	1º RDQA 2025
22.371	22.401

Fonte: RADAR-saúde (Foz do Iguaçu). Acesso em 06/05/2025.

QUADRO 3: Percentual de cobertura de exame citopatológico.

Período	Cobertura Citopatológico	Meta
1º QUADRI 2024	24,1	40%
1º QUADRI 2025	23,8	40%

Fonte: RADAR-saúde (Foz do Iguaçu). Acesso em 06/05/2025.

Observando o quadro 2, que compara o número de coleta de citopatológico de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos realizados referente ao 1º quadrimestre de 2024 com o de 2025, percebemos que os números se aproximam. Porém o percentual comparado no quadro 3 teve uma discreta diminuição, que é justificado na base de cálculo do indicador. A base de cálculo do indicador na plataforma Radar-Saúde levou em consideração o número de mulheres cadastradas (92.850) na APS no 1º quadrimestre de 2024 e não o número estimado com base nos cadastros do SISAb x 26,01 (69.256). Isso também se repetiu no 1º quadrimestre de 2025 com números parecidos (94.095) e o estimado (69.137). Podemos concluir que temos uma população muito maior de mulheres do que é estimado, levando a dificuldade de chegar na meta estabelecida pelo indicador que é 40%.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Vale destacar que muitas destas mulheres contabilizadas no indicador, realizam seu exame citopatológico na rede particular. Uma das formas a ser planejada pela gestão é uma forma de realizar a busca ativa das pacientes e ao ser informado que as mesmas realizaram seu exame na rede particular tivesse uma forma de ser registrado no sistema para a mesma não ser contabilizada nas pacientes que não realizaram exame nos últimos 3 anos.

Cabe ressaltar que no Brasil, apesar das recomendações, ainda é prática comum o exame anual. Dos 12 milhões de exames realizados por ano, o que teoricamente cobriria 36 milhões de mulheres (aproximadamente 80% da população-alvo do programa), mais da metade é repetição desnecessária, ou seja, realizados antes do intervalo proposto, diminuindo a efetividade do programa.

1. Rastreamento do Câncer de Mama

A recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anualmente.

O rastreamento do câncer de mama na atenção primária consiste na solicitação do exame de Mamografia para rastreamento.

Quadro 4: Número de mamografias solicitadas pela Atenção Primária

1º RDQA 2024	1º RDQA 2025
2838	2843

Ao analisar o quadro 4, percebemos que tem se mantido o número de mamografias solicitadas na Atenção Primária à saúde, vale destacar que o objetivo maior das solicitações é o rastreamento de câncer de mama, sendo recomendado para



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



mulheres de 50 a 69 anos a cada 2 anos. Esse exame é realizado no Hospital Itamed sendo um contrato do Estado. O tempo médio de espera para uma mulher realizar esse exame de rastreio é em média 60 dias. Em casos de mamografia diagnóstica esse tempo cai para no máximo 14 dias.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO HOMEM

1.1 Planejamento das Ações para os Meses Temáticos de Saúde do Homem

O 1º quadrimestre de 2025 foi dedicado ao planejamento das ações que serão executadas nos meses de agosto e novembro, meses temáticos dedicados à saúde do homem. Durante esse período, a equipe de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu se concentrou em estruturar as atividades que ocorrerão nesses meses, considerando a mobilização social, as campanhas de sensibilização e os serviços de saúde a serem disponibilizados.

1.2 Atividades Realizadas no 1º Quadrimestre de 2025

Durante o primeiro quadrimestre de 2025, o principal foco foi a estruturação e planejamento das ações que serão realizadas nos meses temáticos de agosto e novembro. Isso envolveu a organização interna dos serviços de saúde.

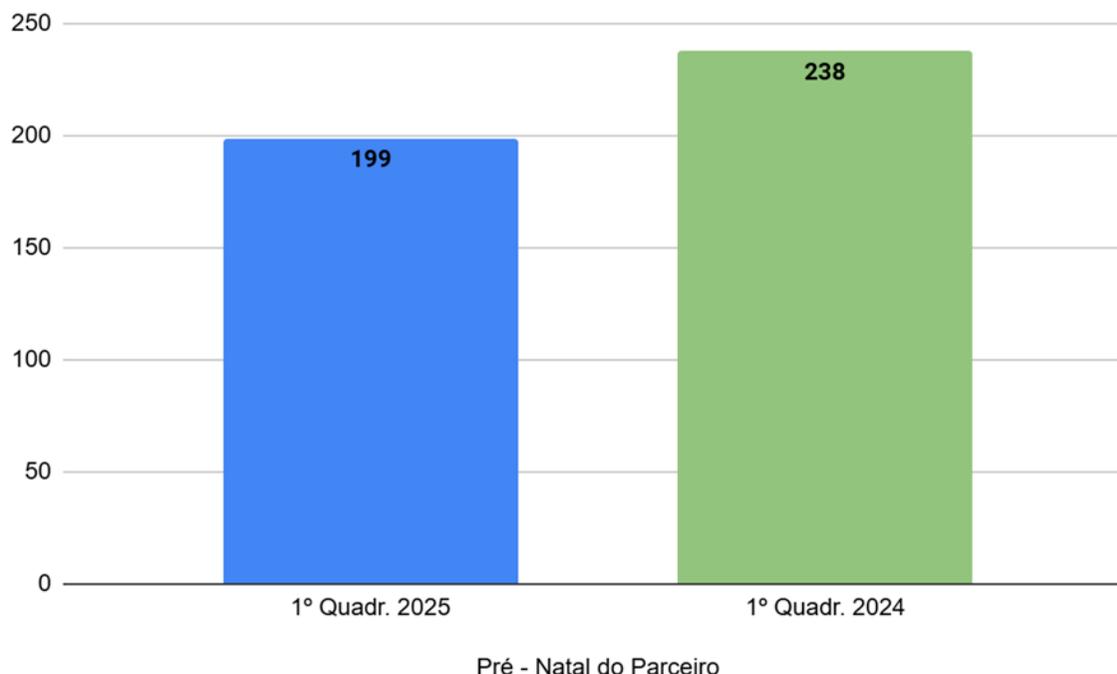
1.4 Pré- Natal do Parceiro.

Gráfico Comparativo - Realização do Pré - Natal do Parceiro 2024 e 2025.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f





Fonte: Sistema RP Saúde.

No gráfico acima é possível observar uma redução do número absoluto da realização do Pré- Natal do Parceiro no primeiro quadrimestre de 2025, esse número deve-se a vários fatores apontados pela análise da equipe técnica, sendo: Devido a necessidade de ausentar-se no trabalho, tendo em vista que a justificativa fornecida pela Unidade de Saúde, muitas vezes não é aceita pelo empregador. Outro fator, é o reconhecimento do parceiro, sobre a real importância no acompanhamento da gestante durante as consultas de pré-natal.

Salienta-se que durante todo o mês de Agosto e Novembro, as ações serão intensificadas para as temáticas relacionadas à Paternidade Responsável.

O 1º quadrimestre de 2025 foi um período de intenso planejamento e articulação das ações que foram implementadas em agosto e novembro, meses temáticos voltados para a saúde do homem, além das ações realizadas sobre o Pré- Natal do Parceiro. A linha de cuidado da saúde do homem está comprometida em promover a conscientização e prevenção, além de ampliar o acesso dos homens aos cuidados de saúde.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



As ações previstas para agosto e novembro têm grande potencial para melhorar os indicadores de saúde masculina no município, especialmente no que diz respeito à prevenção de doenças graves, promoção da saúde mental e a redução do estigma associado ao cuidado da saúde.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

A Linha de Cuidado da Saúde da Criança e Adolescente, cuja gestão atualmente está sob a responsabilidade da enfermeira Tânia Silva de Melo, conforme Portaria Nº 80.553 de 22 de janeiro de 2025. A partir de janeiro de 2024, a equipe conta também com o apoio técnico da auxiliar de enfermagem Andreia dos Santos.

A Linha de Cuidado tem como prioridade a atenção integral à criança e ao adolescente, buscando garantir um desenvolvimento adequado para as futuras gerações, com indivíduos mais saudáveis e socialmente adaptados. Além disso, ela atua como elo entre a Atenção Primária e o Programa Municipal de Imunizações, promovendo ações integradas e eficientes na promoção da saúde infantil e adolescente.

Nos meses de março, abril e maio, em parceria com as equipes da Vigilância Epidemiológica e da Vigilância da Saúde do Trabalho, realizamos capacitações sobre Trabalho Infantil. Essas ações tiveram como objetivo sensibilizar as equipes de Atenção Primária em Saúde acerca da importância da notificação e do encaminhamento adequado na linha de cuidado desse agravo, reforçando o compromisso com a proteção e o bem-estar das crianças e adolescentes.

Atualmente, a equipe participa ativamente de diversos órgãos e grupos de trabalho, incluindo:

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA),
onde atua como conselheira;

Comissão Permanente de Inscrição, Avaliação e Controle (CPIAC);

Câmara Técnica de Investigação de Óbitos Materno e Infantil;



Responsável pela elaboração do Relatório Bimestral do OCA (Orçamento da Criança e Adolescente) da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social (SMSA);

Além disso, participa de diversos Grupos de Trabalho (GT), como:

GT de Violências;

GT Itaipu Materno Infantil;

GT POM (Programa Operativo Municipal) referente aos Menores em Conflito com a Lei.

