CURSO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL - TSB

Módulo III – Livro-Texto

O TSB E O CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

1

Material Didaticopedagógico de Educação Profissional da Escola Técnica do SUS em Sergipe

ETSUS Escola Técnica do SUS
Fundação Hospitalar de Saúde
FUNESA Fundação Estadual de Saúde
Governo de Sergipe Presente e Futuro

Curso Técnico em Saúde Bucal - TSB

O TSB e o Cuidado em Saúde Bucal

Autores
Cyntia Ferreira Ribeiro
Diego Noronha de Góis
Ignez Aurora dos Anjos Hora
Josefa Cilene Fontes Viana

Organizadores
Francis Deon Kich
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira

Editora
Fundação Estadual de Saúde - Funesa
Aracaju-SE
2015

ETSUS Escola Técnica do SUS
Fundação Hospitalar de Saúde
FUNESA Fundação Estadual de Saúde
GOVERNO DE SERGIPE PRESENTE E FUTURO

Copyright 2015 – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, Fundação Estadual de Saúde/Funesa e Escola Técnica do SUS em Sergipe/Etsus/SE

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou para fim comercial.

Impresso no Brasil

EDITORA FUNESA
Elaboração, distribuição e informações:
Av. Mamede Paes Mendonça, nº 629, Centro
CEP: 409010-620, Aracaju – SE
Tel.: (79) 3205-6425
E-mail: editora@funesa.se.gov.br

Catalogação – Biblioteca Pública Epifânio Dória

F981c

Funesa – Fundação Estadual de Saúde

Curso Técnico em Saúde Bucal - TSB. O TSB e o Cuidado em Saúde Bucal – Volume 1 – Módulo III – Livro texto. Cyntia Ferreira Ribeiro, Diego Noronha de Gois, Ignez Aurora dos Anjos Hora, Josefa Cilene Fontes Viana. Organizadores: Francis Deon Kich, Josefa Cilene Fontes Viana, Marcilene Maria de Farias Pereira.Material didaticopedagógico de educação profissional da Escola Técnica do SUS em Sergipe. Aracaju: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe/FUNESA, 2015.

240p.

1. Saúde bucal I. Título II. Autor III. Assunto

ISBN: 978-85-64617-30-8

CDU 616.314

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

Governador
Jackson Barreto de Lima

SECRETARIA DE ESTADO DA Saúde

Secretária
Joélia Silva Santos

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE Saúde/FUNESA

Diretora-Geral
Cláudia Menezes Santos

Diretora Operacional
Andréia Maria Borges Iung

Diretor Administrativo e Financeiro
Carlos André Roriz Silva Cruz

ESCOLA TÉCNICA DO SUS EM SERGIPE – ETSUS/SE

Coordenador
Alessandro Augusto Soledade Reis

Assessora Pedagógica
Rosyanne Vasconcelos Mendes

Responsável Técnica do Curso ASB/TSB
Tereza Mônica Leite Fraga

COORDENAÇÃO DE GESTÃO EDITORIAL

Coordenadora
Josefa Cilene Fontes Viana

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Organizadores
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira
Francis Deon Kich

Autores
Cyntia Ferreira Ribeiro
Diego Noronha de Góis
Ignez Aurora dos Anjos Hora
Josefa Cilene Fontes Viana

Colaboradores
Jackeline dos Santos Pereira
Maria Aldineide de Andrade
Paula Aparecida Barbosa Lima Sousa
Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira

Revisores Editoriais
Daniele de Araújo Travassos
Francis Deon Kich
Josefa Cilene Fontes Viana
Gustavo Ávila Dias

Revisora Pedagógica
Nivalda Menezes Santos

Revisora Ortográfica
Maria Augusta Teles da Paixão

Revisora de Estilo
Caroline Barbosa Lima

Projeto Gráfico
Ícaro Lopes do Rosário Silva

Ilustrador
Mário César Fiscina Júnior

Diagramador
Guilherme Raimundo Nascimento Figueiredo

Revisores Técnicos

Diego Noronha de Gois
Francis Deon Kich
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira
Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira

Elaboradores de Atividades

Cyntia Ferreira Ribeiro
Diego Noronha de Gois
Ignez Aurora dos Anjos Hora
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira

Validadores

Ana Gardênia Alves Santos
Analuiza Coelho Nascimento
Antonia Dalvânia da Silva
Dicléia Vitor Ferreira
Erionalda Ferreira Barros
Fabiana dos Santos
George Washington Nascimento Souza
Giordana Nunes de Santana Santos Gomes
Jamile Santana Oliveira
Karla Santos Celestino
Leila Cristina A. de Oliveira
Leila Maria Bastos Rodrigues
Louise da Silva Barbosa
Luiza Cristina Moreira Lopes
Maria Cleide Santos Lima
Maria do Carmo De Jesus Silva
Mirian Passos Brandão
Murilo César Lima de Oliveira
Railda Sheyna Pedrosa Santos Teles
Rosilene Araújo Santos
Silvia Beatriz Centurion
Zuleide Lima Rosa

APRESENTAÇÃO

Caro aprendiz,

A Secretaria de Estado da Saúde, por intermédio da Fundação Estadual de Saúde (Funesa), apresenta este livro-texto: "O TSB e o Cuidado em Saúde Bucal" pertencente ao Volume I do módulo III do Curso Técnico em Saúde Bucal - TSB, com o objetivo de ofertar-lhe ferramentas no seu processo de aprendizagem, a partir da mediação do conteúdo por um conjunto de atividades individuais e coletivas e conteúdos textuais, que serão desenvolvidos em sala de aula sob a coordenação do docente. Este livro possibilita o conhecimento do conteúdo programático planejado, trazendo atividades, sugestões e casos clínicos que permitem proximidade com seu cotidiano de trabalho e um olhar qualificado sobre a Saúde Bucal.

O componente curricular I "Atenção à Saúde Bucal em Saúde Coletiva" traz um breve histórico sobre o surgimento e legalização da profissão de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) e sua importância na organização do trabalho da Equipe de Saúde Bucal (ESB), além disso, aborda o que é epidemiologia e a necessidade de realização de levantamentos ou exames epidemiológicos para conhecer as comunidades e planejar as ações para contemplá-las em suas maiores necessidades. Mostra como será a abordagem na comunidade das atividades coletivas em Saúde Bucal e a importância de se conhecer a comunidade onde trabalha; para orientá-la por meio de atividades educativas em relação aos cuidados em Saúde Bucal em parceria com membros da própria comunidade. Para auxiliar neste processo, este componente traz ainda, as principais doenças que podem acometer a cavidade bucal para que o TSB possa identificá-las nos usuários e ajudar a ESB na busca ativa e na prevenção das mesmas

O componente curricular II "Atenção à Saúde Bucal da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso" fundamenta-se na apresentação da nova estratégia de atenção por ciclo de vida, numa proposta de reorientação dos modelos assistenciais, de modo a garantir a construção de vínculo entre a equipe e o usuário e a responsabilização mútua. Dessa forma, aproximamo-nos da condição em que o usuário torna-se sujeito ativo no processo de promoção de Saúde e autocuidado. Para atender a essa demanda, serão apresentadas especificidades relacionadas aos bebês, às crianças, aos adolescentes, aos adultos e aos idosos. Assim, ao final do componente, o aprendiz terá desenvolvido habilidades para promover ações para promoção, prevenção e controle de agravos à Saúde em cada um desses ciclos.

No componente curricular III "Cuidados Odontológicos para Pessoas com Deficiência", refletiremos sobre o processo de inclusão das pessoas com deficiência, com vistas às modificações das práticas profissionais para que permitam acolher o usuário com deficiência de modo mais humanizado na busca da atenção integral á Saúde. Nos dados apresentados pelo Censo Demográfico de 2010, foi apontado o número de 45.623.910 milhões de pessoas com necessidades especiais (PNE), o que corresponde a 23,9% da população brasileira. A Região Nordeste apresenta-se no Censo com os maiores percentuais da população, em pelo menos uma das deficiências investigadas (BRASIL, 2010). Tomando como base esse alto percentual de pessoas com deficiência, e

somando-se à necessidade de atenção e compreensão das suas necessidades de Saúde, este componente busca sugerir condutas para auxiliar os técnicos de Saúde Bucal, bem como toda a equipe odontológica, na abordagem, planejamento e tratamento das pessoas com deficiência. No Brasil, a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência é disposta na lei nº. 7853, de 24 de outubro de 1989, regulamentada pelo decreto nº. 3298, de 20 de dezembro de 1999. Isso contribuiu para o fortalecimento das entidades de classe profissionais envolvidas com tal questão (BRASIL, 1999). A busca do conhecimento é o caminho para ampliarmos o horizonte do saber, possibilitando melhor desempenho na aplicação diária das decisões para o exercício profissional. O material a seguir busca instigar reflexões e sugere ações para o dia a dia na prática odontológica aplicada ao grupo de indivíduos com especificidades desafiadoras.

Seja bem-vindo ao curso e um ótimo aproveitamento.

Os autores.

SUMÁRIO GERAL

Componente Curricular I - Atenção à Saúde Bucal em Saúde Coletiva.....13

Componente Curricular II - Atenção à Saúde Bucal da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso.....85

Componente Curricular III - Cuidados Odontológicos para Pessoas com Deficiência.....179

Anexos.....231



I

COMPONENTE CURRICULAR

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM SAÚDE COLETIVA

Cyntia Ferreira Ribeiro



SUMÁRIO

1. CONTEXTO HISTÓRICO DOS PROFISSIONAIS AUXILIARES DE SAÚDE BUCAL.....17

1.1 Administração em Saúde.....19

1.1.1 O Cuidado com o Prontuário.....22

1.1.2 Controle de Estoque.....24

2. PRINCIPAIS DOENÇAS BUCAIS EM SAÚDE COLETIVA.....25

2.1 Fluorose.....26

2.1.1 Conceito.....26

2.1.2 Características.....26

2.1.3 Fatores de Risco.....26

2.1.4 Prevenção.....27

2.1.5 Diagnóstico.....28

2.1.6 Tratamento.....29

2.2 Má Oclusão.....29

2.2.1 Conceito.....29

2.2.2 Características.....30

2.2.3 Fatores de Risco.....31

2.2.4 Prevenção.....32

2.2.5 Diagnóstico.....32

2.2.6 Tratamento.....32

2.3 Fissura Palatina/Lábio Leporino.....33

2.3.1 Conceito.....33

2.3.2 Carcterísticas.....33

2.3.3 Fatores de Risco.....34

2.3.4 Prevenção.....34

2.3.5 Diagnóstico.....34

2.3.6 Tratamento.....34

2.4 Câncer Bucal.....35

2.4.1 Conceito.....35

2.4.2 Características.....35
2.4.3 Fatores de Risco.....36
2.4.4 Prevenção.....37
2.4.5 Diagnóstico.....38
2.4.6 Tratamento.....38
3. ATIVIDADE EXTRAMURO.....39
3.1 Visitas Domiciliares.....40
3.2 Consultas Domiciliares.....40
4. EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE BUCAL.....43
4.1 Noções de Planejamento e Diagnóstico em Saúde Coletiva.....44
4.2 Conhecendo a Epidemiologia.....45
4.2.1 Como é Realizado um Levantamento Epidemiológico.....47
4.3 Índices Epidemiológicos em Saúde Bucal.....52
4.3.1 Cárie Dentária (CPOD).....52
4.3.2 Alterações Gengivais.....54
4.3.3 Condição Periodontal.....55
4.3.4 Fluorose Dentária.....56
4.3.5 Índice de Estética Dental (Dai) ou Oclusão Dentária.....56
4.3.6. Traumatismo Dentário.....59
4.3.7 Lesões Bucais.....59
4.3.8 Edentulismo.....60
5. CUIDADO COLETIVO EM SAÚDE BUCAL.....62
5.1 Educação em Saúde Bucal Coletiva.....63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....79

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM SAÚDE COLETIVA

Neste módulo, abordaremos temáticas mais direcionadas à formação como Técnico em Saúde Bucal (TSB), no contexto da Saúde coletiva. Mas não deixaremos de trazer comentários sobre temas já discutidos em outros componentes do módulo II, porém, agora mais direcionados aos TSBs. Como exemplo, retomaremos às atribuições específicas do TSB e à colaboração na administração dos consultórios.

ATIVIDADE 1



Tipo da atividade: coletiva

Processo de trabalho em Saúde Coletiva

Formem grupos e produzam uma escultura que represente o processo de trabalho do TSB voltado para o coletivo e apresentem ao final.

1. CONTEXTO HISTÓRICO DOS PROFISSIONAIS AUXILIARES DE SAÚDE BUCAL

ATIVIDADE 2



Tipo da atividade: individual e coletiva

Conhecendo a história da profissão de ASB e TSB

Discutam coletivamente e elaborem um texto sobre a questão seguinte:

Como você acha que foi a história das profissões de auxiliares em Saúde Bucal (ASB e TSB)?



Em Odontologia no sentido técnico-operacional, é claro o impacto social e a importância dos técnicos e auxiliares, tão fundamentais para a promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal junto ao sistema público ou privado, em nível individual ou coletivo (BRASIL, 2001).

No começo da profissão, o cirurgião-dentista trabalhava sozinho sem o auxílio de outros profissionais. No início do século XX, iniciou o trabalho em equipe na área odontológica, introduzindo as duas primeiras profissões auxiliares: o atendente de consultório e o protético (MACHADO, 1994).

Os cirurgiões-dentistas sentiram a necessidade de delegação de algumas funções ao pessoal auxiliar após o processo de evolução da Odontologia nos campos científico e tecnológico, como também na sua estruturação como ciência e prática integral. Para os cirurgiões-dentistas se adequarem à realidade social, melhorarem a eficiência clínica, de racionalizarem o trabalho e introduzirem racionalmente novas tecnologias e materiais ele incorpora auxiliares de nível educacional intermediário, qualificados, semiqualificados ou, até mesmo, sem qualquer preparo para o trabalho no consultório odontológico (TOMASSO, 2001).

Este tipo de utilização de profissionais auxiliares de Odontologia sem qualificação foi discutido na 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal que concluiu pela necessidade de "Formação urgente de pessoal auxiliar (ACD e THD) como forma de viabilizar a extensão de cobertura e aumento da produtividade" (BRASIL, 1986).

Já na XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, ficou clara a necessidade de os órgãos do governo incentivarem a formação de ASB e TSB para a composição da equipe de Saúde Bucal para uma prática produtiva, eficaz e eficiente e priorizando a qualidade dos serviços e a ampliação do acesso da população ao atendimento odontológico (BRASIL, 2000 apud KOVALESKI, BOING e FREITAS, 2005).

Na III Conferência Nacional das Profissões Auxiliares em Odontologia, em 2002, estes profissionais concluíram ser urgente a necessidade da regulamentação do exercício de suas profissões (CONPA, 2002). O que veio a se concretizar apenas seis anos depois após muitas discussões com a Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008.

Contudo, ainda hoje, é notória a escassez de profissionais auxiliares e técnicos em Saúde Bucal para compor as equipes de Saúde Bucal no serviço público ou privado, principalmente nas cidades mais distantes da capital.

ATIVIDADE 3

Tipo da atividade: coletiva

Cobertura de Atendimento em Saúde Bucal



Após a leitura do texto proposto pelo docente, dividam-se em grupos e discutam sobre os temas que serão distribuídos.

ATIVIDADE 4



Tipo da atividade: individual

Conhecendo os Profissionais que Auxiliam a Saúde Bucal do nosso Estado

Crie um desenho, uma paródia ou uma poesia que reflita a sua trajetória profissional até se tornar um ASB, relacionando com o contexto histórico apresentado anteriormente. Apresente em seguida.

1.1 Administração em Saúde

Como foi visto no contexto histórico acima, os profissionais auxiliares surgiram com o intuito de aumentar a produtividade no consultório odontológico. Para retomar o que foi abordado no Módulo II, faça uma reflexão a respeito da administração e do gerenciamento.

ATIVIDADE 5



Tipo da atividade: coletiva

Administração em Saúde I

1º momento:
Formem grupos e discutam as questões seguintes:

1. Para você o que é Administração? Conceitue e exemplifique.
2. O que vocês entendem por gerenciamento?

2º momento
Apresentem os pontos mais abordados na discussão para a construção de um conceito único de administração e gerenciamento.

ATIVIDADE COMPLEMENTAR: coletiva

Administração em Saúde II

Reflitam e discutam sobre as questões seguintes:

1. Quais atribuições do ASB/TSB estão relacionadas à administração e aogerenciamento?
2. Como o ASB/TSB participa do processo de administração e gerenciamento em Odontologia?



Segundo Santos e Coimbra (2004), administração é a coordenação de elementos materiais e pessoais que visam à obtenção de uma produção eficiente, e está intimamente ligada à organização.

Gerenciar pode ser definido como organizar, planejar e executar atividades que facilitem o processo de trabalho. Atividades relativas ao gerente, administrador ou líder. A gerência pode-se dar sobre coisas, pessoas ou ambos. O gerente organiza seu ambiente de trabalho, toma decisões, direciona o trabalho de funcionários ou membros de uma equipe (TANCREDI et al., 1998).

Os profissionais ASB e TSB, no exercício de suas profissões, deverão atender as determinações da Lei 11.889/2008, as Resoluções do CFO, principalmente a Resolução CFO-063/2005-CNPCO – e a Resolução CFO-042/2003 – Código de Ética Odontológica.

De acordo com a Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008 que regulamenta o exercício das profissões de técnico em Saúde Bucal - TSB - e de auxiliar em Saúde Bucal – ASB -, compete a estes profissionais dentre outras atribuições: realizar o acolhimento do usuário nos serviços de Saúde Bucal; preparar o usuário para o atendimento; registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em Saúde Bucal; realizar o acolhimento do usuário nos serviços de Saúde Bucal; realizar em equipe levantamento de necessidades em Saúde Bucal(BRASIL, 2008).

ATIVIDADE 6

Tipo da atividade: individual e coletiva

A Organização do Atendimento Odontológico

Leiam a situação seguinte e discutam

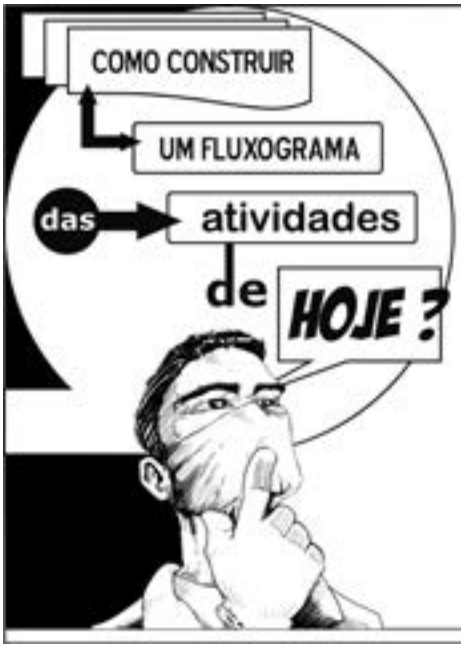
O cirurgião-dentista, Pedro, trabalha na Unidade Básica de Saúde de Jericocó e faz parte da Equipe de Saúde Bucal. Na segunda-feira, quando chegou para o atendimento, encontrou na recepção muitos usuários que o aguardavam. Ao entrar no consultório, percebeu que a TSB, Maria, ainda não havia chegado. Ele solicitou ajuda da recepcionista para explicar aos usuários que logo o atendimento seria iniciado. Quando a TSB chegou, foi organizar a sala e a ordem de atendimento. Pedro iniciou então as consultas e o primeiro usuário necessitava de uma restauração de amálgama. Ao acionar a turbina a mesma não funcionava. A TSB percebeu que havia se esquecido de ligar o compressor.



Faça uma análise e discussão com base nas informações relatadas anteriormente e descreva como deveria ser a conduta da TSB para minimizar os problemas daquele dia.

No consultório odontológico o cirurgião-dentista preocupa-se com a parte clínica do atendimento e cabe ao ASB/TSB a responsabilidade com a organização e administração do consultório. Assim esse profissional deve ser o mais organizado possível para auxiliar o cirurgião-dentista durante o atendimento e em outras atividades da Equipe de Saúde Bucal.

Para facilitar esta tarefa recomenda-se que a TSB tenha um fluxograma da rotina do consultório com tudo o que é realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) e nas atividades extramuros o qual deve ser discutido com toda a equipe para que seja adequado ao desenvolvimento das ações.



1.1.1 O Cuidado com o Prontuário

O Técnico em Saúde Bucal é o responsável em cuidar adequadamente de todos os documentos sob a sua guarda, sejam eles pertencentes ao cirurgião-dentista, ao usuário ou ao próprio consultório. Ele deve ter todos os cuidados necessários para impedir violação dos princípios éticos e identificá-los, sempre que for necessário.

As informações e cópias dos prontuários dos usuários só podem ser levadas a outras unidades ou profissionais de Saúde quando houver autorização do mesmo, com exceção de quando é solicitado pelo dever legal (SANTOS; COIMBRA, 2004).

ATIVIDADE 7

Tipo da atividade: coletiva

Cuidado com o Prontuário



O cirurgião-dentista, Pedro, atendeu na UBS de Jericocó o Seu Marcos e durante o exame clínico percebeu que o mesmo apresentava algumas lesões na cavidade bucal sugestivas de Herpes simples e orientou o mesmo sobre aquela lesão e os cuidados que deveriam ser adotados para seu tratamento e evitar contágio em outras pessoas da família. A TSB presente na consulta ficou perguntando ao dentista sobre aquela doença na frente do usuário, com cara de espanto. Quando o usuário saiu da sala, ela disse que Seu Marcos namorava sua prima Rita e estava com medo de ela também ter Herpes. O dentista Pedro informou que muitas pessoas têm esse vírus, e que só algumas manifestam a doença, mas que não era nada que necessitasse de tanto desespero. A TSB não se convenceu e ao final do atendimento quando foi arquivar os prontuários separou o de Seu Marcos em sua bolsa e foi direto na casa de sua prima Rita para contá-la. Como prova mostrou o prontuário do usuário para Rita que ficou preocupada e terminou o namoro.

Formem grupos, leiam o caso relatado e respondam às questões seguintes.

1. O que você achou do comportamento da TSB?
2. Existe alguma penalidade que possa ser aplicada à TSB? Qual?
3. E ao cirurgião-dentista? Justifique.

O TSB deve obedecer ao Código de Ética Odontológica que regula os direitos e deveres dos cirurgiões-dentistas, pelos profissionais de outras categorias auxiliares, das entidades e das operadoras de planos de Saúde, com inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas, independentemente da função ou cargo que ocupem, bem como pelas pessoas jurídicas (BRASIL, 2006).

O capítulo XVI do código de ética trata das penas e suas aplicações. O art. 40. traz que:

Os preceitos do Código de Ética Odontológico são de observância obrigatória e sua violação sujeitará o infrator e quem, de qualquer modo, com ele concorrer para a infração, ainda que de forma omissa, às seguintes penas previstas no artigo 18 da Lei n.º 4.324, de 14 de abril de 1964" (BRASIL, 2006):

I - advertência confidencial, em aviso reservado;

II - censura confidencial, em aviso reservado;

III - censura pública, em publicação oficial;

IV - suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias;

V - cassação do exercício profissional ad referendum do Conselho Federal.

Art. 41. Salvo nos casos de manifesta gravidade e que exijam aplicação imediata de penalidade mais grave, a imposição das penas obedecerá à gradação do artigo anterior.

Parágrafo único. Avalia-se a gravidade pela extensão do dano e por suas conseqüências.

Art. 42. Considera-se de manifesta gravidade, principalmente:

I - imputar a alguém conduta antiética de que o saiba inocente, dando causa a instauração de processo ético;

II - acobertar ou ensejar o exercício ilegal ou irregular da profissão;

III - exercer, após ter sido alertado, atividade odontológica em entidade ilegal, inidônea ou irregular;

IV - ocupar cargo cujo profissional dele tenha sido afastado por motivo de movimento classista;

V - exercer ato privativo de cirurgião-dentista, sem estar para isso legalmente habilitado;

VI - manter atividade profissional durante a vigência de penalidade suspensiva;

VII - praticar ou ensejar atividade indigna.

Art. 43. A alegação de ignorância ou a má compreensão dos preceitos deste Código não exime de penalidade o infrator.

Art. 44. São circunstâncias que podem atenuar a pena:

I - não ter sido antes condenado por infração ética;

II - ter reparado ou minorado o dano.

Art. 45. Além das penas disciplinares previstas, também poderá ser aplicada pena pecuniária a ser fixada pelo Conselho Regional, arbitrada entre 1(uma) e 25 (vinte e cinco) vezes o valor da anuidade.

Parágrafo único. Em caso de reincidência, a pena de multa será aplicada em dobro.

Fonte: Código de Ética Odontológica, 2006.

1.1.2 Controle de Estoque

> "A eficiência exige que a atividade administrativa seja exercida com presteza, perfeição e rendimento funcional. Consiste na busca de resultados práticos de produtividade, de economicidade, com a conseqüente redução de desperdícios do dinheiro público e rendimentos típicos da iniciativa privada, sendo que, aqui, o lucro é do povo [...]" (MARINELA, 2006, p.43).

Dentre as atribuições do TSB estão o controle da quantidade, qualidade e estoque de materiais utilizados no consultório odontológico.



ATIVIDADE PRÁTICA 1

Tipo da atividade: coletiva

Controlando Estoque de Material

1. Vocês já estudaram sobre o controle de estoque de material no módulo II. Dividam-se em grupos e, com base no estoque do consultório em que vocês atuam, realizem uma solicitação de material mensal, de acordo com sua realidade, levando em conta também as ações coletivas.
2. Expliquem como vocês planejaram esta solicitação.

O controle de materiais, seja odontológico, de limpeza ou de escritório, deve ser feito utilizando uma planilha mensal de consumo, isso irá facilitar o

planejamento da solicitação de materiais ao almoxarifado evitando desperdícios e acúmulo de materiais nos armários. Esta solicitação deve ser realizada de acordo com a demanda de atendimentos do consultório e das atividades extramuros.

É importante que seja realizada uma planilha mensal com os materiais odontológicos, de limpeza e de escritório, para que possa estimar quanto será necessário em um trimestre, semestre e ano.

Em consultório privado, este controle é acompanhado de perto pelo proprietário ou contador através do livro caixa onde são registradas as entradas e saídas de valores. E através do desprezo dos materiais vencidos que certamente terão que ser justificados ao proprietário.

E no setor público quem controla esta aplicação correta dos materiais?

Você sabia que desperdício de materiais adquiridos com recursos públicos é crime?

Os recursos públicos, como o nome já diz, pertencem à sociedade, e em benefício desta devem ser aplicados. Assim esta pode realizar esta aplicação diretamente ou por meio do Ministério Público.

Por isso ao realizar uma solicitação ou planejamento de necessidade de material para um determinado período isso deve ser feito com base no planejamento realizado a partir das planilhas, evitando que os materiais cheguem ao prazo de validade sem uso e tenha que ser descartado.

2. PRINCIPAIS DOENÇAS BUCAIS EM SAÚDE COLETIVA

ATIVIDADE 8



Tipo da atividade: coletiva

As Doenças Bucais Prevalentes I

Formem três grupos e realizem a leitura dos textos que tratam das doenças bucais prevalentes distribuídos pelo docente.
Em seguida discutam e façam uma síntese dos assuntos abordados nos textos para posterior apresentação ao coletivo.

As equipes de Saúde Bucal estão em constantes atividades junto à comunidade, buscando uma maior aproximação com a mesma, levando informações importantes para sua Saúde Bucal e o que torna possível conhecê-la mais a fundo.

Durante a realização das atividades extramuro, visitas/consultas domiciliares e levantamentos epidemiológicos, os profissionais de Saúde Bucal devem estar aptos a identificar as principais doenças que acometem a cavidade

bucal e sistema estomatognático, para que possa aproveitar estes momentos para realizar a busca ativa destes usuários.

Assim, abordaremos a seguir as principais doenças bucais, às quais os usuários são acometidos. No módulo II, patologias como a cárie e doença periodontal já foram muito discutidas. Neste componente daremos mais ênfase àquelas que ainda não foram tão abordadas como: fluorose, má oclusão, fenda palatina/lábio leporino e câncer bucal.

2.1 Fluorose

2.1.1 Conceito

A fluorose dentária é um distúrbio na formação dos elementos dentários, que se apresenta como uma hipoplasia do esmalte e acontece devido à exposição do germe dentário, durante o seu processo de formação, a altas concentrações do íon flúor.

2.1.2 Características

Características clínicas

As características clínicas aparecem como um defeito no esmalte dentário. O aspecto clínico pode ir desde finas linhas brancas e opacas (estrias) no esmalte, em dentes homólogos, regiões amareladas ou castanhas nas superfícies dentárias, podendo ocorrer o rompimento do esmalte hipomineralizado e se tornar pigmentados e porosos nos casos mais graves (DENBESTEN, 1999; FEJERSKOV, 1994).

Características epidemiológicas

De acordo com a literatura científica a respeito da fluorose dentária, é grande a variação da prevalência desta doença, principalmente a depender da localização da área geográfica, variando de 0 a 97,6%.

No SB Brasil 2003, a prevalência de fluorose foi de cerca de 9% em crianças de 12 anos e de 5% em adolescentes de 15 a 19 anos. Para a idade de 12 anos, os maiores índices foram encontrados nas regiões Sudeste e Sul (em torno de 12%) enquanto que os menores nas regiões Centro-Oeste e Nordeste (cerca de 4%) (BRASIL, 2004).

Já no SB Brasil (2010), a prevalência de fluorose dentária em crianças de 12 anos de idade foi de 16,7%, sendo que 10,8% foram representados pelo nível de severidade muito leve e 4,3% pelo nível leve. A fluorose moderada foi identificada em 1,5% das crianças. Neste último levantamento, a maior prevalência de crianças com fluorose foi encontrado no Sudeste (19,1%) e o menor valor, na região Norte (10,4%) (BRASIL, 2011).

2.1.3 Fatores de Risco

O principal fator de risco para a fluorose é a exposição excessiva ao flúor; e a sua severidade e distribuição no esmalte dentário depende da concentração e duração da exposição ao flúor, do estágio de atividade dos ameloblastos e da suscetibilidade individual (Horowitz, 1986).

Contudo outros fatores também são relacionados a esta patologia por alguns estudos científicos, como:

a) Fatores nutricionais: a menor ingestão de alimentos durante o dia, faz com que o flúor seja absorvido diretamente no estomago vazio, favorecendo uma maior absorção (Manji et al., 1986);

b) Aspectos sócioeconômicos: crianças com maior possibilidade de acesso a produtos fluoretados, como os dentifrícios, soluções fluoretadas para bochechos, gel fluoretado para aplicação tópica profissional, água fluoretada, têm maior risco de desenvolver a fluorose;

c) Temperatura da região: crianças que vivem em áreas mais quentes, ingerem mais água fluoretada (Manji et al., 1986);

d) Inalação de gases: indivíduos que estão expostos a gases com alto teor de flúor são mais vulneráveis a desenvolver a fluorose (KOZLOWSKI; PEREIRA, 2003).

e) Altitude: indivíduos que residem em altas altitudes apresentam maior prevalência de fluorose (Manji et al., 1986).

f) Teor de fúor na água de manancial natural: é importante conhecer o teor de Flúor (F) naturalmente encontrado nas águas dos mananciais de uma região, antes de incluir na água de abastecimento. Isso porque, em relação ao teor ideal para prevenir cárie, as águas podem ser hipofluoradas (teores inferiores a 0,55 ppmF), e precisam de complementação, para atingir o teor ótimo de 0,70 ppmF ou podem ser isofluoradas ou hiperfluoradas (teores superiores a 0,84 ppmF), não podem ser complementadas (NARVAI; BIGHETTI, 2008).

2.1.4 Prevenção

A melhor forma de prevenir a fluorose é realizar utilização racional do flúor na prevenção da cárie, principalmente nas áreas com fluoretação da água de abastecimento e/ ou com alto teor de flúor em seus mananciais naturais. Outra atitude que vem sendo tomada é a diminuição da concentração de fluoreto nos dentifrícios para crianças, além disso, o mesmo só deve ser utilizado em crianças que já tenham capacidade de cuspir todo o creme dental para evitar a ingestão deste fluoreto.

Nos municípios que possuem a inclusão do flúor na água de abastecimento, é preciso que sejam adotadas medidas de acompanhamento da sua concentração, para evitar superdoses e consequentemente exposição da população à fluorose.

De acordo com Torriani (1996), o nível de flúor ideal na água de abastecimento depende do consumo de água de cada população. Assim, em regiões com baixas temperaturas (10oC-12,1oC), onde o consumo de água é menor, este teor deve ficar entre 1,1 e 1,2 ppm F, enquanto em regiões onde as temperaturas são mais altas entre 26oC e 32,5oC, e o consumo, provavelmente, é maior, este teor deve ficar entre 0,7 e 0,9 ppmF.

2.1.5 Diagnóstico

Existem várias classificações para fluorose, dentre elas destacaremos a classificação adotada por Feinmam et al., 1987, que subdivide a fluorose em:

a) Fluorose simples: dentes com pigmentação amarronzada, esmalte liso e sem defeitos superficiais.



Fig. 1: Fluorose simples
Fonte: espaçoradicular.blogspot.com

b) Fluorose Opaca: quando os dentes mostram pigmentação acinzentada ou opacidade difusa, são alterações superficiais.



Fig. 2: Fluorose opaca

c) Fluorose combinada com porosidade: alterações na superfície dentária bem características, que podem apresentar formas diferentes.



Fig. 3: Fluorose com porosidade
Fonte: Prof. Jaime Cury (FOP – Unicamp)

2.1.6 Tratamento

O tratamento mais indicado para fluorose vai depender da severidade do caso, podendo variar desde uma microabrasão até a colocação de coroas protéticas.

Os casos mais simples e superficiais podem ser tratados com uma microabrasão realizada com brocas finas ou em associação a técnicas de clareamento. Quando esta pigmentação já atinge camadas mais profundas do esmalte e quando está associada a aumento da porosidade é necessária a realização de facetas, mas se esta porosidade levar à perda significativa de estrutura dentária será necessária a confecção de coroas protéticas.

2.2 Má Oclusão

2.2.1 Conceito

Oclusão dentária é um complexo formado pelos maxilares, pela articulação temporomandibular, pelos músculos depressores e elevadores da mandíbula (MORON et al, 1997). A oclusão normal pode ser considerada como uma relação entre os dentes de maneira harmoniosa, onde todos os dentes superiores se encaixam sobre os dentes inferiores, as pontas de cúspides dos molares se encaixam nos sulcos dos molares opostos. Os dentes devem se encontrar alinhados e com espaçamento proporcional, no qual os dentes superiores protegem a bochecha e lábios de mordidas e os inferiores, a língua.

A má oclusão significa dentes apinhados, dentes desalinhados, mordida inadequada ou mordida cruzada. Constitui-se numa anomalia do desenvolvimento dentário e/ou dos arcos dentários, ocasionando problemas estéticos e funcionais (TOMITA; BIJELA; FRANCO, 2000).

2.2.2 Características

Características Clínicas

A má oclusão pode se apresentar na forma de:

a) Mordida Cruzada posterior que pode ser uni ou bilateral. Na unilateral ocorre desvio postural da mandíbula para um dos lados, o usuário, geralmente, criança passa a mastigar somente de um lado o que provoca um crescimento desigual da mandíbula e maxila. Já a bilateral é proveniente de um estreitamento do maxilar superior.

b) Mordida Cruzada anterior é caracterizada quando os dentes anteriores inferiores não se encaixam com os superiores, podem ser esquelética (quando existe uma diferença de potencial de crescimento entre mandíbula e maxila) ou dentária (quando apenas os dentes estão em posição invertida).

c) Mordida Aberta onde os incisivos superiores não cobrem os inferiores e pode ser anterior ou posterior, esquelética ou dentária. A esquelética ocorre quando há divergência na direção de crescimento da arcada superior e inferior. Na arcada dentária apenas os dentes estão posicionados afastados e não ocorre o engrenamento vertical adequado.

d) Má oclusão Classe I de Angle que ocorre quando a mordida é normal, mas há dentes apinhados ou mal posicionados.

e) Má oclusão Classe II de Angle também denominada retrognatismo ou sobremordida, ocorre quando o maxilar e os dentes superiores se sobrepõem aos inferiores, ou seja, a mandíbula encontra-se mais posterior em relação à maxila.

f) Má oclusão Classe III de Angle também denominada de prognatismo ou submordida que ocorre quando o maxilar inferior se projeta para a frente e os dentes inferiores se estendem sobre os superiores.

g) Overbite ocorre o trespasse vertical dos incisivos superiores em relação aos inferiores com mais de 2mm.

h) Overjet ou sobressaliência ocorre quando há trespasse dos incisivos superiores em relação aos inferiores no plano horizontal superior a 2 mm.

i) Mordida topo a topo: ocorre uma relação posterior bilateral de contato das cúspides vestibulares dos dentes superiores com as cúspides vestibulares dos dentes inferiores.

Características Epidemiológicas

A alta prevalência de Má Oclusão na população levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a considerá-la como o terceiro problema odontológico de Saúde pública em todo o mundo.

De acordo com o último levantamento do SB Brasil 2010, aos 12 anos, 38% apresentam problemas de oclusão, sendo que em 20% dessas crianças, os problemas se expressam na forma mais branda. Mas 11% têm oclusopatia severa e 7% apresentam oclusopatia muito severa.

Quanto aos adolescentes, 35% apresentando algum tipo de problema de oclusão, sendo 10% destes com a forma mais severa. Então, cerca de 230 mil crianças de 12 anos e 1,7 milhões de adolescentes precisam de tratamento ortodôntico (BRASIL, 2010).

2.2.3 Fatores de Risco

> As crianças brasileiras apresentam um dos mais altos índices de extrações dentárias prematuras, sem manutenção do espaço perdido e lesões de cárie extensas não tratadas que são fatores agravantes na determinação de más oclusões (TOMITA; BIJELA; FRANCO, 2000).

a) Fatores extrínsecos - A maioria dos casos de má oclusão é atribuída a condições funcionais adquiridas como:

- Dietas pastosas que levam a alterações na função mastigatória;
- Respiração bucal;
- Hábitos bucais deletérios (sucção do polegar, de chupeta, de lábio, uso de mamadeira, onicofagia- roer unha);
- Cárie dentária;
- Perda prematura dos dentes decíduos;
- Traumatismos pré e pós-natais;
- Deficiência nutricional e má nutrição;
- As alterações no posicionamento lingual.

b) Fatores intrínsecos:

- A hereditariedade (desproporção entre o tamanho dos maxilares superior e inferior ou entre o maxilar e o tamanho dos dentes, adquiridos dos pais);
- Anquilose da mandíbula;
- Defeitos do nascimento (lábio leporino e fenda palatina);
- Gênero;
- Grupo étnico;
- Crescimento e desenvolvimento individual;
- Enfermidades sistêmicas (transtornos endócrinos e síndromes);
- Doenças metabólicas.

2.2.4 Prevenção

Prevenir uma doença é evitar que esta se instale, ou ainda, evitar que a mesma evolua, trazendo consequências ao indivíduo.

O primeiro meio de prevenção das más oclusões e a principal delas é a amamentação no peito, pois é através desta amamentação materna que se instala a respiração nasal e a deglutição correta, bem como o desenvolvimento ósseo da mandíbula.

Já quando os primeiros dentes decíduos erupcionam é importante que seja introduzido uma alimentação sólida, evitando amassar e triturar os alimentos, dando preferência aos alimentos naturais, fibrosos e secos.

A higiene oral e as visitas constantes ao dentista, mesmo antes da erupção dos primeiros dentes, também são muito importantes, para evitar a presença de cáries e a perda precoce de elementos dentários decíduos.

Os hábitos bucais devem merecer a atenção dos responsáveis e profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista, ASB e/ou TSB) sempre que demorarem a serem deixados, ou seja, manifestem em crianças com idade acima de três anos, porque os efeitos dos hábitos, porventura existentes antes dessa idade, são corrigidos sem intervenção profissional na maioria dos casos.