Ações de Vacinas realizadas em parceria com o Programa Municipal de Imunização

No mês de março de 2025, foi realizada uma capacitação sobre a Vacina da Dengue, destinada a agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, enfermeiros e supervisores das unidades de saúde. Essa ação foi conduzida em parceria com o Programa Municipal de Imunização e o Laboratório Takeda, buscando fortalecer o conhecimento e a atuação dos profissionais na prevenção e controle da dengue no município.

Além disso, na segunda quinzena de abril até 30 de maio de 2025, foi realizada uma verificação das cadernetas de vacinação nas Centro Municipais de Educação Infantil (CMEIs) e nas escolas municipais e estaduais do município. Essa iniciativa contou com a articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde, o Núcleo Regional de Educação e a Secretaria Municipal de Educação, com o objetivo de garantir a atualização e a completude do esquema vacinal das crianças e adolescentes, promovendo a proteção coletiva contra doenças imunopreveníveis.

Planilha de agendamento puericultura e consulta puerperal com HMCC



Na data de 12 de dezembro de 2022, iniciamos o uso de uma planilha compartilhada entre a Atenção Primária à Saúde e o Hospital Ministro Costa Cavalcanti. Nela são compartilhadas as informações dos dados de todos os nascidos na referida maternidade pertencentes ao município. A Coordenação da Criança e Adolescente realiza o agendamento na unidade básica de saúde para ambos, mãe e filho, segue abaixo algumas informações do 1º quadrimestre de 2025:

	RN nascidos	RN agendados	Porcentagem de agendamento	RN classificados como Alto Risco na nascimento
Janeiro	308	293	95%	66
Fevereiro	322	311	96%	51
Março	342	320	93%	49
Abril	361	337	93%	61
Total	1.333	1.261	94,2%	227

Fonte: Planilha compartilhada entre HMCC e Coordenação da Criança e Adolescente

Quando comparamos com o mesmo quadrimestre do ano anterior notamos uma melhora na porcentagem de agendamentos, estava 90,5% e agora fechamos em 94,2%.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Justificamos o não alcance em 100% considerando que temos as puérperas que preferem seguir o acompanhamento em seu convênio, particular e as que residem em outro país.

Puericultura

A puericultura é o atendimento de acompanhamento do crescimento da criança e deve ser realizado pelo médico e/ou enfermeiro da equipe de saúde, com periodicidade que pode variar de acordo com a estratificação de risco do mesmo.

No Primeiro Quadrimestre de 2024 foram realizadas 4.057 consultas de puericultura em menores de 01 ano de idade nas Unidades de Saúde do Município e no ano de 2025 no período foram 5434.



Conseguimos manter um quantitativo importante de acompanhamentos em puericultura, visto o trabalho diário de monitoramento juntamente com a planilha do HMCC.

Triagem Neonatal

O Teste do Pezinho é um dos exames que compõem a triagem neonatal da criança. Este exame deve ser realizado após as 48h de vida da criança, todavia, em razão



da alta hospitalar precoce (menos de 48h), são realizados dois testes, um antes da alta hospitalar e um segundo teste na UBS.

Esse segundo teste coletado pelas UBS são todos encaminhados à Coordenação da Criança e Adolescente diariamente via malote, em todos é dado envio no Sistema RP Saúde, acondicionados corretamente e levados ao Correios para envio via Sedex à FEPE.

No primeiro quadrimestre de 2024 foram coletados 1.136 exames e no mesmo período em 2025 foram coletados 1.144 exames.

Reiteramos nosso compromisso com a promoção da saúde e do bem-estar das crianças e adolescentes, buscando sempre aprimorar as ações e parcerias que contribuam para uma sociedade mais saudável e justa.

COORDENAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Número de Equipes Multidisciplinares eMulti em atividade no Município de Foz do Iguaçu: 06; todas vinculadas a Estratégias de Saúde da Família na Atenção Primária em Saúde (APS).

Distribuição: 01 equipe em cada um dos cinco distritos sanitários de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Nordeste) e 01 equipe Apoio para organização de fluxos de cuidados específicos.

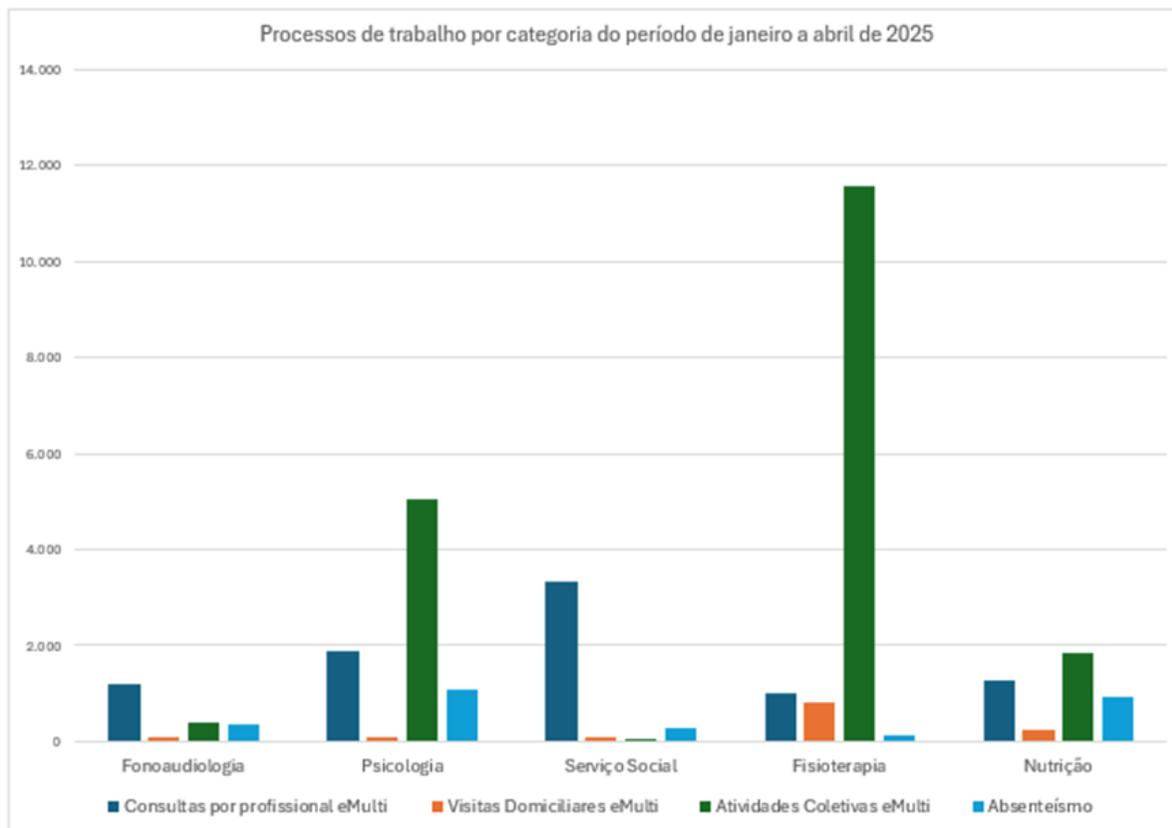
Número de equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) atendidas: 96

Categorias de profissionais vinculados às eMulti em atividade na formação básica: Assistente Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f





Quadro 01. Produção das seis (06) eMultis Foz.

eMulti Sul atende 12 ESFs: ubx Profilurb I, ubx Profilurb II, ubx Ouro Verde, ubx Carimã, ubx Padre Monti.

eMulti Leste atende 26 ESFs: ubx São Roque, ubx Jardim São Paulo I, ubx Jardim São Paulo II, ubx Campos do Iguaçu, ubx Morumbi II, ubx Morumbi III, ubx Portal da Foz.

eMulti Norte atende 26 ESFs: ubx Jardim Jupira, ubx Porto Belo, ubx AKLP, ubx Jardim Curitiba, ubx Vila C Velha, ubx Vila C Nova, ubx Cidade Nova.

eMulti Nordeste atende 17 ESFs: ubx Lagoa Dourada, ubx Três Bandeiras, ubx Três Lagoas, ubx Sol de Maio, ubx São João.

eMulti Oeste atende 14 ESFs: ubx Vila Yolanda, ubx Jardim América, ubx Maracanã, ubx Vila Adriana, ubx Parque Presidente.

eMulti Apoio atende as eMulti dos distritos, responsável pelos fluxos de pacientes assistidos pelo Protocolo de Oxigenoterapia, os vinculados ao Programa Municipal



de Atenção Nutricional a Indivíduos com Necessidades Nutricionais Especiais (PM-ANINNE), e os pacientes com quadros variados de disfagia.

Outras categorias de profissionais vinculadas às eMulti no município: 12 residentes do programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UNILA), sendo: 04 Fisioterapeutas, 04 Psicólogos, 04 Nutricionistas;

E 08 Psicólogos pós-graduandos da Formação em Saúde Pública (UNIOESTE)

eMulti RDQ1/2025 - Período Janeiro - Abril							
Distrito Sanitário	Categoria Profissional	Qtde de servidores	Qtde de profissionais pós-graduandos	Consultas por profissional eMulti (individual e compartilhada)	Visitas Domiciliares eMulti	Atividades Coletivas eMulti	Absenteísmo
				Acolhimentos	Acolhimentos	Número de atendimentos	Quantidades de atendimentos não realizados
Distrito Leste	Fonoaudiologia	1	0	148	1	60	89
	Psicologia	1	2	271	8	1.076	234
	Serviço Social	1	0	473	27	7	110
	Fisioterapia	1	2	209	191	6.224	128
	Nutrição	1	2	402	31	977	294
	Sub-total	5	6	1.503	258	8.344	855
Distrito Sul	Fonoaudiologia	1	0	0	0	0	0
	Psicologia	2	3	492	37	2.006	320
	Serviço Social	1	0	575	0	0	180
	Fisioterapia	2	1	463	433	4.827	11
	Nutrição	1	1	325	46	341	298
	Sub-total	7	5	1.536	470	6.833	511
Distrito Oeste	Fonoaudiologia	1	0	469	1	0	127
	Psicologia	1	1	266	5	296	95
	Serviço Social	1	0	560	26	38	0
	Nutrição	1	1	100	38	173	101
	Sub-total	4	2	1.395	70	507	323
Distrito Oeste Apoio	Fonoaudiologia	1	0	128	90	99	0
	Serviço Social	1	0	479	16	0	30
	Fisioterapia	1	0	46	22	24	0
	Nutrição	1	0	131	44	14	24
	Sub-total	4	0	784	172	137	54
Distrito Norte	Fonoaudiologia	1	0	380	1	230	117
	Psicologia	1	4	547	25	1.012	235
	Serviço Social	1	0	492	15	0	0
	Fisioterapia	1	1	266	156	500	1
	Nutrição	1	0	146	48	188	71
	Sub-total	5	5	1.831	245	1.930	424
Distrito Nordeste	Fonoaudiologia	1	0	76	1	0	16
	Psicologia	1	2	310	5	644	186
	Serviço Social	1	0	1.200	1	0	0
	Fisioterapia	1	0	0	0	0	0
	Nutrição	1	0	179	29	172	132
	Sub-total	5	2	1.765	36	816	334
Total Geral		30	20	8.814	1.251	18.567	2.501
Total por categoria profissional	Fonoaudiologia	6	0	1.201	94	389	349
	Psicologia	6	12	1886	80	5034	1070
	Serviço Social	6	0	3346	91	69	290
	Fisioterapia	6	4	990	802	11575	140
	Nutrição	6	4	1283	236	1865	920

Quadro 02. Produção por categoria profissional por distrito.

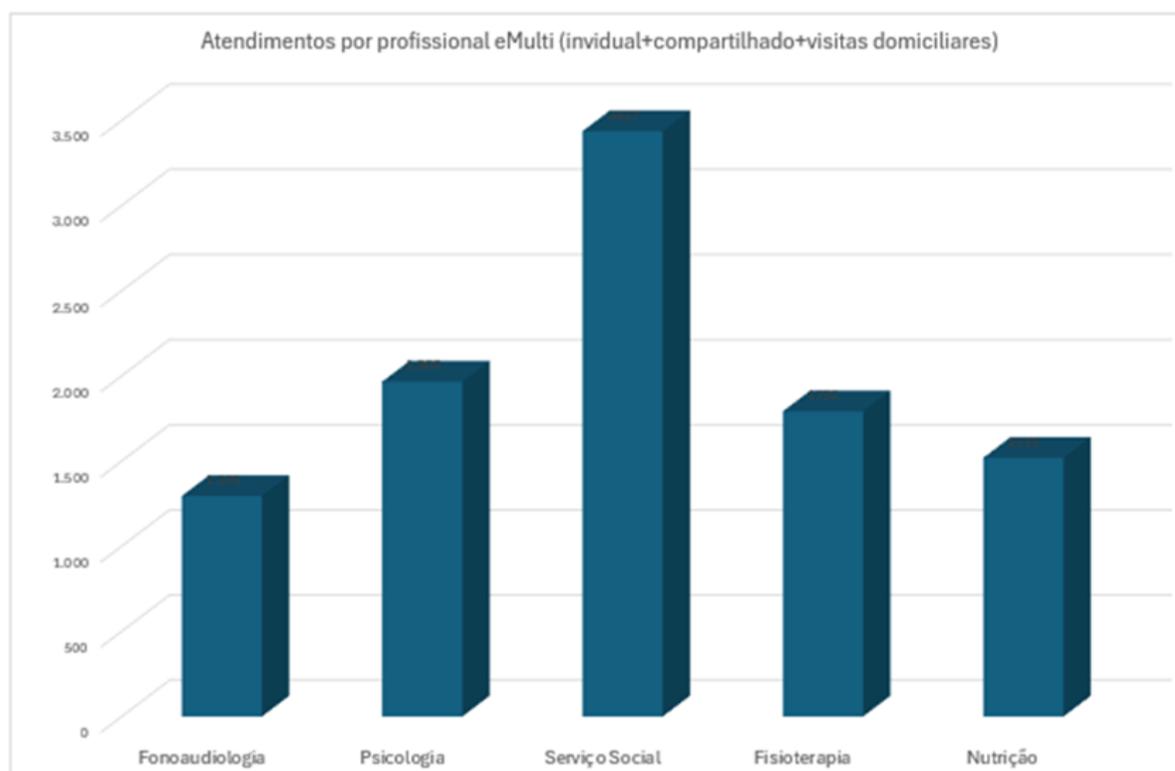


OBJETIVOS das eMulti em serviço: 1- Facilitar o acesso aos fluxos de atendimento; 2- Valorizar a multi e a interprofissionalidade no atendimento; 3- Propiciar a integralidade do cuidado; 4- Superar a fragmentação do Cuidado; 5- Ampliar o leque das práticas de cuidado; 6- Longitudinalidade do cuidado; 7- Aprimorar a resolutividade da Atenção Primária em Saúde; 8- Assistência, prevenção, promoção, vigilância e formação em Saúde.

Ações Prioritárias

ACOLHIMENTOS

Os atendimentos podem ser: individuais, em grupo, domiciliar ou ainda compartilhado entre profissionais.



Quadro 03. Acolhimentos das 06 eMulti Foz.

ATIVIDADES COLETIVAS - de promoção de saúde; - de prevenção e educação em saúde; - de Matriciamento; -de discussão e estudos de caso; - de projetos terapêuticos; - de intervenções no território; - de ofertas de ações de saúde à distância; - de práticas intersetoriais;



Atividades Coletivas são majoritariamente realizadas em espaços estratégicos espalhados pelos territórios e se apoiam em parcerias tecidas junto a localidades como Associação de Moradores, Associações Recreativas, Centros de Convivências, Escolas, entre outros; bem como em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que dispõem de salas/espços amplos para o atendimento grupal. As atividades eMulti de telessaúde por definição se apóiam em recursos tecnológicos como computadores, notebooks, câmeras, fone, etc. Atualmente em virtude do escasso número de ferramentas acontecem em número reduzido.

O acesso dos usuários aos processos de cuidado das equipes multidisciplinares eMulti acontecem a partir da busca pelas unidades de saúde.

As atividades Coletivas abarcam diferentes ciclos de vida dos pacientes, alinhando-se às diferentes estratégias, ações e Programas em Saúde em constante diálogo com as demais Linhas de Cuidados na APS.

Relação de atividades coletivas (Grupos Permanentes e/ou Eventuais) por ciclo de vida no período de Janeiro a Abril de 2025:

Infância

eMulti Sul: Grupo Oficina emoções/habilidades sociais junto com os Pais

eMulti Leste: Grupo Infantil BRINCAR, Acolhimento Psicológico para Pais e Filhos.

eMulti Norte: Acolhimento Psicológico para crianças, Grupo Aventure-se!, Fluir (crianças), ELO- Escrita, Leitura e Oralidade.

eMulti Nordeste: Acolhimento Infantil

eMulti Oeste: sem atividade

Adolescência

eMulti Sul: Grupo de adolescentes

eMulti Leste: Acolhimento Psicológico.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



eMulti Norte: Acolhimento Psicológico, Vida que Segue para Adolescentes, Vida que Segue para Pré-adolescentes, ELO- Escrita, Leitura e Oralidade,

eMulti Nordeste: Acolhimento Psicológico de Adolescentes, Grupo: Alongamento*, Educação em Asma

*eMulti Oeste:*sem atividade

Idade adulta

*eMulti Sul:*Grupo de Ansiedade, Grupo de Vida em equilíbrio - Ciclo inicial, Grupo de Vida em equilíbrio – Manutenção, Saúde com Arte, Grupo de Convivência, Grupo de Tabagismo, Grupo de Gestante, Grupo de Acolhimento Psicológico.

eMulti Leste: Vida Mais Leve, Vida Mais Leve online, Grupo de Acolhimento para os Pacientes com Doenças Crônicas, Grupo de Educação em Saúde para os Pais (BRINCAR), GESTAR online, Primeiros Passos (online), GPAVE (Grupo de prevenção ao acidente vascular encefálico), CUIDE-SE! Erico Veríssimo, CUIDE-SE! Morumbi 3, Grupo de Acolhimento Psicológico.

eMulti Norte: Movimento-se! (adultos), Gestantes Jupira, Gestar com Saúde, Acolhimento Psicológico, Mudança de Estilo de Vida (MEV), Entre Estações (luto), Soltando a Voz (adultos), Fluir (adultos), Ginástica Comunitária* Santa Rosa, Aporã e Jardim Ipê, Bem-estar* (adulto).

eMulti Nordeste: Grupo de Acolhimento Adulto, Grupo Ser Mulher, Grupo de Tabagismo, Grupo Gestantes, Grupo de Promoção da Alimentação Saudável para Pessoas com Risco Cardiovascular, Grupo de Emagrecimento e Mudança do Estilo de Vida (MEV), Grupo Hipertensão - UBS Sol de Maio, Grupo: Alongamento*, Grupo: Ginástica Comunitária*, Grupo de Incontinência Urinária, Educação em Asma, Hidroginástica*.