2.2.5 Diagnóstico

O diagnóstico das más oclusões deve ser feito o mais precoce possível, pelos profissionais de Saúde Bucal, a partir da identificação dos fatores de risco presentes e ações preventivas para eliminação dos mesmos o quanto antes. Estas ações são possíveis de serem realizadas no âmbito ambulatorial e nas atividades extramuro e coletivas.

Durante a primeira consulta programática das crianças, além do exame clínico para detecção de cárie e doença periodontal, deve-se realizar a busca de sinais e sintomas que identifiquem más oclusões instaladas, bem como a presença de fatores de risco à instalação da mesma.

2.2.6 Tratamento

Os benefícios da correção das más oclusões, inclui melhoria da Saúde Bucal, benefícios psicológicos, funcionais e estéticos.

O tratamento preventivo deve ser iniciado já no pré-natal, com orientações às gestantes sobre a importância da amamentação materna no peito, malefícios dos hábitos bucais deletérios (chupar dedo ou língua, uso da chupeta), aconselhamento sobre o período de acrescentar alimentação fibrosa.

O tratamento precoce se faz através das orientações aos responsáveis e às crianças para objetivar a suspensão dos hábitos deletérios até os três anos de idade, pois a interrupção dos hábitos bucais após esta idade tem apresentado um prognóstico mais desfavorável.

O tratamento interceptivo e corretivo já podem ser iniciados, e é melhor que seja, ainda na dentição decídua (cerca dos quatro anos de idade), assim a fase de crescimento é aproveitada e o tecido ósseo é menos denso, e as transformações na oclusão são possíveis, através de aparelhos ortopédicos funcionais. Após esta fase a correção poderá ser feita com o Tratamento Ortodôntico.

Na Atenção Básica, o profissional de Saúde Bucal deverá aconselhar e acompanhar a criança e seus responsáveis sobre a respiração, os hábitos alimentares, a amamentação, a importância da manutenção dos dentes decíduos para a correta erupção dos permanentes, para a oclusão e para o desenvolvimento da face e os efeitos nocivos dos hábitos deletérios.

2.3 Fissura Palatina/Lábio Leporino

2.3.1 Conceito



As fissuras palatinas ou lábios leporinos são malformações de inibição que ocorre quando o desenvolvimento, até então normal, sofre uma paralisação resultando em uma abertura que recebe o nome de fissura. A fissura labial e/ou palatal é uma ruptura que pode ocorrer na região de lábio e/ou palato, ocasionada pela falta de coalescência do processo frontonasal mediano e os processos maxilares (VASCONCELOS et al., 2002).

2.3.2 Carcterísticas

Características Clínicas

A característica clínica da fenda palatina pode variar "de uma úvula bífida, até completa fissura de palato mole, por meio de fissura completa ou incompleta, tanto do palato duro quanto do mole" (MELDAU, 2011).

As fendas podem ser distribuídas em dois grupos: fenda labial com ou sem fenda palatina e fenda palatina isolada.

As fissuras podem ser classificadas em três tipos (Fernádez e Silva Filho, 1996):

a) Fissuras pré-forame incisivo: acometem total ou parcialmente o palato primário até o forame incisivo, variando desde uma fissura cicatricial no lábio superior, até o rompimento completo do palato primário;

b) Fissura trans-forame incisivo: fendas totais de lábio e de palato duro e mole;

c) Fissura pós-forame incisivo: atingem somente o palato secundário, são fendas que se estendem desde a úvula até o forame incisivo.

Características Epidemiológicas

Segundo Figueira (1997) as fissuras palatinas estão em terceiro lugar entre os defeitos congênitos.

As fissuras labiopalatais apresentam menor prevalência na região norte e nordeste (Loffredo et al., 2001).

Sua ocorrência é de aproximadamente 1 em 700 recém-nascidos em todo o mundo, podendo variar de acordo com a área geográfica e a situação socioeconômica (MURRAY, 2002).

2.3.3 Fatores de Risco

a) Hereditariedade: relacionada a fatores genéticos, muitas vezes acompanhada de síndromes;

b) Fatores nutricionais: deficiência do ácido fólico nas gestantes;

c) Doenças infecciosas: no primeiro trimestre da gestação é necessário redobrar os cuidados objetivando evitar doenças como gripe, rubéola, toxoplasmose e qualquer outra que ocasione febre alta na gestante;

d) Estresse na gestação: o estresse leva a gestante a liberar em excesso, hormônios da supra-renal, que é considerado teratogênico;

e) Radiação: gestantes devem evitar exposição à radiação, pois pode provocar a destruição das células da placa neural;

f) Idade dos pais: pais com idade avançada têm maior risco de gerar bebes com fissuras/fendas;

g) Epilepsia na mãe: devido ao uso de drogas anticonvulsivantes que diminuem o nível de ácido fólico;

h) Ingestão de anti-inflamatório: este medicamento deve ser evitado no primeiro trimestre da gestação.

2.3.4 Prevenção

Como visto acima, são muitos os fatores de risco para esta patologia aos quais as gestantes estão expostas no seu cotidiano, assim a prevenção deve ser feita evitando-se a exposição a estes fatores.

2.3.5 Diagnóstico

O diagnóstico é feito durante os exames pré-natais como a ultrassonografia, que se realizados aos dois meses (14ª semana) de gestação já podem detectar a presença ou não da fissura no bebê.

2.3.6 Tratamento

O tratamento da fissura palatina deve ser iniciado logo após o nascimento do bebê e deve envolver uma equipe multidisciplinar, e os profissionais de Saúde Bucal tem um papel fundamental na promoção da Saúde Bucal destes usuários.

O tratamento a ser realizado vai depender da extensão da fenda e dos danos causados, tanto do ponto de vista funcional, estético como psicológico. Para resolução da fenda/fissura é necessário uma intervenção cirúrgica e outros procedimentos podem ser necessários para a correção dentária, como restaurações, mantenedores de espaço na infância e, às vezes, até uso de próteses na fase adulta.

O acompanhamento fonoaudiológico e psicológico é de suma importância para os pais e para a criança.

2.4 Câncer Bucal

2.4.1 Conceito

Câncer de boca é usado de maneira generalizada para definir as diversas lesões malignas que acometem a cavidade bucal (língua, palato duro e mole, assoalho bucal, gengivas, mucosa) e o lábio. Porém, 95% dos casos de câncer bucal é carcinoma espinocelular (CEC), sendo, atualmente, a língua, o lábio e o assoalho de boca as localizações mais prevalentes.

2.4.2 Características

A principal característica deste tipo de câncer é o aparecimento de feridas na cavidade bucal ou lábio que não cicatrizam em duas semanas.

Características clínicas

Podem aparecer como:

- Ulcerações superficiais indolores, com bordas elevadas e endurecidas;



Fig. 5: Cãncer de lábio
Fonte: dentalibituruna.com.br

- Manchas esbranquiçadas (leucoplasia);



Fig. 6: Leucoplasia
Fonte: portalsaofrancisco.com.br

- Manchas avermelhadas (eritroplasia);



Fig. 7: Eritroplasia
Fonte:orientacoesmedicas.com.br

- Não são sintomáticas no início;
- Pode apresentar alteração na fala, dificuldade de mastigar e engolir;
- O usuário apresenta emagrecimento acentuado (fase mais avançada);
- Presença de linfadenomegalia cervical.

Características Epidemiológicas

A incidência do câncer de boca no Brasil é considerada uma das mais altas no mundo. De acordo com a estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2012 serão diagnosticados 14.170 casos de câncer de boca, no Brasil, sendo 9.990 homens e 4.180 mulheres. Para Sergipe esta estimativa é de 130 novos casos. Esta patologia atinge mais os homens e idade acima 40 anos. O câncer bucal ocorre mais em países em desenvolvimento, na classe social com níveis socioeconômicos mais baixos, em usuários com maiores dificuldades de acesso ao sistema de Saúde (HASANEIN et al., 2005).

2.4.3 Fatores de Risco

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), os fatores de risco para o câncer de boca são:

a) Idade superior a 40 anos;

b) Vício de fumar cachimbos e cigarros;

c) Consumo de álcool;

d) Exposição excessiva ao sol sem proteção;

e) Má higiene bucal;

f) Baixo consumo de frutas e verduras;

g) Uso de próteses dentárias mal-ajustadas.



ATENÇÃO

Não há um consenso na literatura científica de que prótese mal adaptada causa ou não Câncer de Boca. Alguns pesquisadores acreditam que tenha relação e outros consideram que não há comprovação científica desta relação.

Além disso, sabe-se que o risco de adquirir o câncer bucal aumenta quando há associação de dois ou mais fatores de risco.

2.4.4 Prevenção

A principal forma de prevenção do câncer de boca é evitar os fatores de risco citados acima e realizar constantemente o **autoexame de boca**. Os profissionais de Saúde Bucal devem sempre incluir estas orientações aos usuários e não se prender apenas à prevenção da cárie e doenças periodontal para todas as faixas etárias, e para a clientela acima de 40 anos, esta abordagem deve ser obrigatória nas atividades preventivas individuais ou coletivas.

Além disso, é de fundamental importância que no contato com os usuários, quer seja nas visitas/consultas domiciliares, levantamentos epidemiológicos, ou qualquer outra atividade da equipe de Saúde Bucal, haja um olhar mais atento para a identificação destas lesões ainda em fase inicial.



ATENÇÃO

Nem toda lesão na cavidade bucal é câncer! Os usuários que apresentem qualquer alteração devem ser encaminhados ao dentista para que seja feito o diagnóstico correto!

Uma importante ferramenta na prevenção do câncer de boca é tornar o usuário co-responsável por sua Saúde Bucal ensinando-os a realizar o autoexame de boca rotineiramente.

Para o autoexame devemos seguir os seguintes passos:

1. Remova as próteses (caso use);

2. Higienize a boca;

3. Procure um local bem iluminado;

4. Fique de frente para o espelho;

5. Olhe seu lábio superior e inferior por dentro e por fora;

6. Olhe dentro da boca na bochecha dos dois lados e em toda a gengiva;

7. Abra bem a boca e olhe o céu da boca;

8. Levante a língua e olhe embaixo dela;

9. Puxe a língua para cada lado e olhe nas suas bordas;

10. Apalpe suavemente o rosto e pescoço observando se existe alguma alteração;

11. Visite regularmente o dentista.

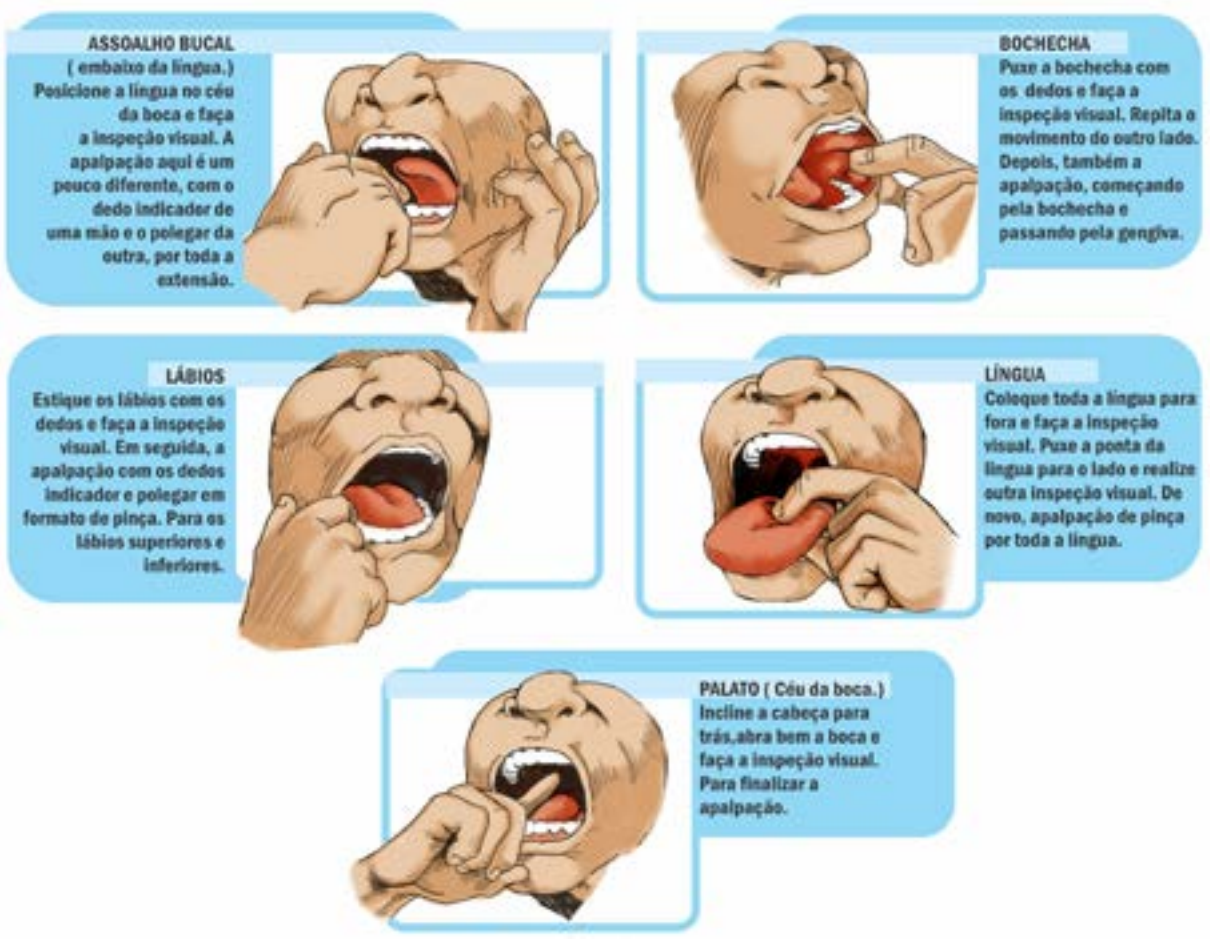


Fig.8: Autoexame de câncer bucal

2.4.5 Diagnóstico

O diagnóstico do câncer bucal deve ser feito o mais precocemente possível. Ele é realizado através do exame clínico e biópsia.

2.4.6 Tratamento

O tratamento do câncer bucal necessita de uma equipe multidisciplinar para a eliminação da doença, e manutenção da qualidade de vida do usuário. Os profissionais envolvidos neste tratamento são: cirurgiões-dentistas (e toda a equipe de Saúde Bucal), médicos (cirurgiões de cabeça e pescoço, cirurgiões plásticos, oncologistas, radioterapeutas), enfermeiros (junto com auxiliares/técnicos), psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeuta.

O tratamento da lesão consiste na cirurgia e/ou radioterapia, que podem ser indicados de forma isolada ou uma associação das duas técnicas. No caso de lesões iniciais, "tanto a cirurgia quanto a radioterapia tem bons resultados e sua indicação vai depender da localização do tumor e das alterações funcionais provocadas pelo tratamento (cura em 80% dos casos)". Quando existe linfonodomegalia metastática (aumento dos 'gânglios'), também é indicado o esvaziamento cervical do lado comprometido (BRASIL, 2008).

Quando é necessária uma cirurgia mais radical do câncer de boca serão necessárias também técnicas de reconstrução.

> As deformidades, porém, ainda são grandes e o prognóstico dos casos, intermediário. A quimioterapia associada à radioterapia só é empregada nos casos mais avançados, quando a cirurgia não é possível (BRASIL, 2008a).

A equipe de Saúde Bucal atua também no tratamento odontológico prévio, à terapêutica oncológica propriamente dita, incluindo a realização da adequação do meio bucal e orientação das técnicas de higienização, remoção de focos infecciosos da cavidade bucal (para prevenir a osteorradionecrose), exodontia, raspagem coronorradicular, tratamento endodôntico, restaurações. Muitas vezes, também, é necessária a atuação da equipe de Saúde Bucal no controle e tratamento das complicações do tratamento oncológico como nos casos de mucosite (inflamação da mucosa) e osteorradionecrose (necrose do osso devido a pouca irrigação sanguínea devido à radioterapia).

ATIVIDADE 9



Tipo da atividade: coletiva

As Doenças Bucais Prevalentes II

Formem quatro grupos para o desenvolvimento de um seminário. Cada grupo deve escolher um dos seguintes temas:

- Fluorose;
- Má-oclusão;
- Fenda palatina/lábio leporino;
- Câncer bucal.

3. ATIVIDADE EXTRAMURO

Os profissionais de Saúde Bucal precisam se apropriar das particularidades da sua comunidade adstrita, conhecendo suas necessidades e anseios para melhor planejar suas ações em equipe.

3.1 Visitas Domiciliares

Uma grande aliada neste diagnóstico inicial são as visitas domiciliares realizadas com a Equipe de Saúde da Família quando possível ou mesmo com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde, que são o nosso cartão de visitas junto à comunidade, pois estão diariamente em contato com elas.



Além disso, as visitas domiciliares são atividades necessárias para ajudar na resolutividade de problemas de alguns usuários, famílias ou até de toda a comunidade, ela é muito importante para a educação e prevenção e possibilita o conhecimento da situação de Saúde das famílias e o acompanhamento dos grupos.

As Equipes de Saúde Bucal devem aproveitar esta ferramenta para aumentar os laços e aproximação com a comunidade para facilitar o processo de sensibilização da mesma no que tange à promoção em Saúde coletiva em Saúde Bucal. Uma vez que as famílias e também a comunidade onde estão inseridos, são entidades influenciadoras no processo Saúde-doença dos usuários. Mas é necessário que os profissionais de Saúde Bucal ao sair dos muros das Unidades de Saúde estejam preparados para entender e respeitar a maneira como as pessoas vivem e/ou sobrevivem, para não correrem o risco de não serem compreendidos e aceitos.

Contudo, deve-se diferenciar a visita domiciliar, onde se busca um olhar de toda a família e do ambiente a sua volta da consulta domiciliar.

3.2 Consultas Domiciliares

Nesta atividade extramuro se procura realizar procedimentos odontológicos no domicílio de usuários que não tem condições de se deslocar até a Unidade Básica de Saúde. Mas é necessário entender que a realização do atendimento domiciliar mostra uma reestruturação e reorganização da realidade da Saúde Bucal para fora das quatro paredes do consultório, e faz com que os profissionais de Saúde Bucal voltem seu olhar para domicílio das famílias e comunidades.

Esta é uma realidade cada vez mais frequente nas ESB, visto que a busca pela resolutividade dos problemas da comunidade perpassa por esta ferramenta tão importante da qual os profissionais de Saúde Bucal podem lançar mão. Contudo, deve estar bem claro para a ESF e comunidade em geral quais são os usuários aptos a receber esta consulta domiciliar, e levar em consideração o princípio da equidade e resolutividade. Assim, embora esta ferramenta não esteja limitada a

um único tipo de usuário, para o bom andamento das atividades das ESBs, pode-se considerar que usuários mais aptos para receberem as consultas domiciliares são:

- Acamados;
- Usuários que tenham dificuldade de acesso à Unidade Básica de Saúde;
- Famílias residentes em área de risco á Saúde;
- Puérperas e recém-nascidos.



A Equipe de Saúde Bucal deve planejar previamente a consulta ou visita domiciliar junto com a ESF e com o auxílio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da microárea daquele usuário ou família, pois ele é quem conhece toda a realidade, horários e hábitos daquela família.

Durante este planejamento, a ESB deve ter bem claro o objetivo da visita e/ou consulta e solicitar que o ACS faça uma visita prévia informando que a família receberá a visita da ESB e verificar quão sensibilizada para este trabalho está a família. Além disso, a ESB deve verificar a pasta família destes usuários bem como tomar conhecimento das anotações em seu prontuário que serão importantes para sua intervenção e quando necessário trocar informações com os outros componentes da ESF para melhor conhecer a história daqueles usuários.

No caso mais específico de consultas domiciliares, a ESB deve ter todos os dados do usuário que será atendido como sua idade, sexo, o que motivou a solicitação da consulta, o que o usuário apresenta no momento para que os

profissionais de Saúde Bucal saibam o que poderá ser realizado e planejar o que será levado para a consulta como: material específico para cada procedimento e medicações apropriadas para o caso.

Após o atendimento domiciliar, a ESB deverá registrar o atendimento no prontuário do usuário, passar as informações pertinentes aos outros membros da ESF e sempre continuar com a vigilância em Saúde daquela família.

De maneira geral, os procedimentos que podem ser realizados no ambiente domiciliar são:

- Consultas de urgência (prescrição de medicamentos);

- .+Tratamento clínico restaurador (quando estiver disponível o Equipo portátil);

- Diagnóstico de lesões bucais;

- Escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor;

- Raspagem supragengival;

- Exodontias em unidades dentárias com mobilidade por doença periodontal e restos radiculares;

- Remoção de sutura;

- Restaurações Atraumática (ART).

Na realização da Visita e da Consulta Domiciliar são as seguintes as atribuições de cada membro da ESB:

Atribuições do Cirurgião-Dentista:

a) Realizar o diagnóstico das doenças às quais o usuário está acometido;

b) Realizar o plano de tratamento;

c) Realizar o tratamento das doenças bucais;

d) Orientar higiene bucal do usuário e sua família;

e) Coordenar as ações da ESB;

f) Realizar a evolução dos prontuários.

Atribuições do ASB e TSB:

a) Separar a pasta família a ser visitada;

b) Separar os materiais e instrumentais necessários para a visita e/ou consulta;

c) Auxiliar o dentista durante a realização dos procedimentos;

d) Registrar os atendimentos nas planilhas de cada serviço;

e) Organizar os prontuários utilizados;

f) Orientar higiene bucal do usuário e sua família.

A Equipe de Saúde Bucal (ESB) tem a oportunidade de conhecer sua comunidade adstrita para entender sua realidade, identificando quais são os seus principais problemas gerais (socioeconômicos, culturais, ambientais e sistêmicos) e de Saúde Bucal (necessidade de tratamento odontológico, encaminhamentos, acesso ao serviço de Saúde, necessidade de informações em Saúde Bucal, disponibilidade das ferramentas para higiene bucal) o que pode ser realizado por meio de diversas ferramentas com finalidade epidemiológica.

Assim a ESB poderá elaborar o planejamento, ou seja, um plano de ação como proposto para auxiliar a sua comunidade a solucionar os problemas e necessidades identificados. Com isso, será possível definir as metas a serem alcançadas, elaborar a melhor forma de trabalhar com aquela comunidade, como organizar sua agenda de trabalho (demanda espontânea e programática, visitas/consultas domiciliares, atividades educativas) e como buscar parceiros para a concretização destas ações.

ATIVIDADE PRÁTICA 2



Tipo da atividade: coletiva

Ações Extramuros

Formem quatro grupos e criem dois casos com relação às ações extramuros: um caso em que a ESB executa uma visita domiciliar e outro em que a equipe faz o trabalho em uma escola. Apresentem o planejamento das ações.

Respondam e discutam sobre a questão seguinte:

Quais os objetivos destas ações?

4. EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE BUCAL

ATIVIDADE 10



Tipo da atividade: coletiva

Conceito de Epidemiologia

Elaborem conceitos sobre epidemiologia a partir das palavras trazidas pelo docente.

ATIVIDADE COMPLEMENTAR 10: individual

Importância do Planejamento

Respondam às questões seguintes:

1- Qual o objetivo da realização de um planejamento?
2- Quais metas as Equipes de Saúde Bucal tem que atingir?
3- Reflitam sobre elas e escrevam em seu caderno o porquê delas serem as escolhidas para maiores acompanhamentos e atenção.
4- Tentem explicar com suas palavras ou dar exemplos sobre o conceito de um levantamento epidemiológico.

4.1 Noções de Planejamento e Diagnóstico em Saúde Coletiva

Para se obter êxito nas ações em Saúde coletiva, é necessário realizar um correto planejamento do que deverá ser feito pelos Gestores e Equipes de Saúde para que as atividades a serem propostas e realizadas nas Unidades Básicas de Saúde e Centro de Especialidades sejam definidas.

De acordo com Manfredini (2003), planejamento é um processo que necessita conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir a que se pretende chegar. Pode-se dizer que é o detalhamento para o processo de mudança. Em Saúde Bucal, deve ser pensado sempre por áreas previamente delimitadas, como as ações dirigidas para a população de uma área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde.

O planejamento é a ferramenta que nos possibilita alcançar um objetivo, mas para isso, devem-se desenvolver ações mediante a análise da situação atual, da avaliação dos recursos disponíveis, sejam humanos, materiais, políticos, econômicos ou cognitivos.

Este planejamento deve ser feito pelos atores envolvidos na realização da ação. Cada vez mais, as organizações se dão conta de que é perfeitamente possível apropriar-se dos conceitos e ferramentas do planejamento, bem como das vantagens decorrentes do envolvimento das pessoas nesse processo. Na Saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, melhorar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da Saúde (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).



Com base no planejamento das ações a serem realizadas na Saúde Bucal, são traçadas metas a serem atingidas visando a alcançar os objetivos planejados a partir do diagnóstico da situação. Vocês devem ouvir muito em seu ambiente de trabalho que existem metas a serem atingidas. Não é mesmo?

4.2 Conhecendo a Epidemiologia

No texto anterior falamos em planejamento, mas você sabe com base em que é feito este planejamento?

ATIVIDADE 11



Tipo da atividade: individual e coletiva

Conhecendo a Comunidade

A Equipe de Saúde Bucal de Jericocó realizou um levantamento epidemiológico na área adstrita, por meio de visitas domiciliares para conhecer as principais necessidades de Saúde Bucal da comunidade. Foi identificado, neste levantamento, um elevado número de pessoas que apresentavam cáries e que não tinham o hábito de trocar, nem de higienizar as escovas adequadamente, além disso, a maioria relatou que não escovavam os dentes diariamente.

Respondam, individualmente, as questões seguintes e discutam, coletivamente, sobre os principais pontos abordados.

1. Diante dessa realidade, o que fazer?
2. Qual a importância da sua Equipe de Saúde Bucal realizar levantamentos epidemiológicos? Justifique.
3. Falem sobre as características predominantes da área e da comunidade em que você atua.
4. Relatem a sua percepção sobre os problemas vivenciados em sua área.

As equipes de Saúde Bucal devem estar aptas a identificar a realidade epidemiológica e sócio-demográfica da sua comunidade, reconhecer os problemas de Saúde mais prevalentes e identificar os riscos a que estão expostos, para planejar como os problemas serão enfrentados visando a obter êxito no processo Saúde-doença. Além disso, este diagnóstico é também importante para estabelecer como será contemplada a demanda espontânea e/ou programada pela equipe de Saúde Bucal, em suas atividades preventivas e assistenciais. Para se realizar um planejamento ou plano de ação em Saúde coletiva devemos conhecer nossa comunidade e ambiente, ter a noção do que eles precisam e quais suas prioridades.

Assim, a prática odontológica pública ou privada exige do profissional de Saúde planejamento, articulação e integração com diferentes áreas do conhecimento, dentre elas a epidemiologia (FRAZÃO, 2003). O TSB, como membro da Equipe de Saúde Bucal, deve estar apto a contribuir na captação destas informações tão importantes para a realização deste planejamento em Saúde Bucal coletiva.

Vocês sabem o que significa Epidemiologia?

EPI (população) e Logos(estudo), assim Epidemiologia significa estudo sobre população.

> Epidemiologia estuda o processo Saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes de doenças, danos à Saúde e eventos associados à Saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, de controle e erradicação, além de fornecer indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e avaliação das ações de Saúde (Rouquayrol,1994 apud Oliveira, 2002).

A Epidemiologia é o principal instrumento para o estabelecimento do diagnóstico de Saúde nas coletividades humanas, sendo, portanto, um componente fundamental do planejamento e avaliação das ações em Saúde Coletiva (RONCALI, 2012).

O primeiro levantamento epidemiológico nacional da Saúde Bucal foi realizado pelo Ministério da Saúde em 1986 na zona urbana de 16 capitais, representando as cinco regiões brasileiras. O público avaliado foi de crianças, adolescentes, adultos e idosos obtendo dados relativos à cárie dentária, doença periodontal e acesso a serviços (BRASIL, 1988 apud BRASIL, 2004).

No ano de 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 1996 apud BRASIL 2004).

Em 1999 o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de realizar novo levantamento o "SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira" iniciando o trabalho de campo, com realização dos exames e entrevistas, em 2003 e outro em 2010.

O SB Brasil 2003 teve como objetivo produzir informações sobre as condições deSaúde Bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde, através da coordenação de um esforço nacional para estudar estas condições e criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em Saúde Bucal (BRASIL, 2003).

No ano de 2010, o Ministério da Saúde desenvolveu o SB Brasil 2010 que teve como objetivo fazer o diagnóstico das condições de Saúde Bucal da população brasileira em 2010; traçar comparativo com a pesquisa SB Brasil 2003; avaliar o impacto do Programa Brasil Sorridente e planejar ações de Saúde Bucal para os próximos anos (BRASIL,2010).

4.2.1 Como é Realizado um Levantamento Epidemiológico

Os levantamentos epidemiológicos servem para definir, implementar e avaliar as ações coletivas, individuais, de prevenção e assistencial. Em Saúde Bucal, servem para fornecer informações sobre a situação e as necessidades de tratamento odontológico de uma população ao longo do tempo.

As pesquisas epidemiológicas são realizadas por uma sequência de etapas, que vai desde o planejamento da pesquisa até a elaboração do relatório final, passando pela coleta e processamento dos dados (RONCALLI, 2012).

Os levantamentos epidemiológicos em Saúde Bucal possibilitam analisar a situação da sua comunidade com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentárias, condições da oclusão (mordida) e ocorrência de dor de dente. Estas informações são úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento na Saúde Bucal.

Por exemplo, no SB Brasil foram avaliados os itens abaixo:

Quadro 1- Principais características metodológicas do Projeto SB Brasil.

Item	Descrição
Idades-índice e grupos etários pesquisados	Baseados na proposta da OMS, com a inclusão de outros grupos relevantes. Ao todo, foram utilizados 6 idades-índice e grupos etários: 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.
Problemas pesquisados e informações obtidas	• Cárie Dentária e respectivas necessidades de tratamento • Doença Periodontal • Fluorose • Oclusopatias • Lesões Bucais • Informações socioeconômicas, de acesso a serviços e de autopercepção em Saúde Bucal
Pré-Estratificação	Macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e porte populacional (Até 5.000 habitantes, de 5 a 10.000, de 10 a 50.000, de 50 a 100.000 e mais de 100.000 habitantes). Ao todo, foram pesquisados 250 municípios, 50 em cada região, sendo 10 de cada porte.
Pontos de coleta de dados	Escolas e pré-escolas (20 por município) para 5 e 12 anos. Para adolescentes, adultos e idosos, os exames foram realizados em domicílios, tendo as quadras urbanas e/ou vilas rurais e os setores censitários como Unidades Amostrais Secundárias. Foram sorteados 10 setores por município acima de 50 mil habitantes.
Tamanho da amostra	Calculado em função da média e do desvio-padrão da cárie dentária, para cada região, com correção para porte populacional. Dados preliminares do Ministério da Saúde mostram um total de aproximadamente 110 mil indivíduos examinados, uma média próxima de 500 por município.
Treinamento e Calibração	Foi adotada a técnica do consenso, com cálculo da concordância percentual e coeficiente Kappa para cada par de examinadores. O treinamento foi realizado para cada equipe local, por instrutores treinados pelos coordenadores regionais. Níveis de concordância para cada agravo pesquisado foram estabelecidos.

Na realização de um levantamento epidemiológico em Saúde Bucal é necessária a participação de alguns profissionais que desempenharão papéis bem definidos neste processo. Em levantamentos feitos ao nível municipal, se faz necessária a presença do coordenador (geralmente o coordenador de Saúde Bucal do município), dos examinadores (os cirurgiões-dentistas), dos anotadores (técnicos em Saúde Bucal) e do digitador.



Havendo mais de um examinador é necessária a **calibração** entre eles para que se obtenha um grau de confiabilidade durante a coleta dos dados nos diferentes indivíduos examinados. Em linhas gerais, pode-se dizer que se deve assegurar uma interpretação, entendimento e aplicação uniformes dos critérios para as doenças e condições a serem observadas e registradas; assegurar que cada examinador possa verificar dentro de um padrão consistente; minimizar variações entre os diferentes examinadores (WHO, 1993).

Calibração é a repetição de exames nas mesmas pessoas pelos mesmos examinadores, ou pelo mesmo examinador em momentos diferentes, para diminuir as discrepâncias de interpretação nos diagnósticos encontrados. (WHO, 1993)

De acordo com Organização Mundial da Saúde (1993), deve-se realizar a calibração dos examinadores num levantamento epidemiológico ou numa pesquisa científica para:

> a) assegurar uniformidade de interpretação, entendimento e aplicação dos critérios das várias doenças e condições a serem observadas e registradas; b) assegurar que cada um dos examinadores possa trabalhar consistentemente com o padrão adotado; c) minimizar variações entre diferentes examinadores (PERES et al, 2001, p. 154).

O levantamento epidemiológico inicia-se com um planejamento de como será feito este diagnóstico. Inicialmente é necessário estipular se será um levantamento local (exemplo de uma área de uma ESF ou ESB), municipal, estadual ou federal. Este levantamento também pode ser feito por categorias (escolares, idosos, trabalhadores). Depois desta definição,passa-se para a seleção na qual o mesmo será realizado e se serão examinados todos os usuários ou parte deles (amostra).

Não sendo possível examinar todos os representantes daquele que se quer conhecer, então será necessário realizar a seleção **randomizada** dos voluntários que serão examinados. Por exemplo, se a coleta será feita em uma área do PSF, serão examinados todos os números pares de cada rua, ou casa sim casa não.

A randomização é um procedimento que consiste em selecionar indivíduos (voluntários) de maneira aleatória (ao acaso) nos grupos a serem examinados ou pesquisados. Para que se possa constituir uma amostra com características muito semelhantes e comparáveis.

São considerados moradores do domicílio e devem ser examinados aqueles que:

- têm o domicílio como local de residência habitual e nele residem na data da visita;

- estão ausentes, e têm o domicílio como local de residência habitual, considerando que o período de afastamento não seja superior a 12 meses;

- são marítimos embarcados ou moradores em barcos atracados no seu local de origem;

- residem no domicílio apenas nos fins de semana ou quinzenalmente, pois devido à sua profissão, nos dias úteis dormem no local de trabalho (zeladores, empregados domésticos, vigias) (BRASIL, 2001).

Para o bom andamento do levantamento epidemiológico, alguns cuidados por parte dos examinadores e anotadores devem ser adotados, visto que estes estarão entrando nos domicílios dos voluntários e devem ser cortês, éticos e educados, assim é necessário:

- Explicar a razão da visita;

- Explicar a importância do levantamento;

- Solicitar a participação no levantamento;

- Solicitar o preenchimento do termo de consentimento;

- Entrevistar, realizar o exame ou agendar a data em que as pessoas estiverem disponíveis para o exame;

- Agradecer (BRASIL, 2001).

Então os examinadores irão realizar os exames nos usuários da comunidade e os anotadores irão registrar em planilhas apropriadas aquilo que será ditado.

Contudo para desempenhar este importante papel de anotador, o TSB deve ser capacitado e atento para as atividades que estão sendo desenvolvidas. Além disso, alguns cuidados devem ser seguidos como a biossegurança, a ética e o compromisso.

Biossegurança - É importante que os examinadores, anotadores e monitores estejam atentos ao seguimento das normas de biossegurança durante a realização de um levantamento epidemiológico.

As principais medidas, na presente investigação, incluem para o Anotador:

• lavar as mãos no início e no final de cada sessão/período de exames, ou quando necessário;

• usar avental. Os gorros são facultativos;

• manipular, com exclusividade, lápis, canetas, fichas, pranchetas;

• não manipular o instrumental para exames (BRASIL, 2001).

Ética - como já abordado no módulo II, esta deve estar presente em todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de Saúde Bucal.

Compromisso - os anotadores devem desempenhar com êxito sua função neste levantamento, as informações colhidas devem ser transferidas para um banco de dados e processadas.

Para isso, é necessário seguir algumas orientações:

- permanecer sentado durante o preenchimento;

- conhecer bem a ficha, identificando cada um dos seus campos;

-procurar memorizar quais códigos são válidos para cada campo, alertando o examinador quando houver algum equívoco;

- fazer os registros conforme o que for ditado pelo examinador;

- não deixar nenhuma casela em branco;

-registrar com clareza os valores, lembrando que o digitador não é dentista nem auxiliar;

-fazer os registros da esquerda (da ficha) para a direita. Cabe lembrar que a esquerda da ficha corresponde ao lado direito da pessoa examinada. Assim, nos hemiarcos superiores, o preenchimento vai da esquerda (da ficha) para a direita, já nos hemiarcos inferiores, vai da direita para a esquerda;

- verificar se o preenchimento da ficha está em conformidade com os espaços dentários examinados (BRASIL, 2001).

ATIVIDADE 12



Tipo da atividade: coletiva

O Papel do TSB como Anotador

Formem grupos, discutam sobre o caso da ficha de levantamento epidemiológico distribuída pelo docente ao seu grupo e apresentem para o coletivo.
Descrevam como seria a participação do TSB durante um levantamento epidemiológico.

ATIVIDADE PRÁTICA 3

Tipo da atividade: coletiva

Uso de um Instrumento de Levantamento Epidemiológico

Formem dois grupos. Preencham duas fichas de levantamentos epidemiológicos de acordo com os casos que serão ditados pelo docente, para simular um trabalho de levantamento epidemiológico, em que o docente fará o papel de examinador e o grupo o papel de anotador.

4.3 Índices Epidemiológicos em Saúde Bucal

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimulou o estabelecimento de padrões de procedimentos de coletas de dados em levantamentos epidemiológicos que podem ser utilizados em todos os países. Com a publicação da edição em português da 3ª edição do "Oral Health Surveys – basic methods", de 1987, passamos a ter um manual que fornece orientações para a realização de levantamentos epidemiológicos e este manual serve de base para a realização de estudos no Brasil e no mundo (OLIVEIRA et al., 1988).

Os indicadores epidemiológicos em Saúde Bucal tentam descrever a situação de algumas doenças na população como cárie, doença periodontal, má oclusão, fluorose, lesões bucais, lábio leporino/fenda palatina e necessidade de prótese dentária.

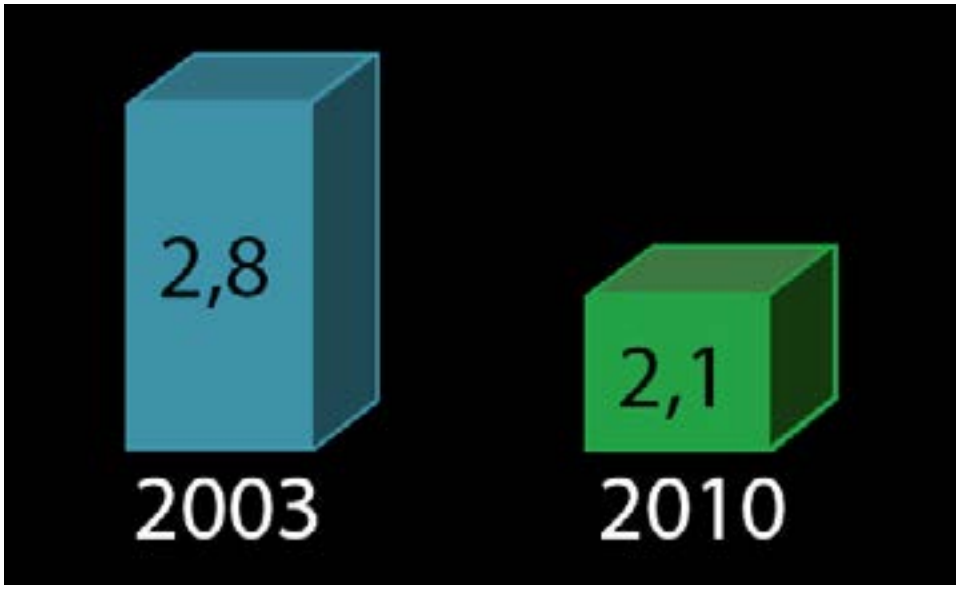
4.3.1 Cárie Dentária (CPOD)

Para a cárie dentária o índice CPO-D –*/ er54r obtido por meio de contagem de dentes cariados, perdidos e obturados –, proposto por Klein e Palmer em 1937, tornou-se um indicador de avaliação das condições de cárie dentária em populações, usado até hoje com algumas modificações (RONCALLI, 1998).