*eMulti Oeste:*Memórias que Curam, Mudança do Estilo de Vida (MEV), Equilibrando a Ansiedade.

Idosos

*eMulti Sul:*Ginástica da Mente.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



eMulti Leste: Turma da Coluna Érico Veríssimo, Turma da Coluna Associação São Roque, Turma da Colunalgreja Nossa Senhora de Lurdes, Ginástica da Mente.

eMulti Norte: Movimente-se! (idosos), Ginástica da Mente, Ginástica da Mente II, Soltando a Voz (idosos), Fluir (idosos), Ginástica Comunitária* Santa Rosa, Aporã e Jardim Ipê, Grupo Bem-estar* (idoso)

eMulti Nordeste: Grupo Memórias Vivas, Grupo: Alongamento*, Grupo: Ginástica Comunitária*, Hidroginástica*

*eMulti Oeste:*Laços de vida.

As atividades Coletivas podem apresentar-se num caráter Eventual para atender a demandas específicas de outros setores ou ainda por demandas específicas das equipes das Estratégias de Saúde da Família apoiadas pelas eMulti dos distritos.

Atividades Coletivas Eventuais de Promoção, Educação e/ou Matriciamento no período:

*eMulti Sul:*sem registro

*eMulti Leste:***Matriciamento** de bolsistas e residentes 2025; Grupo de **Saúde Mental de Idosos***/Projeto Integrador Uniamérica.

eMulti Norte: Ação de promoção de saúde no CMEI Braiz de Moura – Participação no **Dia da Família***; **Matriciamento** da equipe eMulti em todas as UBS's do Distrito Norte: os processos e fluxos de atendimento; **Encontro com Pais*** - Marcos do Desenvolvimento Infantil e Doenças Infectocontagiosas no Cmei Braiz de Moura.

eMulti Nordeste: sem atividade

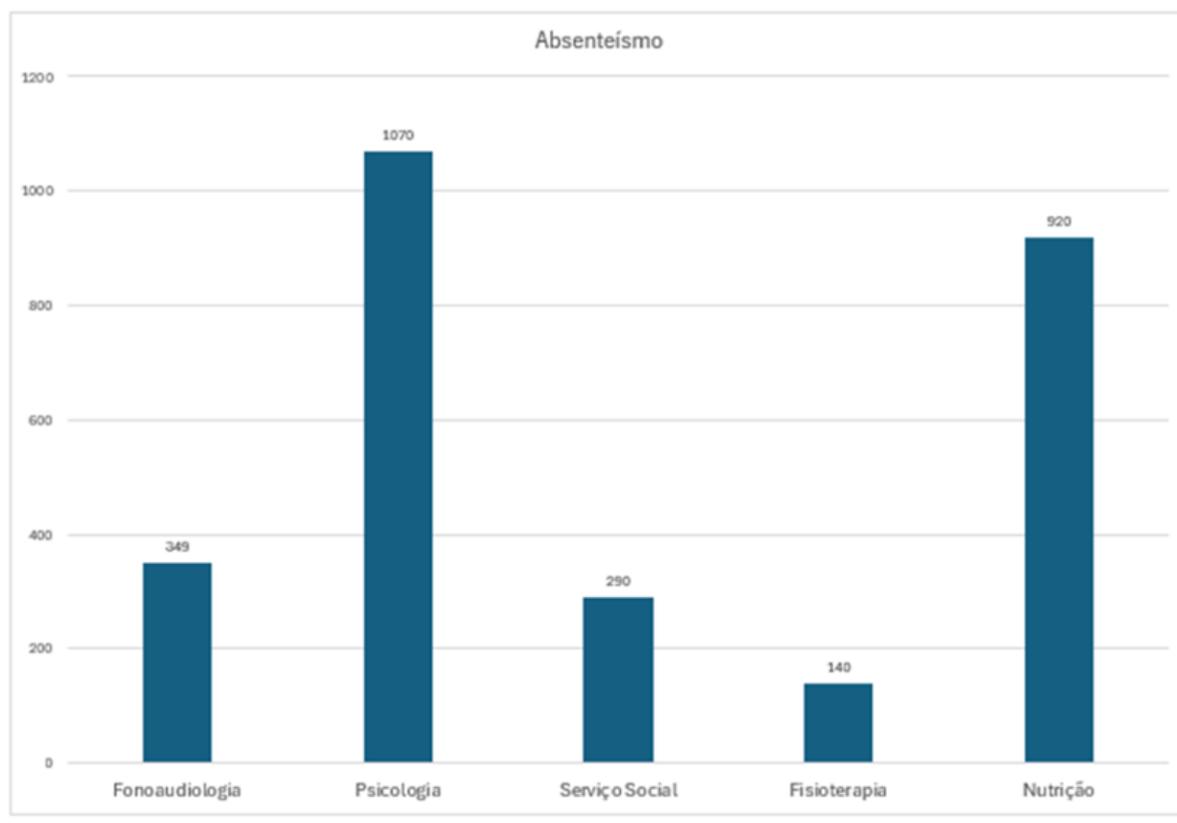
*eMulti Oeste:*sem atividade

*atividades coletivas Intersetoriais, com o envolvimento de profissionais de outras secretarias como Esporte, Assistência Social e Cultura.

Sobre o Programa Municipal de Atenção Nutricional a Indivíduos com Necessidades Nutricionais Especiais (PM-ANINNE):



No período foram entregues **784 insumos**, quer seja, fórmulas infantis e/ou dietas enterais aos pacientes cadastrados no Programa Municipal da Atenção Primária, totalizando atendimento a **56 famílias** que receberam orientação para administração das mesmas pelos pais e/ou cuidadores responsáveis.



Quadro 04. Absenteísmo total dos distritos.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO

Indicadores de desempenho avaliados no Quadrimestre:

1. Número de idosos que passaram pela estratificação IVCF-20

- FORMA DE CÁLCULO: número absoluto de idosos que foram estratificados com o instrumento IVCF-20 por quadrimestre.



- FONTE: sistema RP

- RESULTADO: 139.

- OBSERVAÇÕES: o índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) é um instrumento que visa estratificar os idosos em robustos, em risco de fragilidade e frágeis e é o instrumento de escolha da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do estado do PR a ser aplicados pelos municípios. Estratificar idosos permite a adoção de ações em saúde com base no seu estrato: cuidados preventivos para idosos robustos e cuidados terapêuticos com vias a reverter o estado de fragilidade quando reversíveis. **Ainda não há parâmetro estabelecido pela SESA sobre o número ideal de idosos a serem estratificados por quadrimestre.** O município trabalha na perspectiva de estratificar 100% dos idosos.

2. Proporção de atendimentos médicos a idosos em todos os serviços no município de Foz do Iguaçu

- FORMA DE CÁLCULO: somatório de consultas médicas de idosos na APS, UPA's e atenção especializada por quadrimestre / somatório de todas consultas médicas realizadas na APS, UPA's e atenção especializada por quadrimestre X 100

- FONTE: sistema RP.

- RESULTADO: $59.581 / 232.849 \times 100 = \mathbf{0,255 (25,5\%)}$

- OBSERVAÇÕES: 25,5% dos atendimentos médicos realizados no município no primeiro quadrimestre do ano de 2025 foram consultas de idosos.

3. Proporção de consultas de enfermagem a idosos em todos os serviços no município de Foz do Iguaçu

- FORMA DE CÁLCULO: somatório de consultas de enfermagem de idosos na APS, UPA's e atenção especializada por quadrimestre / número total de consultas de enfermagem no município por quadrimestre X 100.

- FONTE: sistema RP.

- RESULTADO: $11.148 / 56.159 \times 100 = \mathbf{0,198 (19,8\%)}$.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



- OBSERVAÇÕES: 19,8% das consultas de enfermagem realizadas no município no 1º quadrimestre de 2025 foram voltadas a idosos.

4. Proporção de atendimentos médicos a idosos na APS

- FORMA DE CÁLCULO: número de consultas médicas de idoso na APS / número total de consultas a idosos em todos os serviços no 1º quadrimestre de 2025 X 100

- FONTE: sistema RP.

- RESULTADO: $47.177 / 78.209 \times 100 = \mathbf{0,603 (60,3\%)}$

- OBSERVAÇÕES: 60,3% de todas as consultas médicas a idosos realizadas no município ocorreram na APS.

5. Proporção de consultas de enfermagem a idosos na APS

- FORMA DE CÁLCULO: número de consultas de enfermagem a idosos na APS / número total de consultas de enfermagem em todos os serviços X 100

- FONTE: sistema RP.

- RESULTADO: $4.562 / 6.900 \times 100 = \mathbf{0,661 (66,1\%)}$

- OBSERVAÇÕES: 66,3% de todas as consultas de enfermagem a idosos realizadas no município ocorreram na APS.

6. Proporção de atendimentos médicos a idosos na atenção especializada

- FORMA DE CÁLCULO: número de atendimentos médicos a idosos ocorridos na atenção especializada / número total de consultas médicas a idosos em todos os serviços X 100

- FONTE: sistema RP

- RESULTADO: $21.236 / 78.209 \times 100 = \mathbf{0,271 (27,1\%)}$

- OBSERVAÇÕES: 27,1% de todas as consultas médicas a idosos realizadas no município ocorreram na atenção especializada.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



7. Proporção de consultas de enfermagem a idosos realizados na atenção especializada

- FORMA DE CÁLCULO: número de atendimentos de enfermagem a idosos ocorridos na atenção especializada / número total de consultas de enfermagem a idosos em todos os serviços X 100
- FONTE: sistema RP
- RESULTADO: $2.203 / 6.900 \times 100 = 0,319 (31,9\%)$
- OBSERVAÇÕES: 31,9% de todas as consultas de enfermagem a idosos realizadas no município ocorreram na atenção especializada.

8. Proporção de atendimentos médicos a idosos nas UPA's

- FORMA DE CÁLCULO: número de atendimentos médicos a idosos ocorridos nas UPA's / número total de consultas médicas a idosos em todos os serviços X 100
- RESULTADO: $9.796 / 78.209 \times 100 = 0,125 (12,5\%)$
- OBSERVAÇÕES: 12,5% dos atendimentos médicos a idosos realizados no município ocorreram na UPA'S.

9. Proporção de consultas de enfermagem a idosos Nas UPA's

- FORMA DE CÁLCULO: número de atendimentos de enfermagem realizados a idosos ocorridos nas UPA's / número total de consultas de enfermagem a idosos em todos os serviços X 100
- RESULTADO: $135 / 6.900 \times 100 = 0,019 (1,9\%)$
- OBSERVAÇÕES: 1,9% das consultas de enfermagem a idosos realizados no município ocorreram na UPA'S.

COORDENAÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS



No município de Foz do Iguaçu, a Linha de Cuidado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foi instituída com o objetivo de reestruturar o modelo de atenção à saúde, fortalecendo a integralidade do cuidado e a coordenação das ações em saúde. As DCNT, que incluem enfermidades como doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias crônicas, representam as principais causas de morbimortalidade e impactam significativamente a qualidade de vida e os sistemas de saúde.

Nesse contexto, esta Linha de Cuidado tem como atribuições o planejamento, a implementação e o monitoramento de estratégias intersetoriais voltadas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e à redução de complicações, com foco especial na população idosa e nas pessoas com condições crônicas, conforme preconizado pelo Ministério da saúde.

No primeiro quadrimestre de 2025, conforme dados do radar saúde, 45.887 cidadãos foram identificados como hipertensos em Foz do Iguaçu, utilizando-se como critério para este dado: ter pelo menos 01 aferição da pressão arterial nos 6 meses anteriores a data de fim do quadrimestre e ter recebido pelo menos 01 consulta, realizada por médico ou enfermeiro, com diagnóstico de hipertensão nos 6 meses anteriores a data de fim do quadrimestre. Do total destes 45.887, cerca de 63,2% das pessoas com hipertensão receberam ao menos uma consulta nos últimos 6 meses, conforme as imagens a seguir:



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Consultas nos últimos 6 meses



- 27824 (63.2%) pessoas com hipertensão que receberam ao menos uma consulta nos últimos 6 meses
- 12749 (29.0%) pessoas com hipertensão diagnosticada que **não** receberam ao menos uma consulta nos últimos 6 meses
- 3429 (7.8%) pessoas com hipertensão autorreferida que **não** receberam ao menos uma consulta nos últimos 6 meses

Pessoas com hipertensão e Diabetes tipo II



14.361

pessoas com hipertensão e Diabetes tipo II.

13.221 são diagnosticados

1.140 são autorreferidos

Considerando a FCI mais atual das pessoas.



Pessoas com hipertensão que sofreram infarto ou AVC



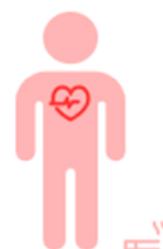
2.158

2.158 pessoas com hipertensão que sofreram infarto ou AVC.

1.869 são diagnosticados

289 são autorreferidos

Pessoas com hipertensão que fumam.



2.694

2.694 pessoas com hipertensão que fumam.

2.238 são diagnosticados

456 são autorreferidos

Considerando a FCI mais atual das pessoas.

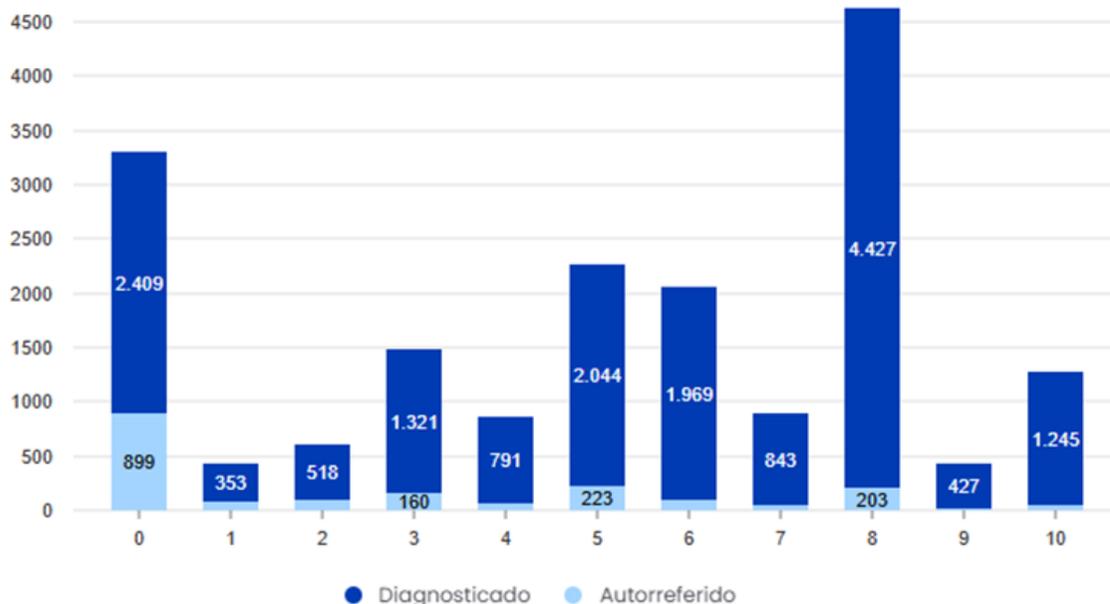
Ainda utilizando a base de dados do radar saúde, 14.361 pessoas foram diagnosticadas com diabetes e hipertensão, sendo 1.475 autorreferidos. No primeiro quadrimestre foram referidos 18.248 pessoas com diabetes tipo 2 em Foz do Iguaçu. Deste total 988 pessoas com diabetes sofreram infarto ou AVC, sendo que deste total 827 são diagnosticados 161 são autorreferidos. No que diz respeito ao acesso a consultas, 71,4% das pessoas com diabetes receberam ao menos uma consulta nos últimos 6 meses.

Gráfico I: Distribuição de pessoas com diabetes por grau de acompanhamento



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f





Utilizando dados do RP saúde, foram realizados de janeiro a maio de 2025 16.750 atendimentos com o CID I10 - Hipertensão essencial (primária) e 1.713 com o CID: E10 - diabetes mellitus insulino-dependente, sendo estes números subestimados, pois utiliza o critério de inclusão do CID no momento do atendimento excluindo diagnósticos de complicações decorrentes destas doenças e atendimentos onde este dado não foi inserido no sistema.

LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

A Linha de Cuidado em Saúde Bucal, nova nomenclatura adotada a partir da reestruturação do organograma da Secretaria Municipal da Saúde e Bem Estar para o ano de 2025, atua na coordenação das equipes de saúde bucal do município planejando ações de melhorias para o serviço e para a população, determina ações e supervisiona todas as atividades realizadas. Responsabiliza-se pelas informações encaminhadas ao Ministério da Saúde, Secretaria Estadual da Saúde e Conselho Municipal de Saúde sobre o Programa de Saúde Bucal.

Fomenta ações de promoção à saúde e demais atribuições pertinentes a realização da função. Assessora e gerencia o efetivo atendimento integral ao usuário na atenção à saúde bucal.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Sua missão é promover, implantar, supervisionar e avaliar uma Política de Promoção da Saúde que priorize de forma universal, igualitária e equânime a Atenção à Saúde Bucal.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BUCAL (APS)

O município de Foz do Iguaçu possui 28 Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Destas, 26 unidades oferecem serviços de assistência à saúde bucal.