O CPO-D expressa o número de dentes permanentes atacados por cárie, assim no indivíduo examinado ele é resultado da soma do número de dentes permanentes cariados (ainda não tratados) mais o número de dentes obturados e o número de dentes perdidos (extraídos ou com extração indicada). Já em uma população, o índice é o resultado da soma de todos os dentes permanentes atacados por cárie, dividido pelo número de indivíduos examinados.

CPO-D= Σ dentes permanentes C+P+O / nº de indivíduos examinados

Índice CPO aos 12 anos de idade: 2003 - 2010, Brasil.



Para os dentes decíduos é utilizado o índice denominado ceo-d, que é obtido pela soma de dentes decíduos cariados, com extração indicada (não é contabilizado o número de dentes extraídos) e com os obturados.

Os **códigos e critérios adotados em seus levantamentos epidemiólogicos** para cárie dentária, são os escritos a seguir, tanto para dentes permanentes, como para decíduos, sendo que estes estarão entre parênteses (Brasil, 2010).

0(A) – Coroa Hígida: quando não há evidência de cárie.

Raiz Hígida. A raiz está exposta e não há evidência de cárie ou de restauração

(raízes não expostas são codificadas como "8").

1(B) – Coroa Cariada: quando o sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro).

2(C) – Coroa Restaurada, mas Cariada: quando há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas.

3(D) – Coroa Restaurada e Sem Cárie: quando há uma ou mais restaurações definitivas e inexiste cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).

4(E) – Dente Perdido Devido à Cárie: quando um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Para dentes decíduos se aplica apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

5(F) – Dente Perdido por Outra Razão: quando a Ausência do dente se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

6(G) – Selante: quando há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código **1** ou **B** (cárie).

7(H) – Apoio de Ponte ou Coroa: Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como **4** ou **5**, enquanto o código **9** deve ser lançado na casela da raiz.

Implante: Registrar este código (**7**) na casela da raiz.

8(K) – Coroa Não Erupcionada: quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, traumas etc.

T(T) – Trauma (Fratura): quando parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

9(L) – Dente Excluído: aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas).

4.3.2 Alterações Gengivais

Dentre as alterações gengivais o sangramento é considerado um sinal objetivo e facilmente detectável, aceito pela maioria dos profissionais e de facilmente compreendido pela população. Muitos índices de sangramento têm sido sugeridos, sendo que a maioria deles emprega uma variável dicotômica na determinação de ausência ou presença de sangramento (BRASIL, 2001).

Índice de Alterações Gengivais – AG

Este índice é simples, não suscetível à interpretação subjetiva, e requerer um tempo pequeno de exame, é largamente utilizado em levantamentos e triagens de grupos populacionais e indicado para uso em Saúde pública.

Geralmente são examinadas as alterações gengivais em crianças de 5 anos de idade, durante o exame da dentição para cárie dentária e os códigos utilizados são os seguintes (BRASIL, 2001):

- Código 1 – Quando for observado, após o exame, qualquer sinal de sangramento em 3 ou mais coroas, será indicada presença de sangramento.

- Código 0 – Se durante o exame, não for observado sinal de sangramento.

- Código 9 – Sextante não examinado.

4.3.3 Condição Periodontal

Para conhecer a Saúde periodontal de uma população o índice mais utilizado é o **Índice Periodontal Comunitário (IPC)** que é utilizado para se conhecer a condição gengival, sendo estabelecido em função da presença de sangramento à sondagem e presença de cálculo ou de bolsa. É realizado com a utilização da Sonda específica IPC, e a boca é dividida em sextante e são utilizados dentes-indíce para cada sextante:

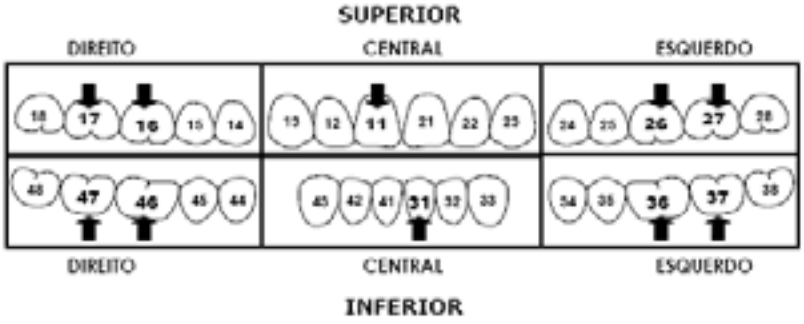
- Até 19 anos: 16,11,26,36, 31 e 46.

- 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Para realizar o exame, pelo menos seis pontos devem ser examinados em cada um dos dez dentes-índice, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal.

Quadro 2 – Divisão de arcadas em sextantes

Fonte: BRASIL, 2010



Códigos e Critérios

O registro das condições deve ser feito de forma separada para sangramento, cálculo e bolsa, do seguinte modo (BRASIL, 2010):

Sangramento Gengival:

0 – Ausência

1 – Presença

X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)

9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Cálculo Dentário:

0 – Ausência

1 – Presença

X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)

9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Bolsa Periodontal:

0 – Ausência;

1 – Presença de Bolsa Rasa. Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5mm e a superior 5,5mm, a bolsa detectada deve estar entre 4e 5mm;

2 – Presença de Bolsa Profunda. Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6mm;

X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante);

9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão).

4.3.4 Fluorose Dentária

Para se determinar a prevalência e o grau de fluorose, o índice mais utilizado é o índice de Dean. Devem ser examinadas crianças acima de 12 anos.

Critérios e valores para a classificação de dentes fluoróticos de acordo com o Índice de Dean.

Quadro 3 – Classificação do índice de fluorose dentária

Classificação	Valor	Critério de diagnóstico
Normal	0	O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.
Questionável	1	O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação "normal" não se justifica.
Muito Leve	2	Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1mm a 2 mm na ponta das cúspides de molares (picos nevados).
Leve	3	A opacidade é mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície.
Moderada	4	Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Pode haver manchas castanhas ou amareladas freqüentemente desfigurantes.
Grave	5	A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.
Sem Informação	9	Quando, por alguma razão (próteses, p. ex.), um indivíduo não puder ser avaliado quanto à fluorose dentária. Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (65 a 74 anos, p.ex.).

Fonte: BRASIL, 2010

4.3.5 Índice de Estética Dental (DAI) ou Oclusão Dentária

A OMS propõe um índice de avaliação de oclusopatias, proposto Cons e colaboradores (1989), chamado de DAI (Dental Aesthetic Index).

O princípio básico deste índice é de uma combinação de medidas que expressam o estado oclusal do indivíduo e, consequentemente, sua necessidade de tratamento (BRASIL, 2010).

As condições da dentição devem ser expressas pelo número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos que causam problemas estéticos, no arco superior e no arco inferior. Dentes perdidos não devem ser considerados quando o seu espaço estiver fechado, o decíduo ainda estiver em posição, ou se prótese(s) estiver(em) instalada(s) (BRASIL, 2010).

Quando todos os dentes no segmento estiverem ausentes e não houver uma prótese presente, assinala-se, na casela correspondente, o código T (significando o Total de dentes perdidos de pré-molar a pré-molar) (BRASIL, 2010).

Espaço

O espaço é avaliado com base no apinhamento no segmento incisal, espaçamento no segmento incisal, presença de diastema incisal, desalinhamento maxilar anterior e desalinhamento mandibular anterior. São os seguintes os códigos e as respectivas condições:

Apinhamento no Segmento Incisal – O segmento é definido de canino a canino.

Considera-se apinhamento quando há dentes com giroversão ou mal posicionados no arco. Não se considera apinhamento quando os 4 incisivos estão adequadamente alinhados e um ou ambos os caninos estão deslocados.

0 – Sem apinhamento

1 – Apinhamento em um segmento

2 – Apinhamento em dois segmentos (BRASIL, 2010).

Espaçamento no Segmento Incisal – São examinados os arcos superior e inferior. Há espaçamento quando a distância intercaninos é suficiente para o adequado posicionamento de todos os incisivos e ainda sobra espaço e/ou um ou mais incisivos têm uma ou mais superfícies proximais sem estabelecimento de contato interdental.

0 – Sem espaçamento

1 – Espaçamento em um segmento

2 – Espaçamento em dois segmentos (BRASIL, 2010).

Diastema Incisal – É definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. Diastemas em outras localizações ou no arco inferior (mesmo envolvendo incisivos) não são considerados. O valor a ser registrado corresponde ao tamanho em mm medido com a sonda OMS. Nos casos de ausência de incisivos centrais, assinalar código "x" (BRASIL, 2010).

Desalinhamento Maxilar Anterior – Podem ser giroversões ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os 4 incisivos superiores são examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida é feita, em mm, com a sonda OMS, cuja ponta é posicionada sobre a superfície vestibular do dente posicionado mais para lingual, num plano paralelo ao plano oclusal e formando um ângulo reto com a linha do arco. Desalinhamento pode ocorrer com ou sem apinhamento (BRASIL, 2010).

Desalinhamento Mandibular Anterior – O conceito de desalinhamento e os procedimentos são semelhantes ao arco superior (BRASIL, 2010).

Oclusão

Na dentição decídua

Sobressaliência

0 – Normal. Existe sobressaliência dos incisivos centrais decíduos superiores não excedendo 2mm.

1 – Aumentada. Existe sobressaliência dos incisivos centrais decíduos superiores excedendo 2mm.

2 – Topo a Topo. Incisivos centrais decíduos superiores e inferiores com as bordas incisais em topo.

3 – Cruzada Anterior. Incisivos centrais decíduos inferiores ocluindo em relação anterior aos incisivos centrais decíduos superiores.

9 – Sem Informação. Quando não for possível realizar o exame ou para o caso de exame em outras faixas etárias (BRASIL, 2010).

Sobremordida

0 – Normal. Superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos com contato nas superfícies palatais dos incisivos centrais superiores decíduos quando em oclusão cêntrica.

1 – Reduzida. Superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos sem contato nas superfícies palatais ou as incisais dos incisivos centrais superiores decíduos quando em oclusão cêntrica.

2 – Aberta. Superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos apresentam-se abaixo do nível das superfícies incisais dos incisivos centrais superiores decíduos quando em oclusão cêntrica.

3 – Profunda. Superfícies incisais dos incisivos centrais inferiores decíduos tocando o palato quando em oclusão cêntrica.

9 – Sem Informação.

Quando não for possível realizar o exame ou para o caso de exame em outras faixas etárias (BRASIL, 2010).

Mordida cruzada posterior

Molares decíduos superiores ocluindo numa relação lingual com os molares decíduos inferiores quando em oclusão cêntrica.

0 – Presença

1 – Ausência

9 – Sem Informação

Quando não for possível realizar o exame ou para o caso de exame em outras faixas etárias (BRASIL, 2010).

4.3.6. Traumatismo Dentário

De acordo com o SB Brasil 2010, o Traumatismo Dentário será avaliado na idade de **12 anos.**

Códigos e critérios para Traumatismo Dentário

0 – Nenhum traumatismo. Nenhum sinal de fratura ou ausência dentária devido a traumatismo.

1 – Fratura de esmalte. Perda de pequena porção da coroa envolvendo apenas esmalte, ou fratura envolvendo esmalte.

2 – Fratura de esmalte e dentina. Perda de porção maior da coroa envolvendo esmalte e dentina (nota-se a diferença de coloração, sendo mais amarelada para a estrutura dentinária) ou fratura envolvendo esmalte e dentina

3 – Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar. Perda de porção maior da coroa envolvendo esmalte, dentina (nota-se a diferença de coloração, sendo mais amarelada para a estrutura dentinária) e exposição da polpa, sangramento ou ponto escuro na porção central da estrutura de dentina exposta ou fratura envolvendo esmalte, dentina e polpa

4 – Ausência do dente devido a Traumatismo. Ausência do dente devido à avulsão ou dente perdido devido a traumatismo.

9 – Exame não realizado. O dente não pode ser examinado devido a uso de aparelho ortodôntico ou outro motivo (BRASIL, 2010).

4.3.7 Lesões Bucais

Na realização dos levantamentos epidemiológicos, busca-se também conhecer as alterações de tecidos moles da população examinada, assim examina-se a cavidade bucal e os seguintes códigos devem ser utilizados:

- 0 = ausência de lesão;

- 1 = Presença de lesão;

- 9 = Sem informação (quando o exame não puder ser realizado).

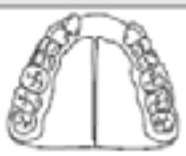
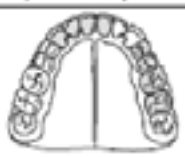
4.3.8 Edentulismo

Prótese Dentária

Nos levantamentos epidemiológicos em Odontologia também são verificadas as informações sobre o uso e à necessidade de próteses dentárias que devem ser realizada da seguinte maneira (BRASIL, 2010):

Para o **Uso de Prótese:**

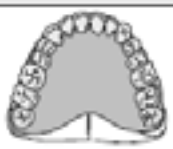
Quadro 4 –Índices para uso de prótese

Uso de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético  Desdentado parcial, mas sem prótese presente  Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior  Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior  Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total
9	Sem informação	

Fonte: BRASIL, 2010

Para **Necessidade de Prótese:**

Quadro 5 – Índices para necessidade de prótese

Necessidade de Prótese				
Código	Critério	Exemplos		
0	Não necessita de prótese dentária	 Todos os dentes presentes	 Espaços protéticos presentes com prótese	 Desdentado total mas com presença de prótese
1	Necessita uma prótese, *fixa ou removível*, para substituição de um elemento	 Espaço protético unitário anterior	 Espaço protético unitário posterior	
2	Necessita uma prótese, *fixa ou removível*, para substituição de mais de um elemento	 Espaço protético anterior de mais de um elemento	 Espaço protético posterior de mais de um elemento	
3	Necessita uma combinação de próteses, *fixas e/ou removíveis*, para substituição de um e/ou mais de um elemento	 Espaços protéticos em vários pontos da boca		
4	Necessita prótese dentária total	 Desdentado total sem estar usando prótese no momento		
9	Sem informação			

Fonte: BRASIL, 2010

ATIVIDADE 13

Tipo da atividade: coletiva



Índices Epidemiológicos em Saúde Bucal

Num levantamento epidemiológico realizado no município de Jericocó o examinador solicitou ao anotador que preenchesse os campos da ficha de um usuário, com os seguintes códigos:

O código 2 para o índice de cárie dentária;

O código 1 para o índice de alterações gengivais;

O código 1 para cálculo dentário e 0 para bolsa periodontal quando analisou as condições periodontais;

O código 3 para o índice de Dean (fluorose);

O código 1 para o Índice de estética dental(DAI) quanto ao apinhamento do segmento incisal;

O código 0 para o índice das lesões bucais;

O código 0 para o índice do uso de próteses;

O código 0 para o índice de necessidade de prótese.

Descrevam as características em relação a Saúde Bucal deste usuário.

5.CUIDADO COLETIVO EM SAÚDE BUCAL

> "... nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova Saúde, de uma Saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, (...) mais alegre, do que todas as Saúdes que houve até agora. (...) Da Grande Saúde – de uma Saúde tal, que não somente se tem, mas que também constantemente se conquista ainda, e se tem de conquistar; porque se abre mão dela outra vez, e se tem de abrir mão!." (Nietzsche)

ATIVIDADE 14

Tipo da atividade: individual e coletiva

Reflexão sobre Saúde



Após a leitura do pensamento de Nietzsche, reflitam sobre a Saúde que temos e a Saúde que queremos. Formem dois grupos, discutam sobre o tema, escrevam em papel kraft os principais pontos da discussão e apresentem, para em seguida elaborar um texto sobre "o que podemos fazer por uma nova Saúde".

Você já ouviu falar que "a Saúde começa pela boca"?

Ouvimos muito este ditado, quando se deseja abordar a importância dos cuidados com a Saúde Bucal.

Algumas pessoas associam Saúde à ausência de doença, achando que a falta de doenças ou de algum problema faz com que o corpo funcione perfeitamente. Levando essa idéia para Saúde Bucal, pode-se pensar que se o indivíduo for constantemente ao dentista e tratar as alterações que possam ocorrer em sua boca ele terá plena Saúde Bucal, certo?

ATIVIDADE 15



Tipo da atividade: individual e coletiva

Concepção sobre Saúde Bucal Coletiva

Responda as questões seguintes:

1. Com base na discussão feita na atividade anterior como você define a Saúde Bucal coletiva?
2. Quem é responsável pela Saúde Bucal do indivíduo?
3. Uma de suas atribuições é orientar a comunidade sobre os cuidados que devem ter com a Saúde Bucal. Vocês percebem que estas orientações dadas aos usuários são seguidas? Qual a importância do seguimento destas orientações?

5.1 Educação em Saúde Bucal Coletiva

Devido à grande importância do tema, retomaremos um pouco o que foi visto no Módulo II, sobre educação em Saúde, agora com um olhar para o coletivo. Não se pode pensar em Cuidados Coletivos em Saúde Bucal e não falar em educação em Saúde.

Para que o indivíduo se torne co-responsável por sua Saúde Bucal, ele precisa ter acesso a informações importantes e ser sensibilizado e orientado para tal.

A educação em Saúde pode ser considerada um instrumento para promover melhor qualidade de vida da população, fazendo com que esta adquira autonomia para realizar seu autocuidado bucal, não ficando apenas na dependência dos cuidados curativos pelos profissionais de Saúde Bucal.

As Ações Educativas são importantes instrumentos de transformação da sociedade que permitem a incorporação de hábitos saudáveis, incorporação de novos valores e desenvolvimento do comportamento correto em relação á Saúde, inclusive a bucal. Elas possibilitam ao usuário se apropriar do

conhecimento sobre o processo Saúde-doença, seus fatores de risco e de proteção à Saúde Bucal, proporcionando a incorporação de hábito saudáveis.



No entanto, estas ações educativas de proteção à Saúde Bucal obterão maiores êxitos se os profissionais de Saúde Bucal e\ou os multiplicadores, durante as abordagens com as comunidades tenham a preocupação com as diferenças sociais e culturais.

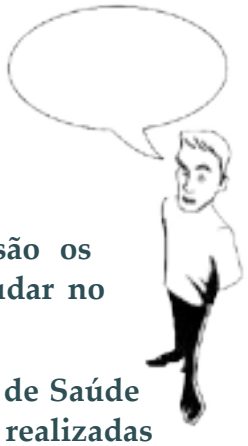
Antes de desenvolver as atividades de promoção e proteção à Saúde e para que estas sejam adequadas a cada realidade encontrada é de fundamental importância que os profissionais de Saúde Bucal tenham um olhar mais detalhado sobre as comunidades através da realização de conversas e discussões com os líderes das comunidades, pessoas tidas como referência pelos moradores, principalmente quando o assunto é Saúde (por exemplo: pessoas mais velhas, experientes e respeitadas, como as vovozinhas queridas, além das benzedeiras/rezadeiras). Os agentes comunitários de Saúde também podem contribuir nas ações dos profissionais de Saúde Bucal, já que estes profissionais conhecem bem a comunidade onde atuam assim como as pessoas mais ativas e conhecidas.

Com este tipo de abordagem, espera-se que os profissionais de Saúde Bucal consigam sensibilizar de forma mais efetiva a comunidade para tornar possível a sua cooperação de modo que sejam responsáveis por sua Saúde Bucal.

Com isso, a linguagem durante estas atividades deve ser adequada para cada público-alvo possibilitando que sejam compreendidos. Assim como os

exemplos utilizados durante as ações, tem que ser observado a realidade de cada grupo, as suas características culturais, sócioeconômica, nutricionais e regionais. Por exemplo, nas comunidades rurais as atividades educativas devem ser abordadas de forma distinta das atividades nas cidades.

ATIVIDADE PRÁTICA 4



Tipo da atividade: individual

Buscando Parceiros na Comunidade

1. Procure identificar na comunidade que você trabalha quem são os líderes comunitários ou as pessoas de referência que poderiam ajudar no conhecimento da realidade local.

2. Identifique e escreva com o auxílio dessas pessoas quais os temas de Saúde Bucal e quais as ações de cuidados coletivos gostariam que fossem realizadas pela Equipe de Saúde Bucal. Procure saber como eles gostariam que estas ações fossem realizadas.

Durante as atividades educativas, é necessário encontrar mecanismos de abordagens para cada grupo que será contemplado. Abaixo apresentamos alguns itens que podem ser utilizados em alguns grupos prioritários do ponto de vista da vulnerabilidade.

Gestante: o melhor momento para aproximação, sensibilização e orientação educacional da futura-mãe seja ela de primeira gestação ou não é antes do nascimento do bebê.

As gestantes devem ser sensibilizadas a respeito da importância do autocuidado com sua Saúde Bucal para a manutenção do seu bemestar e do bem estar do seu bebê, abordando os cuidados que se deve ter com a sua higienização bucal, com a importância da sua dieta e da sua visita ao dentista.

Além disso, ela deve ser orientada sobre a realização da higiene da cavidade bucal do bebê que deve ser realizada desde os primeiros dias de vida, os efeitos dos hábitos deletérios na oclusão da criança e os benefícios da amamentação. Além da explicação da primeira janela de infecção.



Curiosidade

Você sabia? As mães ou responsáveis pela criança devem ser alertados que as bactérias da cavidade bucal do adulto são passadas para as crianças através do beijo na boca, compartilhamento de objetos, como talheres e do ato de soprar a comida do bebê. Isso é que é chamada a primeira janela de infecção.

Devemos abordar também os cuidados para prevenção da cárie de mamadeira, alertando-as sobre os malefícios da mamadeira noturna e da falta de higienização da cavidade bucal do bebê antes de dormir. É importante que esse tipo de conversa seja realizado com as mães e/ou responsáveis pelo cuidado do bebê em vários outros momentos após o parto.

As puérperas devem ser sempre acompanhadas pela equipe de Saúde Bucal e serem orientadas quanto aos cuidados com sua Saúde Bucal e a do bebê.

Observa-se com muita frequência a existência de mitos sobre a impossibilidade de realização de tratamento odontológico nas gestantes, bem como dos problemas Odontológicos que a Gestação traz.

Você já ouviu mulheres dizerem que a sua condição de Saúde Bucal precária é em decorrência de problemas que ocorreram nas suas gestações? "Que os dentes se quebraram na gravidez?"

ATIVIDADE 16

Tipo da atividade: coletiva

Mitos sobre Saúde Bucal na Gestação



Formem grupos, relatem estórias de gestantes em relação à Saúde Bucal que você já ouviu. Discuta com o grupo sobre estes acontecimentos, escolham os mitos ou fatos mais interessantes e façam uma apresentação em forma de narração ou encenação do fato.

Apesar de ouvirmos vários relatos no cotidiano de trabalho com Saúde Bucal, não há registros na literatura científica que comprove a influência das alterações da gravidez na Saúde da cavidade bucal da gestante. Observa-se sim, mudanças nos hábitos alimentares, sialorréia (aumento da salivação), uma maior frequência de náuseas e vômitos que deixam a cavidade bucal com PH mais baixo, o que predispõe à cárie. Outro fator significante é a maior dedicação à gestação e o esquecimento dos cuidados com a Saúde Bucal.

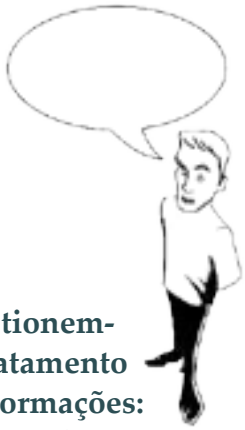
Por isso, é muito importante que você como profissional de Saúde Bucal, possa orientar as gestantes sobre seus cuidados redobrados com a higiene bucal e a importância da visita ao cirurgião-dentista desde o início da gravidez, além da realização de atividades educativas que busquem a sua sensibilização e orientação para que esteja apta a ser co-responsável pela sua Saúde Bucal. Uma sugestão é a formação de grupos de gestantes nas UBS para trocas de

experiências e orientações sobre Saúde Bucal. Deve-se então aproveitar a sala de espera durante o exame pré-natal com a enfermagem ou médico, bem como manter a interação com estes profissionais na orientação e busca ativa destas usuárias.

Além disso, é necessária uma orientação à família da gestante durante as visitas e/ou consultas domiciliares. Nesta fase o que mais aparece são pessoas para relatar fatos que ocorrem durante as gestações, que nem sempre correspondem com a realidade. Por exemplo: que os dentes ficam fracos durante a gravidez, que o bebê tira o cálcio da mãe.

Os mitos nos quais falamos anteriormente, principalmente sobre a impossibilidade de realização de tratamento odontológico pelas gestantes, devem ser bem esclarecidos a ponto de ganhar a confiança da grávida e seus familiares em relação à necessidade de acompanhamento neste período pelo cirurgião-dentista, com possibilidade de tratamento odontológico quando necessário.

ATIVIDADE PRÁTICA 5



Tipo da atividade: individual e coletiva

A Importância do Tratamento Odontológico em Gestantes

1º momento

Realizem uma entrevista com cinco usuárias gestantes da UBS e questionem-nas sobre a percepção da importância do acompanhamento e tratamento odontológico durante a gestação e após o parto, colham as seguintes informações:

a. Você acha que gestante pode fazer tratamento odontológico? Por quê?
b. Você faz acompanhamento com o dentista durante a gravidez?
c. Quais cuidados você deve ter com sua Saúde Bucal e a do seu bebê?

Para isso, construam um questionário, baseado nas questões citadas anteriormente, e apliquem durante a entrevista. Paralelamente à entrevista, orientem as gestantes sobre a importância do tratamento odontológico durante a gestação.

2º momento

Construam uma cartilha com orientações que considerem importantes para as gestantes e que sejam relacionadas à Saúde Bucal.

Apresentem um relatório da atividade e discutam sobre os seus resultados.

ATIVIDADE 17



Tipo da atividade: coletiva

Sensibilização de Crianças

1. Troquem experiências com seus colegas de sala sobre atividades realizadas pelas equipes de trabalho em relação à abordagem da Saúde Bucal para crianças.

2. Elaborem uma abordagem de cuidados coletivos para crianças com base no conhecimento acumulado e na troca de experiências realizadas. Apresentem estas abordagens em forma de dramatização.

Crianças: outro público que apresenta necessidade de cuidados redobrados são as crianças, considerando dados do SB Brasil 2010 onde se constatou que quase 56% da população menor que 12 anos têm cárie. Esta fase da vida é onde ocorre o início de construção de hábitos, que serão desenvolvidos ao longo da vida dos usuários, assim deve ser realizada a base destes hábitos para que sejam os mais saudáveis possíveis.

Para que se consiga uma contemplação da maior quantidade de usuários nesta fase da vida, devemos nos aproximar da instituição que nos possibilita mais fácil acesso a essa população, que é a escola.

A escola é um ambiente propício para o trabalho de promoção da Saúde com os estudantes, pais, professores e funcionários, precisa ser muito explorado pelas Equipes de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal, mas precisamos ter consciência que o trabalho realizado não deve ser encarado como o de "dar Saúde" e sim o de torná-los co-responsáveis por sua Saúde, e para isso, é preciso utilizar como ponto inicial "o que eles sabem" e "o que eles podem fazer", e desenvolver em cada um a capacidade de incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da sua Saúde e por conseguinte, da qualidade de vida. Assim, deve-se basear no que cada um pode fazer para o desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania. Para isso, os profissionais de Saúde e de educação precisam, no desempenho das suas funções, assumir uma postura para a sensibilização e de empoderamento dos estudantes, pais, professores e funcionários das escolas (PORTUGAL, 2006; DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Diante desta realidade e a fim de, aproveitar este grande potencial do ambiente das escolas, foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE) que se propõe à realização de um conjunto de ações de Atenção Básica no âmbito da Saúde individual e coletiva direcionadas para os alunos da rede oficial de ensino dos municípios Brasileiros. São ações previstas na Política Nacional

de Atenção Básica, preconizadas pela Portaria Ministerial nº 648 de 28 de março de 2006, previstas também no Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 (ANEXO A), que institui o Programa Saúde na Escola (PSE) e na Portaria Ministerial nº 3.146 de 17 de dezembro de 2009, que estabelece a transferência de recursos financeiros para os municípios que aderirem ao Programa, como também na Portaria Interministerial n° 1910, de 8 de agosto de 2011, que estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola.

A Portaria GM º 648/2006 que considera a Atenção Básica como porta de entrada preferencial do usuário ao Sistema Único de Saúde - SUS e propõe a execução de ações de promoção, prevenção de doenças e agravos, e recuperação da Saúde para a proteção e vigilância em Saúde. Esta portaria preconiza ainda que a coordenação do cuidado coletivo da comunidade deva ser realizada por uma equipe multiprofissional (médicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares e técnicos de Saúde Bucal e agentes comunitários de Saúde) devendo estabelecer relações de vínculo e responsabilização, necessárias à consolidação da Atenção Básica, com a comunidade adstrita.

Estas diretrizes foram recentemente atualizadas pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Como uma ferramenta para facilitar a concretização destas diretrizes, surge o PSE (Programa Saúde na Escola) como uma Política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, para objetivar uma atenção integral à Saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, seja nas escolas e/ou nas unidades básicas de Saúde. E é considerada uma importante medida para contribuir com a redução dos riscos e agravos, além de auxiliar na melhoria dos indicadores epidemiológicos do município.

De acordo com Brasil (2009), "os principais objetivos deste Programa são:

I – Promover a Saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à Saúde;

II – Articular as ações da rede pública de Saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, para otimizar a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da Saúde,

que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de Saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de Saúde dos estudantes;

"VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e Saúde, nos três níveis de governo".

O PSE considera, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia conjunta para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de Saúde, com a participação da comunidade escolar (BRASIL, 2009).

Segundo Brasil (2009), as ações de Saúde previstas no âmbito do PSE e que devem ser contempladas nas atividades de promoção, prevenção e assistência em Saúde são:

I – Avaliação clínica;

II – Avaliação nutricional;

III – Promoção da alimentação saudável;

IV – Avaliação oftalmológica;

V – Avaliação da Saúde e higiene bucal;

VI – Avaliação auditiva;

VII – Avaliação psicossocial;

VIII – Atualização e controle do calendário vacinal;

IX – Redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X – Prevenção e redução do consumo do álcool;

XI – Prevenção do uso de drogas;

XII – Promoção da Saúde sexual e da Saúde reprodutiva;

XIII – Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV – Educação permanente em Saúde;

XV – Atividade física e Saúde;

XVI – Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar;

XVII – Inclusão de temáticas de educação em Saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Além disso, as equipes de Saúde da Família (ESF) e equipes de Saúde Bucal (ESB) deverão realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de Saúde dos educandos, além de proporcionar o atendimento à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde ao longo

do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de Saúde identificadas durante as visitas às escolas (BRASIL, 2007).

Em relação mais especificamente à Saúde Bucal, os profissionais deverão



durante as visitas às escolas cadastradas no PSE realizar a avaliação da Saúde Bucal, a fim de, identificar as necessidades de Saúde Bucal dos escolares, possibilitando o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

As ações desenvolvidas pelas ESB objetivam orientar e sensibilizar a comunidade escolar da importância da prevenção e da detecção precoce das lesões e do tratamento precoce, impedindo o agravamento das lesões.

No PSE, a equipe de Saúde Bucal é responsável pela avaliação do estado de Saúde Bucal e realização das intervenções necessárias. O tratamento clínico fica a cargo do cirurgião-dentista e do TSB (com a supervisão dos cirurgiões-dentistas), já as ações coletivas de Saúde Bucal devem ser feitas, pelos cirurgiões-dentistas com o auxilio do TSB , ASB e ACS (agente comunitário de Saúde) e cabe ao cirurgião-dentista o planejamento, organização, supervisão e avaliação dessas ações.

Quadro 6 - Ações em Saúde Bucal **e responsáveis dentro da ESF**

O que fazer?	Como fazer?	Equipe
Levantamento das necessidades de Saúde Bucal	Contato com os dirigentes da escola, para agendamento dos exames	Cirurgião-dentista, com apoio do ACS
	Levantamento das condições de Saúde Bucal de acordo com os índices e critérios propostos pela OMS: • Anormalidades dentofaciais (índice de má-oclusão); • Índice de estética dental (análise de dentição, espaço e oclusão); • Fluorese dentária; • Cárie dentária e necessidade de tratamento; • Doença periodontal: índice periodontal comunitário (para escolares acima de 12 anos).	Cirurgião-dentista, com apoio do TSB, do ASB e do ACS.
Tratamento e monitoramento das necessidades de Saúde Bucal identificadas	Agendamento para a realização das intervenções necessárias, de acordo com capacidade clínica instalada na rede de serviços de Saúde Bucal.	TCirurgião dentista com apoio do TSB
	Higiene bucal supervisionada semanal (fio dental + escovação)	TSB com apoio do ASB
	Bochecho fluorado semanal (solução de fluoreto de sódio a 0,2%)	TSB com apoio do ASB
	Evidenciação de biofilme dentário	TSB com apoio do ASB
Inserção de ações de Promoção à Saúde no projeto político pedagógico das escolas	Participação das reuniões de planejamento escolar para pactuar a realização de atividades de Saúde Bucal	Cirurgião dentista e TSB

Incorporação de temas relevantes à Saúde Bucal como parte dos projetos pedagógicos de modo a garantir a realização, durante o ano letivo, de atividades pedagógicas previstas no plano de trabalho da escola, sobre temas referentes à Saúde, envolvendo a comunidade escolar (pais, famílias, professores) Incorporação de temas relevantes à Saúde Bucal como parte dos projetos pedagógicos de modo a garantir a realização, durante o ano letivo, de atividades pedagógicas previstas no plano de trabalho da escola, sobre temas referentes à Saúde, envolvendo a comunidade escolar (pais, famílias, professores)	Elaboração e produção de material didático-pedagógico abordando temas de Saúde, contemplando os seguintes temas de Saúde Bucal: A boca e os dentes: • Noções gerais sobre a anatomia da boca; • Os dentes: funções, partes, diferenças morfológicas, dentição decídua e dentição permanente. Medidas preventivas: • Importância da prevenção para a manutenção da Saúde Bucal; • Técnica de higiene bucal: escovação e uso do fio dental; • Flúor: importância como método preventivo e os riscos de fluorose. Biofilme Dentário, cárie e doença periodontal: • Conceito de biofilme dentário, cárie e doença periodontal; • Evolução das lesões da cárie; • Caracterização da cárie como doença; • Relacionar Saúde geral e Saúde Bucal. Hábitos saudáveis: • Importância da alimentação saudável para a manutenção da Saúde geral e da Saúde Bucal; • Controle da ingestão de alimentos cariogênicos; • Controle de uso de tabaco, álcool e outras drogas.	Médico, enfermeiro e cirurgião-dentista Médico, enfermeiro e cirurgião-dentista
	Capacitação dos professores para trabalhares os temas de Saúde Bucal com os escolares	Cirurgião-dentista com apoio do TSB
	Planejamento e desenvolvimento das atividades de educação em Saúde Bucal, abordando os temas propostos anteriormente, por meio de: debates, oficinas de Saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios	Cirurgião-dentista, TSB, ASB, ACS e professores.
	Capacitação de líderes estudantis para serem multiplicadores dos temas de Saúde Bucal	Cirurgião-dentista com apoio do TSB
Desenvolvimento de política de ambiente saudável nas escolas	Assegurar a oferta de alimentos saudáveis nas cantinas escolares	Médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem e Odontologia, auxiliar de enfermagem e ACS.
	Propor política de restrição ao uso de tabaco, álcool e outras drogas em ambiente escolar	

FONTE: Adaptado de Cadernos de Atenção Básica n. 24, BRASIL (2009)

Segundo Brasil (2009) "são atribuições comuns a **todos os profissionais da Atenção Básica** no PSE:

• Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica, particularmente em relação aos papéis específicos dos vários membros dessa equipe;

• Conhecer as diretrizes técnicas e ações do programa Saúde na escola, estabelecidas pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007;

• Conhecer o Projeto Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE), quando houver;

• Estabelecer em parceria com os profissionais da educação estratégias comum de operacionalização do Programa Saúde na Escola, considerando nesse planejamento as diretrizes e os princípios preconizados pela Política Nacional da Atenção Básica e o Projeto Político Pedagógico das escolas;

• Contribuir no debate para a inserção transversal dos temas da Saúde no currículo escolar;

• Participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas;

• Participar do processo de educação permanente em Saúde;

• Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos e de promoção da Saúde, como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos de escolares mais vulneráveis a determinadas situações priorizadas pela equipe;

• Orientar sobre a necessidade de realização das vacinas, quando indicadas;

• Realizar triagem da acuidade visual de escolares de acordo com a Tabela de Snellen. Os escolares cujas alterações na acuidade visual forem constatadas pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem ser encaminhados para o médico da equipe de Saúde da Família;

• Realizar ações de promoção de Saúde alimentar e trabalhos com grupos no ambiente escolar, dirigidos aos alunos, professores, funcionários e pais dos alunos;

• Desenvolver ações que abordem temas como a obesidade, diabetes, sedentarismo, prática de atividade física, hábitos alimentares e estilos de vida, mudanças de comportamento e cuidados em relação à higiene bucal;

• Contribuir para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis, que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada, a proibição do uso de drogas lícitas ou ilícitas, o estímulo às atividades físicas e esportivas, o acesso à água tratada e potável, medidas que diminuam a poluição ambiental, visual e sonora, que

permitam acesso adequado a escolares deficientes e a segurança dos escolares, entre outros;

• Identificar as famílias de escolares que estejam inseridas no Programa Bolsa-Família, bem como acompanhar suas condicionalidades, de forma articulada com o setor Educação e de Desenvolvimento Social/Assistência Social".

Segundo Brasil (2009) "são atribuições auxiliar de Saúde Bucal/ técnico em Saúde Bucal:

• Realizar ações de apoio conforme preconizado do Caderno do PSE nº 24 e no Caderno nº 17 de Atenção Básica de Saúde Bucal;

• Identificar as necessidades dos escolares em Saúde Bucal, bem como de tratamento e monitoramento das condições que exijam intervenção, sob supervisão do cirurgião-dentista;

• Exercer as atribuições que lhes são conferidas na PNAB (Política Nacional da Atenção Básica, 2011)".

Dentre as ações que são contempladas no PSE estão inseridas a avaliação da Saúde Bucal dos escolares fixados em área de abrangência das equipes Saúde da família; promoção de práticas saudáveis de vida – atividade física e alimentação junto aos escolares e professores; além do desenvolvimento de ações de educação e prevenção das doenças bucais.

A idade escolar é o período adequado para começar este trabalho de sensibilização, pois já possuem noções de causa-efeito o que contribui para o reconhecimento da importância da prevenção. Além disso, os escolares têm condições de aplicar em sua vida prática as noções de Saúde aprendidas através das atividades educativas e agem como agentes multiplicadores de informações em Saúde Bucal dentro da família.

Nestas ações de cuidados coletivos direcionados às crianças as ferramentas a serem utilizadas são a motivação e a educação, fundamentais para a promoção de Saúde Bucal.

Nesta fase é necessária não só a sensibilização quanto à importância da higiene oral, mas também a familiarização com os instrumentos de higienização (escova dental, dentifrício e fio dental), por meio de brincadeiras e atividades lúdicas. Além disso, utilizar de dramatizações que podem ser protagonizadas pelas próprias crianças e professores também é um excelente recurso.

Alguns exemplos que podem ser adotados são a estimulação para escovação em macromodelos, o uso do fio dental para remoção de massa de modelar dos espaços entre os dentes de um pente.

Idosos: como já abordado em momentos anteriores deste curso, sabe-se que este grupo de usuários é muito singular por trazer consigo a herança de um modelo odontológico assistencial de prática curativa e mutiladora, com experiências ruins como a ausência de analgesia antes dos procedimentos, por ouvirem muitos mitos e histórias ruins relacionadas aos cuidados odontológicos.

Diante de todos estes fatos, é importante que os profissionais de Saúde Bucal reforcem seus cuidados, principalmente em como se dirigir a esse grupo, e busquem, inicialmente, identificar como eles gostam de serem chamados, pelo nome nada; de vovó; vovô; tio ou tia, para que esta primeira aproximação seja o mais receptiva possível. È preciso ter o cuidado de não tratá-los como criança.