Temos distribuídos na rede municipal 77 dentistas, sendo 65 na APS e 12 no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO. Contamos ainda com 04 residentes em Saúde da Família pela Universidade Federal da Integração Latino Americano (UNILA).

Possuimos 63 equipes de Saúde Bucal e cobertura assistencial de **66,3%**, utilizando como base de cálculo o último censo demográfico e as equipes de Saúde da Família cadastradas pelo município.



AÇÕES DE DISTRIBUIÇÃO:

3.040 sachês de flúor nas escolas municipais

2.803 escovas dentais



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f





PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

2127 Escovações Supervisionadas

3.701 Bochechos com Flúor



Quadro de Procedimentos odontológicos – Atenção Primária à Saúde

Tipo de Procedimento	2º Quadrimestre - 2025				Total	1º RDQ 2025	3º RDQ 2024
	MAI	JUN	JUL	AGO			
1ª Consulta Odontológica	1468	1371	1418	1606	5863	6.126	6635
Ações coletivas	***	***	***	***	2791	3.718	6129
Tratamento Concluído	1319	1125	1241	1198	4883	4.674	5705
Urgências Odontológicas	1176	1052	1189	1209	4626	5.288	5335



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Gestantes	220	211	243	209	883	1.031	1056
Encaminhamentos para Atenção Secundária	633	580	641	691	2545	2.723	2861
Diagnóstico de alteração de mucosa	0	0	0	0	0	1.385	1208
Pacientes com necessidades especiais PNE	212	212	236	231	891	944	671
Total	5028	4551	4968	5144	22482	25270	29600

**Fonte: RP
Saúde**

Proporção de atendimento ao Pré-Natal Odontológico

O pré-natal odontológico é o acompanhamento das gestantes pelos cirurgiões dentista. Essa assistência é importante para prevenir e tratar problemas que podem afetar o bebê, além de orientação relacionada ao controle de placa dentária (biofilme), uso do flúor, amamentação, cuidados com o futuro bebê, bem como a importância da alimentação equilibrada. Ressaltando que os dentes necessitam de minerais e começam a se formar a partir da 6ª semana de gravidez.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Quadro – Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado.

Indicador	1º RDQ - 2025	1º RDQ - 2025	3º RDQ - 2024	
Pré-Natal Odontológico	49,9%	36,4%	36%	

Fonte: e-Gestor

Gestações finalizadas (01/01/2025 a 30/04/2025)



ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE BUCAL

Este nível de atenção acontece no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO onde são ofertados atendimentos em diagnóstico bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor, endodontia, prótese dentária, ortodontia preventiva, disfunções temporo mandibulares (DTM), radiologia, atendimento à PcD).

Quadro Procedimentos odontológicos – Atenção Especializada (CEO + UPA)

Tipo de Procedimento	2º Quadrimestre - 2025				Total	1º RDQ 2025	3º RDQ 2024
	MAI	JUN	JUL	AGO			
Cirurgias	245	179	159	250	833	764	723
Endodontia	258	322	477	485	1542	1500	1527



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Ortodontia (instalações e manutenções)	81	70	88	75	314	227	304
Periodontia	189	101	86	155	531	1137	1369
Prótese Total e Parcial Removível	404	369	657	557	1987	1144	1414
Radiodiagnóstico	555	376	132	390	1453	1394	1717
Procedimentos de Urgência – UPA e Padre Ítalo***	287	250	340	315	1192	1052	1697
Pacientes com necessidades especiais PNE	97	121	111	81	410	199	240
Total	2.116	1.788	2.050	2.308	7230	7480	9169

Fonte: Sistema RP-Smart

Quadro Tipos de consultas realizadas na Atenção Secundária - UBS

Tipo de Consulta	2º Quadrimestre - 2025				Total	1º RDQ 2025	3º RDQ 2024
	MAI	JUN	JUL	AGO			
1ªs consultas e consultas de retorno/manutenção	465	340	466	618	1889	1722	1884

Fonte: Sistema RP-Smart



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Assim como temos salientado em relatórios anteriores o absenteísmo requer um olhar cuidadoso, pois impacta negativamente na eficiência da ESF/ Saúde Bucal, na utilização de recursos humanos e nos materiais disponíveis. Em termos clínicos, as faltas geram tratamentos curativos incompletos, com seus efeitos negativos à saúde bucal, comprometendo, também, o atributo da eficácia.

Podemos observar no quadro abaixo o alto número de absenteísmo, dificultando a diminuição das filas, pois os faltosos acabam sendo reagendados ocupando uma vaga que poderia ser ofertada para outra pessoa.

Quadro Número de faltas nas consultas no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.

Especialidades	2º Quadrimestre - 2025				Total	1º RDQ 2025	3ºRDQ 2024
	MAI	JUN	JUL	AGO			
Cirurgia	45	26	46	40	157	152	338
Periodontia	14	28	15	12	69	129	139
Endodontia	45	62	80	94	281	351	414
Prótese	27	49	90	73	239	128	167
DTM	20	20	8	31	79	90	85
PNE	6	13	10	6	35	15	22



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Ortodontia	9	16	25	8	58	34	52
Total	245	253	302	330	1130	899	1050

Fonte: Sistema RP-Smart

Importante salientarmos a necessidade em se buscar estratégias e soluções e o envolvimento das diversas esferas para que sejam diminuídas as faltas em consultas. No caso da radiologia passamos a gerenciar os agendamentos diretamente no CEO.

Filas de espera para atendimento no CEO:

- Endodontia – 2.087 pacientes;
- Cirurgia – 3.784 pacientes;
- Periodontia – 287 pacientes;
- Prótese – 1994 pacientes;
- Pacientes com Necessidades Especiais – 113 pacientes;
- DTM – 842 pacientes;
- Ortodontia --- 569 pacientes.

Nota:

Para o CEO Tipo 03 são necessárias as seguintes produções mínimas para manutenção do recurso do MS:

Periodontia – 150 procedimentos/mês;

Endodontia – 95 procedimentos/mês;



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Cirurgia – 170 procedimentos/mês (Portaria MS 1.464/2011).

Ortodontia e Prótese recebem repasse correspondente ao total produzido.

* No município de Foz do Iguaçu é pactuada a produção de 150 próteses/mês.

EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA

A equipe atua no território criando vínculo com as pessoas em situação de rua, promovendo acesso e levando o SUS para mais perto dessa população. No período avaliado a equipe garantiu **mais de 700 atendimentos** aos pacientes que vivem em situação de rua.

Destacamos que considerando a vulnerabilidade dessa população os atendimentos são muitas vezes multiprofissionais. Dessa maneira, os valores individuais de atendimentos não são por vezes valores aptos a serem usados como forma de comparativos.

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Quadro 01 - Quantitativo de beneficiários e acompanhamentos do Programa Bolsa Família do 1º quadrimestre nas vigências de 2024 e 2025.

VIGÊNCIAS	TOTAL DE BENEFICIÁRIOS	BENEFICIÁRIOS ACOMPANHADOS	PERCENTUAL DE ACOMPANHAMENTO
2024	29.743	15.218	51,16%
2025	40.835	19.484	47,71%

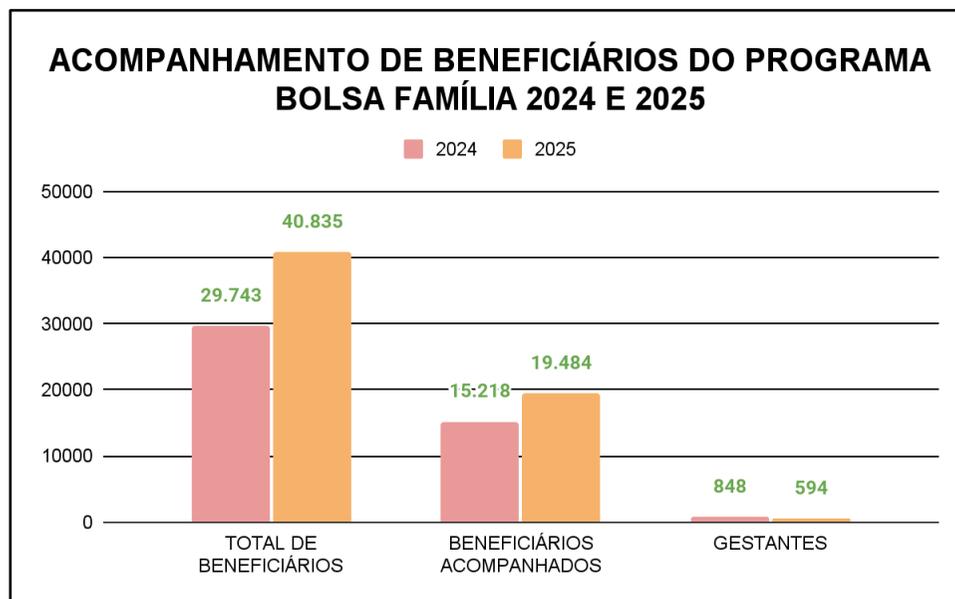
Fonte: e-Gestor Atenção Básica, Bolsa Família. 05 de Maio de 2025.
<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>.