O profissional de Saúde Bucal precisa entender que eles oferecerão um grau maior de dificuldade de atingir a sua sensibilização para as atividades de cuidado coletivo e educativo-preventivas. Assim devemos conversar e pensar junto com a equipe em atividades conjuntas que possam atrair esse público. È muito importante a colaboração dos agentes comunitários de Saúde que estão diariamente em contato com eles em seus domicílios para fazer esta aproximação com a equipe de Saúde Bucal. Pode-se contar também com a ajuda das comunidades religiosas, e grupos de idosos nos municípios que possuem.

Um dos temas mais bem recebidos por este grupo de usuários é a relação da Saúde Bucal e com a qualidade de vida e orientações quanto ao autocuidado e autoestima. É necessário que nessas atividades se busque, com ajuda de usuários pertencentes ao próprio grupo, um modelo adequado de abordagem no tocante à sensibilização e co-responsabilidade, obedeça ao seu ritmo de compreensão e suas experiências anteriores, com necessidade de mais informações, de reforço ou de repetição.

Neste grupo em especial deve ser abordado e ensinado com maior ênfase a importância do autoexame de boca para busca de lesões e os malefícios que certos hábitos trazem para a sua Saúde como: o uso do tabaco (seja cigarro industrial ou de palha, cachimbo ou mascado), a dieta não saudável, a ingestão de álcool.

ATIVIDADE 18

Tipo da atividade: coletiva



Trabalhando com usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes

Foi identificada na área da TSB Valéria muitos problemas bucais em usuários com diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Verificou-se também que esse público não tinha costume de realizar exames odontológicos de rotina.

Dividam–se em grupos, realizem um planejamento para uma ação visando à melhoria da situação encontrada. O primeiro grupo organizará uma ação na UBS e o segundo grupo ações extramuros. Em seguida escrevam sobre qual a expectativa diante dessas ações.

Apresentem os trabalhos produzidos e discutam coletivamente.

Hipertensos e diabéticos: além das demais abordagens da educação em Saúde Bucal, é importante também sensibilizá-los sobre a inter-relação que há entre Saúde Bucal e Saúde geral, em especial para estas duas patologias. Sabe-se que os episódios de dor de dente são capazes de levar à descompensação da pressão arterial e da diabetes, além do ciclo maléfico entre esta e a doença periodontal.

Faz-se necessário também a inclusão dos demais grupos da comunidade (adultos, gestantes, hipertensos, diabéticos, HIV positivos, portadores de necessidades especiais) nestas atividades educativas, claro que com enfoques, linguagens e recursos didáticos diferentes.

As escolas públicas e particulares, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço: as unidades de Saúde com os grupos de idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, Saúde mental, planejamento familiar e sala de espera; como também nos domicílios; nos grupos de rua; nos Programas de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); nas associações comunitárias; nos grupos de Idosos, de Gestantes, de artesanatos, folclóricos; nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) (MIALHE; LEFÈVRE; CAVALCANTI LEFÈVRE, 2011).

Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista cirurgião-dentista, técnico em Saúde Bucal (TSB), auxiliar de Saúde Bucal (ASB), agente comunitário de Saúde (ACS) especialmente durante as visitas domiciliares, bem como por outros multiplicadores de Saúde Bucal (professores, pastoral da criança, membros de associações e outros usuários) (MIALHE; LEFÈVRE; CAVALCANTI LEFÈVRE, 2011).

São importantes também as palestras de aconselhamento e conversas com troca de experiências com os pais, professores, monitores, cuidadores e Agentes Comunitários de Saúde, que atuam como multiplicadores de Saúde Bucal, e são melhores conhecedores da realidade de cada grupo daquela comunidade.

Durante as atividades educativas os profissionais de Saúde Bucal enquanto cuidadores devem exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado com a Saúde Bucal.

Nestas atividades educativas devem ser abordados temas de importância para toda a comunidade como: cárie dentária; doença periodontal; candidiase; câncer bucal; hábitos deletérios; maloclusão; importância da dieta saudável.

Então para finalizar é importante que antes da execução da Atividade educativa não se esqueça de analisar:

Para quem é essa atividade?

- Qual o perfil?
- O que pretendo como minha atividade?
- Quem não consegue acessar aos serviços durante o expediente porque tem alguma atividade?

• Onde e Como podemos encontrar essas pessoas?

• E o mais importante quais serão os conteúdos e métodos para alcançar meus objetivos?

A Equipe de Saúde Bucal deve sempre após a realização de ações sejam educativas, preventivas ou até mesmo curativas, implementar acompanhamento e avaliação das suas ações para que possa conhecer se as mesmas estão trazendo os resultados esperados, ou outros até então desconhecidos, mas satisfatórios, ou se é necessário uma reorientação de ações e serviços desenvolvidos para tingir os objetivos almejados. Além disso, é preciso medir o impacto das ações implantadas para que as mesmas possam ser consolidadas e /ou reformuladas.

ATIVIDADE PRÁTICA 6

Tipo da atividade: coletiva



Atenção à Saúde Bucal em Saúde Coletiva

Sigam as orientações do docente para a construção de uma estória em quadrinhos. Considerem os seguintes aspectos:

1º - mostrem um problema de Saúde Bucal evidenciado em uma comunidade.

2º - mostrem as etapas do planejamento e a organização das ações.

3º - mostrem as etapas para o desenvolvimento da ação e o tipo de abordagem para este problema.

4º façam a avaliação dessa ação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE JR. HR et al. Hábito Bucal Deletério e Má-oclusão em Pacientes da Clínica Infantil do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza. RBPS, v. 20, n.1, p.40-5, 2007.

ALMEIDA, GCM; FERREIRA, MAF. Saúde Bucal no Contexto do Programa Saúde da Família: Práticas de Prevenção Orientadas ao Indivíduo e ao Coletivo. Caderno e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, 2008.

ANTUNES JLF, PERES MA. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.

BASTOS, JRM; PERES, SHCS; RAMIRES, I. Educação para a Saúde. In: PEREIRA, AC e cols. Odontologia em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 117-139.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Câncer de Boca. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 137p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Presidencial Nº 6.286, Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, de 5 de dezembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório final. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000: Manual do Examinador. Brasília: MS, 2001, 49 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.931/GM, de 4 de dezembro de 2008. Altera a Portaria Nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2006, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: 1a etapa - cárie dental - projeto. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília, 2004, 68p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000: Manual do Anotador. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa nacional de Saúde Bucal. Nota preliminar para imprensa. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília: MS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003, Condições de Saúde Bucal da População brasileira 2002-2003-Resultados Principais. Brasília: MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Resultados Principais do SB BRASIL 2010. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24)

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007.

BRASIL. Programa de Expansão da Educação Profissional – PROEP. Brasília: MEC; 2001. Disponível em: <http:// www.mec.gov.br/semtec/proep/oqproep.shtm>. Acesso em: 11 de janeiro de 2012.

CARVALHO, VLR; MESAS, AE; ANDRADE, SM. Aplicação e Análise de uma

Atividade de Educação em Saúde Bucal para Idosos. Revista Espaço para a Saúde. Londrina, v. 7, n.2, p. 1-7, 2006.

CFO - Conselho Federal de Odontologia (Brasil). Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO- 179/91 e aprova outro em substituição. Diário Oficial da União: Rio de Janeiro, 22 mai. 2003. Seção 1, nº 97, p. 66.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

DENBESTEN, P. K., 1999. Biological Mechanisms of Dental Fluorosis Relevant to the Use of Fluoride Supplements. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 27:41-47.

DENNING, ACC ET AL. Programa de Educação e Prevenção em Saúde Bucal: GAPA- Lar Recanto do Carinho. Revista Eletrônica de Extensão- UFSC. n. 1, p. 1-8, 2004.

E. Perfil de la Oclusion Del Nino em Edad Preescolar. Factores de Beneficio y Riesgo. Acta Odontol Ven 1997; 35 (1):12-5.

FEINMAN et al. Bleaching Teeth. Chicago: Quintessence, 1987.

FEJERSKOV, O., 1994. Fluorose Dentária – Um Manual para Profissionais da Saúde. São Paulo: Editora Santos.

FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, J.; SILVA FILHO, O.G. Fissuras Labiopalatinas: Definición Anatômica. Profession Dental, Madris, n.5, p.24-28, Nov, 1996

FIGUEIRA, E. Os Vários Aspectos que Envolvem as Fissuras Lobiopalatinas e a Vida de seus Portadores. Temas Desenvolvimento, São Paulo, v. 6, n. 34, p. 44-50, 1997.

HASSANEIN, K.A.; MUSGROVE, B.T.; BRADBURY, E. Psychological Outcome of Patients Following Treatment of Oral Cancer and its Relation with Functional Status and Coping Mechanisms. J Cranio-Maxillofacial Surg., v.33, n.6, p.404-9, 2005.

HOROWITZ, H. S., 1986. Index of Measuring Dental Fluorosis. Journal of Public Health Dentistry,46:179-183.

KOVALESKI, D.F.; BOING, A. F.; de FREITAS, S. F. T. Recursos Humanos Auxiliares em Saúde Bucal: Retomando a Temática. Revista de Odontologia da UNESP. 2005; 34(4): 161-65, 2005.

KOZLOWSKI, F.C.; PEREIRA, A.C. Aspectos Epidemiológicos da Fluorose Dentária. In: PEREIRA, A.C.Odontologia em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Artmed, Cap 19, p.326-39, 2003.

MACHADO, Zita Castro. A Evolução da Odontologia. In: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Guia

Curricular para a Formação de Técnico de Higiene Dental para Atuar na Rede Básica do SUS. Brasília: MS, 1994. Cap 7, p.129-134.

MANJI, et al. Fluoride, Altitude and Dental Fluorosis. Caries Res. v. 20, n. 4, p. 371-80, 1986.

MARINELA, Fernanda. Direito Administrativo - vol. I. 2 ed. Bahia: Podivum, 2006.

MELDAU, D.C. Fenda Palatina Disponível em: http://www.infoescola.com/doencas/fenda-palatina: Acesso em 24 mar de 2011.

MIALHE, F.L.; LEFÈVRE, F.; CAVALCANTI LEFÈVRE, A.M. O Agente Comunitário de Saúde e suas Práticas Educativas em Saúde Bucal: uma avaliação qualiquantitativa, Ciência & Saúde Coletiva, 16(11):4425-4432, 2011.

MORON, BA; BAEZ, A; RIVERA, L; HERNANDEZ, N; RIVERA, N; LUCHESE,

MOYERS, RE. Ortodontia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara: Koogan. 1991.

MURRAY JC. Gene/environment Causes of Cleft Lip and/ or Palate. Clin Genet 2002; 61: 248-56.

NARVAI , P. C.; BIGHETI, T. I. Fluorose Dentária: Aspectos Epidemiológicos de Vigilância à Saúde. In: PINTO, V. G (Org.). Saúde Bucal Coletiva. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008. p. 228-243.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; UNFER, B.; COSTA, I.C.C.; ARCIERI, R.M.; Guimarães, L.O. C.; Saliba, N. A. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal: Análise Metodológica Proposta pela Organização Mundial da Saúde. Rev. Bras. Epidemiol.v.. 1, n. 2, 1998.

PERES, M. A.; TRAEBERT, J. & MARCENES, W. Calibração de Examinadores para Estudos Epidemiológicos de Cárie Dentária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(1):153-159, jan-fev, 2001

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 12.045 de 7 de junho de 2006. Institui Diretrizes para Implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Diário da República, [S.l.], n. 110, 7 jun. 2006. Programa Nacional de Saúde Escolar

PEREIRA, A.C. Normas Operacionais para Execução de Levantamento Epidemiológico em Odontologia. In: _____ Odontologia em Saúde Coletiva. Porto Alegre: Artmed, Cap 5, p.83-116.

QUELUZ, P. D.; AIDAR, M. J. Chupeta: um Hábito Nocivo? JBP, v. 2, n. 8, p. 324-327, 1999.

RONCALLI, A. G.; UNFER, B.; COSTA, I. C.; ARCIERI, R. M.; GUIMARÃES, L. O. C.; SALIBA, N. A. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal: Análise da Metodologia Proposta pela Organização Mundial da Saúde. Rev. Bras. Epidemiol. vol.1 no.2 São Paulo Aug. 1998.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Medis, 1994.

SALIBA, NA; PEREIRA, AA; MOIMAZ, SAS; GARBIN, CAS; ARCIERI, RM. Programa de Educação em Saúde Bucal: A Experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Odontologia Clínica-cientifíca. Recife, v. 2, n. 3, p.197-200, set\dez, 2003.

SERRA-NEGRA, J. M. C. et al. Estudo da Associação entre Aleitamento, Hábitos Bucais e Maloclusões. Rev Odontol Univ São Paulo, São Paulo, v. 11, p. 79-86, 1997.

SESC. DN. DPD. Manual Técnico de Educação em Saúde Bucal / Claudia Márcia Santos Barros, coordenador. – Rio de Janeiro : SESC, Departamento Nacional, 2007. 132p

SHIMIZU, R. H. Estudo das Características de Dentição Decídua em Crianças entre 3 e 6 Anos de Idade. JBO, Curitiba, v. 8, p. 124-131, 2003.

SILVA FILHO, O. G. et al. Hábitos de Sucção e Má Oclusão: Epidemiologia na Dentadura Decídua. Rev Clín Ortodon Dental Press, Maringá, v. 2, n. 5, p. 57-74, 2003.

SOUZA, DFRK; VALLE, MAS; PACHECO,MCT. Relação Clínica entre Hábitos de Sucção, Aleitamento e Grau de Informação Prévia das Mães. R Dental Ortodon Ortop Facial. Maringá, v.11, n.6, p.81-90, Nov\dez, 2006.

TANCREDI, F.B. et al. Planejamento em Saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998 (Série Saúde e Cidadania).

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J. H.G. Planejamento em Saúde, volume 2. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TOMASSO, S. Atribuições dos Auxiliares Odontológicos e suas Implicações Éticas e Legais [dissertação]. Piracicaba (SP): Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2001.

TOMITA NE, BIJELA VT, FRANCO LJ. Relação entre os Hábitos Bucais e Má-oclusão em Pré-escolares. Rev Saúde Pública 2000;34(3):299-303.

TORRIANI, D.D. Cárie Dental: Métodos Preventivos. In: BUSATO, A.L. et al.. Dentística: Restaurações em Dentes Posteriores. São Paulo: Artes Médicas, 1996. Cap. 1, p. 12-22.

VASCONCELOS BCE, SILVA EDO, PORTO GG, PIMENTEL FC, MELO PHNB. Incidência de Malformações Congênitas Labiopalatais. Rev CirTraumat Buco-Maxilo-Facial. 2002 juldez; 2(2):41-6.

VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A Importância da Informação no Aleitamento Natural. Estimativa de Impacto da Amamentação sobre a Mortalidade Infantil. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 319-325, jun. 2003.

WHO (World Health Organization). Calibration of Examiners for Oral Health Epidemiology Surveys. Technical Report. Geneva: WHO. 1993.

II

COMPONENTE CURRICULAR

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DO ADULTO E DO IDOSO

Cyntia Ferreira Ribeiro
Diego Noronha de Góis

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....89
2. ATENÇÃO AO BEBÊ (0 a 24 meses).....93
2.1 Características do Bebê.....94
2.2 Principais Doenças Bucais e Agravos que Acometem os Bebês.....95
2.3 Promoção em Saúde Bucal do Bebê.....99
3. ATENÇÃO À CRIANÇA (02 a 09 anos).....108
3.1 Características da Criança.....108
3.2 Principais Doenças Bucais que Acometem as Crianças.....109
3.3 Promoção em Saúde Bucal da Criança.....110
4. ATENÇÃO AO ADOLESCENTE (10 a 19 anos).....119
4.1 Características da Adolescência.....119
4.2 Principais Doenças Bucais que Acometem os Adolescentes.....121
4.3 Acesso aos Serviços de Saúde Bucal: Programa Saúde na Escola.....123
4.4 Promoção em Saúde Bucal do Adolescente.....124
5. ATENÇÃO AO ADULTO (20 a 59 anos).....134
5.1 Características do Adulto.....134
5.2 Acesso aos Serviços de Saúde Bucal.....136
5.3 Principais Patologias Sistêmicas que Acometem os Adultos.....137
5.4 Principais Doenças Bucais que Acometem os Adultos.....153
5.5 A Saúde do Homem.....157
5.6 Saúde do Trabalhador.....159
5.7 Promoção em Saúde Bucal do Adulto.....161
6. ATENÇÃO AO IDOSO (acima de 60 anos).....162
6.1 Características desta Fase.....163
6.2 Principais Doenças bucais que Acometem os Idosos.....164
6.3 Acesso ao Serviço de Saúde Bucal.....166
6.4 Promoção em Saúde Bucal.....167
6.5 Importância dos Cuidadores e Familiares.....169
6.6 Atendimento ao Idoso.....170
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....174

ATENÇÃO POR CICLOS DE VIDA



ATIVIDADE 1

Tipo da atividade: individual e coletiva

Ciclos de Vida

Leiam o pensamento seguinte, formem grupos e discutam sobre os aspectos que chamarem a atenção.

> "Para ser o que sou hoje, fui vários homens e, se volto a encontrar-me com os homens que fui, não me envergonho deles. Foram etapas do que sou. Tudo o que sei custou às dores das experiências. Tenho respeito pelos que procuram, pelos que tateiam, pelos que erram. E, o que é mais importante, estou persuadido de que minha luz se extinguiria se eu fosse o único a possuí-la." (Goethe)

1. INTRODUÇÃO

ATIVIDADE 2



Tipo da atividade: coletiva

Nuvem de Palavras

Na figura a seguir uma série de termos compõe o que se convencionou chamar de nuvem de palavras. Em grupo, construam uma frase sobre ciclo de vida utilizando tais vocábulos.



Figura 1. Nuvem de palavras
Fonte: www.grupoa.com.br/site/uploads/imagensTitulo/

A produção do cuidado em Saúde Bucal reúne diversos aspectos que devem ser observados. Dentre eles, o desenvolvimento humano aponta aqui como um elemento de importância, tanto do ponto de vista teórico, quanto pela interferência direta que seus efeitos produzem nas práticas da Saúde. Por desenvolvimento humano, entende-se o campo de estudo científico de como as pessoas mudam, bem como das características que permanecem razoavelmente estáveis durante toda a vida (COLL; PALÁCIOS; MARCHESI, 1995).

Diversas teorias abordam a questão do desenvolvimento humano. Certamente, pode-lhe parecer familiar a visão da Biologia, segundo a qual o homem, como todo ser vivo, apresenta uma predestinação biológica que inicia com o nascimento, perpassa pelo crescer, progredir, envelhecer e, então, finaliza com a morte. Essa, no entanto, é uma abordagem simples e determinista em relação a algo tão complexo.

A ideia de calendário maturativo, apresentada por Palácios (2008), aponta outro modo de ver o desenvolvimento humano. Segundo a teoria, o homem,

ao longo da sua existência, vivencia momentos específicos, muitos dos quais determinados por seu código genético (por exemplo, o fato de nascer sem dentes e, mais adiante, surgirem os dentes decíduos, os quais, por sua vez, serão substituídos pelos dentes permanentes). É essa a ideia de maturar, de se tornar expressa uma dada característica, dentro de uma conformação de tempo; são conteúdos concretos pré-definidos.

Esses conteúdos, no entanto, trazem consigo potencialidades de desenvolvimento, ou seja, características que podem se desenvolver a partir das experiências e interações vividas pelo sujeito que os carrega (por exemplo: a linguagem é uma peculiaridade do homem, de seu código genético, mas a expressão dessa característica só será possível se houver um ambiente social que a viabilize); são os conteúdos abertos do código genético.

Assim, o processo de desenvolvimento humano ocorre como resultado de múltiplas influências, com a interação de fatores intrínsecos ao sujeito com o meio no qual ele está inserido, determinando características e comportamentos próprios.

Esses diferentes processos da existência humana são marcados por ciclos que começam e terminam, com fortes repercussões sobre o que está por vir.

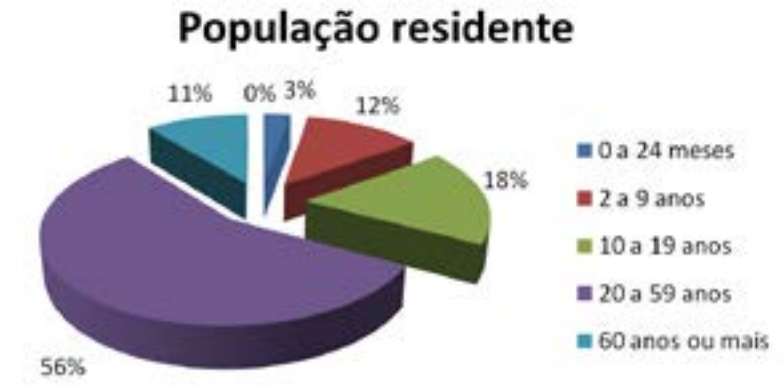
Socialmente, esses ciclos de nossa existência podem ser definidos em função de alguns aspectos, como seguem:

- idade social: relativas às expectativas sociais do comportamento em dada idade cronológica;
- idade biológica: seu processo individual de envelhecimento;
- idade psicológica: o modo como você vive cada fase independente do tempo.

Embora todos os acontecimentos e transformações próprios de cada momento do ciclo de vida possam ter um grau de variedade, apresentaremos aqui algumas características que identificam maior recorrência em determinado período e que são identificados como infância (0 aos 09 anos), adolescência (10 a 19 anos), fase adulta (20 a 59 anos) e velhice (acima de 60 anos).

Diante dessa perspectiva, o censo do IBGE realizado em 2010 evidenciou uma população residente total de 190.755.799 pessoas, estratificada conforme mostra o gráfico 1. Nota-se uma população predominantemente de adultos (56%), seguida por adolescentes (18%) e crianças (12%). Os extremos (bebês – 3% e idosos – 11%) devem ser igualmente considerados.

Gráfico1: População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade.



Fonte: BRASIL, 2010.

ATIVIDADE 3

Tipo da atividade: individual e coletiva

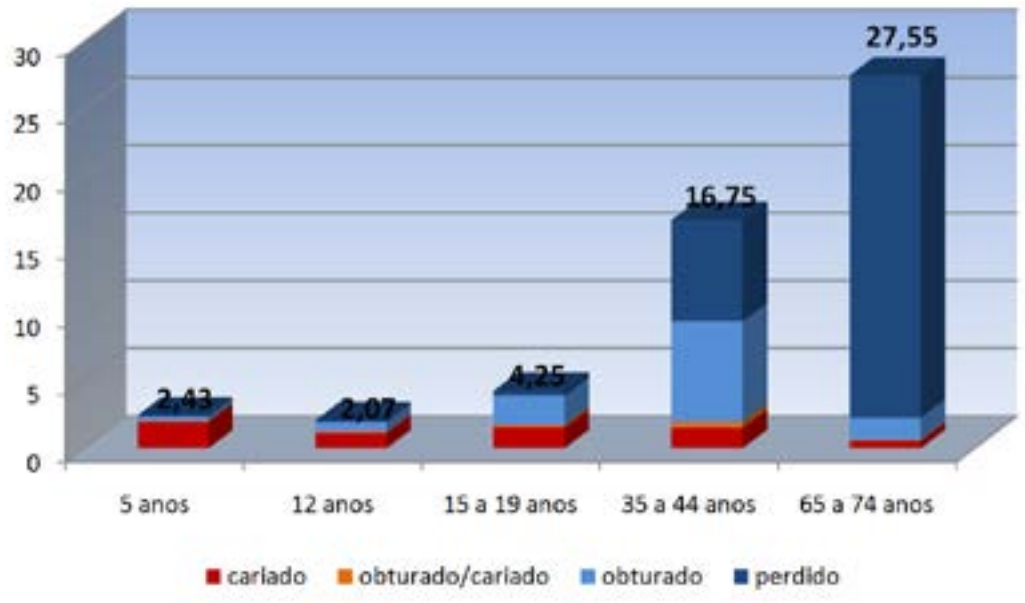
Reconhecendo o Trabalho

A estratégia de abordagem atual preconizada pelo Ministério da Saúde contempla o agrupamento dos usuários por faixa etária para o desenvolvimento de ações específicas.

1. Na Unidade de Saúde da Família onde você trabalha existe um direcionamento das atividades realizadas que remetam a tais recomendações? Compartilhe suas experiências.
2. Em caso negativo, como deveriam ser estruturadas as abordagens? Exemplifique com possíveis ações preventivas, interceptativas e de promoção de Saúde.

Por outro lado, ao se analisar os dados do último levantamento epidemiológico em Saúde Bucal realizado em 2010 – SB Brasil 2010, constatamos que a realidade da condição bucal brasileira é bastante divergente, como mostra o gráfico 2.

Gráfico2: Média do ceo/CPO e respectivos componentes segundo grupo etário. Brasil, 2010.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília, 2011. p.36.

A tradução das informações relativas ao gráfico mostra que:

- aos cinco anos observa-se um grande número de dentes cariados;
- na adolescência o número de dentes obturados é elevado;
- a medida que a população envelhece diminui o número de dentes cariados e aumenta o número de dentes perdidos;

Em outras palavras, percebe-se que o acesso às ações odontológicas (preventivas ou terapêuticas) não ocorrem em igualdade entre os grupos; há alguns grupos etários "mais privilegiados" que outros no quesito Saúde. Isso, em parte, não significa uma desatenção por parte do poder público; ao contrário, faz parte do processo histórico por que passou a Odontologia no campo da Saúde pública, voltando-se seu olhar para os escolares.

Paralelamente, esses mesmos números mostram a necessidade de um olhar diferenciado por parte das equipes de Saúde, notadamente a de Saúde Bucal, no sentido de estruturar suas ações, ou melhor, respeitar as especificidades na atenção, uma vez que os agravos que podem acometer os usuários são basicamente os mesmos (doença cárie, doença periodontal, traumatismos, maloclusão e edentulismo), mas diferem em apresentação clínica e, sobretudo, em severidade.

Assim, voltar-se para esse modo de pensar e agir com base na estratégia por ciclo de vida é garantir a integralidade e a equidade na atenção em Saúde Bucal e, em ampla análise, reduzir gradativamente o impacto físico, social e emocional das afecções bucais.

ATIVIDADE 4



Tipo da atividade: coletiva

Diferentes Semelhanças

Reúnam-se em dois grupos e desenvolvam a atividade conforme orientações do docente.

ATIVIDADE 5



Tipo da atividade: coletiva

Tempestade de Ideias.

Antes de iniciarmos a leitura mais específica deste componente, faz-se necessário relembrar conceitos vistos no Módulo II, os quais serão trabalhados aqui com uma abordagem mais direcionada, segundo os ciclos de vida. Em grupos, listem em papel Kraft aspectos relacionados a uma das condições a seguir, conforme orientações do docente.

- Doença cárie;
- Doença periodontal;
- Traumatismos dentários;
- Câncer bucal;
- Patologias da cavidade bucal

2. ATENÇÃO AO BEBÊ (0 a 24 meses)



ATIVIDADE 6



Tipo da atividade: coletiva

Roda de Leitura – Odontologia para Bebês

A estratégia de atenção ao bebê refere-se a uma abordagem educativa, preventiva e curativa, numa sequência de cuidados iniciados ainda durante a gravidez. O conhecimento de seus pressupostos é importante para o desenvolvimento da prática clínica. Nesse sentido, reúnam-se em uma grande roda e procedam a leitura do artigo proposto pelo docente. Ao final, discutam conforme orientações do mesmo.

2.1 Características do Bebê

A chegada do bebê ao mundo geralmente é marcada por uma reorganização concreta e subjetiva do contexto familiar em função da total dependência do novo ser em relação aos pais e cuidadores, sobretudo quanto à alimentação, locomoção e higiene. Gradativamente, ele aprende a sentar, engatinhar e andar, e por volta dos 18 meses já emite suas primeiras palavras. Ao longo desse curso, o choro e o riso são as formas de expressar para o mundo seus sentimentos, desejos e necessidades.

A partir dos 18 meses, quando as habilidades para se deslocar, comer e se expressar estão mais desenvolvidas, a criança entende um pouco melhor o mundo que a cerca, apesar de ainda ser bastante egocêntrica. Além disso, começa a compreender que o convívio em sociedade é ditado por regras que precisam ser seguidas (OLIVEIRA, 2002).

As características que marcam essa fase, sobretudo a dependência em termos de cuidados, apontam para um olhar mais amplo a cerca da atenção em Saúde Bucal, não diretamente voltado para o bebê, mas para os cuidadores. Isso é justificado em função de todos os cuidados despendidos pelo adulto ao infante estarem atrelados às crenças, valores, práticas e atitudes, com forte influência sócio-econômica e cultural.

Neste ponto, alguns questionamentos merecem ser considerados:

- quais os valores atribuídos à amamentação, ao uso da mamadeira e da chupeta?
- qual a importância dos dentes para esses cuidadores?
- quais os cuidados despendidos com as estruturas da cavidade bucal?
- como os hábitos alimentares são encarados em termos de possibilidade de instalação, desenvolvimento e progressão de doenças bucais?
- como o açúcar está inserido no núcleo familiar?

Inúmeras outras perguntas poderiam ser listadas como preâmbulo de diagnóstico

relacionado à temática. Essas cinco, entretanto, embasam o direcionamento textual aqui. Além disso, muito embora esses questionamentos sejam direcionados ao universo mais singular (a mãe, o pai, o cuidador, o responsável), ao se considerar o contexto como todo, a abordagem volta-se para a promoção de Saúde Bucal com um olhar de cuidado em Saúde coletiva. A seguir serão abordados em detalhes os temas de ênfase concreta nesse ciclo, os quais notadamente podem ser utilizados para orientar os pais e cuidadores e torná-los promotores de Saúde Bucal de seus filhos.

2.2 Principais Doenças Bucais e Agravos que Acometem os Bebês

ATIVIDADE 7

Tipo da atividade: coletiva

Direcionando Ideias: Bebês



Na atividade 5 vocês relembraram conceitos vistos no Módulo II. Com base nas ideias socializadas com os demais colegas de turma, apontem e discutam aspectos específicos delas decorrentes, relacionados aqui com a abordagem aos bebês.

a) Cárie Precoce da Infância

A doença cárie que se estabelece na infância, apesar de não diferir da doença do adulto em termos de patologia em si, apresenta algumas particularidades características ao ciclo de vida do bebê. Tais peculiaridades dizem respeito à alimentação líquida com conteúdo de carboidrato fermentável (leite materno, leite bovino com açúcar, outros líquidos açucarados, ou mesmo o hábito de adoçar a chupeta), bem como à frequência de ingestão desses alimentos (normalmente a cada três horas). Soma-se a isso o fato de muitos cuidadores negligenciarem ou desconhecerem o ato da higienização bucal. Percebe-se, então, a influência marcante dos fatores sócio-culturais nos traços característicos dessa doença infecto-contagiosa.

Diante desse quadro de fatores favoráveis à iniciação e progressão da lesão de cárie, estabelece-se uma condição comumente chamada de cárie de mamadeira, cárie por amamentação, cárie em bebês, cárie rampante, síndrome da mamadeira noturna ou síndrome da cárie de mamadeira. Atualmente, adotou-se a expressão cárie precoce da infância para nomear essa doença de rápido desenvolvimento que acomete superfícies dentárias de crianças na idade pré-escolar, já a partir da erupção dos primeiros dentes.

A lesão, seguindo os padrões da doença no adulto, apresenta-se inicialmente como uma faixa branca de desmineralização/descalcificação próximo da gengiva; sua progressão determina uma coloração marrom ou preta. Nos casos mais avançados, ocorre fratura da coroa dentária ao nível da margem gengival.



Curiosidade

A localização das lesões de cárie precoce da infância possui associação direta com o percurso do líquido durante a alimentação. Nesse sentido, ao se considerar a posição bico do peito, bem como o da mamadeira, os incisivos superiores decíduos são os dentes mais atingidos, seguidos pelos primeiros molares decíduos (face oclusal e superfícies livres), caninos e segundos molares decíduos. O comprometimento dos incisivos inferiores decíduos não é comum, mas pode ocorrer em casos muito avançados da doença.

ATENÇÃO



No estágio inicial de mancha branca, a lesão de cárie se assemelha a hipoplasia do esmalte, defeito decorrente de comprometimento do órgão dental durante sua formação. As manchas hipoplásicas, no entanto, apresentam-se simétricas no dente ou grupo de dentes em que aparecem, numa relação direta com a cronologia de erupção.

A filosofia do tratamento da cárie precoce da infância volta-se ao controle do processo infeccioso em si, de forma semelhante ao que deve ser feito nos usuários adultos, uma vez que os procedimentos restauradores em suas modalidades (restaurações diretas e indiretas) devolvem a forma e a função do dente, contribuindo para o controle dos determinantes da doença, mas não os eliminando. Além disso, o tipo de conduta que será implementada (preventiva, interceptativa ou reabilitadora) dependerá do grau de comprometimento dentário (envolvimento pulpar, lesões periapicais, envolvimento da cripta do dente permanente sucessor, reabsorção radicular acentuada) e pode variar desde a aplicação de cariostáticos ou vernizes contendo flúor ou clorexidina, restaurações simples ou complexas, terapia pulpar, até a extração do(s) elemento(s) dentário(s). (AREIAS et al., 2010; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2011).

Por outro lado, os aspectos preventivos relacionados à doença fundamentam-se no reconhecimento inicial dos fatores que predispõem à doença (susceptibilidade do indivíduo, dieta e microflora) para posterior eliminação ou controle dos mesmos. Nesse sentido, estruturam-se as seguintes medidas:

- em relação ao hospedeiro: elevar a resistência do dente à desmineralização pelos ácidos bacterianos por meio da aplicação de vernizes fluoretados e/ou com clorexidina; e eliminar o biofilme dental bacteriano por meio de uma correta higienização bucal;

- em relação à dieta: estimular o consumo inteligente de açúcares (dar preferência a carboidratos mais difíceis de serem digeridos, diminuir sua frequência de ingestão) e optar por uma dieta mais fibrosa, menos cariogênica;

- em relação à microflora: diminuir a colonização bacteriana patogênica na cavidade bucal por meio da aplicação de vernizes fluoretados e/ou de clorexidina.

b) Candidíase

Como visto no Módulo II deste curso, a candidíase é uma infecção fúngica que se manifesta quando há uma diminuição na resistência imunológica do hospedeiro. A doença é causada pela Cândida albicans, um microrganismo comumente presente na mucosa bucal.

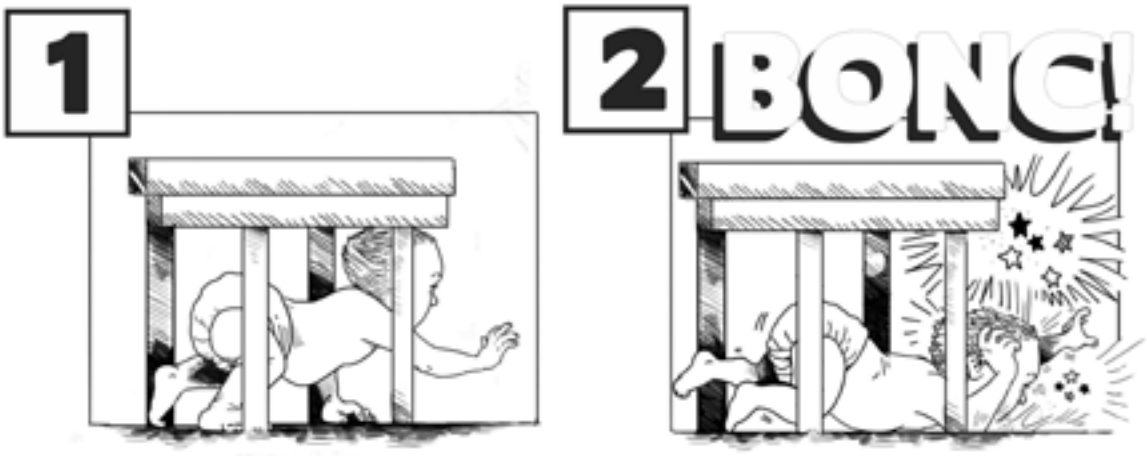
Nos bebês, a candidíase mais frequente é a do tipo pseudomembranosa, popularmente chamada de sapinho. Clinicamente apresentam-se como placas branco-leitosas, as quais são passíveis de remoção por raspagem, quando, então, evidenciam-se áreas eritematosas (avermelhadas) e hemorrágicas. A abordagem terapêutica é conduzida mediante limpeza da região com bicarbonato de sódio diluído em água filtrada e uso de antifúngicos.

c) Estomatite Herpética Infantil

A estomatite herpética infantil é a infecção virótica primária causada pelo Herpesvirus hominis (HVH) e ocorre, normalmente, entre os 6 meses e 5 anos de idade. O contágio ocorre por contato direto, normalmente pelo beijo, mas a doença pode cursar com ou sem manifestação clínica. Na presença de sintomas, aparecem pequenas vesículas ou bolhas na mucosa e região peribucal, as quais se rompem e formam úlceras edemaciadas e eritematosas extremamente dolorosas. As manifestações sistêmicas são mais comuns nessa idade e envolvem febre, falta de apetite, aumento dos gânglios linfáticos cervicais anteriores.

Como a doença é autolimitante, as lesões regridem espontaneamente em cerca de 10 a 14 dias e, por isso, a abordagem terapêutica volta-se à atenuação da sintomatologia dolorosa por meio de bochechos com água morna e bicarbonato de sódio, associado ao uso de analgésicos, bem como evitar dieta ácida.

d) Traumas



Os traumas dentários são agravos relativamente comuns nesse ciclo de vida, ao se considerar que as brincadeiras estão mais presentes neste momento da vida. Além disso, ao engatinhar e andar, as crianças exploram mais ativamente o ambiente; no entanto, a falta de coordenação motora suficiente e do reflexo de proteção estabelecido,

favorecem os acidentes, sendo os mais comuns as quedas (da própria altura, do berço e do andador) e as colisões com objetos do ambiente.

Há de se considerar ainda que os acidentes automobilísticos pelo desrespeito aos itens de segurança obrigatórios e os maus tratos infantis são dois outros elementos presentes na etiologia dos traumas nessa fase.

Dentre os traumas dentários mais comuns em crianças com baixa idade evidenciam-se as luxações laterais, a intrusão e a avulsão.

ATENÇÃO

A equipe de Saúde Bucal deve entender que as injúrias à cavidade bucal constituem-se em uma experiência negativa não só para criança, como também para seus cuidadores, inclusive com repercussões emocionais. É essencial, portanto, que todos os membros da equipe estejam aptos a acolher e dar o suporte técnico necessário à família naquele momento.



Como a prevenção de acidentes é o melhor caminho a seguir, é importante que o ambiente familiar seja preparado para receber o bebê. Nesse sentido, ter espaço é a palavra de ordem; aconselha-se, então, que o local apresente apenas mobiliário básico, na menor quantidade possível, e com quinas e gavetas protegidas; objetos pequenos devem ser mantidos fora do campo de ação da criança; escadas, janelas, portas, portões e tomadas devem estar protegidos.

Por outro lado, uma vez ocorrido o trauma, deve-se orientar os pais a procurar ajuda da ESB o mais breve possível, favorecendo, dessa forma, tratamentos que preservem a unidade dentária e sua vitalidade, e prognósticos mais favoráveis.

ATIVIDADE 8

Tipo da atividade: individual e coletiva

O Barco da Promoção em Saúde Bucal para Bebês



O barco da promoção nos leva a trilhar por vários caminhos; seu combustível é representado pelas temáticas que podem ser abordadas. Para alimentar esse barco, escreva, individualmente, em uma tarjeta uma sugestão de tema relacionado à promoção em Saúde Bucal para bebês. Procedam o restante da atividade conforme orientações do docente.

2.3 Promoção em Saúde Bucal do Bebê

a. O Que Deve Ser Abordado

A Importância da Saúde Bucal

Você já deve ter ouvido algumas frases que se referem à Odontologia, como aquelas que afirmam que 'a Saúde começa pela boca'; ou ainda que 'a boca é a porta de entrada de quase todas as doenças'; ou mesmo que 'cuidar dos dentes não é apenas questão de estética, e sim de Saúde'.