Gráfico 01 - Comparativo Acompanhamento de beneficiários do Programa Bolsa Família no 1º Quadrimestre de 2024 e 2025.



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f





Fonte: e-Gestor Atenção Básica, Bolsa Família. 05 de Maio de 2024.
<https://bfa.saude.gov.br/relatorio/consolidado>.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

1 Ações Realizadas no 1º Quadrimestre de 2025

No primeiro quadrimestre de 2025, a principal ação realizada foi a avaliação das carteirinhas de vacinação dos alunos das escolas pactuadas. Essa ação teve como objetivo atualizar o status vacinal das crianças, garantindo que todas as doses previstas para o calendário vacinal fossem administradas de acordo com as necessidades de cada estudante.

2 Ações Realizadas:

Avaliação das carteirinhas de vacinação: Durante os meses de janeiro, fevereiro, março e abril, foram realizadas ações de levantamento e atualização do status vacinal dos alunos, com ênfase na identificação de vacinas em atraso, orientando as famílias e encaminhando para as unidades de saúde para a regularização da situação vacinal.

Essas ações são essenciais para garantir que o calendário vacinal das crianças e adolescentes seja cumprido, prevenindo surtos de doenças e promovendo um ambiente escolar seguro e saudável.



ATENÇÃO PRIMÁRIA

DENTISTAS 40hs

DENTISTAS 20hs

AUXILIARES

OUTROS

DISTRITO NORDESTE			
Nicole Kopper Regiane Teixeira	Verusa Bordignon Maria Eduarda de Lima Camila de Luca Douglas de Araújo Thais Aline Isadora Picolotto Marina Dal Moro Lin Chi Wen	Mariele Germano * Roseni Freitas Laiza Chaiber Magnólia Oliveira Aline Obadoski Erli Nazari	

* licença maternidade

DISTRITO NORTE			
Geraldo de Almeida	Diego Dotto Jaqueline Ampessam * Luciano Arce Juliana Zilly Alexandre Kraemer Ana Bocassanta (2) Rodrigo Dutra Thais Zarate Michelly Borghetty Andressa Rech (1) Licia Daltro (2) Matheus Tadao Ana Bocassanta (1) Aleksandra Mendes Thiago Raposo Licia Daltro (1)	Juliane da Motta Ezequiel Boita Luciane Jonson Ivete Alves Cristiane Hilzendeger ** Mirian Gibbert Lindivane Pires Francielly Maciel Nadagil Garcia Ana Cláudia Zvir Rosangela Gatti	

* transferindo-se para o CEO

** atendente de consultório dentário



DENTISTAS 40hs

DENTISTAS 20hs

AUXILIARES

OUTROS

DISTRITO LESTE				
Nelson Pascoal Fernanda	Crisala	Marcos Zat Andressa Hildebrand * Juliane Otoni (2) ** Wilson Spelferd Beatriz de Carvalho Ingrid Colombelli (3) Ingrid Colombelli (2) Luis Arce Bruna Paola Marco Matheus (2) *** Suzana Castanho Soraia Mayane (2) Caroline Guedes Khadidjia Mohana **** Evelise Almada Fernanda Lemos ***** Soraia Mayane (1)	Dalva Goretti Taelize Gerahard Leila Puchalski (SESA) Alessandra Deolinda Josete Wandscher Ezequiel Amaral ***** Marcia Rothenbach (1) Gisele Bello Vivian Mouhanna João Ruas Hilda Pequeno Joana Correia Aline Milcharek Fabiana Moraes	TSB Marcia Rothenbach TSB Rosemeire Nishimori *****

* licença maternidade

** substituindo servidora Andressa

*** transferindo-se para UBS Jd. Curitiba

**** licença maternidade

***** licença maternidade

***** em aposentadoria

***** consultório na rua

DENTISTAS 40hs

DENTISTAS 20hs

AUXILIARES

OUTROS

DISTRITO SUL				
Isabel Cristina Antonio Sousa *	Marco	Juliane Otoni (1) Leonardo Teixeira André Morelli (2) Samantha Perner Cláudio Ramser Cleomar Barros Carolyne Capoani Erica Reinoso (2) ** André Morelli (1) Erica Reinoso (1)	Ângela Jovino *** Marcia Gimenez Daiane Brol Eliane Barçala Renivaldo França Bruna Soares Indiana	TSB Patricia Damaceno ****

* equipe de prevenção

** substituindo servidora Cleomar

*** atendente de consultório dentário

**** equipe de prevenção



DENTISTAS 40hs

DENTISTAS 20hs

AUXILIARES

OUTROS

DISTRITO OESTE

Ana Valéria Marcos Pareja Selmar Peliser	Ana Maccarini Silval Torremocha Marcelo Moraes	Meryelen Alves Mary Rose Sandra Pulcinelli Rosangela Bettini	
10	54	42	3

CEO

Danilo Santa Catharina Gláucia Sontag Rogério Ishii	Andressa Rech (2) Chemel Mahmud Osmar Silva Juliane Motter Giovani Bruscagin * Andres de Almeida Gilberto Tiano Andrea Ampessam Fabio Cecagno	Liliane Siepmann Joana Gauto Vânia Bet Fátima Zanin Kelly Morinigo Danichelly Hans Marilice Machado (1) ** Marilice Machado (SESA)	Karla Franke *** Geovana Moura **** Osmar Volda *****
---	--	--	---

* em aposentadoria

** THD

*** protética

**** auxiliar de prótese dentária

***** protética

3	9	8	3
----------	----------	----------	----------

UPA

André Buriasco *		Jéssica Tabata	
-------------------------	--	----------------	--

* tranferindo-se para a SMSA

DEPEN

	Cassiano Ricardo		
--	------------------	--	--



DVSBU

<p>Marco Matheus (1) * Leonardo Okuno Fabio Elpidio (1) **</p>	<p>Fabio Elpidio (2) ***</p>	<p>Adriana Santos **** Adriana Inácio</p>	
---	------------------------------	---	--

* em aposentadoria

** em LTS

*** em LTS

**** em LTS

4	2	3	0
----------	----------	----------	----------

OUTROS

<p>Celso Toshikasu</p>	<p>Elis Muller</p>	<p>Maria Helena Daniellen Roder Durvalino Ferreira</p>	<p>Ielita Santos</p>
------------------------	--------------------	--	----------------------

1	1	3	1
----------	----------	----------	----------

TOTAL GERAL

Dentistas 40h	18
Dentistas 20h	65
ASBs	52
Atendentes	2
TSBs	6
Protéticos	2
APD	1
Residentes	4



SERVIDOR	LOTAÇÃO	TURNO	JORNADA	OBS
Aleksandra Mendes	Cidade Nova	M	20h	
Alexandre Kraemer	AKLP	T	20h	
Ana Bocassanta 1	Vila C Nova	T	20h	
Ana Bocassanta 2	Jd. Jupira	M	20h	
Ana Maccarini	Vila Yolanda	M	20h	
Ana Valéria	Jd. América	M	40h	
André Buriasco	SMSA	M	40h	
André Morelli 1	Profilurb 1	M	20h	
André Morelli 2	Ouro Verde	T	20h	
Andrea Ampessan	CEO	M	20h	
Andres de Almeida	CEO	T	20h	
Andressa Hildebrand	Portal da Foz	T	20h	licença maternidade
Andressa Rech 1	Vila C Velha	M	20h	
Andressa Rech 2	CEO	T	20h	
Beatriz de Carvalho	Morumbi 3	M	20h	
Bruna Paola	Morumbi 2	T	20h	
Camila de Luca	Lagoa Dourada	T	20h	
Caroline Guedes	Jd. São Paulo 2	M	20h	
Carolyne Capoani	Profilurb 2	T	20h	
Cassiano Ricardo	DEPEN	M	20h	
Celso Toshikasu	Div. Manutenção	M	40h	
Chemel Mahmud	CEO	M	20h	
Claudio Ramser	Profilurb 2	M	20h	
Cleomar Barros	Profilurb 2	T	20h	licença e férias
Crisala Fernanda	Jd. São Paulo 1	M	40h	
Danilo Santa Catharina	CEO	M	40h	
Diego Dotto	Curitibano	M	20h	
Douglas de Araújo	Três Lagoas	M	20h	
Elis Muller	VISA	M	20h	
Erica Reinoso 1	Profilurb 1	M	20h	
Erica Reinoso 2	Profilurb 2	T	20h	substituindo temp.
Evelise Almada	São Paulo 1	M	20h	
Fabio Cecagno	CEO	M/T	20h	coordenação
Fabio Elpidio 1	SMSA	T	40h	LTS
Fabio Elpidio 2	SMSA	M	20h	LTS