Em todas essas afirmações percebe-se claramente que existe uma relação entre a Saúde Bucal e a Saúde geral, fato do qual se infere a importância no cuidado com as estruturas da cavidade bucal e do sistema estomatognático. Não é simplesmente ter dentes saudáveis, mas um conjunto ósseo, muscular e dentário trabalhando em conjunto. Por outro lado, essa visão retoma discussões maiores sobre a abordagem integral ao sujeito.

Mas quais são realmente os benefícios de ter uma boca saudável? Se você considerar as funções dos dentes, na abordagem feita no Módulo II, certamente concluirá que uma boca saudável é importante para:

1. boa mastigação dos alimentos, favorecendo, consequentemente a digestão dos mesmos;

2. boa pronúncia e articulação das palavras;

3. bom hálito;

4. boa aparência.

Além dessas, um sorriso saudável gera bem-estar geral para o sujeito, pois repercute favoravelmente no relacionamento social, na vida profissional e, em última instância, na qualidade de vida. Tais aspectos, no entanto, referem-se a uma visão ampliada dos benefícios. Ao entender, aqui, o usuário como criança, soma-se o fato de dentes decíduos bem cuidados levar a uma maior probabilidade de se ter dentição permanente sadia. Por fim, sendo as crianças dependentes, seus cuidadores figuram como promotores de Saúde Bucal.

A Amamentação

Antes de desenvolver essa temática, é importante que vocês conheçam algumas definições adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e reconhecidas pelo Ministério da Saúde, referentes à amamentação.

Aleitamento materno exclusivo: é aquele no qual o bebê é amamentado somente com leite humano (da própria mãe ou de outra fonte, direto no peito ou ordenhado). Outros líquidos ou alimentos sólidos não são introduzidos na dieta; suplementos minerais, vitamínicos ou medicamentos são aceitos nessa classificação.

ATENÇÃO



O Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até que o bebê complete os seis meses de vida.

Aleitamento Materno Predominante: é aquele no qual o bebê é amamentado com o leite humano, embora outros líquidos sejam inseridos na dieta em volumes reduzidos, como água, bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais (porções, líquidos ou misturas utilizadas em ritos místicos ou religiosos com finalidade de cura).

Aleitamento Materno: é aquele no qual o bebê é amamentado com leite humano (da própria mãe ou de outra fonte, direto no peito ou ordenhado), independente de outros alimentos estarem ou não presentes na dieta.

Aleitamento Materno Complementado: é aquele no qual a dieta do bebê é complementada com alimentos sólidos ou pastosos, não substituindo o leite materno. Aqui outro tipo de leite pode ser utilizado além do materno, não sendo, entretanto, considerado alimento complementar.

Aleitamento Materno Misto ou Parcial: é aquele no qual a dieta do bebê é composta por leite materno e outros tipos de leite.

A Importância do Aleitamento Materno



Diante dessa classificação adotada pela OMS, nota-se que o aleitamento materno é concebido como de extrema importância. Diversas justificativas sustentam sua superioridade em detrimento do leite de outras espécies. Segundo o Ministério da Saúde (2009) (CADERNO 23), existem evidências científicas que comprovam a existência de fatores imunológicos no leite materno, os quais evitam diarréia, infecção respiratória e mortes infantis.

Além dessa proteção, a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida promove uma melhor nutrição para o bebê, uma vez que o leite materno, por ser da mesma espécie e, assim, ser mais bem digerido, contém os nutrientes essenciais (carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e sais minerais) para que a criança cresça e se desenvolva adequadamente. Com isso, há uma diminuição no risco de desenvolvimento de alergias, hipertensão, colesterol alto e diabetes, além de reduzir a chance de obesidade. Há ainda uma contribuição positiva para a inteligência da criança (desenvolvimento cognitivo), embora ainda não se saiba se pela presença de determinadas substâncias e/ou pela relação comportamental mãe-filho no ato de amamentar.

De forma mais específica, o aleitamento materno promove um melhor desenvolvimento da cavidade bucal, uma vez que no momento da amamentação as estruturas maxilo-faciais são adequadamente estimuladas; a resultante desse estímulo condiciona todo o sistema músculo-esquelético, o que leva ao pleno desempenho das funções e consequente crescimento e desenvolvimento.

Por outro lado, a mãe e a família também podem gozar de repercussões positivas decorrentes do aleitamento materno. Cinco aspectos ganham destaque nesse contexto:

- proteção contra o câncer de mama, ovário e endométrio: mulheres que amamentam apresentam menor risco de contrair essas doenças;

- evita nova gravidez: a amamentação é um método anticoncepcional natural com excelente resultado (98% de eficácia), desde que seja exclusiva ou predominantemente e a mãe ainda não tenha menstruado após o parto (GRAY et al. 1990);

- recuperação corporal da mulher: durante a gestação a mulher acumula gordura para as necessidades da lactação; se a amamentação for exclusiva e ocorrer por livre demanda, por no mínimo seis meses, a mãe perderá peso mais rápido, por um maior gasto calórico (BRASIL, 1995). Além disso, o ato de amamentar estimula a liberação de dois hormônios: a prolactina (responsável pela produção do leite pelas glândulas mamárias) e a ocitocina (responsável pela ejeção do leite); mas a ocitocina também age sobre o útero provocando contrações e isso ajuda na recuperação do corpo da mulher ao estado anterior à gravidez;

- menores custos financeiros: o leite materno é natural, pronto para consumo e gratuito, e dispensa gastos com mamadeiras, bicos, produtos para preparar outros alimentos e remédios para tratar doenças, muito comuns em crianças não amamentadas;

• promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho: o amamentar natural, desejado e prazeroso promove intimidade entre ambos, com troca de afeto, garantindo sentimentos de segurança e proteção na criança, e de autoconfiança e realização na mulher;

• melhor qualidade de vida para o núcleo familiar: a amamentação fortalece as relações familiares, uma vez que os benefícios desse ato sobre a mãe e filho repercutem sobre todos os outros atores da família.



Curiosidade

Evidências científicas publicadas no American Journal of Obstetrics and Gynecology (STUEBE, 2009) apontam que mulheres que amamentaram por dois anos ou mais apresentam risco reduzido de desenvolver síndrome metabólica (doenças cardíacas e diabetes) após a gravidez.

Observação: alguns recém-nascidos (RN) e lactentes podem apresentar movimentos orais atípicos (disfunções orais) durante a mamada, os quais podem interferir na amamentação. Tais disfunções são decorrentes de alterações transitórias do próprio funcionamento oral (imaturidade neurológica do RN, dor facial decorrente do uso de fórceps, fatores iatrogênicos relacionados à intubação prolongada e uso sondas oro- ou nasogástricas, ou de bicos artificiais) ou por peculiaridades anatômicas que dificultam o encaixe adequado entre a boca do bebê e a mama da mãe (fissuras labiopalatais, fissuras submucosas, anquiloglossia (“língua presa”) e laringomalacia). Independente da causa, as disfunções orais do bebê na amamentação podem ser corrigidas, desde que identificadas precocemente (SANCHES, 2004). Algumas intervenções quanto ao manejo clínico das disfunções orais são apresentadas no anexo 1, no final deste componente.



DICA PRÁTICA

Laringomalácia é a malformação mais comum da laringe, sobretudo em meninos, com etiologia desconhecida. A condição provoca um estridor respiratório na infância, e é autolimitada, pois ocorre uma resolução gradual por volta dos 18 e 24 meses de vida. Em alguns usuários com estridor severo, complicações podem ocorrer, comprometendo o desenvolvimento pôndero-estatural e/ou desencadeando pneumonias de repetição. Nesses casos a intervenção cirúrgica é necessária.

O Desmame

É a fase no ciclo de vida do bebê que compreende a transição da amamentação para a alimentação semi-sólida. Se considerarmos que o peito é, durante o primeiro desenvolvimento emocional da criança, o objeto de ligação entre ela e a mãe, o desmame, em via contrária, é o primeiro desligamento entre ambos. Nesse sentido, é importante que esse processo seja tranquilo e ocorra sem pressa, transpondo possíveis dificuldades de modo que, ao final, o vínculo mãe-filho seja mantido.



ATENÇÃO

"O desmame não é um evento, e sim um processo que faz parte da evolução da mulher como mãe e do desenvolvimento da criança. Nessa lógica, o desmame deveria ocorrer naturalmente, na medida em que a criança vai adquirindo competências para tal." (BRASIL, 2009. p.63. Caderno de Atenção Básica, nº 23)

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009. CADERNO 23), o processo de desmame na criança ocorre de forma espontânea (autodesmame), normalmente entre dois e quatro anos de idade. Apesar de possível, é raro que o mesmo aconteça antes de um ano de vida do bebê. A maior liberdade para explorar o mundo, sobretudo a partir do nascimento dos dentes, do ato de engatinhar e andar favorece o desmame gradual. Nessa fase, o interesse nas mamadas é menor; a criança aceita alimentos mais diversificados; o conforto emocional não é mais exclusivo ao peito; ela consegue dormir sem mamar; e a ansiedade por não ser amamentada em determinadas ocasiões e locais ou quando desencorajada a não fazê-lo é gradativamente reduzida.



Curiosidade

"O desmame abrupto deve ser desencorajado, pois, se a criança não está pronta, ela pode se sentir rejeitada pela mãe, gerando insegurança e, muitas vezes, rebeldia. Na mãe, o desmame abrupto pode precipitar ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão, e luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais." (BRASIL, 2009. p.64).

Como pode ser percebido até agora, não existe um momento certo para o desmame. Além disso, o fim da licença maternidade não é parâmetro ou justificativa para tal! As orientações da ESF são importantes nesse processo e ajudarão numa conduta mais adequada a cada caso.

ATIVIDADE 9

Tipo da atividade: coletiva

Relato de Experiências



Certamente, vocês já vivenciaram ou ouviram experiências relacionadas à amamentação e desmame. Em um grande círculo, compartilhem tais fatos e discutam, estabelecendo paralelos com o texto trabalhado.

Os Dentes Decíduos

No Módulo II vocês estudaram noções de anatomia bucal e, nesse contexto, viram que a dentição humana é dupla, composta pelos dentes decíduos e permanentes.

Os dentes decíduos, nomeados também como dentes provisórios ou dentes-de-leite, apresentam-se em um total de vinte, dez no arco superior e dez no inferior, com a mesma denominação, como segue:

1. dois incisivos centrais;
2. dois incisivos laterais;
3. dois caninos;
4. dois primeiros molares;
5. dois segundos molares.

Seguindo uma cronologia de erupção, os primeiros dentes decíduos (os incisivos centrais inferiores) irrompem na cavidade bucal por volta dos seis meses e meio de vida. Na figura a seguir é apresentada uma sequência favorável de cronologia de erupção da dentição decídua.

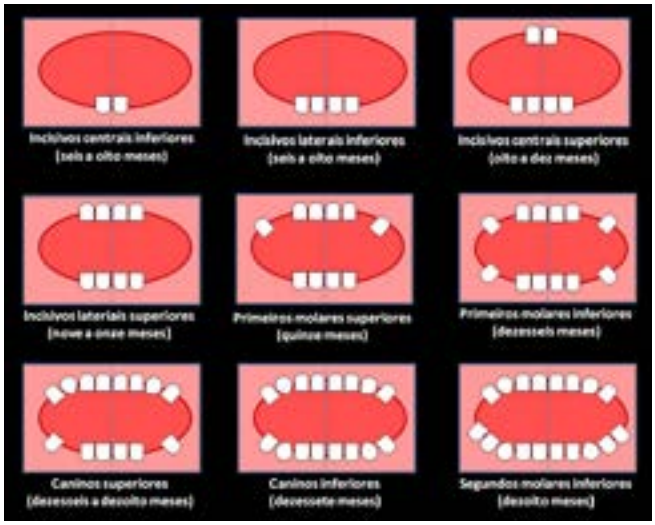


Figura 2: Sequência de irrompimento dos dentes decíduos na cavidade bucal.

Observem que ao final dos 18 meses de vida, quando se completa o ciclo de atenção ao bebê, todos os incisivos, caninos e os primeiros molares decíduos estão presentes na cavidade bucal.

É válido ressaltar que essas idades representam uma média clínica do que se observa na prática, mas variações para mais ou para menos podem ocorrer, inclusive com diferença de até um ano, mantendo-se o caráter de normalidade. Isso ocorre porque o crescimento e desenvolvimento do corpo é algo muito pessoal e influenciado por fatores genéticos, alimentares e ambientais, e isso deve ser levado em consideração e respeitado. Outro detalhe a ser considerado é que as meninas, geralmente, apresentam maturação precoce em relação aos meninos, fato que sinaliza possível irrompimento dentário também precoce.

Por outro lado, o fato de existirem essas variações individuais na sequência do irrompimento dentário entre os usuários não justifica a falta de investigação quanto à presença de alguma condição que mereça ser explorada. Um exemplo corriqueiro é a ausência clínica de um dente quando o seu homólogo contralateral já está irrompido há mais de três meses. Nesses casos, deve-se suspeitar da existência de algum fator que impeça total ou parcial o trajeto de erupção do dente, como a presença de dente extranumerário, ou mesmo do posicionamento atópico do germe dental por motivos genéticos ou traumáticos. Atentar para esses detalhes não caracteriza que você, TSB, irá formular um diagnóstico sobre o caso; ao contrário, você lançará mão de seus conhecimentos técnicos específicos para perceber que algo pode estar diferente do que é esperado clínica e, então, sinalizar o cirurgião dentista da equipe, o próprio usuário ou mesmo o responsável sobre a ocorrência para que investigações específicas sejam realizadas.

Hábitos Bucais

A fase inicial de desenvolvimento do bebê é marcada pela sucção como elemento chave para nutrição (mamar para obter o alimento), crescimento e desenvolvimento orofacial (estimular as estruturas músculo-esqueléticas) e desenvolvimento emocional (sugar pelo prazer do estímulo oral). Na Psicanálise, este momento corresponde à fase oral, em que a satisfação está centrada na cavidade bucal.



Curiosidade

"A sucção é um impulso presente desde o nascimento e serve de treinamento para o segundo reflexo da alimentação: a mastigação." (MANUAL TECNICO DE EDUCACAO EM SAUDE BUCAL – SESC)

Algumas crianças, no entanto, não realizam a sucção necessária durante a amamentação de modo a se satisfazer; outras, apesar de realizá-la, têm uma necessidade maior. Em ambos os casos, a complementação é feita pela criança por meio da sucção

da chupeta ou do dedo e, às vezes, da mamadeira, com repercussões benéficas para o equilíbrio físico e emocional da criança. Isso se constitui num hábito: a repetição de um determinado ato, com vistas a uma finalidade específica.

É importante destacar que, apesar de benéfica para a criança, a complementação da sucção por meio dos hábitos de sucção de chupeta, dedo ou mamadeira pode se tornar um problema para o desenvolvimento do sistema estomatognático. Isso se justifica uma vez que, diante de altas intensidades e frequência de repetição do hábito, podem se instalar alterações bucais como mordida aberta, mordida cruzada, inclinação dos dentes, diastemas (espaço entre os dentes), alterações no padrão de deglutição, entre outros.

Diante disso, percebe-se que o hábito de sucção é importante e necessário para o bebê. O problema é quando se torna um vício, devendo ser identificado e removido o mais precoce possível, porém de modo gradativo, a fim de que o equilíbrio físico-psicológico, ora mencionado, não seja abruptamente alterado.

Higiene Bucal

Os primeiros anos de vida da criança são fundamentais para a instituição de hábitos saudáveis. Assim, é importante que pais/cuidadores iniciem a higiene bucal tão logo o bebê nasça, após a primeira mamada. Além de promover a limpeza da cavidade bucal, a fim de remover o leite acumulado sobre as estruturas (canto dos lábios/comissura, bochechas, gengivas e língua), muito embora o bebê ainda não possua dentes visíveis na boca, a higienização "precoce" massageia os roletes gengivais, prepara o ambiente bucal para a chagada dos dentes, minimiza as chances de infecção por doenças oportunistas, habitua a criança à manipulação da boca, e, sobretudo, acostuma quanto a realização do ato de higienizar.

Nesse momento, vocês devem se questionar sobre as dificuldades em se higienizar a boca do bebê. É natural a resistência nesta fase, quando da manipulação bucal e, por isso, muitos pais e cuidadores desistem de realizá-la. Cabe, então, entender que hábitos são construídos gradativamente e, de modo semelhante, as conquistas são aos poucos percebidas. Persistência e criatividade são duas características que imperam para tal: estimule a criança tornando lúdico e afetuoso o momento da escovação; certamente, o ato será mais prazeroso.

ATENÇÃO

O conhecimento das técnicas de higienização bucal, aplicáveis a esta faixa etária é imprescindível no desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção de Saúde Bucal; afinal, o TSBs tem competência regulamentada por lei para prover pais e cuidadores de orientações específicas.



A dúvida que pode existir agora é como realizar a higienização das estruturas da boca. A técnica é bastante simples:

• quando da ausência total dos dentes, até a presença de incisivos e caninos, use uma dedeira de silicone específica para esse fim, uma gaze ou uma fralda macia e limpa, embebida em água filtrada e/ou fervida; limpar delicadamente os roletes gengivais, a língua, as bochechas e as comissuras labiais (cantos da boca);

• quando da presença dos molares decíduos o uso da escova se faz necessário, tendo em vista a anatomia da mesa oclusal, cheia de sulcos e saliências; o gel (preferencialmente) ou creme dental, ambos sem flúor, não é imperioso, optando-se por sua introdução apenas quando a criança consiga cuspir, o que minimiza as chances de deglutir o produto.

DICA PRÁTICA



Criar historinhas simples e curtas ou frases de efeito têm resultado positivo, porém gradativo, com crianças.

Exemplos: com a voz calma e suave, dizer baixinho para a criança: 'depois de mamar/comer e ficar forte, a gente vai limpar a boquinha para os dentinhos nascerem fortes como você'.

É importante, na fala direcionada a criança, o uso de termos positivos; evite expressões negativas como 'não pode', 'não faça', entre outras; adjetivos que também remetam a conotações negativas devem ser evitados, a exemplo de sujo, podre.

DICA PRÁTICA



As escovações em grupo apresentam resultados de estímulo muito concreto, pois uma criança motiva a outra no desenvolver do ato, o qual deve ser sempre supervisionado e numa relação máxima de cinco crianças para um TSB.

Ainda em relação a essa temática, dois pontos merecem consideração:

• a higienização bucal após a amamentação noturna é uma necessidade, pela diminuição da capacidade de autolimpeza promovida pela saliva, face a redução do fluxo salivar durante o sono;

• pacientes com necessidades especiais devem higienizar ou ter sua cavidade bucal higienizada, independente da limitação ou comprometimento que apresente: o importante é manter uma higiene satisfatória para que a

presença de biofilme e suas consequências não se somem a outros aspectos próprios da condição que o torna especial. Maiores considerações serão tecidas posteriormente, voltado à abordagem a esses usuários.

b. Como Pode Ser Feita a Abordagem ao Bebê

Um aspecto muito importante que deve ser levado em consideração na estratégia de atenção aos bebês é a abordagem. Na prática, não é aconselhável a abordagem inicial de manipulação direta da boca do bebê. Respeite sua intimidade, aguarde que ele se acostume com sua presença e perceba o ambiente (principalmente os sons e os estímulos visuais). Toque-o nas mãos, acariciando; faça o mesmo na cabeça, bem delicadamente; passe, então para as bochechas, estimulando suavemente: por reflexo, o bebê tende a procurar com a boca aquilo que o acaricia. Faça-o se sentir seguro e estabeleça esse vínculo.

ATIVIDADE PRÁTICA 1

Tipo da atividade: coletiva

Cuidando da Saúde Bucal do Bebê.



Formem grupos e elaborem um roteiro de comunicação para ser utilizado durante as visitas às puérperas, com orientações referentes ao cuidado com a Saúde Bucal.

ATIVIDADE 10

Tipo da atividade: coletiva

Higiene Bucal para Bebês.



Assistam ao vídeo proposto pelo docente sobre higiene bucal para bebês e, em seguida, discutam conforme orientação do docente.

3. ATENÇÃO À CRIANÇA (02 a 09 anos)

3.1 Características da Criança

Durante o primeiro momento de vida (do nascimento aos dois anos), a criança apresenta condutas específicas e inatas, desenvolvidas durante a gestação e representadas pelos reflexos. Gradativamente ela reconstrói suas ações, fruto da

experiência sensório-motora, interage melhor com o mundo que a cerca e compreende que ela faz parte desse universo (PIAGET, 1969).

A partir dos dois anos, a criança desenvolve sua forma de perceber o mundo e se expressar para ele. Agora ela é capaz de interagir melhor com o outro, de verbalizar construções cada vez mais complexas, de pensar, inclusive de maneira mais abstrata. O imitar, o faz de conta, os desenhos e as invenções (mentais ou verbalizadas) são formas de representação que as crianças usam com muita propriedade e são fundamentais para sua aprendizagem e desenvolvimento (FELDMAN; SOUZA, 2011).

Assim, gradativamente, as crianças crescem, adquirem, desenvolvem e aprimoram características que as preparam para cada nova etapa de sua vida.

3.2 Principais Doenças Bucais que Acometem as Crianças

ATIVIDADE 11



Tipo da atividade: coletiva

Direcionando Ideias: Crianças.

Na atividade 5 vocês relembraram conceitos vistos no Módulo II. Com base nas ideias socializadas com os demais colegas de turma, apontem e discutam aspectos específicos delas decorrentes, relacionados aqui com a abordagem às crianças.

a. Doença Cárie

Os aspectos da doença cárie na infância assemelham-se àqueles abordados para os bebês. A cárie precoce da infância é o ponto chave de observação por parte da equipe de Saúde Bucal, tendo em vista que os fatores de risco são bem evidentes, sobretudo o padrão de higiene bucal (pela dependência de um adulto) e as práticas alimentares inadequadas (pela frequente ingestão de carboidratos fermentáveis). Somam-se a esses fatores outros mais específicos dessa fase, como a imaturidade do sistema imunológico, bem como do esmalte dentário recém erupcionado, em comparação com idades mais avançadas.

De acordo com as diretrizes atuais da Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), considera-se que a doença cárie precoce da infância está presente na criança quando um ou mais dentes encontra(m)-se cariado(s) (com ou sem cavitações), extraído(s) (devido à doença) ou restaurado(s). Se os índices ceo-d aos 3,4 e 5 anos forem, respectivamente, iguais ou superiores a 4, 5 e 6, considera-se que a criança apresenta um quadro severo de cárie precoce da infância.

b. Traumas

O explorar do ambiente, como mencionado na atenção aos bebês, configura-se como ponto importante de justificativa para a ocorrência dos traumatismos dentários.

De modo semelhante, porém agora de forma mais intensa, tais traumas apresentam características específicas para as crianças na faixa etária dos 02 aos 09 anos. Na idade pré-escolar, ainda são comuns as quedas e colisões no próprio ambiente doméstico, onde a criança passa a maior parte do tempo; já na fase escolar, são corriqueiros os acidentes na escola, no parquinho e, sobretudo, aqueles envolvendo bicicletas, patins, skates.

Outro aspecto que se soma às causas desses acidentes é a prática esportiva, principalmente os esportes com contato físico, como futebol, handebol, lutas marciais, entre outros. Se tal prática ocorrer sem que equipamentos de proteção adequados sejam utilizados, os riscos aumentam, tornando a criança mais vulnerável ao trauma.

Os traumas mais comuns em crianças nessa faixa etária são as fraturas dentais, as luxações laterais, a intrusão, a avulsão, e as lesões no lábio superior e no queixo.

Por fim, há de se considerar também que o abuso físico na infância é algo expressivo e digno de atenção por parte da equipe de Saúde Bucal (BORDIN et al. 2006), pois estudos indicam que os traumatismos orofaciais estão presentes em mais de 50% das crianças que sofrem abuso (HALPERN, 2010).

3.3 Promoção em Saúde Bucal da Criança

a. O Que Deve Ser Abordado

ATIVIDADE 12

Tipo da atividade: individual e coletiva

O Barco da Promoção em Saúde Bucal para Crianças.



Lembram do barco da promoção em Saúde Bucal para bebês, trabalhado na atividade 8? Vamos alimentá-lo mais um pouco! Escreva, individualmente, em uma tarjeta uma sugestão de tema relacionado à promoção em Saúde Bucal para crianças e procedam o restante da atividade conforme orientações do docente.

Os dentes decíduos, os dentes permanentes e a dentadura mista

Na abordagem ao ciclo de atenção ao bebê, foi apresentado que, ao final dos 24 meses de vida, todos os incisivos, caninos, primeiros molares decíduos estão presentes na cavidade bucal. Alguns meses mais tarde completa-se o irrompimento dos últimos dentes decíduos, os segundos molares superiores (entre os vinte e quatro e os trinta meses).

Por volta dos três anos, todos os dentes encontram-se em posição e função na cavidade bucal e assim permanecerão até os seis anos, aproximadamente.

Dois aspectos merecem ênfase nesta fase:

• espaços primatas: compreende os diastemas existentes entre canino e lateral decíduo superior e entre primeiro molar e canino decíduo inferior. Tais espaços representam os remanescentes evolutivos dos ancestrais da espécie humana, nos quais os caninos eram mais proeminentes;

• diastemas interincisivos: são espaços que começam a aparecer entre os incisivos superiores e inferiores na criança por volta dos cinco anos de idade, como resultado do crescimento transversal dos maxilares. Tais espaços somam-se aos diâmetros mésio-distal dos incisivos decíduos para, no conjunto, prover o espaço requerido pelos incisivos permanentes para irromper no meio bucal, uma vez o diâmetro mésio-distal desses é maior.



ATENÇÃO

Se por volta dos seis anos a criança não apresentar os diastemas interincisivos, bem como se estiverem ausentes os espaços primatas, é provável que ocorra falta de espaço para a troca dos dentes.

Por volta dos seis anos, os primeiros molares permanentes irrompem na boca, episódio que marca o início do período de aproximadamente sete anos em que dentes decíduos e permanentes estão presentes na cavidade bucal: a dentadura mista. Apesar de já ter sido apontado que os dentes "de leite", como são comumente designados, guardam espaço para os seus sucessores permanentes, é fundamental salientar que os molares permanentes não possuem antecessores, ou seja, nascem distalmente aos segundos molares decíduos.



ATENÇÃO

Muitos adultos negligenciam os cuidados com os primeiros molares permanentes por entenderem que serão substituídos em algum momento posterior.

Na sequência cronológica de substituição dos dentes decíduos pelos permanentes, percebe-se que, após os incisivos centrais inferiores, os demais dentes irrompem como apresentado na figura 2.

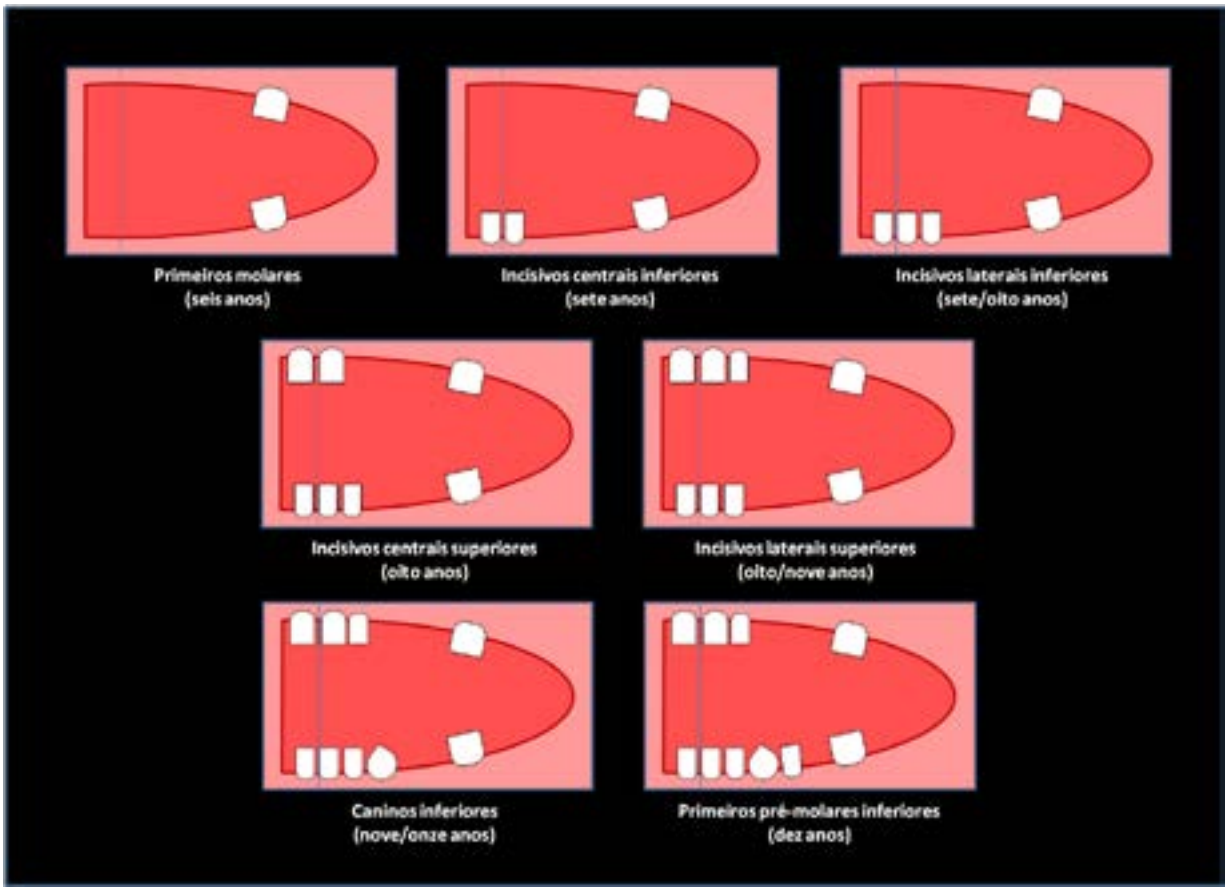


Figura 2: Cronologia de erupção dos dentes permanentes durante a infância.

Um período característico da dentadura mista é a fase do "patinho feio", que pode perdurar dos 8 aos 12 anos, aproximadamente. É assim chamada porque a aparência da conformação dentária ântero-superior da criança apresenta-se desfavorável, com dentes mais proeminentes, diastema central e divergência do longo eixo dental para incisal (figura 3). Essa é uma fase fisiológica e suas características tendem a desaparecer com a erupção dos dentes posteriores e caninos permanentes, pois, com esse movimento eruptivo e, sobretudo, pelo crescimento maxilar, os dentes movimentam e reposicionam-se, corrigindo o aspecto de "patinho feio".



Figura 3: Aspecto da inclinação dentária ântero-superior durante a fase do "patinho feio".

Fonte: http://odontogeral.kit.net/analisedadenticaomista.html

Curiosidade

A fase do patinho feio, referida na Odontologia por Broadbent, em 1937, remete à famosa obra do escritor dinamarquês Hans Christian Andersen – 'O patinho feio', na qual um pequeno cisne nasce em meio a uma ninhada de patinhos. Por ser diferente, ele é rejeitado e debochado por todos. Por várias vezes o patinho foge para ficar longe daqueles que o deixavam infeliz e, sozinho, ainda enfrenta o frio do inverno. No entanto, quando chega a primavera, o "patinho feio" se redescobre, percebe que nos últimos meses ele mudou: agora é um belo e majestoso cisne e se une a um bando de iguais, sendo saudado com boas vindas.

ATENÇÃO

A presença de diastemas na dentição decídua não implica, necessariamente, na existência de espaços adequados para a irrupção dos dentes permanentes; no entanto, se ocorrerem apinhamentos na dentição decídua, existe a possibilidade de também ocorrer nas dentaduras mista e permanente. (BISHARA; JAKOBSEN, 2006)

Outro aspecto que merece destaque quando da abordagem da dentadura mista é o espaço livre de Nance ou 'leeway space', como é mais conhecido (Figura 4). Trata-se de um espaço que surge com a erupção dos primeiros molares permanentes, pelo menor diâmetro mésio-distal desses em relação aos molares decíduos (seus antecessores). De fato, esse é um recurso que facilita a engrenagem correta dos primeiros molares permanentes (oclusão em Classe I de Angle). Na prática, o espaço é maior na arcada inferior (3,4 mm), quando comparado com a arcada superior (1,8 mm).

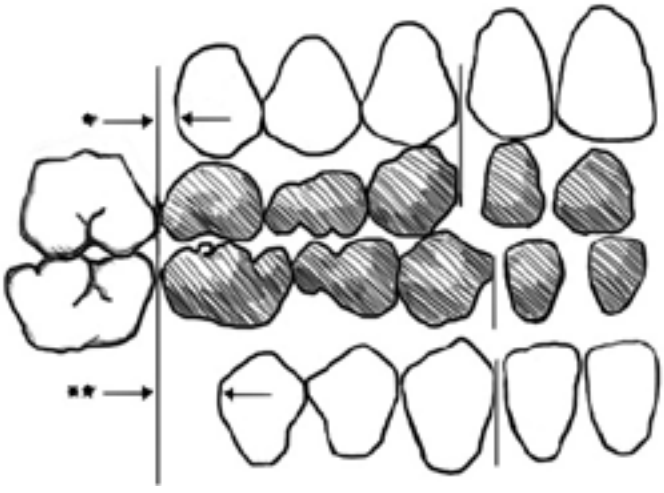


Figura 4: Espaço Livre de Nance o u Leeway Space.

Fonte: http://www.uic.edu/classes/orla/orla312/OCCREVIS.htm

ATIVIDADE 13

Tipo da atividade: coletiva

A Fase do "Patinho Feio" I

Assistam ao vídeo proposto pelo docente.e discutam em grupo utilizando os seguintes questionamentos:



1. Qual a sua opinião sobre o título dado a essa fase?
2. Você consegue fazer alguma relação do filme apresentado com a fase denominada Patinho feio? Justifique.
3. Qual é a síntese da história contada pelo filme?
4. O que os produtores do filme tentaram nos contar?
5. Você assimilou/aprendeu alguma coisa com este filme? O quê?

ATIVIDADE COMPLEMENTAR: coletiva

A Fase do "Patinho Feio" II



A fase do patinho feio pode desencadear comportamentos de timidez, tristeza, vergonha, entre outros, por ser o aspecto visual temporário da dentição da criança diferente do padrão de beleza socialmente aceito para o sorriso. Adjetivos como "dentão", "Mônica*", "abridor de garrafa", "dentes de cavalo" são comuns nesse período, muitas vezes advindos de adultos, notadamente os pais ou outros familiares mais próximos.

Nesse sentido, a Equipe de Saúde Bucal tem papel importante de esclarecimento sobre a normalidade da condição e, principalmente, sobre os cuidados com a higiene bucal nessa época. Com base nessas considerações, dividam-se em três grupos e discutam sobre o roteiro de uma pequena dramatização que retrate uma situação afim. Ao final, cada grupo deve encenar sua criação.

Hábitos Deletérios

A infância é um período marcado por intenso e constante crescimento e desenvolvimento do complexo craniofacial. Em função disso, a existência de determinados hábitos deletérios pode acarretar modificações estruturais buco-maxilo-faciais, que, por sua vez, podem comprometer a estética facial e a função das estruturas bucais. Entre os principais hábitos deletérios encontram-se:

- respiração bucal: quando o usuário apresenta as vias aéreas superiores obstruídas, o mesmo é forçado a respirar pela boca e, em decorrência disso,

percebe-se que os lábios mantêm-se entreabertos e a língua permanece apoiada na mandíbula, sem tocar o palato;

• sucção prolongada (dedo e chupeta): quando a sucção persiste além das necessidades nutricionais e emocionais, alterações musculares peribucais podem ocorrer, com consequente desencadeamento de deformidades dento-alveolares, notadamente a mordida aberta anterior e mordida cruzada uni ou bilateral;

• onicofagia (hábito de roer unhas) e mordedura de objetos: esses hábitos desencadeiam alterações localizadas, principalmente as más posições dentárias e os desgastes dentários na borda incisal; entretanto, a depender da magnitude desse desgaste, podem ocorrer problemas maiores relacionados ao desajuste na engrenagem dos dentes;

• posturas incorretas: dormir com o rosto sobre o travesseiro e/ou braço ou mão, bem como sustentar a cabeça com auxílio das mãos podem promover pressões anormais locais que concorrem para o crescimento e desenvolvimento assimétricos da face e da arcada dentária;

• hábito de morder os lábios: pressões anormais habituais desse tipo podem desviar o crescimento e desenvolvimento da face e da arcada dentária.



ATENÇÃO

Para que um hábito promova alguma alteração em determinada estrutura, é necessário que haja a interação de três fatores: frequência, duração e intensidade.

Alimentação Saudável

Esse ciclo compreendido entre os dois e os nove anos de idade representa um momento importante na vida da criança no que diz respeito à aquisição de hábitos alimentares saudáveis. Nessa época, a alimentação da criança tende a se aproximar daquela consumida pela família. No entanto, é importante salientar que existem particularidades voltadas a períodos mais específicos dentro desse ciclo, como segue.

Na fase pré-escolar (dos 2 aos 6 anos de idade), a criança deve ser estimulada a experimentar alimentos variados, como sugerido aos seis meses de idade; de fato, deve haver aqui uma continuidade na oferta diversificada de alimentos, considerando suas qualidades nutricionais e energéticas. É importante salientar que nessa fase há uma diminuição do apetite das crianças, muitas vezes identificada pelos pais como um problema; isso é algo comum, tendo em vista a redução na velocidade de crescimento das mesmas. Além disso, as facilidades físicas e motoras que elas têm agora para conhecer e explorar o mundo também se somam para desviar seu interesse pela alimentação.

Na fase escolar (dos 7 aos 10 anos), a criança volta a vivenciar um momento de crescimento e desenvolvimento físico e intelectual intenso. Os hábitos alimentares saudáveis devem ser mantidos e, considerando que nessa fase a socialização é maior (a escola) e gradativamente ocorre uma diminuição da dependência dos pais, deve-se também trabalhar a questão da responsabilidade nas escolhas alimentares, sobretudo fora de casa, priorizando os alimentos saudáveis.

Dois aspectos gerais sobre a alimentação saudável para ambas as fases incluem o incentivo quanto ao consumo de alimentos que favoreçam a mastigação e a limpeza dos dentes, bem como daqueles adoçados naturalmente (frutas e leite); em ambos os casos, há um benefício para o usuário em termos preventivos quanto à etiologia da doença cárie.

A escolha em termos de alimentação saudável não é algo que ocorra apenas quando as crianças se socializam; ela se dá desde o início da vida dos sujeitos. Nesse sentido, é importante ressaltar a questão dos hábitos, pois se aprende o que é visto, sobretudo nessa época e, dessa forma, a conscientização quanto à alimentação saudável para a criança passa pela conscientização dos pais.

Higiene Bucal

A infância é o momento ideal para o desenvolvimento de hábitos de higiene bucal adequados. Nesse sentido, embora a responsabilidade da escovação seja dos pais ou cuidadores, é salutar que a criança seja estimulada desde cedo ao ato, uma vez que o aprimoramento da habilidade motora é gradual.

DICA PRÁTICA



Uma forma interessante de estimular a criança é permitir que ela escove os próprios dentes num primeiro momento para, em seguida, os pais ou cuidadores complementarem a escovação.

ATENÇÃO



Algumas crianças mostram-se muito resistentes à prática da escovação. Inclua-a em grupos para escovação supervisionada para favorecer essa prática. Além disso, oriente os pais e/ou cuidadores a convidar a criança para juntos escovarem os dentes, tornando lúdico o ato (cada um escova os próprios dentes; um escova os dentes do outro).

Alguns pontos merecem especial atenção:

• a escova deve apresentar tamanho compatível com a idade da criança e, especialmente, com a cavidade bucal, permitindo alcançar todas as superfícies sem riscos de traumas;

• a cabeça da escova deve possuir tamanho pequeno e cerdas macias com extremidade arredondadas;

• a quantidade de dentifrício a ser utilizada é a mínima possível (o equivalente à metade de um grão de feijão);

• dentifrícios fluoretados devem ser evitados até os seis anos. Na impossibilidade, a escovação deve ser realizada sob a supervisão de um adulto ciente do risco de ingestão do produto;

• o uso do fio dental deve igualmente ser estimulado desde cedo.

Maus Tratos contra Crianças



A violência contra as crianças é um problema de Saúde grave e deve se constituir em objeto de vigilância permanente por parte dos profissionais de Saúde, que são privilegiados pela sua função em poder avaliar os infantes e perceber incoerências entre a presença de lesões ou ferimentos em épocas diversas, e explicações discordantes ou inadequadas fornecidas pelos pais.

Os maus tratos podem ocorrer em termos de negligência, representada por abandono e/ou não-oferecimento de necessidades básicas; e/ou de abuso físico, emocional ou sexual, de modo a desencadear ferimentos/lesões ou dano emocional significativo na criança. Traumatismos dos tecidos moles e duros, queimaduras, lacerações, fraturas, marcas de mordida, hematomas, cicatrizes persistentes, entre

outras podem estar associadas a abuso físico. Eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa e lesões condilomatosas nos lábios, língua, palato, face ou na faringe, como provável manifestação doenças sexualmente transmissíveis, quando associadas a comportamentos impróprios, podem sinalizar abuso sexual (MASSONI et al., 2010).

Diante da discussão mundial acerca da problemática relacionada ao tema, bem como pela realidade preocupante apresentada pelos dados epidemiológicos, o texto da Constituição Brasileira, no artigo 227, trouxe aspectos que asseguram direitos às crianças e aos adolescentes, os quais deixam de ser vistos como propriedade dos pais. Em 1990, com a Lei Federal nº 8069, foi implementado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assegurando-se os direitos especiais e proteção integral à criança e ao adolescente e tornando compulsória a notificação, por parte do profissional de Saúde, de casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos no sistema público de Saúde ou em consultórios particulares. Anos mais tarde, em 2001, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e de Redução da Violência e dos Acidentes na Infância e Adolescência, ratificando aspectos ora discutidos e definindo estratégias e políticas para todas as instâncias governamentais. (PIRES; MIYAZAKI, 2005; MASSONI et al., 2010).

Em caso de suspeita de maus-tratos contra a criança, deve-se comunicar ao Conselho Tutelar do município, para que procedimentos cabíveis e regulamentados por lei sejam desencadeados.



ATENÇÃO

Deixar de notificar o caso suspeito é considerado omissão e está sujeito à penalidade.

b. Como Pode Ser Feita a Abordagem

No geral, três considerações merecem destaque quanto ao trabalho da equipe de Saúde Bucal com as crianças, independente da idade:

- a ansiedade e o medo são dois aspectos presentes no contato direto com os usuários nesse ciclo de vida e, muitas vezes o choro é uma consequência; é importante descobrir por que a criança chora, se por medo, dor, birra ou outro motivo, e procure não a reprimir por tal ato;

- as posturas por parte da equipe merecem ser apontadas quando da abordagem às crianças: procure não mentir para a criança; se um determinado procedimento pode provocar alguma sensação incômoda, por menor que seja, é preferível que ela saiba antes de o mesmo ser iniciado para que ela se prepare, evitando que o mesmo não se caracterize como elemento surpresa;

• conquiste a confiança da criança; se essa relação for estabelecida, todo o trabalho será favorecido.

Essas posturas simples dialogam melhor com a visão do usuário enquanto ser integral e deixam de lado posturas repressivas que contribuem para comportamentos de não adesão ao tratamento, bem como para a construção de uma experiência negativa em relação ao tratamento odontológico.

c. Locais para Realizar Atividades Preventivas

Como a variação temporal nessa fase é muito ampla, dos dois aos nove anos, os locais para a realização das atividades preventivas são distintos. No início, quando a criança encontra-se ainda na fase pré-escolar, a abordagem deve ser feita no seio familiar ou em grupos comunitários que mantenham essa característica familiar. Em algumas comunidades, as crianças pequenas permanecem em creches ou escolinhas de recreação, locais onde as atividades preventivas devem ser desenvolvidas, sem deixar de lado a abordagem aos pais. Quando as crianças já estiverem na escola, o ambiente é o indicado por levar em consideração as características comuns que favorecerão o processo preventivo. Em todo e qualquer momento, pais e professores devem também participar dessa partilha de conhecimentos, uma vez que os mesmos são atores representativos nas vidas das crianças.

4. ATENÇÃO AO ADOLESCENTE (10 a 19 anos)

ATIVIDADE 14

Tipo da atividade: coletiva

Adolescente é...



Formem duplas e completem a frase 'adolescente é...' com algum termo, frase ou expressão que denote a concepção que vocês têm sobre essa fase.

4.1 Características da Adolescência

Adolescência é um termo genérico utilizado para representar cientificamente as alterações biopsicossociais que ocorrem no desenvolvimento humano no ciclo de transição entre a infância e a idade adulta. Do ponto de vista sócio-cultural, são esperadas atitudes e comportamentos característicos de ambas as fases, numa forma de adequação do sujeito, enquanto ator-social, aos modelos de representação perante a família e, sobretudo, a sociedade. Esses moldes englobam as competências e os papéis a serem desempenhados pelo jovem para, gradualmente, assimilar as facetas do mundo adulto.



Como dito, o ciclo da adolescência é marcado por mudanças físicas, emocionais e sociais. No aspecto físico, é durante este ciclo que os jovens atingem a estatura adulta, aumentam o peso corporal (com dependência direta da qualidade da alimentação e estilo de vida) e desenvolvem os caracteres sexuais primários (os órgãos sexuais em si) e secundários (gônadas, genitália, pelos pubianos e axilares, menarca, primeira ejaculação). Todas essas alterações são coordenadas por ação hormonal específica, de sorte a regular o metabolismo corpóreo.

ATENÇÃO

Apesar de as mudanças típicas da adolescência ocorrerem segundo um padrão descrito pela literatura científica, isso não é uma regra! O ambiente, o tempo e a cultura influenciam muito nesse momento e tais características variam entre os povos.



Na esfera emocional, escutamos comumente que os adolescentes podem[1] vivenciar momentos de conflitos, confusão e surpresas, diante das novas experiências por que passam em tão pouco tempo. A força física aumenta, a independência e as responsabilidades são maiores, os impulsos sexuais são evidentes e há a busca pelo outro. Essa atitude mais "ativa" repercute sobre o modo de pensar e se expressar, com posturas mais críticas e, em alguns, características de rebeldia. Seguir tendências ou modismos e receber conselhos de seus pares são condições mais plausíveis nessa fase, em detrimento da escuta de adultos. Diante disso, é possível afirmar que a adolescência é mais um fenômeno psicológico para que se estruture e se estabeleça a identidade do jovem.

Essa é uma forma de vivenciar a adolescência, pois o "ser adolescente" é uma experiência/vivência que se produz, também, pelo contexto social e que difere entre as sociedades e mesmo dentro da própria sociedade.

No campo social, as mudanças se produzem de modo a constituir o novo lugar social do indivíduo, que geralmente vem acompanhado do rompimento com o sistema de códigos culturais que fazem parte do repertório de significados iniciais de sua família.

Diante desse panorama, reconhece-se uma continuidade dos significados relacionados ao crescer e, por isso, a equipe de Saúde Bucal deve reconhecer tais valores atribuídos nessa fase para continuar o trabalho de promoção de Saúde iniciado na infância e reforçar os aspectos de autocuidado com a Saúde Bucal, assumindo como positiva a independência que muitos adolescentes consideram importante.

4.2 Principais Doenças Bucais que Acometem os Adolescentes

ATIVIDADE 15

Tipo da atividade: coletiva

Direcionando Ideias - Adolescentes



Na atividade 5 vocês relembraram conceitos vistos no Módulo II. Com base nas ideias socializadas com os demais colegas de turma, apontem e discutam aspectos específicos delas decorrentes, relacionados agora com a abordagem aos adolescentes.

a. Doença Cárie

Como já fora dito em outro momento, as manifestações clínicas da doença não diferem de sua apresentação clássica, com lesões confinadas principalmente às superfícies oclusais e interproximais. No entanto, uma peculiaridade marca a fase da adolescência: os dentes permanentes posteriores (que por si só são mais vulneráveis à cárie, pela anatomia complexa) apresentam-se em níveis diferentes, tomando-se como parâmetro o plano oclusal já estabelecido pelos incisivos e primeiros molares permanentes. Assim, haverá uma dificuldade de acesso aos pré-molares e, sobretudo, aos segundos molares.

É interessante ressaltar que nesse ciclo os hábitos alimentares são, normalmente, desfavoráveis, com grande consumo de carboidratos (sem contar a ingestão de bebidas gaseificadas!), associado a higiene bucal inadequada (quantitativa e qualitativamente).

Reforçar as orientações sobre autocuidado, com ênfase para a peculiaridade acima citada, é o ponto chave na abordagem preventiva. Profilaxia e aplicação tópica de flúor são ações que o TSB pode realizar, após avaliação clínica feita pelo cirurgião dentista e estabelecimento do plano de tratamento.

b. Doença Periodontal – Periodontite Juvenil

O mesmo raciocínio utilizado para a doença cárie é aplicado à doença periodontal: o jovem geralmente apresenta dieta e higienização inadequadas, o que favorece a formação

e maturação do biofilme dental bacteriano, fator etiológico primário de ambas as doenças, embora os microrganismos envolvidos sejam diferentes. No entanto, durante a puberdade, as alterações metabólicas e morfológicas que ocorrem ao nível de tecido gengival, face ao maior aporte de hormônios circulantes, promovem uma reatividade mais acentuada aos agentes agressores, notadamente o biofilme dental bacteriano, as restaurações com excessos marginais e/ou os dispositivos ortodônticos. Diante disso, assume-se que "a gengivite é praticamente universal" nesse ciclo (SOARES et al., 2009. p.24).

Os mesmos autores salientam ainda que a doença periodontal na adolescência "surge nas suas formas mais leve ou moderada, raramente originando desconforto" (SOARES et al., 2009. p.28), conquanto não descartam a possibilidade de evolução para formas mais graves com o passar do tempo, caso mantidos os fatores etiológicos.

É importante atentar para um detalhe comum nesse ciclo: muitos adolescentes referem não escovar os dentes para 'não machucar mais a gengiva', pois atribuem, erroneamente, o sangramento gengival ao trauma da escova ou fio dental. Tal conduta coloca o jovem num ciclo vicioso, como mostrado na figura 5.



Figura 5: Ciclo vicioso do comportamento do adolescente frente à instalação e progressão da doença periodontal.



Curiosidade

Você sabia que deficiências nutricionais podem favorecer a instalação e progressão de doença periodontal, uma vez que a má nutrição concorre para a diminuição da resistência do hospedeiro à infecção.

c. Traumas

Durante a adolescência, de modo semelhante ao salientado na infância, existe um risco maior de traumas envolvendo a boca e os dentes. As causas dos traumas variam muito, sobretudo em função de fatores locais, culturais e sociais, e são representadas por quedas, envolvimento em brigas, acidentes esportivos ou de trânsito. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2011; KLOSTER, 2011).

Especial atenção deve ser dada aos jovens com dentes anteriores protuídos, usuários de piercing bucal e/ou que praticam esportes sem uso de protetores faciais e bucais, por serem esses fatores que aumentam os riscos de trauma maxilo-faciais. Em relação a esses traumatismos, a depender do tipo e da intensidade ou gravidade do trauma, podem ocorrer lesões nos tecidos moles da face/boca, fraturas dos ossos que compõem o esqueleto crânio-facial, bem como luxações, fraturas, trincas ou avulsões dentárias. Em qualquer dos casos, o dano é passível de desencadear alterações estéticas e funcionais que, notadamente, afetam a integridade física, funcional e/ou emocional do usuário.

Na abordagem preventiva aos adolescentes quanto à temática de traumatismos craniofaciais é importante que sejam abordadas informações relacionadas aos riscos com acidentes, necessidade de uso de equipamentos de proteção e adoção de comportamentos seguros.

4.3 Acesso aos Serviços de Saúde Bucal: Programa Saúde na Escola

Vocês já viram no inicio do Módulo III que o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, "com finalidade de contribuir para a formação **integral** dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à Saúde" (BRASIL, 2007). Percebe-se nisso uma integração e articulação entre educação e Saúde, de modo a melhorar a qualidade de vida da população brasileira, uma vez que alguns entraves ao desenvolvimento das crianças e jovens da rede pública de ensino serão abordados.

A visão de integral aponta como termo qualificativo, expressando algo total, inteiro, global. Remete ao princípio da integralidade enquanto conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de Saúde.
(NARVAI, 2005)

A equipe de Saúde Bucal entra nesse cenário por entender que a condição bucal dos jovens apresenta repercussões não só físicas, mas também sociais e emocionais. Além disso, essa é uma forma de por em prática a concepção do usuário como um ser integral.

A escolha do espaço escolar para a realização do programa deu-se em função de ser a escola a área institucional voltada ao desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e que "cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas" (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

ATIVIDADE 16



Tipo da atividade: coletiva

Prevenção de Doenças Bucais na Adolescência

Preparem, em grupo, um roteiro de palestra sobre prevenção de doenças e doenças bucais na adolescência e, ao final, apresentem para o grupo.

4.4 Promoção em Saúde Bucal do Adolescente

ATIVIDADE 17



Tipo da atividade: individual e coletiva

O Barco da Promoção em Saúde Bucal para Adolescentes.

Vamos, mais uma vez, alimentar o barco da promoção em Saúde Bucal? Escreva, individualmente, em um papel uma sugestão de tema relacionado à promoção em Saúde Bucal para adolescentes e procedam o restante da atividade conforme orientações do docente.

a. O Que Deve Ser Abordado

Os Dentes Permanentes

Para completar a dentição permanente, a partir dos onze anos de idade começam a irromper na boca os últimos dentes permanentes, iniciando pelos primeiros pré-molares superiores. Como mostra a figura 6, até os doze anos, aproximadamente, quase todos os dentes encontram-se na cavidade bucal, restando apenas os terceiros molares que, se presentes, poderão irromper entre os dezoito e os trinta anos.

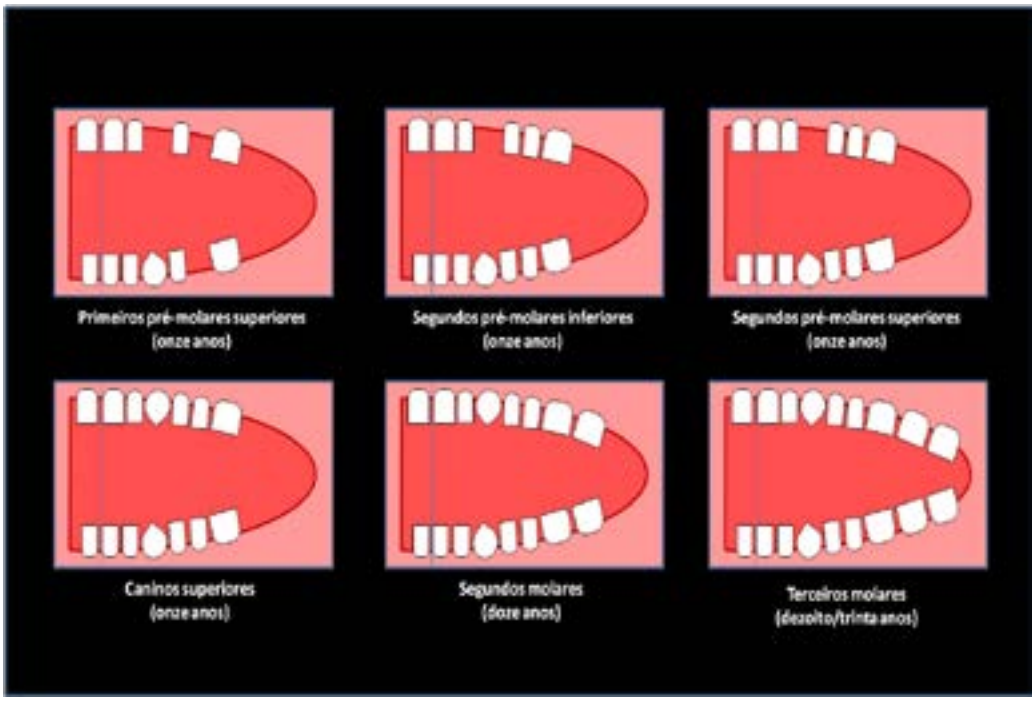


Figura 6: Cronologia de erupção dos dentes permanentes durante a adolescência.

Doenças Bucais e Doença Sexualmente Transmissível (DSTs)



Curiosidade

Você sabia que os terceiros molares são os dentes mais acometidos quando se avalia a prevalência de agenesia dentária em humanos (KAZANCI, 2011).

O relacionamento sexual desprotegido (sem preservativo, com troca de fluidos) é um comportamento considerado de alto risco, face às potencialidades de aquisição de doenças transmissíveis pelo beijo e pelo sexo. Esse quadro se agrava ainda mais por não se considerar ou, simplesmente, ignorar os riscos associados ao beijo, bem como só compreender a relação sexual quando há o coito propriamente dito, excluindo o contato oral-genital.

Durante o beijo (relação buco-bucal), bem como na relação sexual oral (buco-genital, buco-anal e buco-genito-anal) sem preservativo, ocorre a troca de fluidos corpóreos e, por conseqüência, de microrganismos habitantes da flora bucal e genital. Como visto no módulo II, quando uma espécie microbiana adentra uma habitat do qual não faz parte, causa um desequilíbrio local. Em indivíduos imunologicamente sadios, esse desequilíbrio é naturalmente auto-regulado e o sujeito não desenvolve manifestações clínicas da infecção; nos casos de comprometimento das defesas imunológicas, o agente invasor prolifera e desencadeia o curso sintomático da infecção.

Dentre as doenças possíveis de serem adquiridas por meio da relação sexual oral sem preservativo, estão incluídas a AIDS, a candidíase, a gonorréia, as hepatites, o HPV, o herpes, a mononucleose (doença do beijo), a sífilis, a tuberculose entre outras.



Curiosidade

Você sabia que a presença de sangramento gengival, aftas ou qualquer outra lesão na boca que exponha o tecido conjuntivo subjacente aumenta potencialmente o risco de contágio e/ou transmissão de doenças.



ATENÇÃO

A abordagem preventiva é imprescindível nesses casos. Por isso, é necessário reforçar com os adolescentes a relevância do cuidado com a Saúde Bucal, seja em termos de higiene diária (escova, creme ou gel e fio ou fita dental), seja nas visitas regulares ao dentista, seja no uso de preservativo.

Práticas Sexuais

Não é de estranhar se neste ponto você se pergunte qual a relação da prática sexual com a promoção em Saúde Bucal. Mas a resposta é muito simples: o modo como a prática sexual é geralmente encarada pelo adolescente e, até mesmo, como ele a pratica, tem repercussões ímpares sobre as condutas odontológicas. A equipe de Saúde Bucal precisa compreender esse processo na vida do adolescente para criar estratégias de acolhimento e abordagens específicas, conquistando-o e fazendo-o se sentir seguro nesse ambiente, de sorte que o diálogo aberto possa ser mantido e omissões sejam desencorajadas. O estabelecimento de uma relação de confiança entre o usuário e a equipe é de fundamental importância para alcançarmos nossos objetivos.

As implicações práticas desse tipo de relacionamento adentram campos específicos, face a pré conceitos estabelecidos. Alguns exemplos simples podem ser listados:

- uma garota que teve sua primeira menstruação (menarca) há pouco tempo e envergonha-se da situação;
- uma garota de 14 anos que já tem vida sexual ativa e utiliza anticoncepcionais, mas o assunto perante os pais é tabu e eles ainda a concebem como virgem;
- um garoto de 16 anos, com vida sexual ativa desde os 13, para se auto-afirmar perante seu grupo, mantém relações sexuais sem camisinha com várias parceiros(as).

Nos três casos, existem condições peculiares que repercutem sobre a condição bucal: as variações hormonais e o aumento da permeabilidade dos vasos sanguíneos menores da mucosa bucal; a diminuição da absorção de vitaminas pelo uso de anticoncepcionais e a possibilidade de sangramento gengival; o comportamento de risco do garoto e a possibilidade de DSTs. O diálogo aberto entre a equipe e o usuário permite que situações adversas sejam identificadas e a abordagem preventiva e/ou terapêutica seja conduzida adequadamente.

Drogas, Fumo, Álcool

O uso de substâncias psicotrópicas é uma prática consagrada na Medicina e com resultados favoráveis, dentro de limites clínicos estabelecidos. No entanto, o acesso fácil a tais substâncias, associado a sua capacidade de alterar o estado mental do indivíduo têm favorecido o uso para fins sociais. Nesse cenário, enquadram-se os adolescentes: na tentativa de fugir da realidade, de sentir-se independente ("adulto", "maduro"), de ser aceito por seu grupo social, ou mesmo para testar os próprios limites cognitivos, muitos jovens recorrem a tais drogas, lícitas ou ilícitas. Segundo a UNESCO, em informações apresentadas por Tescarollo e Freire (2007), quatro tipos de usuários posem ser reconhecidos:

- o experimentador: é aquele jovem que, por determinada razão, fez uso da droga em um dado momento e, por motivos outros, não o repetiu;
- o ocasional: é aquele jovem que em eventos especiais, geralmente festas, consome a droga;
- o habitual: é aquele jovem que consome a substância frequentemente e o desenvolver de suas atividades está relacionada ao uso da droga, mas não é ainda dependente;
- o dependente: é aquele jovem que faz uso constante da droga, pois a ação psicoativa da mesma interfere diretamente na vida do usuário ao ponto de seu não uso acarretar em crises de abstinência.

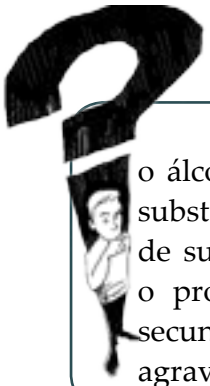
Tão importante quanto reconhecer o tipo de usuário é identificar "o tipo de droga consumida, a circunstância de uso, a frequência e o momento de uso, a personalidade pré-mórbida (que antecede a condição de usuário de droga) e o estado funcional geral do adolescente" (TESCAROLLO; FREIRE, 2007). Tais informações são importantes, pois o consumo de qualquer droga tem influência direta sobre a condição bucal e o tratamento odontológico.

As principais drogas de uso comum entre os jovens e as repercussões sobre as estruturas da cavidade bucal são assim relacionadas:

- cafeína: é uma droga estimulante do sistema nervoso central e está presente em algumas bebidas, como café, refrigerantes à base de cola e energéticos. Seu consumo exagerado concorre para o aparecimento de manchas nos dentes e maior formação de cálculo e erosão dental (notadamente do esmalte), pelo baixo pH. Além disso, interfere na resposta do usuário à anestesia;

• nicotina: essa é uma substância encontrada nas folhas do tabaco e é a principal responsável pela dependência entre os usuários. Uma vez que se apresenta nas formas ácida e alcalina, é capaz de alterar a química da cavidade bucal e provocar efeitos indesejáveis, como manchamentos dentários, alterações pulpares, agressões químicas e físicas às mucosas, alteração no paladar, maior predisposição à formação e acúmulo de cálculo, e ao câncer bucal. Todas essas conseqüências têm contribuição ativa de outras substâncias presentes no tabaco (o alcatrão é uma delas), bem como do calor gerado pela combustão do fumo;

• álcool: bebidas alcoólicas, por serem ácidas, promovem queda do pH bucal; por conseqüência, há alteração na microbiota, aumento no risco de desenvolver doenças periodontais e câncer. Manchamentos e erosão nos dentes e queimaduras nas mucosas são outros efeitos adversos que são possíveis de ocorrer.



Curiosidade

Apesar de não estarem totalmente esclarecidos os mecanismos pelos quais o álcool concorre para o desenvolvimento do câncer bucal, sabe-se que essa substância age sobre a membrana das células e favorece/facilita a passagem de substâncias com poder carcinogênico para o interior celular. Além disso, o próprio álcool, em consumo crônico, promove deficiências nutricionais secundárias e danos celulares (decorrentes dos metabólitos do etanol), fatos que agravam o processo.

ATENÇÃO



O uso crônico associado de tabaco e de álcool potencializa os efeitos apresentados, sobretudo o risco para desenvolvimento do câncer.

• inalantes (cola de sapateiro, lança perfume, éter, malte, gasolina, verniz, entre outros): os danos na cavidade bucal estendem-se desde as queimaduras dos tecidos moles, hipersensibilidade dentinária, até problemas periodontais;

• maconha: um estudo realizado por Thomson et al. (2008) mostrou que o uso freqüente de maconha determina um aumento de quatro vezes na chance desenvolver problemas gengivais e de duas vezes na de perder os dentes por essa causa. Além disso, os autores constataram que a combinação de uso da maconha com o tabaco aumentou o risco dos problemas gengivais em 6% para cada maço de cigarro;

• cocaína: os problemas comumente encontrados nos usuários de cocaína são (a) diminuição do fluxo salivar (xerosromia); (b)maior propensão à doença

periodontal e à cárie, inclusive com perda dental decorrente disso; (c) **atrição,** abrasão e erosão dentárias, com repercussões sobre as ATMs. Alguns usuários esfregam o pó da cocaína na gengiva para potencializar seu efeito, o que provoca uma gengivite marginal. Perfuração do septo nasal e até mesmo do palato duro pode ser observado em usuários que cheiram o pó, por seu efeito vasoconstritor, induzindo isquemia local e posterior necrose;

O consumo abusivo de cocaína induz efeito sobre o sistema nervoso central, o qual estimula a musculatura mastigatória e leva à ocorrência de intenso desgaste dental.

• crack: sinais e sintomas semelhante aos achados nos usuários de cocaína podem ser encontrados nos usuários de crack, incluindo aqui a hipersensibilidade.

Na abordagem a usuários de drogas, é fundamental assegurar ações de redução de danos, de modo a permitir a inclusão social e o rompimento da marginalização dos mesmos. Nas palavras de Queiroz (2001):

> As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de Saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados.

Piercings e Tatuagens

O uso de piercings e tatuagens como adornos no corpo remonta a história da civilização, desde os povos antigos do Egito, Índia e África, e assume, muitas vezes, justificativas que adentram o campo religioso, político e/ou cultural, especialmente como representação de identidade de grupos. Independente da razão que explica seu uso, sempre existirão outros significados e não cabe à equipe de Saúde Bucal contestá-lo.

ATENÇÃO

Melhor do que se opor ao uso do piercing e/ou da tatuagem entre adolescentes é orientá-los quanto aos cuidados necessários, mantendo o adorno longe de riscos potenciais.



Na abordagem dessa temática, é importante que os membros da equipe apontem os aspectos relacionados aos riscos. A decisão de ter o corpo tatuado ou com um piercing passa pela análise desses riscos, como possibilidade de contaminação por microrganismos, desenvolvimento de infecção local, reações alérgicas, cicatrizes indesejáveis, entre outras. Cabe aqui orientar quanto à necessidade de condições de higiene e biossegurança para que

os procedimentos sejam realizados, o que pode ser assegurado pelo certificado de vistoria e liberação da Vigilância Sanitária, da Secretaria de Saúde.

Na região bucal e peribucal, os piercings podem ser instalados nos lábios, língua, dentes e, menos usualmente, nas bochechas, freio lingual e úvula. Essa prática pode levar a alergias, fratura ou desgaste nos dentes, periodontites, halitose (mau hálito), infecções locais e sistêmicas, inflamação severa na língua, trauma nas mucosas, hemorragias, dificuldade na mastigação, deglutição e fonação entre outros. Publicações internacionais relacionam ainda o piercing bucal a doenças como a AIDS e as hepatites B, C e D, além de aumentar o risco do usuário ao desenvolvimento de câncer de boca (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2011).

Se um usuário questiona um membro da equipe de Saúde Bucal antes de colocar um piercing bucal, todas as informações relacionadas a riscos e cuidados devem ser transmitidas; caso o jovem já possua o piercing instalado, a estratégia volta-se à orientação quanto aos cuidados, como seguem:

- para usuários com piercings instalados na língua, bochecha ou lábios:

assegurar que o acessório apresente mobilidade reduzida, a fim de minimizar os traumas nas mucosas;

certificar-se que durante a alimentação o piercing não atrapalhe a mastigação;

realizar a higiene bucal sem o piercing;

higienizar o piercing adequadamente fora da boca;

bochechar soluções antissépticas indicadas pelo cirurgião dentista, após avaliação clínica.

- para usuários com piercings instalados nos dentes:

higienizar bem os dentes com creme/gel, escova e fio dental;

garantir que o piercing e a região dental em volta dele sejam bem higienizados;

bochechar soluções antissépticas indicadas pelo cirurgião dentista, após avaliação clínica.

Gravidez

A gravidez na adolescência é outro assunto relevante nesta fase, pelas implicações dela decorrentes, sobretudo em uma estrutura corpórea muitas vezes ainda não preparada para tal. Os cuidados são os mesmos direcionados às grávidas adultas e serão abordados mais adiante em componente específico. Vale ressaltar que na abordagem à adolescente grávida deve-se respeitar sua idade, não tomando a gravidez como elemento para considerá-la adulta.

Bulimia

Entendida como um distúrbio alimentar no qual a pessoa ingere de modo desenfreado diversos alimentos e, em seguida, induz o vômito, por se sentir culpada pelo acesso de gula, cujas repercussões dar-se-ão no controle do peso, a bulimia é algo preocupante entre os jovens. Tal afirmação sustenta-se na premissa de que nessa fase a busca pelo estabelecimento de uma identidade psicossocial leva o jovem muitas vezes a "atacar" a configuração física do seu ser, de sorte a tentar ajustar sua auto-imagem.

Sob esse prisma, a Odontologia assume papel de destaque, por ser, talvez, a boca (mais especificamente os dentes) o único local de acesso aos sinais clínicos dessa condição e visualização fáceis das mesmas. Ora, se o vômito é induzido, todo o conteúdo estomacal é forçado (por contração muscular) a deixar esse órgão.



RELEMBRANDO

No módulo II, vocês estudaram que o sistema digestivo é composto por diversos órgãos por onde passam os alimentos, a fim de processá-los e deles extrair os nutrientes necessários à constituição do corpo. Assim, após o alimento ser triturado na boca, passa pela faringe e esôfago, em direção ao estômago; após algumas horas, segue pelo duodeno para os intestinos delgado e grosso, para, por fim, ser eliminado pelo ânus.

No trajeto inverso, o bolo alimentar, diluído no ácido do estômago, passa pelo esôfago, faringe e boca, por onde é expelido. O teor ácido é capaz de agredir as mucosas dessas porções do sistema digestivo alto, bem como a superfície dental, notadamente a face lingual ou palatina. Nos dentes, os ácidos induzem a dissolução da matriz mineralizada do esmalte e, em casos mais avançados, da dentina, fato que culmina no desgaste da estrutura, associada ou não à presença de lesão de cárie, na dependência do grau de controle do biofilme dental bacteriano realizado pelo usuário.

Um parêntese merece ser aberto nesse ponto do texto: fato relativamente comum nos episódios de vômito é a higienização bucal com escova e dentifrício, a fim de eliminar o sabor desagradável remanescente. Fecha parêntese.

O papel da equipe de Saúde Bucal, ao se considerar as vertentes preventivas e de promoção de Saúde, estrutura-se no diálogo com os jovens, sensibilizando-os quanto às consequências da bulimia, bem como da necessidade de procurar ajuda psicológica. Além disso, é extremamente importante reorientar as práticas de autocuidado após os episódios de vômito. Ao contrário do que se pensa, não é recomendado escovar os dentes após vomitar, pois o dente, enfraquecido pela agressão ácida, é abrasionado pelas cerdas da escova, o que resulta num desgaste mais acentuado.

A conduta nesse caso deve voltar-se para a neutralização da acidez bucal, mediante bochecho com solução aquosa de bicarbonato de sódio (uma colher de chá de bicarbonato de sódio para um copo cheio de água), durante um minuto. Complementa-se a higienização fornecendo aos dentes quantidades adequadamente concentradas de flúor (íons fluoretos), remineralizando-os e, por consequência, minimizando os danos do desgaste.

DICA PRÁTICA



Na impossibilidade de realizar a neutralização com bicarbonato de sódio e/ou hipermineralização com flúor, recomenda-se a realização de bochechos com água filtrada e/ou fervida, para "diluir" a acidez bucal.

Alimentação Saudável

As transformações físicas, emocionais e sociais por que passam os usuários durante a adolescência repercutem sobre o comportamento alimentar dos mesmos. Nessa fase, o intenso crescimento e as modificações corporais que se seguem determinam a necessidade de ingestão de nutrientes advindos de todos os grupos alimentares (carboidratos; verduras e legumes; frutas; carnes, ovos e grãos; laticínios; lipídeos [óleos e gorduras] e açúcares).

É notório que características individuais do adolescente sejam consideradas, como gênero, idade, preferências alimentares, prática de atividade física, entre outros, de modo a conciliar aceitação, prazer e dieta saudável. No entanto, é importante sensibilizá-los quanto ao discernimento entre um mesmo tipo de alimento e seus benefícios e malefícios. Considerem o exemplo que segue:

Uma determinada porção de batata doce cozida tem o mesmo valor energético (de carboidratos) que outra determinada porção de batata inglesa frita. No entanto, a segunda opção alimentar é menos benéfica para a Saúde, por estar associada à gordura (o óleo da fritura em si) e ao sal, ao passo que na primeira opção o alimento está mais próximo do natural.

ATENÇÃO



Uma alimentação saudável associada à prática de exercício e à higienização bucal adequada repercute de modo benéfico para a Saúde do usuário, com reflexos que adentram as dimensões emocional e social.



Curiosidade

• Alimentos integrais, apesar de possuírem valor energético próximo ao de seus pares não integrais, mostram-se mais benéficos para o corpo, pois o fato de ser integral dificulta o processo de digestão dos carboidratos (torna-o mais lento!). Consequentemente haverá um equilíbrio na disponibilização desse nutriente na corrente sanguínea.

• Alimentos industrializados (por exemplo: ervilhas em conserva) necessitam de substâncias específicas para serem mantidas em embalagens durante seu prazo de validade: os conservantes. O conservante mais comum utilizado na indústria alimentícia é o sal (cloreto de sódio), cuja ingestão diária é restrita a 6 gramas, valor muito abaixo do somatório dos conservantes utilizados em todos os alimentos que comemos durante o dia.

ATIVIDADE 18



Tipo da atividade: individual e coletiva

O que Eu Como? O que Seria Melhor Eu Comer?

Individualmente, liste no seu caderno os alimentos consumidos no dia anterior, por refeição. Na sequência, reúna-se com outros colegas e organize os alimentos listados por grupo alimentar e reagrupe-os em saudáveis e não saudáveis. Ao final, o grupo deverá apresentar os consolidados para a turma e proceder à discussão conforme orientação do docente.

Higiene Bucal

Na adolescência, é comum a negligencia dos jovens em relação à higiene bucal, tendo em vista o dinamicismo característico da fase. Diante disso, é importante reforçar constantemente os conhecimentos adquiridos na infância sobre o tema, de modo que a motivação para o processo seja assegurada. Em relação à técnica de escovação, não existem diferenças em relação àquelas que vocês estudaram no Módulo II. É importante destacar apenas que os movimentos executados sejam suaves, para não traumatizar os tecidos moles adjacentes, e que especial atenção seja despendida na região de transição dente-gengiva, pois as características anatômicas da área favorecem o acúmulo do biofilme dental bacteriano.

Outro ponto a se considerar remete à questão do desnível na posição dos dentes em relação ao plano oclusal, o que dificulta o acesso da escova a determinadas faces dentárias, principalmente a oclusal e a distal. Assim, é salutar que o TSB esteja atento às individualidades da conformação dos dentes na arcada para que orientações mais específicas sejam transmitidas.

b. Como Pode Ser Feita a Abordagem

Na abordagem ao adolescente deve-se assegurar que o interesse e a motivação quanto aos aspectos de Saúde Bucal sejam despertados. Para isso, observe e utilize a linguagem do grupo com que trabalha, tornando fácil a compreensão dos assuntos abordados. Além disso, é fundamental não tratá-los como crianças; instigar a responsabilidade e a independência que eles muito almejam é um ponto favorável. As práticas educativas em grupo também se constituem como fundamentais para a motivação.

Reconhecer as potencialidades, os ganhos, o interesse e não questionar comportamentos ou atitudes contrárias, são estratégias que permitem uma maior aproximação aos jovens, favorecendo o acolhimento, tendo em vista que os mesmos sentem-se mais valorizados.

Para ilustrar a abordagem nesse contexto, observem um exemplo de fala utilizada em uma palestra para adolescentes sobre higiene bucal: 'agora que vocês já têm mais habilidades físicas e não mais dependem de seus pais para realizar a higiene bucal, é

importante que façam numa sequência que vocês não se esqueçam de higienizar nenhuma parte. Afinal, beijo e boca suja não combinam!'.

Escutar as experiências dos jovens é outro ponto que tende a aproximar a equipe.

c. Locais para Realizar Atividades Preventivas

A escola é um ambiente favorável para a realização da promoção de Saúde fora do consultório ou da UBS. Os adolescentes são, de certo modo, territorialistas e, para eles, é mais confortável e sentem mais segurança quando estão no próprio ambiente. Explorar outros ambientes da escola, diferentes da sala de aula, para as práticas educativas pode ter repercussões mais favoráveis, por tornar as ações mais participativas.

Aplicações práticas dessa forma de abordagem podem ser exemplificadas por uma orientação sobre consumo inteligente de açúcar na cantina da escola; uso de jogos com dispositivos pedagógicos para o desenvolvimento de alguma temática específica, entre outros.

5. ATENÇÃO AO ADULTO (20 a 59 anos)

ATIVIDADE 19

Tipo da atividade: coletiva

Somos Adultos, mas não Somos Iguais



No território em que sua equipe presta assistência existem muitas famílias e, em cada uma delas, vários adultos. Tais usuários apresentam características distintas, sobretudo em relação às condições de Saúde/doença, comportamentos, hábitos, trabalho, entre outros. Em grupo, listem características recorrentes, de modo a criar um perfil, e, em seguida, compartilhem com os demais colegas de turma.

5.1 Características do Adulto

O público adulto é composto por pessoas de faixa etária ampla que vai, aproximadamente, dos 20 aos 59 anos. Nesta fase, o indivíduo apresenta um amadurecimento da sua percepção de responsabilidade e, geralmente, adota condutas mais adequadas para a sua Saúde. Contudo, outras preocupações como responsabilidades familiares e profissionais podem passar a ocupar mais o tempo destes usuários e a Saúde geral como também a bucal pode ser deixada um pouco de lado. Assim, é fundamental o papel do



profissional de Saúde Bucal em realizar a busca ativa destes usuários para que os mesmos não procurem as UBS apenas quando apresentarem quadros de dor, como é muito freqüente, mas sim, para prevenção dos agravos mais comuns nesta fase do ciclo de vida.

O grande desafio dos profissionais de Saúde Bucal é buscar mecanismos para sensibilizar estes usuários quanto ao autocuidado com sua Saúde Bucal e buscar mecanismos para atrair e facilitar o acesso deste público à Unidade Básica de Saúde, diante de tantas outras ocupações e prioridades. Isto é dificultado na nossa prática, já que, por muitos anos, as atividades de Saúde Bucal preocuparam-se mais intensivamente com o público escolar na faixa etária de 6 a 14 anos.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com os princípios da universalização do acesso, integralidade e equidade, passou-se a dispensar um pouco mais de atenção à importância da inclusão dos adultos e dos grupos de usuários com outras faixas etárias nos cuidados em Saúde Bucal (BRASIL, 2008).

Atenção especial deve ser dispensada a este público adulto porque nesta fase é comum que algumas patologias sistêmicas comecem a surgir e refletem direta ou indiretamente na Saúde Bucal, como também algumas doenças bucais interferem na Saúde geral do individuo. Por isso, o profissional de Saúde Bucal, ao avaliar um adulto, deve realizar uma boa anamnese, a fim de identificar e diagnosticar precocemente determinadas patologias bucais e/ou sistêmicas, podendo, muitas vezes, necessitar de um trabalho interprofissional com os demais membros da Equipe de Saúde da Família para melhor conduzir o atendimento deste usuário.