Fernanda Nascimento	São Roque	M	20h	licença maternidade
Geraldo de Almeida	Cidade Nova	M	40h	
Gilberto Tiano	CEO	M	20h	
Giovani Bruscatin	CEO	M	20h	aposentando
Gláucia Sontag	CEO	T	40h	
Ingrid Colombelli 2	Morumbi 2	M	20h	
Ingrid Colombelli 3	Morumbi 3	T	20h	
Isabel Cristina	Ouro Verde	T	40h	
Isadora Picolotto	São João	T	20h	
Jaqueline Ampessan	CEO	M	20h	
Juliana Motter	CEO	T	20h	
Juliana Zilly	AKLP	M	20h	
Juliane Otoni 1	Carimã	M	20h	
Juliane Otoni 2	Portal da Foz	T	20h	substituindo temp.
Khadidjia Murilo	São Paulo 2	M	20h	licença maternidade
Leonardo Okuno	SMSA	M	40h	DVSBU
Leonardo Teixeira	Ouro Verde	M	20h	
Licia Daltro 1	Cidade Nova	N	20h	
Licia Daltro 2	Vila C Velha	T	20h	
Lin Chi Wen	Lagoa Dourada	M	20h	
Luciano Arce	AKLP	M	20h	
Luis Arce	Morumbi 2	M	20h	
Marcelo Moraes	Maracanã	M	20h	atestado 90 dias
Marco Antonio	Profilurb 1	M	40h	prevenção
Marco Matheus 1	SMSA	M	40h	aposentando
Marco Matheus 2	Curitibano	M	20h	
Marcos Pareja	Jd. América	M	40h	
Marcos Zat	Portal da Foz	M	20h	
Maria Eduarda	Sol de Maio	T	20h	
Marina Dal Moro	Lagoa Dourada	M	20h	
Matheus Tadao	Vila C Nova	M	20h	
Michelly Borghette	Vila C Velha	M	20h	
Nelson Pasqual	São Paulo 2	T	40h	
Nicole Kopper	São João	M	40h	
Osmar da Silva	CEO	M	20h	
Regiane Teixeira	Três Bandeiras	M	40h	
Rodrigo Dutra	Porto Belo	M	20h	



Rogério Ishii	CEO	M	40h
Samantha Perner	Profilurb 2	M	20h
Selmar Peliser	Vila Yolanda	M	40h
Silval Torremocha	Maracanã	M	20h
Soraia Mayane 1	São Roque	M	20h
Soraia Mayane 2	Campos do Iguaçu	T	20h
Suzana Castanho	Campos do Iguaçu	M	20h
Thais Aline	Três Lagoas	T	20h
Thais Zarate	Porto Belo	T	20h
Thiago Raposo	Cidade Nova	N	20h
Verusa Bordignon	Sol de Maio	M	20h
Wilson Sperfeld	Morumbi 3	M	20h

atestado 90 dias



SERVIDOR	LOTAÇÃO	TURNO	JORNADA	OBS
Adriana dos Santos	SMSA	M	40h	LTS
Adriana Inácio	Almoxarifado	M	40h	
Alessandra Deolinda	Morumbi 3	M	40h	
Aline Milcharek	São Paulo 1	M	40h	
Aline Obadoski	Lagoa Dourada	M	40h	
Ana Cláudia Zvir	Cidade Nova	M	40h	
Angela Jovino	Carimã	M	40h	
Bruna Soares	Profilurb 1	M	40h	
Claudete Salomão	UPA João Samek	N	40h	esterilização
Cristiane	Porto Belo	M	40h	
Daiane Brol	Ouro Verde	T	40h	
Dalva Goretti	Portal da Foz	M	40h	
Danichelli Hentz	CEO	T	40h	
Daniellen Roder	SMSA	M	40h	DIUE
Durvalino Ferreira	VISA	M	40h	
Eliane Barçala	Profilurb 2	M	40h	
Erli Nazari	Três Bandeiras	M	40h	
Ezequiel Amaral	Morumbi 2	M	40h	aposentando
Ezequiel Boita	AKLP	M	40h	
Fabiana Moraes	São Roque	M	40h	
Fátima Zanin	CEO	M	40h	
Francielly Maciel	Vila C Velha	T	40h	
Gisele Bello	Campos do Iguaçu	M	40h	
Hilda Pequeno	São Paulo 2	T	40h	
Iélita Santos	HMPGL	*	40h	diretora
Indiana	Profilurb 1	M	40h	
Ivete Alves	Jupira	M	40h	
Jéssica Tabata	UPA João Samek	N	40h	urgência e emergência
Joana Correia	São Paulo 1	M	40h	
Joana Gauto	CEO	M	40h	
João Ruas	São Paulo 2	M	40h	
Josete Wandscher	Morumbi 3	T	40h	
Juliane da Motta	Curitibano	M	40h	
Kelly Morinigo	CEO	M	40h	
Laiza Chaiben	Três Lagoas	T	40h	



Leila	Morumbi 3	M	40h	SESA
Liliane Siepmann	CEO	M	40h	
Lindivane Pires	Vila C Velha	M	40h	
Luciane Jonson	AKLP	T	40h	
Magnólia Oliveira	São João	M	40h	
Marcia Gimenez	Ouro Verde	M	40h	
Marcia Rothenbach 1	Morumbi 2	T	40h	
Marcia Rothenbach 2	São Paulo 2	M	40h	THD
Maria Helena	SMSA	M	40h	DIES
Mariele Germano	Sol de Maio	M	40h	licença maternidade
Marilice Machado 1	CEO	M	40h	THD
Marilice Machado 2	CEO	T	40h	SESA
Mary Rose	Vila Yolanda	M	40h	
Meryelen Alves	Jd. América	M	40h	
Mirian Gibbert	Porto Belo	T	40h	
Nadagil Garcia	Vila C Nova	M	40h	
Patricia Damaceno	Profilurb 1	M	40h	THD / prevenção
Renivaldo de França	Profilurb 2	T	40h	
Rosângela Bettine	Maracanã	M	40h	
Rosângela Gatti	UBS Cidade Nova	N	40h	
Roselei Domingues	CEO	M	40h	APOSENTADA
Rosemeire Nishimori	Consultório na Rua	M	40h	THD
Roseni Freitas	Três Lagoas	M	40h	
Sandra Pulcinelli	Vila Yolanda	M	40h	
Taielize Gerahard	Portal da Foz	T	40h	
Vânia Bet	CEO	M	40h	
Vivian Mouhanna	Campos do Iguaçu	T	40h	
Giovana Moura	CEO	M	40h	APD
Karla Franke	CEO	M	40h	protético
Osmar Volda	CEO	T	40h	protético



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



Eric Fauth	Portal da Foz	M/T	40h	residente R1
Luiza Duarte	Vila C Nova	M/T	40h	residente R2
Melquizedeque	Três Lagoas	M/T	40h	residente R1
Samuel Gomes	Campos do Iguaçu	T	40h	residente R2
Samuel Gomes	São Roque	M		



b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f



PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

Tipo: **OFÍCIO**

Número: **13.692/2025**

Assunto: **RESPOSTA AO REQUERIMENTO Nº 649/2025**

O documento acima foi proposto para assinatura eletrônica na plataforma **SID** de assinaturas.
Para verificar as assinaturas clique no link:

<https://sistemas.pmf.br/rp/sidpublico/verificar?codigo=b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f>

e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação:
b2cdad7a-c813-4710-8634-85480f12ce9f

Hash do Documento

13A4B538AB35513F5C240A4D8D173C551359FA77AA1C4985F55843D6E457AF89

Anexos

REQ 649-2025.pdf - **c867d766-fec2-4398-92d6-bc58ced7951f**
RESPOSTA REQ 649-2025 - MEMORANDO INTERNO- Nº 76577-2025 - SMSA IV.pdf -
03bd88f2-2196-409d-bddd-cd64b0c116f1
DIRETRIZES DE SAÚDE BUCAL-2022.pdf - **61930fbd-f36a-41ba-8f1a-86f5477ef501**
RDQ 1º QUAD 2024 - ODONTO (1) (1).pdf - **24fcab28-9605-4f7e-8ddd-32247231b21b**
RDQ 2º QUAD 2024 - ODONTO (1) (1).pdf - **be8a6acf-81b7-4626-92c1-16cd264bcc49**
RDQ 3º QUAD 2024 - ODONTO (1) (2).pdf - **d2165bf3-db9d-42f5-9546-0a7955d373e5**
RDQ 1º QUAD 2025 - ODONTO (1) (1).pdf - **81a96635-1d82-402d-bca6-6d351cb0b025**
2º RDQA 2025 - NOVO FORMATO (1) (1).pdf - **8b433509-c36c-4d11-bcc0-da6e80904640**
SERVIDORES DA SAÚDE BUCAL (2) (2).pdf - **b0206750-9d7c-4135-acfc-49af2aa25d84**
TODOS (3) (1).pdf - **4c545a2d-df77-450e-b0d2-2a93b17a044d**

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 31/10/2025 é(são) :

JOAQUIM SILVA E LUNA (Signatário) - CPF: ***86476734** em 30/10/2025 11:26:03 - **OK**

Tipo: Assinatura Digital



A ASSINATURA ELETRÔNICA DESTE DOCUMENTO ESTÁ AMPARADA PELO:

DECRETO Nº 28.900, DE 20 DE JANEIRO DE 2021.

LEI Nº 4536 , DE 4 DE SETEMBRO DE 2017.

Autoriza a utilização do meio eletrônico para a gestão dos processos administrativos e de documentos de arquivo , produzidos nos termos das Leis nºs 3.971, de 17 de abril de 2012 e 4.057, de 19 de dezembro de 2012, no âmbito dos órgãos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Foz do Iguaçu.