Além disso, é de suma importância que seja incluída nas atividades de educação em Saúde, ações voltadas para a sensibilização destes usuários adultos para a prevenção, busca do tratamento e controle dos fatores de risco para as possíveis doenças sistêmicas e suas relações com a Saúde Bucal. Esta sensibilização pode acontecer no acolhimento destes usuários às UBS; no seu ambiente de trabalho (pois eles dificilmente visitam as UBS espontaneamente); durante as visitas domiciliares, mesmo que o objetivo principal não seja este, mas deve-se aproveitar este momento de contato para tentar uma maior aproximação deste grupo de adulto e também nas consultas odontológicas, mesmo que sejam de urgência.

ATENÇÃO



Durante uma visita a puérpera, você pode encontrar no domicilio indivíduos adultos que não costumam ir à UBS. Esse é um ótimo momento para uma atividade educativa daquela família, não só em relação aos cuidados com o bebê, mas também em relação à própria Saúde Bucal e para dar ênfase aos fatores de risco mais importantes.

Um dos temas que devem sempre que possível ser abordado, seja nas atividades educativas em grupo ou individuais é a importância da diminuição do fumo, ou melhor, deixar de fumar para manter a Saúde geral e bucal, e prevenir sérias doenças sistêmicas e bucais (periodontite, câncer bucal).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), o tabagismo está associado a 50 tipos de doenças como câncer e problemas cardíacos e no Brasil, 23 pessoas morrem a cada hora em virtude de doenças ligadas ao tabagismo. Isso porque na fumaça do cigarro possui cerca de, 4,7 mil substâncias tóxicas, sendo a maioria cancerígena.

Os usuários fumantes desta faixa etária devem ser orientados quanto à existência do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), disponível nas UBS, resultado de uma iniciativa do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em parceria com estados e municípios.

Qualquer profissional da Unidade de Saúde pode fazer o encaminhamento dos usuários que desejem deixar de fumar. Este usuário passará por atividades educativas em grupos e individuais, afim de, sensibilizá-lo da importância em abandonar o vício e para que o mesmo receba as informações necessárias ao tratamento. Todo o material de apoio necessário para este programa que será utilizado durante as sessões de abordagem cognitiva comportamental, individual ou em grupo, é enviado pelo Ministério da Saúde aos municípios com Unidades de Saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo. Os profissionais que atuam neste programa, são capacitados para auxiliar os usuários durante o tratamento e na prevenção da recaída. Além disso, estes usuários, quando necessário, receberão medicamentos que serão fornecidos pelo Ministério da Saúde aos municípios com unidades de Saúde credenciadas para abordagem e tratamento do tabagismo (BRASIL, 2004).

5.2 Acesso aos Serviços de Saúde Bucal

Relembrando os modelos assistenciais de Saúde que já foram implantados no Brasil, sabemos que predominou a atenção à Saúde voltada para o escolar. Assim, a atenção à Saúde Bucal dos usuários adultos no sistema público de Saúde, era restrita ao tratamento da dor com utilização de procedimentos mutiladores resumidos às exodontias.

O reflexo destes modelos apenas assistencialistas trouxe a realidade que encontramos hoje nos usuários adultos e idosos, onde observa-se um elevado percentual de pessoas com problemas periodontais e perda de unidades dentárias.

Como observado no texto acima, o usuário adulto tem características culturais e socio-econômicas que dificultam o seu acesso aos serviços de Saúde Bucal, necessitando que os profissionais de Saúde Bucal tenham um olhar diferenciado para este público e busque junto aos outros membros da equipe a melhor forma de atraí-los para as UBS ou até de modo inverso ir ao seu encontro em seus ambientes de trabalho, sociais e religiosos.

Com a inclusão da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, este modelo de Saúde vem sofrendo mudanças e uma delas é a valorização da educação e prevenção em Saúde Bucal, assim como um olhar e planejamento de ações voltado para toda a família e não apenas para os escolares. Além disso, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como referência especializada à atenção básica e implantação e habilitação, bem como dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) o público adulto foi incluído também na atenção odontológica secundária.

5.3 Principais Patologias Sistêmicas Que Acometem os Adultos

ATIVIDADE 20



Tipo da atividade: coletiva

Relatos de Experiências II

No dia a dia do seu trabalho, certamente vocês prestam assistência a usuários adultos. Em um grande círculo, compartilhem com os colegas a dinâmica do atendimento a essas pessoas, conforme as orientações do docente.

Segundo dados do Ministério da Saúde, na fase adulta 11% das pessoas acima de 40 anos são acometidos de Diabetes Melittus e 35% dos adultos acima de 40 anos de hipertensão arterial. Por isso, os profissionais de Saúde Bucal devem estar atentos a estas informações durante a anamnese e tratamentos destes usuários na fase adulta.

a. Diabetes

Como já visto no Módulo II, é uma doença metabólica que se caracteriza por hiperglicemia (aumento anormal da glicose ou açúcar no sangue) e sabe-se que pode ser resultado de defeitos de secreção e/ou ação da insulina. Isso devido a processos patogênicos específicos, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. Geralmente, está associada a complicações, disfunções e insuficiência de alguns órgãos (rins, nervos, coração, olhos, cérebro e vasos sangüíneos) (Brasil, 2006).



RELEMBRANDO

Insulina é um hormônio sintetizado no pâncreas, que é responsável pela promoção da entrada de glicose nas células e atua também no metabolismo de lipídeos e proteínas.

Quando a quantidade de insulina produzida é baixa, a glicose se acumula no sangue e na urina, o que leva a destruição das células por falta de abastecimento levando a ocorrência do diabetes mellitus.

O Diabetes Pode se Manifestar de Dois Tipos Diferentes:

- O tipo 1 (insulinodependente) que é mais comum entre crianças e jovens adultos, os usuários que apresentam esta patologia são incapazes de produzir insulina, é uma doença auto-imune. Estima-se que de 5 a 10% dos usuários com diabetes tenham este tipo da doença. Seus principais sintomas são: fome excessiva, fadiga, vontade de urinar exagerada, muita sede e com grande frequência, perda de peso, fraqueza, náuseas e vômito, mudanças de humor, nervosismo.

- O tipo 2 (não insulinodependente) acomete cerca de 90% dos usuários com a doença. Está relacionado ao fator hereditário, a obesidade e o sedentarismo. Caracteriza-se pela produção constante de insulina pelo pâncreas e a incapacidade de sua absorção, assim as células dos indivíduos não conseguem metabolizar a glicose da corrente sanguínea. Neste tipo 2 os principais sintomas são a visão embaraçada, infecções recorrentes, pés com formigamento, furúnculos e dificuldade na cicatrização das feridas.

Além destes dois tipos de diabetes, existe também o diabetes gestacional, que se caracteriza pela alteração das taxas de açúcar no sangue que surge ou é detectada na primeira gestação. Isso acontece pela produção insuficiente de insulina para a mãe e seu bebê. Em algumas mulheres a doença desaparece após o parto, mas em outras pode persistir por mais tempo.

Estima-se que no mundo 366 milhões de pessoas tenham diabetes. E de acordo com a Federação Internacional para o Diabetes, a doença mata uma pessoa a cada oito segundos. O Brasil é o quinto país do mundo com maior número de pessoas com diabetes e de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes em 2012 no Brasil o número de pessoas com diabetes passa de12 milhões.

Em alguns casos de diabetes o usuário não apresenta sintomas e podem passar muito tempo para descobrir a doença.

Quando o Diabetes não é diagnosticado precocemente e não tratado corretamente pode causar outras doenças como infarto, insuficiência renal, derrame, perda da visão e feridas que não cicatrizam. Apesar do Diabetes ainda ser uma doença incurável definitivamente, existem vários tratamentos disponíveis aos usuários que possibilitam o seu controle e quando seguidos regularmente, proporcionam ao portador desta doença Saúde e qualidade de vida.

Estes usuários com diabetes devem ser acompanhados por uma Equipe de Saúde para que seus níveis de açúcar sejam controlados com medicações e/ou alimentação correta e atividade física frequente. A Equipe de Saúde Bucal deve estar preparada para saber identificar estes usuários e realizar seu plano de tratamento adequado a sua condição sistêmica e quando necessário trocar informações com a equipe de Saúde para melhor conduzir o tratamento deste portador.

A condição bucal deste usuário é com muita fequencia influenciada por sua condição sistêmica e o contrário também é verdadeiro como veremos mais adiante neste componente. É muito comum que os portadores de diabetes relatem que sentem:

- a ocorrência de secura na boca pela diminuição na saliva (xerostomia);

- aumento da halitose em usuário com diabetes descompensado, que se apresenta com um odor característico, similar ao da acetona (hálito cetônico);

- alteração da gustação (no sabor dos alimentos);

- sensibilidade dolorosa na língua;

- às vezes pode ocorrer também inchaço da glândula parótida;

- abcessos recorrentes (na cavidade bucal);

- aumento no número de cáries e doença periodontal.

b. Hipertensão

É uma doença sistêmica onde a pressão do sangue está acima das medidas consideradas normais por um período longo de tempo. Este aumento é causado pela contração das artérias devido à presença de algumas substâncias químicas produzidas pelo próprio organismo. Considera-se hipertensão arterial quando as medidas estão acima de 140 mmHg para a pressão sistólica e acima de 90 mmHg para a pressão diastólica.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é classificada da seguinte maneira:

- Primária - quando a causa não é conhecida;

- Secundária - quando ocorre devido a um problema já conhecido (tumores nas glândulas supra-renais, compressão do parênquima renal, estreitamento de uma parte da artéria, tumores na glândula pituitária ou estreitamento de uma válvula cardíaca).

Esta doença acomete indivíduos crianças, adultos, e idosos, sendo mais comum naqueles acima de 40 anos. Dentre as mulheres ocorre mais rotineiramente naquelas que fazem uso de anticoncepcionais orais, e acomete principalmente pessoas negras e obesas, sejam homens ou mulheres. Além disso, sabe-se que pessoa com doença renal e diabetes tem maior tendência a desenvolver a hipertensão arterial. O processo de envelhecimento também é outro fator que faz com que as artérias fiquem endurecidas e a pressão arterial aumente.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a hipertensão atinge 22,7% dos brasileiros adultos, esse percentual vem aumentando a cada ano devido ao aumento da perspectiva de vida no nosso país, onde hoje observamos um maior número de pessoas idosas. Atualmente, na faixa etária de 18 a 24 anos, 5,4% da população apresenta esta doença.

Os profissionais de Saúde Bucal devem estar atentos para a coleta de informações durante a anamnese que possam levar a suspeita desta doença ou identificar aqueles usuários hipertensos, uma vez que existem algumas particularidades no seu atendimento.

Estes usuários geralmente fazem uso continuo de medicamentos para controlar a hipertensão e isso pode levar a efeitos colaterais no meio bucal, além de interferir direta ou indiretamente nos procedimentos odontológicos (como por exemplo, uso de anticoagulantes, AAS, que podem provocar hemorragia pós exodontia), podem causar interações medicamentosas, hipotensão postural e a alteração de humor dos usuários. Diante destes casos a Equipe de Saúde Bucal deve estar sempre em contato com a Equipe de Saúde da Família e/ou do Cardiologista do usuário quando algumas informações forem necessárias e quando alguns medicamentos forem utilizados ou procedimentos mais invasivos tiverem que ser realizados.

Classificação da pressão arterial em adultos e a recomendação de seguimento

PRESSÃO SISTÓLICA	PRESSÃO DIASTÓLICA	CLASSIFICAÇÃO	SEGUIMENTO
<130	<85	Normal	reavaliar em 1 ano
130 a 139	85 a 89	Normal - limítrofe	reavaliar em 06 meses
140 a 159	90 a 99	hipertensão leve	confirmar em 02 meses
160 a 179	100 a 109	hipertensão moderada	confirmar em 01 mês
> ou = 180	> ou = 110	hipertensão grave	Imediato
> ou = 140	> 90	hipertensão sistólica	confirmar em 02 meses

Os profissionais de Saúde Bucal devem sempre estar atentos à Pressão Arterial (PA) dos seus usuários, medindo-a na primeira consulta, a fim de identificar possíveis hipertensos que nem sabia que possuía a doença, pois a HAS é uma doença, na maioria das vezes silenciosa, ou seja, não tem sintomas e só é diagnosticada em consultas ao médico ou dentista.

ATENÇÃO



Todas as vezes que for aferir a PA do usuário, deve solicitar antes que o mesmo descanse por uns 5 minutos, para que o resultado não seja alterado. É importante também medir em momentos diferentes para confirmar o resultado.

Esta ausência de sintomas faz com que muitos hipertensos, acreditando que estão bem por não sentir nada, abandonem o tratamento ou mesmo digam que não tem esta doença, mas os profissionais de Saúde devem sempre estar atentos e investigar para a detecção precoce. Além disso, estes usuários devem ser orientados que mesmo sem sintomas sua pressão arterial pode estar alta e ele pode correr riscos sérios para a sua Saúde.

Em alguns casos, a depender do estágio da hipertensão e do seu controle, o usuário pode apresentar alguns sintomas como: dor no peito e de cabeça, sangramento nasal, sensação de falta de ar, visão turva, tontura, urinar muitas vezes durante a noite.

c. Doenças Cardiovasculares

São aquelas que acometem o coração e o sistema circulatório, que é composto por veias, artérias e pelos vasos capilares. Estas doenças são causadas pelo acúmulo de gordura na parede dos vasos sanguíneos.

Para que um indivíduo desenvolva esta doença, os principais fatores de risco são:

- **idade:** indivíduos acima de 40 anos;
- **antecedentes familiares:** com histórico de familiares que já apresentaram estas patologias;
- **vida sedentária:** indivíduos que não praticam atividade física;
- **ingestão de alimentos ricos em gordura e sal:** uso rotineiro de alimentos ricos em gorduras, principalmente animal e saturadas e uso excessivo de sal na alimentação;
- **fumo:** indivíduos que são fumantes ou ex-fumantes de qualquer tipo de tabaco;
- **excesso de bebidas alcoólicas:** consumo rotineiro de bebidas alcoólicas;
- **hipertensão arterial:** indivíduos hipertensos, principalmente aqueles não compensados e não acompanhados por profissionais de Saúde;
- **diabetes:** principalmente aqueles não compensados e não seguidores das orientações médicas;
- **obesidade:** indivíduos acima do peso recomendado para sua estatura e idade, principalmente a obesidade abdominal (acúmulo de gordura na região da cintura);
- **estress:** indivíduos que levam vida atribulada ou vivem em situações de stress.

Pelos fatores citados anteriormente, percebe-se que muitos dos nossos usuários atendidos diariamente nos consultórios odontológicos podem ser possíveis portadores destas patologias e podem ainda não ter sido diagnosticados, então os profissionais de Saúde Bucal devem estar atentos aos sinais e sintomas para ajudar na busca ativa destes usuários em conjunto com os outros membros da Equipe de Saúde e encaminhá-lo quando necessário aos profissionais responsáveis pelo diagnóstico e tratamento destas patologias.

Além disso, a Equipe de Saúde Bucal deve trabalhar de maneira prudente e segura para prevenir que possíveis emergências médicas venham a acontecer em seus ambientes de trabalho com estes usuários sejam eles já diagnosticados ou não. E caso venha a acontecer deve estar apta a agir nestas situações.

Prevenção

Como em outras doenças, a prevenção é o tratamento mais adequado para esta patologia. Então nas atividades educativas para os grupos de usuários adultos e idosos é importante também abordarmos estes hábitos saudáveis que ajudarão a prevenir estas patologias tão prejudiciais a Saúde do indivíduo, tais como:

- alimentação equilibrada com alto consumo de legumes, vegetais, fruta e cereais e pouco sal e gorduras;
- prática de atividade física de forma moderada e regularmente;
- não fumar;

- manter a Pressão Arterial controlada;
- manter o açúcar controlado;
- manter a gordura no sangue controlado: principalmente o colesterol ruim (LDL), que quando está muito alto, deposita-se no interior das artérias;
- visita periódica à Equipe de Saúde para realização de exames.

E Quais São as Doenças Cardíacas Mais Frequentes?

- **o infarto do miocárdio (ataque cardíaco):** ocorre quando há a morte das células de uma porção do músculo do coração, devido à formação de um coágulo (trombo) que impedem, de modo súbito e intenso, o fluxo de sangue no interior da artéria coronária. O infarto pode acontecer em decorrência de uma aterosclerose;
- **aterosclerose:** atinge grandes e médias artérias, acontece devido ao acúmulo de gordura, cálcio nas paredes internas das artérias. Isso provoca a redução do calibre da artéria levando a uma diminuição da quantidade de sangue que consegue passar o que aumenta o esforço do coração para bombear o sangue. Este aumento do esforço provoca a elevação da pressão arterial sistólica, pode levar a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais e outras doenças nas artérias coronárias.
- **acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame cerebral:** é uma alteração que resulta da falta ou dificuldade de irrigação sanguínea ao cérebro, o que pode levar a lesão celular e alterações das funções neurológicas;
- **hipertensão arterial;**
- **angina de peito (angina pectoris):** dor no peito que ocorre devido ao pouco abastecimento de oxigênio aos músculos do coração (isquemia); acontece devido à obstrução ou espasmos dos vasos sanguíneos do coração;

O diagnóstico destas doenças é de responsabilidade da equipe médica, mas os profissionais de Saúde Bucal devem estar atentos para auxiliar no diagnóstico precoce. Assim, ao realizar a anamnese dos seus usuários, os profissionais de Saúde Bucal devem tentar buscar, ao máximo, informações sobre seus sintomas (dificuldade em respirar, mesmo em repouso; sensação de aperto no peito; alterações do ritmo cardíaco e pernas inchadas), suas doenças anteriores, hábitos de vida e medicamentos que faz uso, para construir a história clínica dele e encaminhar aqueles casos suspeitos de tais doenças.

Existe alguma relação entre doenças cardíacas e doenças bucais e tratamento odontológico?

Várias pesquisas têm demonstrado que existe, sim, relação entre doenças da cavidade bucal e as principais doenças cardiovasculares.

E quais seriam estas doenças?

Principalmente, as infecções periodontais.

De acordo com estas pesquisas, os agentes infecciosos como vírus e bactérias, presentes na cavidade bucal, mesmo em condições bucais adequadas tem um papel importante no início e progressão da doença arteriosclerótica. Então, em usuários com infecções, como a doença periodontal, há um aumento da quantidade de bactérias, que têm sido associadas com a evolução da doença arteriosclerótica, levando a uma maior ocorrência de doenças cardiovasculares em portadores de doença periodontal.

Você já ouviu falar de endocardite bacteriana?

Endocardite bacteriana ou endocardite infecciosa é uma doença que pode ser causada por bactérias, por fungos e vírus que se proliferam no endocárdio danificando as válvulas cardíacas.

Pode ocorrer de duas formas:

- Aguda: onde os microrganismos que invadem o tecido cardíaco normal, provocam embolia séptica e causa infecções de rápida evolução e geralmente fatal;

- Subaguda: onde há a formação de colônias de microrganismos nas válvulas do coração ou endocárdio lesados, como a febre reumática.

Durante muitos anos costumava-se associar tratamento odontológico à ocorrência da endocardite bacteriana, mas hoje já se sabe que o tratamento odontológico pode ser responsável por poucos casos dessa doença. Contudo, é importante que os profissionais de Saúde Bucal estejam sempre atentos em identificar os usuários mais propensos a desenvolverem endocardite bacteriana, e os protocolos atuais para sua prevenção.

Os usuários mais propensos a desenvolverem esta doença após o tratamento odontológico, e nos quais devem ser realizada avaliação do cardiologista e profilaxia da endocardite bacteriana prévia ao tratamento odontológico invasivo (com sangramento), ou que envolvam tecidos periapicais são aqueles que apresentem:

- alguma doença cardíaca congênita;
- marca passos;
- receberam transplante cardíaco;
- viciados em drogas injetáveis;
- estenose subaórtica hipertrófica idiopática;
- doença valvular cardíaca;
- febre reumática;
- tenham feito cirurgia reparadora ou prótese vascular;
- história de doença cardíaca luética;
- estenose aórtica calcificada;
- prolapso da válvula mitral com regurgitação.

ATENÇÃO



A ESB, como profissionais da área de Saúde, deve estar habilitada para tratar indivíduos portadores de doenças infecto-contagiosas com capacidade de tratar o usuário com segurança, independentemente de um conhecimento prévio da sua sorologia para o HIV/AIDS ou qualquer outra infecção.

d. Doenças Sexualmente Transmissível no Adulto

É importante tratarmos mais uma vez das Doenças sexualmente Transmissíveis, já que as mesmas trouxeram alguns desafios importantes para o setor da Saúde Bucal. O primeiro deles foi o de estimular a adoção de práticas de prevenção de riscos de contaminação adotadas pela equipe de Saúde Bucal durante o desempenho de suas funções. Em seguida, foi necessário adequar a prática cotidiana desses profissionais, para conhecer as percepções, os significados e as crenças relativas aos atendimentos destes usuários. Essas doenças, em muitos casos, têm inicialmente manifestações bucais, sendo então o cirurgião-dentista o responsável pelo seu diagnóstico precoce. A ESB deve estar preparada científica e psicologicamente para acolher e atender estes usuários.

Como qualquer outro usuário dos serviços odontológicos, todo usuário com doença sexualmente transmissível e\ou AIDS devem ser acolhidos e atendidos com o objetivo principal de promover a melhoria da sua qualidade de vida.

As DST são transmitidas principalmente por meio da relação sexual sem proteção. Alguns sinais de DST podem aparecer nos órgãos sexuais e outros na cavidade bucal. Nos homens, esses sinais podem ser mais facilmente notados; já nas mulheres, por terem seus órgãos genitais interiorizados, são mais difíceis de serem percebidos.

ATENÇÃO



A melhor forma de prevenção das DSTs é usar preservativo durante as relações sexuais.

ATIVIDADE 21



Tipo da atividade: coletiva

Jogo das DSTs

Vamos resgatar alguns conceitos sobre as doenças sexualmente transmissíveis? Para isso, procedam ao desenvolvimento da atividade conforme as orientações do docente.

Condiloma Acuminado

Infecção causada pelo HPV (Papiloma vírus humano) e também conhecida como "crista de galo" ou "verruga genital". É associado a doenças cancerígenas, seu principal sinal é o aparecimento de pequenas verrugas, parecidas com couve-flor, no pênis, vagina e reto, mas também pode ocorrer no colo do útero. Quando não tratado ou se for diagnosticado tardiamente, pode causar câncer do colo do útero, vulva, pênis e reto. Nas mulheres, pode não apresentar sintomas só sendo diagnosticado nas visitas ao ginecologista. Na cavidade bucal esta patologia apresenta-se como uma verruga, indolor, branca e única.

Herpes Simples

É uma infecção recorrente caracterizada por sinais clínicos que apresentam pequenas bolhas que ao se romper formam feridas dolorosas, que desaparecem, após cerca de 14 dias. Pode também surgir lesões genitais (Herpes Genital) e bucais (Herpes labial), além disso, pode haver também a contaminação de uma região para outra através do sexo oral. A camisinha é o melhor método de prevenção.

O atendimento clínico em usuários com manifestação bucal da Herpes Simples deve ser avaliado, levando-se em consideração a real necessidade no momento e os riscos e benefícios para o usuário, profissional e outros usuários, devido à contaminação cruzada.

Linfogranuloma Venéreo

Seu agente é a bactéria Clamydia trachomatis, é conhecida também como "bulbão" ou "'mula". O principal sintoma é o aparecimento de uma lesão genital, na primeira fase da doença, que mais tarde evolui para um bulbão inguinal, que é a inflamação dos gânglios da virilha. Quando não tratada, pode evoluir para elefantíase do pênis, do escroto e da vagina.

Cancro Mole

Seu sinônimo é "cavalo", tem como agente a bactéria Haemophilus ducreyi. O sintoma é ferida no pênis e vagina que com o tempo se torna maior e mais dolorosa, esta DST pode aumentar o risco da transmissão do vírus da AIDS.

Sífilis

Seu sinônimo é "cancro duro", seu agente é a bactéria Treponema pallidum. Pode afetar vários órgãos e tem **períodos de latência.**

Período de Latência: os sintomas desaparecem sozinhos, fazendo com que a pessoa pense estar curada, mas, na verdade, a doença está evoluindo para fases mais perigosas.



RELEMBRANDO

A sífilis pode ser dividida em primária, secundária, latente e terciária; e ainda congênita, quando passada da mãe para o bebê durante a gestação. O principal sinal é ferida no pênis, vagina, boca e ânus. As lesões bucais são pouco comuns, mas ocorrem em qualquer estágio da doença. Se não tratada, pode ocorrer aborto, natimorto, parto prematuro, neurossífilis, sífilis cardiovascular e até a morte. O tratamento é feito por antibióticos e é curativo.

Atendimento Odontológico para Usuários com Suspeita de Sífilis

Na presença de manchas, placas ou úlceras na boca deve-se realizar exames clínico e complementar levando em consideração uma suspeita de manifestação oral de DST. O usuário deve ser encaminhado para atendimento médico (infectologista). O atendimento odontológico só pode ser realizado após controle das manifestações orais da DST.

Gonorréia

Esta doença é também conhecida como "esquentamento" ou "pingadeira", a gonorréia tem como agente a bactéria Neisseria gonorrhoeae. Seus principais sintomas são pus saindo pelo pênis e ardência ao urinar; nas mulheres pode ocorrer também corrimento amarelado com ardor para urinar, ou, o que é mais comum, não sentir nada. Se não tratada, pode evoluir para infertilidade, aborto espontâneo, meningite, doença inflamatória pélvica, entre outros males.

AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

A epidemia de AIDS no Brasil sofreu diversas modificações desde seu surgimento, na década de 80. Traços como doença ligada a determinados grupos sociais (profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas injetáveis) e regionalismos deram lugar a uma epidemia de caráter nacional. A partir dessa realidade, a elaboração de políticas públicas de Saúde para os portadores do HIV/AIDS se faz imprescindível para a melhoria do atendimento a esses usuários. Além disso, é de fundamental importância dentro desta política a sensibilização e capacitação dos profissionais de Saúde Bucal para o acompanhamento e tratamento destes usuários.

Os profissionais de Saúde Bucal devem estar preparados para lidar com os casos suspeitos e confirmados de infecção pelo HIV, procurando fazer a busca ativa e acolher estes usuários, com garantia de sigilo da sua condição. O profissional de Saúde Bucal tem que dar a garantia da confidencialidade referente ao portador de HIV/aids para se evitar a sua exclusão social.

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) veio reforçar a necessidade de atualização constante do cirurgião-dentista e sua equipe na prevenção e tratamento de doenças, bem como na promoção e manutenção da Saúde Bucal dos indivíduos portadores do HIV/AIDS.

Todo usuário deve ser encarado como potencialmente portador de doenças infecto-contagiosas e, por este motivo, devem ser utilizados, rotineiramente, os procedimentos e normas de biossegurança profissional/paciente, paciente\paciente, a fim de resguardar a segurança dos envolvidos no atendimento e evitar infecção cruzada dentro do consultório odontológico.

Todo atendimento Odontológico apresenta risco, mesmo que o usuário pareça saudável. Isso ocorre devido á uma fase caracterizada por ausência de sinais visíveis da doença; infecção em estágio sub-clínico; usuários portadores do HIV assintomáticos e usuários que não revelam sua condição de HIV+.

Uma parte importante do tratamento dos portadores do HIV e usuários de aids é o estabelecimento de um relacionamento de confiança. Obtendo uma boa história médica e odontológica junto ao usuário, ouvindo-o e discutindo com ele essas questões, o profissional estará demonstrando preocupação e cuidado com a sua Saúde integral.

Um exame clínico adequado, onde uma **anamnese** feita pelo cirurgião-dentista, bem conduzida além de correto exame físico realizado extra e intra-bucalmente no usuário, podem fornecer valiosos dados para o diagnóstico e identificação de fatores de risco ao desenvolvimento da AIDS.

Recomenda-se que o cirurgião-dentista realize a anamnese para que não perca dados importantes nas entrelinhas da conversa.

O tratamento odontológico dos usuários HIV-positivo não é mais complexo que o de qualquer outro usuário portador de comprometimento sistêmico. Os profissionais de Saúde Bucal podem desempenhar um papel importante não só no tratamento global dessas pessoas, mas também como agentes de informação e orientação para a comunidade.

Embora os profissionais de Saúde Bucal tenham um maior receio em relação a AIDS, em termos de transmissibilidade o HIV, se comparado ao vírus da Hepatite B, é um vírus muito fraco que é inativado a 56,4 º C (temperatura mais baixa que o vírus da hepatite B).

O risco estimado de infecção pelo HIV, decorrentes de acidentes de trabalho envolvendo contato com sangue e fluidos orgânicos são de 0,5 % em média, variando conforme o tipo de exposição: percutânea (pérfuro-cortantes) ou em pele e mucosas integras. Os profissionais de Saúde Bucal devem ter conhecimento que a saliva é rica em proteínas que inibem a infecção pelo HIV e representa uma barreira natural na transmissão do HIV. Além disso, a hipotonicidade salivar, que provoca a lise celular, também se apresenta como mais um obstáculo para que ocorra a infecção pelo HIV. Deste modo, a saliva não é um meio eficaz de transmissão do vírus da aids. Até hoje, não existem casos notificados de transmissão do vírus da aids pela saliva. Assim vale também esclarecer que o aerossol das turbinas de alta e baixa não é capaz de transmitir o HIV, durante atividade clínica. E não existe evidência de transmissão do vírus da aids por via respiratória.

As manifestações bucais da infecção pelo HIV são comuns e podem representar os primeiros sinais clínicos da doença, muitas vezes, precedendo as alterações sistêmicas. Isso evidencia a importância do cirurgião-dentista como membro importante da equipe de Saúde, visto que é o profissional habilitado para diagnosticar precocemente estas lesões bucais e intervir no tratamento do usuário HIV positivo.

Classificação das Lesões Bucais Associadas à Infecção pelo HIV

Algumas lesões estão mais fortemente associadas com infecção pelo vírus HIV dentre elas: Candidíase eritematosa ou pseudomembranosa; Leucoplasia pilosa; Sarcoma de Kaposi; Linfoma Não- Hodgki e doença periodontal (eritema gengival linear, Gengivite ulcerativa necrosante e periodontite ulcerativa necrosante).

Como algumas destas patologias já foram abordadas no Módulo II, faremos aqui uma breve abordagem dando maior ênfase à sua relação com a infecção pelo vírus HIV.

a)Infecções Fúngicas

Candidíase Bucal

Vários relatos epidemiológicos enfatizam a prevalência da candidíase em usuários HIV positivos e ressaltam a sua importância como marcador da progressão da doença e preditivo para o aumento da imunodepressão. Não é uma doenças sexualmente transmissível e sim uma infecção oportunista. O fungo mais comumente encontrado é a Candida albicans; porém, outras espécies podem estar relacionadas.

Tipos de Candidiase:

Candidíase pseudomembranosa: Aspecto clínico caracteriza-se pela presença de pseudomembranas esbranquiçadas ou amareladas, facilmente removíveis por meio de raspagem, deixando uma superfície eritematosa ou ligeiramente hemorrágica.

Candidíase eritematosa: apresenta-se como pontos ou manchas avermelhadas, é encontrada com maior freqüência no palato, dorso de língua e mucosa jugal.



Figura 5: Candidíase pseudomembranosa na mucosa.

Queilite Angular

Apresenta-se como fissuras radiais partindo da comissura labial, esta associada a eritema e, por vezes, a placas esbranquiçadas, normalmente causa dor ao abrir a boca. A perda da dimensão vertical de oclusão favorece a incidência desta lesão na comissura labial, pela proliferação e acúmulo de fungos neste local. Frequentemente, mais de uma forma clínica de candidíase pode ser observada simultaneamente no usuário. Por exemplo: a queilite angular costuma estar associada a alguma manifestação intra-bucal.



Figura 6: Queilite angular na Comissura lábial.

b) Infecções Bacterianas

São apresentadas nos usuários HIV positivos como alterações periodontais, existindo assim o fator imunológico preponderante na evolução do quadro; estas lesões nem sempre apresentam quantidade de biofilme dentário e ou cálculo correspondente ao grau de severidade da doença

Eritema Gengival Linear

Caracterizado por severo eritema da gengiva marginal, estendendo-se da gengiva livre à inserida. Pode apresentar um halo eritematoso É de evolução rápida e estas alterações promovem sangramento à sondagem e, ausência de fatores locais, é observada.

Gengivite Associada ao HIV\ GUN

Inflamação gengival severa, edema, eritema, sangramento espontâneo, apresenta pseudo-membrana e necrose. Odor fétido, dor, ausência de fatores locais e evolução rápida.

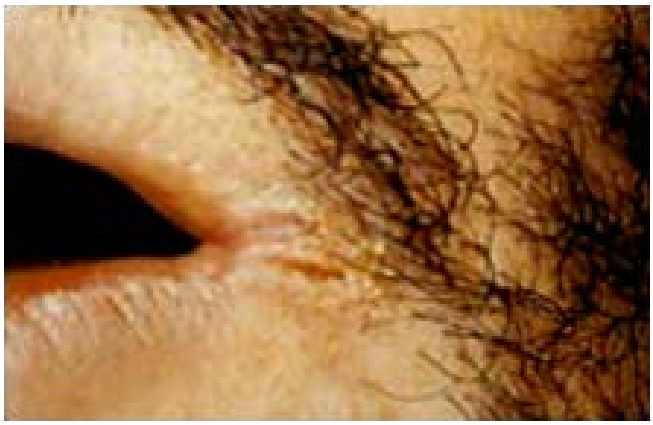


Figura 7: Gengivite associada ao HIV\ GUN

Periodontite Associada ao HIV

É altamente dolorosa nos usuários HIV, apresenta evolução rápida, há exposição e perda óssea avançada, perda de inserção periodontal até a esfoliação dos elementos dentários. Além de necrose dos tecidos moles e ausência dos fatores locais.

Periodontite Ulcerativa Necrosante.

Pode levar à exposição de tecido ósseo com o seqüestro do mesmo; dor intensa por toda a maxila ou mandíbula pode ser a queixa principal do usuário. Característica dessas alterações é a inadequada resposta aos tratamentos preconizados nas periodontites em geral.

c) Infecções Virais

Em usuários portadores do HIV, a maioria das infecções oportunistas de etiologia viral são causada pelo grupo herpes. Esses agentes, por sua vez, facilitam a disseminação e expressividade do HIV, agravando a resposta imunológica. Atualmente, sabe-se que a co-infecção viral pode levar a um efeito sinérgico para ambos os vírus.

Herpes Simples

Neste caso pode sofrer reativação mais freqüente formando lesões maiores e de maior duração. A persistência dessas por mais de 4 semanas associadas à soropositividade para o HIV é indicativo para diagnóstico de aids.



Figura 9: Herpes Simples.

Leucoplasia Pilosa

Esta lesão representa um indicativo de comprometimento imunológico quando o portador do HIV encontra-se na fase assintomática. É também considerada, nessa fase, como um sinal de progressão para AIDS.

Trata-se de lesão branca, não removível à raspagem, localizada principalmente em bordas laterais de língua, uni ou bilateralmente.

Herpes Zoster

É uma infecção primária pelo vírus varicela-zoster (HVZ), clinicamente reconhecido como varicela (catapora). Após a infecção primária, o vírus mantém-se latente nos nervos sensoriais. Durante a reativação, ocorre a replicação do HVZ, manifestando-se clinicamente como herpes zoster, que é o mais observado na imunodeficiência. As lesões do herpes zoster são extremamente dolorosas, acompanham um determinado ramo sensitivo na boca, não ultrapassando a rafe mediana palatina. O diagnóstico é clínico-laboratorial.



Molusco Contagioso

É uma lesão mais comum na pele, semelhante à verruga, pequena e disseminada, que raramente afeta os tecidos bucais. Porém, existem relatos de casos de molusco contagioso associados à infecção pelo HIV em boca. Suas características clínicas são aspecto nodular, exofítico, cor da mucosa normal ou esbranquiçado; apresenta centro umbelicado, localizado no lábio, língua e mucosa jugal. Pode ser único ou múltiplo, e estar ou não associado a lesões de pele.

d) Neoplasias

O Sarcoma de Kaposi e os Linfomas são alterações neoplásicas com manifestações bucais fortemente associadas à AIDS. Não se sabe por que outras formas de neoplasias não se desenvolvem com a mesma freqüência nesse grupo de usuários.

Sarcoma de Kaposi

É sem dúvida o tumor mais comum em usuários com AIDS. Há uma forte predileção pelo gênero masculino. Suas características clínicas são, as lesões bucais que podem se apresentar como manchas isoladas ou múltiplas, de cor vermelha ou violácea. Podem, também, manifestarem-se como lesões nódulo-tumorais, variando de tamanho e de coloração - do vermelho ao acastanhado. Essas lesões são geralmente assintomáticas.

Linfoma Não-Hodgkin

Representa a segunda neoplasia em incidência, entre os usuários com AIDS, ocorre preferencialmente em gengivas e é comum a observação dessas alterações associadas a dentes em mal estado, levando à hipótese inicial de abscesso dento-alveolar ou doença periodontal, a realização de biópsia diante da mais leve suspeita de que algo diferente esteja ocorrendo é importante. Tem sido observado com freqüência o linfoma não-Hodgkin, que é muito mais agressivo.

e)Outras Manifestações

Lesões Ulceradas

Nos usuários portadores do HIV e com AIDS é muito freqüentemente, observar a presença de úlceras sintomáticas e persistentes, sua etiologia é variada, na anamnese devem ser colhidas as informações da história pregressa de afta. O portador do HIV pode apresentá-las em surtos mais freqüentes e agravados.



Figura 10: Lesão ulcerada.

Tuberculose

As manifestações bucais podem se apresentar como lesões nodulares, granulares, ulceradas ou, mais raramente, como leucoplasias. As ulcerações podem ser superficiais, irregulares, profundas, persistentes e doloridas ocorre principalmente na língua.

A maioria das lesões bucais representa infecção secundária das lesões pulmonares primárias, manifestam-se na língua, palato e lábio. As lesões primárias na mucosa bucal estão comumente associadas ao enfartamento de linfonodos regionais, e geralmente acomentem gengiva, fundo de vestíbulo e locais de extrações dentárias. Caso haja suspeita de usuário com essas lesões, o mesmo deve ser encaminhado ao médico da equipe.

Lesões Relativas à Dentição

- Alteração de erupção - pesquisas apontam que as crianças HIV positivo apresentam erupções tardias nos dentes permanentes, acompanhados de uma prolongada retenção dos dentes decíduos;

- Cárie dental - a infecção pelo HIV não favorece o aparecimento de lesões de cárie, porém em crianças portadoras do HIV, pode estar relacionada à terapêutica anti-retroviral (ARV), ocasionada geralmente por soluções orais adocicadas, transformando as crianças em usuários de alto risco para cárie dental.

Sabemos que os profissionais de Saúde Bucal têm em seu trabalho riscos de contrair doenças infecto-contagiosas, o que além do ônus para sua Saúde e produtividade, pode transmitir a infecção para seus usuários ou mesmo familiares.

Por isso, as normas de Biossegurança devem ser uma rotina no trabalho dos profissionais de Saúde Bucal, em que se utilizam medidas de controle da infecção como forma eficaz de redução do risco ocupacional e de transmissão de microorganismos nos serviços da Saúde.



RELEMBRANDO

As normas de biossegurança incluem o uso de barreiras e equipamentos de proteção individual (luvas, máscaras, óculos, aventais e gorros); prevenção da exposição a sangue e a fluidos orgânicos e a acidentes pérfuro-cortantes, bem como à lavagem das mãos. O profissional de Saúde Bucal deve ter conhecimento também do manejo adequado dos acidentes de trabalho que envolva a exposição a sangue e fluidos orgânicos e de procedimentos de descontaminação e do destino de dejetos e resíduos nos serviços de Saúde.

ATIVIDADE 22

Tipo da atividade: coletiva

Direcionando Ideias - Adultos



Na atividade 5, vocês relembraram conceitos vistos no Módulo II. Com base nas idéias socializadas com os demais colegas de turma, apontem e discutam aspectos específicos delas decorrentes, relacionados aqui com a abordagem aos adultos.

5.4 Principais Doenças Bucais que Acometem os Adultos

Iremos retomar um pouco algumas doenças bucais já vistas em outros componentes, com enfoque maior no direcionamento destas, em relação aos usuários adultos e suas particularidades.

a. Cárie

Nesta fase da vida, a ocorrência de lesões de cárie é diminuída e as que ocorrem, geralmente, são em volta das restaurações já existentes (cárie recorrente), e na raiz dos dentes (cárie radicular), devido à exposição desta parte do dente por problemas gengivais.

De acordo com o SB Brasil 2010, para os "adultos do grupo de 35 a 44 anos, observa-se que o CPO caiu de 20,1 para 16,3", ou seja, uma queda de 19%. Observou-se neste levantamento epidemiológico que os componentes "cariados" e "perdidos" diminuíram acentuadamente, "enquanto que o componente "obturado" cresceu em termos relativos". Isso significa que os adultos de 35 a 44 anos, nestes últimos 7 anos, tiveram um menor acometimento de lesão de cárie e um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias.

b. Periodontite

Sabe-se que os problemas gengivais e periodontais aumentam com a idade dos usuários e é um dos principais problemas de Saúde Bucal que acomete o adulto. Com base nos dados do SB Brasil 2010, o percentual de indivíduos com algum problema periodontal foi de 83% para os adultos (35 a 44 anos) e nas formas mais graves desta doença, neste grupo, foi observada uma prevalência de 19%.

A doença periodontal é um dos problemas de Saúde Bucal que mais acomete o adulto e requer da Equipe de Saúde Bucal uma atenção maior quanto ao diagnóstico precoce da doença, no intuito de identificar usuários expostos aos fatores de risco e sensibilizá-los em relação a necessidade de um acompanhamento direto e continuo.

Uma vez que estes problemas periodontais, podem trazer conseqüências graves como a perda das unidades dentárias e como há focos de infecções outras complicações sistêmicas podem ocorrer.

Dentre estas Complicações Podemos Destacar:

- Aumento do risco para doenças cardiovasculares;

- Maior ocorrência de partos de bebês prematuros com baixo peso;

- Surgimento de abcessos em outros órgãos;

- Quadros de pneumonias e interferência no controle do diabetes mellitus.

A prevenção é a melhor forma de controlar a Periodontite, pois como já abordado em momentos anteriores, o biofilme dentário (composto de bactérias, restos celulares, alimentos) é o principal fator etiológico para esta doença. Assim, o controle mecânico e químico deste biofilme, seja profissional no consultório e principalmente, diariamente pelo usuário, é a principal ferramenta para o controle e tratamento desta doença.

Além deste, sabe-se que existem também outros fatores de risco presentes na etiologia e severidade desta doença como o fumo, diabetes e a influência genética.

Sabe-se que o fumo é um dos principais fatores de risco para o indivíduo desenvolver a doença periodontal, além de aumentar a velocidade de progressão da doença aumentando assim o risco da perda dentária. Isso acontece porque o fumo causa vasoconstrição nos tecidos gengivais, interfere na função dos leucócitos e diminui o nível de anticorpos.

A doença periodontal é a doença bucal mais prevalente em pessoas com diabetes, sendo encontrada em 75% delas. Não se sabe ao certo se a doença periodontal é agravada pela Diabetes ou se é a periodontite que influencia a diabetes, mas o que é observado é uma relação direta entre estas duas doenças e que o controle de uma interfere diretamente na outra, sendo muito importante o controle de ambas para um melhor prognóstico do tratamento deste usuário.

A doença periodontal também tem como fatores etiológicos a influência genética, o baixo consumo de cálcio e vitamina C e o estresse.



RELEMBRANDO

Insulina é um hormônio sintetizado no pâncreas, que é responsável pela promoção da ent A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) como é uma doença sistêmica responsável pelo comprometimento da defesa do indivíduo contra infecções, também influencia na doença periodontal, sendo muito observado estes usuários apresentarem a doença periodontal mais severa e destrutiva, e também o controle de uma interfere no prognóstico da outra doença.

c. Edentulismo – Necessidade de Prótese Dentária

Quando um usuário perde um dente ele perde também todos os tecidos de suporte que se encontram ao redor deste, assim, a exodontia de um órgão dental trás muitas consequências além da ausência do dente.

Os dentes e os tecidos circundantes são fundamentais para a estética e também pelas funções que desempenham, como a fonética, a mastigação e a digestão. Assim, os

indivíduos desdentados parciais ou totais sofrem uma espécie de mutilação devido à perda do órgão dental, o que pode se caracterizar como um quadro patológico.

O edentulismo, ou ausência de dentes, seja ela parcial ou total, está entre as patologias de Saúde Bucal mais freqüentes sendo considerado um problema de Saúde pública, devido a sua alta incidência, por afetar a qualidade de vida dos indivíduos e ao custo das próteses dentárias, tornando-as inacessíveis àqueles menos favorecidos.

Está freqüentemente associado ao avanço da idade da população e observamos que a população brasileira, por questões culturais, está acostumada com o fato de que perderão seus dentes e de que um dia terão que usar a prótese total ou parcial quando chegarem a idade adulta ou idosa. Estas perdas dentárias são conseqüências de fatores como a precariedade da Saúde Bucal, traumatismos, doenças como a cárie e a doença periodontal dentre outros elementos (MONTENARI e FREITAS, 2010).

Além disso, estas perdas dentárias também são reflexos da falta de acessibilidade e utilização de serviços públicos odontológicos, que possibilitariam a prevenção e tratamento precoce. Observamos ainda que esta situação apresenta-se relacionada a uma Odontologia mutiladora existente por muito tempo nos serviços de Saúde, e ainda como a falta de informação da população quanto à importância e necessidade de se ter uma Saúde Bucal adequada e da manutenção dos seus dentes para o bom funcionamento do sistema estomatognático.

O edentulismo é um problema de Saúde Bucal que interfere não apenas nas funções mastigatória e fonética, como também na estética e, consequentemente, na diminuição da auto-estima dos usuários e prejudicando o convívio social.

Nos últimos anos observamos uma evolução das condutas e políticas públicas na prática odontológica e, consequentemente, a valorização da promoção da Saúde e prevenção, com uma maior preservação dos elementos dentários para manutenção da Saúde Bucal, com uma prática menos curativa e mutiladora.

No último levantamento epidemiológico no Brasil, o SB Brasil 2010, observou-se que nos indivíduos adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 69% da população brasileira, sendo que a maioria (41,3%) necessita de prótese parcial em um maxilar e 26,1% das pessoas tinham necessidade de prótese parcial nos dois maxilares. Observou-se uma redução em relação aos dados de 2003 quando este percentual era de 4,4%, portanto a redução corresponde a 70%.

No intuito de melhorar esta realidade no Brasil, o Governo Federal criou a Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, a fim de proporcionar ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal da população brasileira. Nestas linhas de ação, além das ações já contempladas pela atenção básica, está incluído também o atendimento nos níveis secundário e terciário da Saúde Bucal. Isso graças à ampliação e qualificação da Atenção Especializada, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LPRD).

No CEO são oferecidos à população serviços especializados de periodontia, endodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, atendimento á portadores

de necessidades especiais e diagnóstico e detecção do câncer de boca e nos LPRD são oferecidos os serviços protéticos na confecção de próteses dentárias totais ou parciais removíveis, podendo também dispor de próteses fixas e mais recentemente de tratamento de implante, a depender da possibilidade do serviço.

A reabilitação oral destes usuários envolve o reestabelecimento e a manutenção da função oral, devolvendo o conforto, aparência e a Saúde do indivíduo, com a substituição dos dentes perdidos, como também dos tecidos maxilo-faciais por próteses dentárias.

ATIVIDADE 23



Tipo da atividade: coletiva

Roda de leitura – Atenção Primária e Edentulismo

Reúnam-se em uma grande roda e procedam a leitura do texto proposto. Ao final, discutam conforme orientações do docente.

d. Câncer Bucal

Como já abordado em outros componentes o câncer bucal é uma patologia que acomete, geralmente, indivíduos acima dos 40 anos e as ações preventivas e para o diagnóstico precoce devem ser constantes na prática dos profissionais de Saúde Bucal.

Assim, os cirurgiões-dentistas, durante os exames clínicos, devem sempre verificar também os tecidos moles dos usuários para que sejam detectadas as possíveis lesões existentes, pois estas podem representar sinais primários de câncer bucal, cujo sucesso do tratamento e prognóstico favorável depende da precocidade do seu diagnóstico.

O diagnóstico precoce destas lesões é de fundamental importância para um melhor prognóstico, pois, quando identificado e tratado na fase inicial da doença, a expectativa de cura desta patologia é de 80 a 100%. Contudo, ainda nos dias atuais, o diagnóstico é realizado muito tardiamente e apenas 10% dos casos são diagnosticados na fase precoce da doença e quando se trata de cânceres de língua esta porcentagem diminui para 5%.

Por isso, que as ações de educação e prevenção desta patologia são tão importantes nas atividades dos profissionais de Saúde Bucal, principalmente quando destinadas aos usuários da fase adulta e idosa.

Geralmente, observamos muitas atividades educativas e preventivas direcionadas ao público infantil e adolescentes destinados à prevenção da cárie e doença periodontal, mas é preciso mudar este comportamento e já abordar o tema de prevenção dos fatores de risco para o câncer bucal nestas fases da vida, mas também adicionar ações destinadas a este público de usuários adulto que na maioria dos planejamentos das ações educativas e preventivas são excluídos.

Esta exclusão pode acontecer por falta de conhecimento ou sensibilização dos profissionais de Saúde em relação à educação em Saúde deste público ou também pela dificuldade que possuem estes usuários em a relação ao acesso às Unidades de Saúde.

Por isso, os profissionais de Saúde Bucal devem procurar identificar na sua área adstrita, locais extramuro, onde este público possa ser encontrado e sensibilizado, seja nos centros sociais ou até mesmo nos seus locais de trabalho, onde possam ser desenvolvidas estas atividades educativas, preventivas e de diagnóstico precoce.

Como já abordado no Módulo III, nestas atividades educativas e preventivas devem ser destacados os fatores de risco, a importância do auto-exame de boca e das visitas periódicas ao dentista para exame clínico, a fim de identificar os sinais precoces do câncer de boca.

No caso de diagnosticar lesões suspeitais de câncer ou pré-cancerizáveis, os profissionais de Saúde Bucal devem ter o conhecimento para onde encaminhar este usuário ao atendimento especializado com o objetivo de realizar o diagnóstico e tratamento desta patologia, a fim de orientar os usuários quanto ao acesso a estes serviços.

No nosso estado, os serviços disponíveis para o diagnóstico do Câncer de Boca são os Centros de Especialidade Odontológico estaduais e municipais, os Departamentos de Odontologia das Universidades, o serviço de Odontologia do Hospital Cirurgia e o serviço de Oncologia do HUSE, sendo os dois últimos disponíveis também para o tratamento do câncer bucal.

5.5 A Saúde do Homem



Ainda é comum a resistência dos homens de buscar a atenção primária à Saúde. Isso faz com que eles só procurem as unidades de Saúde quando apresentem alguma doença já instalada e, muitas vezes, em situações mais avançadas, o que requer cuidados especializados. O que dificulta o seu tratamento e prognóstico além de aumentar seu sofrimento físico e emocional e de sua família, na luta contra a doença.

Observamos nas Unidades de Saúde uma maior procura de atendimento e participação dos grupos de atividades preventivas de usuários crianças ou adolescentes, mulheres e raramente de homens. Por que será?

Geralmente os homens buscam menos os serviços de Saúde ou por questões socioculturais ou pelas dificuldades institucionais. Na maioria das vezes esta resistência em buscar uma atenção integral à Saúde, pelos homens decorre das variáveis culturais, pois, como sabemos, há um estereótipo presente há séculos em nossa cultura machista, onde a doença é vista como um sinal de fragilidade que os homens não aceitam como pertencente à sua condição biológica e social. O homem, em geral, considera-se forte, resistente e livre de qualquer fragilidade, o que faz com que ele se cuide menos, não procure cuidados de Saúde preventivos e fique mais exposto às situações de risco.

Além disso, observa-se na prática diária que o homem, geralmente relata que tem receio de que o médico descubra que ele apresente algum problema de Saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade masculina. A famosa frase dita pelos homens quando questionados porque não procuram a atenção à Saúde: "Quem procura acha! Então, é melhor não procurar!"

E quando se trata de Saúde Bucal este quadro fica ainda mais detectável. Algumas pesquisas mostram que, os homens ainda procuram bem menos por tratamentos odontológicos, indo a busca deste apenas nos casos de dor.

Isso ocorre porque os homens relutam em aceitar suas necessidades de Saúde Bucal, além disso, como já abordado em componentes anteriores os serviços e as estratégias de Saúde Bucal privilegiaram as ações direcionadas para escolares, criança, adolescente, mulher e idoso. E só recentemente, em 2008, passou-se a defender uma política pública de Saúde direcionada ao homem.

Alguns fatores podem ser apontados como causa desta pouca procura dos serviços de Saúde Bucal pelos homens:

- a cultura masculina de procurar bem menos os serviços de Saúde;

- a cultura masculina de que é perda de tempo ficar indo às Unidades de Saúde realizar consultas periódicas e preventivas;

- a falta de tempo, por causa das ocupações com trabalho e responsabilidades outras;

- o horário de funcionamento dos serviços de Saúde que coincide com o seu horário de trabalho;

- o medo de dentista.

ATIVIDADE 24



Tipo da atividade: coletiva

Roda de Leitura – Saúde do Homem.

Reúnam-se em uma grande roda e procedam a leitura do artigo proposto. Ao final, discutam conforme orientações do docente.

5.6 Saúde do Trabalhador

Não se pode falar em Saúde Bucal do adulto e não abordar a Saúde do Trabalhador, já que a maior parte dos trabalhadores no nosso país se encontra nesta fase da vida.

Mas o Que é Saúde do Trabalhador?

De acordo com Brasil (1990), a Saúde do trabalhador corresponde a um conjunto de atividades que objetiva a promoção e proteção da Saúde dos trabalhadores, e a reabilitação da Saúde daqueles usuários submetidos aos riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho, centrando-se nas ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária.

Com o despertar da importância desta área da Saúde, onde se busca valorizar e proteger a Saúde do trabalhador para melhorar sua qualidade de vida e desempenho nas atividades laborais, os profissionais de Saúde Bucal aparecem como um colaborador nesse processo, fazendo parte das equipes interdisciplinares nas empresas, como a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que atuam neste cuidado à Saúde do trabalhador.

A manutenção de um bom estado de Saúde Bucal é importante para que o trabalhador possa desempenhar suas atividades laborais e sociais de forma segura e produtiva, trazendo benefícios para todos os que participam desta interface. E consequentemente diminuindo o **absenteísmo**.

O termo absenteísmo é utilizado para definir as faltas dos trabalhadores, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente, dentre eles a doença.

Você sabe o Que Fazem os Profissionais de Saúde Bucal Que Atuam na Odontologia do Trabalho?

Suas principais funções são:

- identificar os fatores ambientais de risco à Saúde Bucal;
- promover atividades de educação em Saúde Bucal;
- investigar índices de morbidade e mortalidade com causa bucal;
- realizar exames odontológicos admissionais, periódicos e demissionais;
- realizar estudos epidemiológicos no ambiente de trabalho;
- conhecer as doenças e lesões inerentes à atividade laboral;
- outras.

a. Abordagem e Locais de Atenção e Promoção de Saúde

Os ambientes de trabalho devem ser explorados como locais para a realização de atividades preventivas desta camada da população, uma vez que são onde eles passam a maior parte de suas vidas. As equipes de Saúde Bucal devem procurar em suas áreas adstritas empresas ou locais de trabalho que possam ser utilizados para a realização destas atividades, dando prioridade aos horários de entrada, saída ou troca de turnos, pois é mais fácil a adesão dos trabalhadores.

b. Doenças BucaisRelacionadas às Profissões (Doenças Ocupacionais)

A Infortunística é a parte das Ciências da Saúde e do Direito que estuda as manifestações, alterações e estigmas da Saúde, decorrentes de acidentes do trabalho e das doenças profissionais.

O sistema estomatognático também é afetado pela profissão do indivíduo e pelas condições (ambiente de trabalho) em que ela é exercida. Os padeiros, confeiteiros e funcionários de indústrias de alimentos açucarados, por exemplo, apresentam maiores índices de cárie dentária e de doença periodontal.

Aqueles que exercem profissões ao ar livre como, agricultores, pecuaristas, guias de turismo, carteiros e agentes comunitários de Saúde estão frequentemente expostos à radiação solar ultravioleta e apresentam maior incidência de câncer de lábio ou alterações cancerizáveis, como a queilite actínica.

As manifestações bucais de infecções virais, fúngicas e bacterianas também afetam os indivíduos a depender do seu local de trabalho. Para aqueles que trabalham na zona rural, existe maior risco de desenvolver uma infecção fúngica profunda chamada Paracoccidiodomicose que afeta os pulmões causando febre e dificuldade respiratória, e também se manifesta na cavidade bucal com a presença de úlceras irregulares esbranquiçadas com pontos hemorrágicos na gengiva e na mucosa bucal, chamada de estomatite moriforme.

Os profissionais que, rotineiramente, fazem apreensão de objetos entre os dentes como costureiras, carpinteiros, músicos e sopradores de vidro podem apresentar um grau intenso de desgaste dentário (abrasão) localizado, mucocele no lábio inferior (cisto de retenção de saliva) e alteração da musculatura facial causando uma Disfunção Temporomandibular (DTM).

Indivíduos que trabalham em situações de variação abrupta da pressão atmosférica, como aviadores ou mergulhadores, podem apresentar queixas de dor de dente e sangramento gengival espontâneo.

Variações extremas de temperatura, seja para o frio ou para o calor, como aquelas vivenciadas por trabalhadores de câmaras frigoríficas ou bombeiros, respectivamente, podem causar dor difusa dos maxilares e da articulação temporomandibular e perda das restaurações.

A névoa ácida decorre da presença de ácidos ou líquidos voláteis no ambiente de trabalho. A formação dessa névoa acontece principalmente nas indústrias petroquímica, plásticos, fertilizantes, soldagem, tinta, couro, dentre outras. Os principais ácidos envolvidos são o clorídrico, fluorídrico, nítrico, oxálico e sulfúrico. Quando estas ou outras substâncias alcançam o sistema estomatognático pela inalação e ingestão, são absorvidas pelo organismo e causam efeitos danosos como ulceração bucal, gengivite, ardor bucal e erosão dentária, podendo levar ao surgimento de câncer bucal e de orofaringe, em situações extremas.

A intoxicação metálica que se manifesta por anormalidades bucais e sistêmicas acontece a partir de metais pesados como chumbo, mercúrio, prata, bismuto, arsênico e ouro. O perigo da exposição ao mercúrio é bem conhecido e se dá principalmente pela inalação do vapor de mercúrio. O nível de mercúrio que é liberado pelas restaurações de amálgama de prata não é suficientemente alto para causar doenças. As alterações bucais decorrentes da intoxicação pelo mercúrio, principalmente a inalação do seu vapor, são as seguintes: gosto metálico; sialorréia; gengiva escurecida (variando de cinza a azul-escuro); estomatite ulcerativa; inflamação e aumento das glândulas salivares, gengiva e língua.

c. Acesso aos Serviços de Saúde Bucal

Como já abordado anteriormente, o trabalhador precisa de bem estar geral, incluindo Saúde Bucal, para desempenhar suas funções de maneira proveitosa e diminuir o absenteísmo. Assim, é importante que os ambientes de trabalho disponham de consultórios odontológicos para atendimento dos seus funcionários, como definido no Projeto de Lei 422 de 2007 (PL 422/2007).

Nos serviços públicos de Saúde Bucal, o acesso destes usuários trabalhadores é dificultado pelo seu horário de funcionamento, coincidindo com o do serviço destes indivíduos, fazendo com que os mesmos procurem o atendimento apenas quando apresentam dor que o impossibilitam de ir ao trabalho, ou nos períodos de férias, esbarrando-o na grande demanda existente que o impossibilitam de realizar todo o tratamento curativo-preventivo necessário.

ATIVIDADE 25



Tipo da atividade: coletiva

Roda de Leitura – Saúde do Trabalhador.

Reúnam-se em uma grande roda e procedam a leitura do texto sugerido'. Ao final, discutam conforme orientações do docente.

5.7 Promoção em Saúde Bucal do Adulto

a. O Que Deve Ser Abordado

Nestas ações deve-se abordar a prevenção das doenças bucais comumente encontradas nos indivíduos adultos, além daquelas relacionadas a algumas profissões, evitando maiores sequelas e estimulando o diagnóstico precoce.

Deve ser dada prioridade a orientação sobre o auto-exame de boca para detecção de lesões bucais nos estágios iniciais, quer sejam em tecidos duros (dentes e ossos) ou moles. Os profissionais de Saúde Bucal devem buscar tornar estes indivíduos co-responsáveis por sua Saúde, orientado-os sobre os hábitos saudáveis, dieta adequada e a necessidade da regularidade da visita ao dentista.

b. Locais para Realizar Atividades Preventivas

Sabemos que é mais difícil encontrar locais coletivos para a realização de atividades preventivas com indivíduos adultos, por suas características já abordadas acima. Assim, os profissionais de Saúde Bucal devem aproveitar o que estiver ao seu alcance para realizar essas ações com os públicos disponíveis. Alguns destes lugares são as salas de esperas das Unidades de Saúde, templos religiosos e os próprios locais de trabalho.

Além disso, estas ações preventivas devem ser realizadas individualmente durante o atendimento em consultório.

6. ATENÇÃO AO IDOSO (Acima de 60 anos)



Devido à melhoria das condições de vida, acesso à informação e aos serviços de Saúde e ao desenvolvimento tecnológico de modo geral, inclusive da medicina, houve uma ampliação da expectativa de vida da população e aumento do número de indivíduos com idade acima de 60 anos. Apesar disso, ainda há um preconceito em relação aos idosos, devido ao seu afastamento do mercado de trabalho e à maior incidência de múltiplas doenças crônico-degenerativas.

Estima-se que, no Brasil, haverá uma população de 25 milhões de idosos até 2020, colocando o país entre aqueles com maior número de idosos em todo o mundo. Essa população precisa de melhores condições de vida, para garantir sua qualidade de vida e um dos fatores que influência diretamente neste aspecto, entre essas condições está a sua Saúde Bucal.

Sabemos que os motivos que levam o idoso a procurar um dentista estão relacionados com a disponibilidade de serviços de Saúde, a aspectos socioeconômicos, psicológicos, a morbidade e a fatores culturais.

6.1 Características desta Fase

a. Socio-econômica

O perfil mais comumente encontrado entre os idosos brasileiros de baixo nível socioeconômico é o de mulheres sem cônjuge (viúvas ou separadas) vivendo em domicílios juntamente com filhos e netos sendo sua renda de aposentadoria ou pensão importante para o sustento dessa família.

b. Afetiva (cultural)- Dependência

Uma relação de dependência do idoso em relação aos seus familiares pode ocorrer quando há limitações de mobilidade ou cognitivas, sendo mais comum a vulnerabilidade e algum grau de incapacidade a partir dos 75 anos de idade. Neste momento, passa a se tornar mais freqüente a figura do cuidador do idoso, que pode ser um familiar, amigo ou pessoa contratada para esta função.

c. Sistêmicas

Como já mencionado na atenção ao adulto, sabe-se que as condições sistêmicas das pessoas influência diretamente na sua qualidade de vida e também nas condições de Saúde Bucal.

ATENÇÃO

Precisamos ter em mente que nos usuários idosos o prognóstico do tratamento odontológico curativo ou preventivo é muito influenciado por suas características psicológicas, motivacionais e emocionais e não só pelo sistêmico.



As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) são muito comuns em idosos principalmente as de origem cardiovascular (hipertensão), metabólica (diabetes), osteoarticulares (artrite, reumatismo) e neoplásicas (câncer). Dentre os problemas psicológicos, a somatização, a hipocondria, a baixa auto-estima e até mesmo a depressão são frequentemente encontradas nos idosos.

Abordaremos agora apenas algumas particularidades destas doenças em relação ao indivíduo idoso, pois suas definições, fatores de risco e outros pontos já foram abordados no tópico acima referente ao adulto.

A Hipertensão nos Idosos

Quanto à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), estima-se que quase 60% da população com mais de 65 anos têm a doença, sendo mais comum entre as mulheres (25,4%) que entre os homens (19,5%) (MS, 2012).

Diabetes Mellitus nos Idosos

A diabetes mellitus é uma doença comum que afeta cerca de 11% dos brasileiros com mais de 40 anos de idade e que se não for controlada pode causar doença cardiovascular, cegueira, falência renal, amputação de membros inferiores e a morte. No que diz respeito à cavidade bucal, a doença periodontal é a principal consequência e, ao mesmo tempo, fator complicador da diabetes mellitus.

6.2 Principais Doenças Bucais que Acometem os Idosos



Tipo da atividade: coletiva

Direcionando Ideias - Idosos

Na atividade 5 vocês relembraram conceitos vistos no Módulo II. Com base nas ideias socializadas com os demais colegas de turma, apontem e discutam aspectos específicos delas decorrentes, relacionados aqui com a abordagem aos idosos.

a. Cárie e Doença Periodontal

Não serão novamente abordadas a cárie e doença periodontal com detalhes, pois já foram tratados em componentes anteriores e em outros tópicos deste componente.

Destacamos apenas que a cárie no indivíduo na fase idosa é encontrada com maior freqüência nas raízes (cárie radicular), pois há uma grande incidência de retração gengival nestes indivíduos o que leva a um aumento da exposição das áreas radiculares ao meio bucal, o que é agravado pela diminuição do fluido salivar, uma predileção por alimentos pastosos e fáceis de mastigar e um alto consumo de balas (para diminuir sensação de boca seca), além da anatomia da porção radicular que é mais retentiva.

Além disso, estas pessoas podem apresentar uma diminuição da habilidade manual, por problemas sistêmicos (artrose, AVC, doença de Parkinson, etc.), isso contribui também para o aumento de doenças periodontais nestes indivíduos idosos, uma vez que a remoção do biofilme dentário não é realizada com eficiência e regularidade.

Geralmente, os problemas periodontais têm pequena expressão entre os idosos, em termos populacionais, devido às perdas dentárias na adolescência e idade adulta, resultando num edentulismo total.

Quando há dentes presentes, estes encontram-se em números reduzidos, verificando-se uma grande quantidade de cálculo, retração gengival e mobilidade dentária em grau máximo.

b. Abfrações

Observam-se, com grande frequência, idosos com alto índice de abfração nas unidades dentárias, isso ocorre devido à sobrecarga oclusal, geralmente por mau posicionamento dentário, que induz ao longo do tempo à perda de esmalte, cemento e dentina pela desestruturação desses tecidos (lesão cervical não-cariosa). Assim, essas lesões por alterações oclusais podem levar a uma lesão de cárie de raiz, pela exposição da dentina ao meio bucal, podendo levar a exposição da polpa.

No Brasil, a Saúde Bucal dos idosos é precária em virtude do alto índice de edentulismo observado nos levantamentos epidemiológicos nacionais. Por consequência, também se verifica uma grande demanda por reabilitação protética.

A última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil 2010) demonstrou que a perda dentária era responsável por 92% do índice CPO-D no grupo etário de 65 a 74 anos.

Quanto à necessidade de prótese dentária, o SB Brasil identificou que 68,8% dos adultos brasileiros necessitavam de algum tipo de prótese, sendo que para os idosos de 65 a 74 anos, cerca de 16% demandavam por prótese total nos dois maxilares e 23,9% necessitavam de prótese total superior ou inferior.

Estes achados estão muito próximos dos resultados do SB 2003 e representam mais de 3 milhões de idosos que necessitam de prótese total em pelo menos um dos maxilares e mais de 4 milhões que necessitam de prótese parcial (SB BRASIL 2010).

O índice de edentulismo em idosos encontrado nestes levantamentos no nosso país demonstra que a prática da mutilação dentária durante a fase adulta dos brasileiros traz como consequência uma população na fase idosa desdentada, com uma grande necessidade reabilitadora (MARUCH et al., 2009).

c. Câncer Cucal

Atualmente o câncer, no Brasil, se constitui na segunda causa de morte por doença, sendo que a boca encontra-se entre as dez localizações do corpo mais acometidas. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima cerca de 15 mil novos casos de câncer bucal todos os anos.

O Carcinoma Epidermóide, de Células Escamosas ou Espinocelular (CEC) é responsável por cerca de 95% das neoplasias malignas de boca, sendo as localizações anatômicas mais acometidas o lábio inferior, a língua e o assoalho de boca. Os principais fatores de risco (etiológicos ou causais) para esta doença são o tabagismo, o consumo de álcool em grandes quantidades (etilismo) e a exposição crônica à luz solar (no caso de carcinoma dos lábios).

Os indivíduos idosos são mais susceptíveis a desenvolver o câncer bucal porque passaram mais anos sofrendo os danos celulares causados pelos agentes cancerígenos. O pico da incidência do câncer bucal ocorre entre os 60 e 70 anos de idade, sendo essa faixa etária responsável por cerca de 50% dos casos registrados.

d. Doenças Fúngicas

A cavidade bucal possui uma das mais concentradas e variadas populações microbianas nas quais estão incluídos os fungos. Algumas das doenças fúngicas que podem acometer o sistema estomatognático são a candidíase, a paracoccidiodomicose, a histoplasmose, a zigomicose, a criptococose, dentre outras.

A doença fúngica mais prevalente na cavidade bucal de adultos e idosos é a candidíase ou candidose (antigamente chamada de monilíase). Ela se caracteriza pela infecção por fungos do gênero Candida, membros da família Cryptococcaceae. Estes microorganismos são comensais no organismo humano quando há um equilíbrio na microflora, podendo-se transformar em parasitários, causando infecções oportunistas.

Diversas regiões do corpo como cavidade bucal, vagina, trato urinário, pele, trato gastrointestinal, região perianal, pulmões e endocárdio podem ser acometidas por candidíase.

A candida albicans é o principal agente etiológico da candidíase bucal. As formas mais comuns são a candidíase pseudomembranosa (popularmente conhecida com sapinho), a queilite angular e a estomatite protética (candidíase atrófica crônica).

As regiões de palato duro e mole, orofaringe, comissura labial, língua e mucosa jugal são as comumente afetadas. A sintomatologia comum a todas as formas de candidíase bucal consiste em queimação, sensibilidade e alteração do paladar, dificuldade e/ou dor ao deglutir. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de candidíase bucal são o uso incorreto de próteses dentárias, a xerostomia, o tabagismo, o etilismo e a má higiene bucal.

e. Xerostomia

A hipossalivação e a xerostomia são comuns em idosos, tendo origem em processos fisiológicos ou patológicos. A xerostomia pode ser definida como uma sensação de secura bucal relacionada com diminuição do fluxo salivar e/ou alteração da sua composição. Já a hipossalivação é a diminuição ou cessação do fluxo salivar. Diversos estudos demonstram que com o aumento da idade aumenta a incidência dessas desordens.

Do ponto de vista patológico, algumas doenças como síndrome de Sjögren, hipertensão, diabetes, Alzheimer, doença de Parkinson, artrite reumatóide, dentre outras podem causar hipossalivação e xerostomia. O uso de alguns medicamentos como anti-hipertensivos, diuréticos, antidepressivos e anti-convulsivantes, anoréticos, anticolinérgicos, antiparkinsonianos também podem causar secura bucal.

A diminuição do fluxo salivar leva a um aumento na freqüência de lesões de cáries dentárias, doenças periodontais e infecções fúngicas bucais, podendo também causar alteração do paladar e dificuldades de alimentação e do uso de prótese dentária.

6.3 Acesso ao Serviço de Saúde Bucal

A atenção interdisciplinar ao idoso demanda a participação do cirurgião-dentista e dos profissionais auxiliares, ASB e TSB. As condições bucais representam um aspecto

importante na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo idoso. Infelizmente, muitos idosos não têm acesso ao tratamento odontológico necessário ou adequado.

Apesar de ainda haver um alto índice de edentulismo no Brasil, principalmente nos Estados do Norte e Nordeste, os últimos levantamentos epidemiológicos demonstraram uma tendência de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo e isto aumenta a complexidade de cuidados pessoais e de atenção profissional devido à pluralidade de quadros clínicos sistêmicos desfavoráveis.

A Odontogeriatria é uma especialidade odontológica recentemente criada que se concentra no estudo dos fenômenos decorrentes do envelhecimento que também têm repercussão na boca e estruturas anexas, bem como na promoção da Saúde, no diagnóstico, na prevenção e no tratamento de enfermidades bucais e do sistema estomatognático do idoso. O especialista em Odontogeriatria deve, dentre outras coisas, realizar o diagnóstico e o tratamento das patologias bucais do usuário idoso, inclusive aquelas decorrentes do uso de medicamentos, e realizar o planejamento de atividades envolvendo a atenção odontológica ao usuário geriátrico.

Os problemas bucais mais frequentemente percebidos nos idosos estão relacionados à perda dos dentes, cárie dentária radicular, doença periodontal, abrasão, lesões da mucosa bucal e câncer bucal, que devem ser diagnosticados o mais precocemente possível pelos profissionais de Saúde Bucal, para evitar tratamentos radicais, mutiladores e com prognóstico desfavorável.

A capacidade mastigatória dos indivíduos é fortemente afetada pelas extrações dentárias, sendo a prótese dentária capaz de recuperar parte desta e de outras funções como a estética e fonética. O SUS possibilita, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, a reabilitação oral através da oferta de próteses dentárias.

Alguns fatores que podem dificultar o acesso e a utilização dos serviços de Saúde por parte dos idosos dizem respeito a aspectos sócio-demográficos e culturais (como medo e relação da necessidade com a presença dor), incapacidade funcional, auto-avaliação de Saúde inadequada e organização e planejamento dos serviços que não prioriza esse grupo etário.

6.4 Promoção em Saúde Bucal

Os profissionais de Saúde Bucal devem procurar sensibilizar a população, demonstrando que o atendimento odontológico aos idosos não se restringe apenas a extrações dentárias e dentadura, sendo muito mais do que isso, no sentido de avaliar as condições de Saúde Bucal quanto à presença de desordens do sistema estomatognático e às manifestações bucais de doenças sistêmicas. É preciso que sejam divulgadas essas informações entre os demais profissionais de Saúde e a população em geral, principalmente os idosos, seus familiares e cuidadores.

As ações de promoção de Saúde devem conscientizar os idosos e seus cuidadores quanto aos bons hábitos de Saúde Bucal enfocando a autoproteção e autopercepção. As unidades de Saúde, os centros de convivência, as entidades religiosas, as casas de repouso

são os locais mais recomendados para realizar atividades preventivas com idosos. As campanhas de vacinação dos idosos funcionam como um momento importante para execução de ações de promoção de Saúde Bucal, abordando temas como prevenção de câncer bucal, auto-exame da boca e cuidados no uso e higiene das próteses dentárias.

É importante também, que todos os trabalhadores da Saúde conheçam a lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, de modo que possam garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à Saúde, permitindo um envelhecimento saudável e digno, livre de quaisquer maus-tratos.

A violência é um problema inerente à vida em sociedade que também atinge os idosos. Os maus-tratos aos idosos têm sido cada vez mais prevalentes e há muito deixaram de ser uma questão familiar privada. Eles geram conseqüências físicas, emocionais e podem levar ao óbito. É fundamental que os profissionais de Saúde saibam identificar situações como essa para denunciar às autoridades policiais e judiciais competentes.



ATIVIDADE 27

Tipo da atividade: coletiva

O Papel da ESB na Sinalização dos Maus-Tratos a Idosos



Durante a visita ou o atendimento odontológico, a ESB pode ser capaz de identificar sinais físicos ou alterações comportamentais em idosos decorrentes de abandonos ou maus tratos. Formem grupos, compartilhem as experiências e descrevam como identificar esses sinais e as alterações comportamentais citando alguns casos.

Agora respondam e discutam as questões seguintes:

- você já ouviu notícias de violência contra idosos?
- na sua comunidade você sabe se algum idoso sofre algum tipo de violência ou maus-tratos? Qual foi sua conduta?
- qual o seu papel, enquanto membro de uma equipe de Saúde, na questão dos maus-tratos a idosos?

ATIVIDADE PRÁTICA 2



Tipo da atividade: coletiva

Campanhas para Denúncias de Maus-Tratos aos Idosos

Formem grupos de acordo com o município de atuação. Agora vamos promover campanhas para que as agressões contra idosos sejam denunciadas. Elaborem cartazes com figuras que espelhem a violência contra os idosos, relatem como fazer para denunciar (onde denunciar) e levem às Unidades de Saúde.

Escrevam sobre a importância de denunciar as ocorrências de maus tratos a idosos.

6.5 Importância dos Cuidadores e Familiares

Os idosos podem apresentar, por múltiplas razões, limitações orgânicas ou restrição a certas atividades do cotidiano, tornando-se dependentes do auxílio de outrem para executar algumas dessas ações. Neste estágio da vida, os familiares e/ou cuidadores passam a ser fundamentais na vida desse idoso.

Limitações auditivas e cognitivas podem dificultar bastante o diálogo entre o idoso e os profissionais de Saúde, sendo fundamental, então, que todas as orientações sejam fornecidas ao cuidador familiar, capacitando-o no limite da suas atribuições a prestar o auxílio básico necessário às atividades do cotidiano do idoso.



ATENÇÃO

Esse cuidador familiar ou não, algumas vezes, pode não possuir a formação adequada para exercer essa função e por esse motivo pode acabar prejudicando o idoso.

6.6 Atendimento ao Idoso

a. Dificuldades

Sabemos que as mulheres, os jovens, indivíduos com maior nível sócio-econômico e escolaridade procuram com maior frequência os serviços de Saúde e utilizam-no de forma mais regular. Os idosos, por motivos anteriormente mencionados, usualmente procuram menos os serviços de Saúde Bucal, principalmente os que não possuem dentes, já que acham que não precisam ir ao dentista. Assim, os profissionais de Saúde Bucal devem se empenhar em derrubar este mito e sensibilizar cada vez mais esta camada da sua comunidade a procurar os serviços de Saúde Bucal das suas Unidades de Saúde.

Mas para isso, devemos ir onde eles estão, para mostrá-los a importância do acompanhamento pela equipe de Saúde Bucal.

E onde encontrá-los para buscar e realizar esta sensibilização?

- nas salas de espera das Unidades de Saúde durante as consultas para pessoas com hipertensão e diabetes;
- nas ações de atividades físicas para melhor idade;
- nos Centros de Convivências,
- nos CREAS e nos CRAS;
- com o auxílio dos Agentes Comunitário de Saúde;
- outros.

Outra problemática é a dificuldade de locomoção de alguns destes usuários. Nesses casos os profissionais de Saúde Bucal, em parceria com os demais membros das Equipes de Saúde e Gestores devem procurar estratégias para ultrapassar esse limite, por meio de atendimento domiciliar, quando possível (a depender do caso, disponibilidade de recurso materiais, condição física do usuário) ou disponibilizando meios para que os mesmos sejam levados às UBS, quando necessitarem de algum tipo de intervenção que não possa ser realizada no domicílio.

b. Cuidados

Para facilitar a cooperação do usuário idoso, os profissionais de Saúde Bucal devem se empenhar para garantir um atendimento individualizado, procurando chamar o idoso pelo seu nome e sempre se dirigir a ele e não ao acompanhante. É importante falar com o idoso olhando nos olhos, face a face para facilitar a leitura labial. Além disso, sempre esclarecer quais são as etapas do atendimento de forma clara e detalhada, buscando diminuir sua insegurança e aumentar sua cooperação e adesão ao tratamento.

Durante o atendimento alguns cuidados técnicos e de conduta devem ser adotados para evitar complicações, acidentes e resistência por parte destes usuários. Como visto anteriormente estes usuários apresentam algumas características sistêmicas e psicológicas que requerem maiores cautelas durante o seu atendimento odontológico; por isso é muito importante a interação e troca de informações a cerca deste usuário entre os membros da Equipe de Saúde, para que este atendimento seja realizado com segurança e sucesso.



Além disso, devem ser observados cuidados técnicos como duração das consultas, que devem ser o mais breve possível, tentar adequar os horários de atendimento às suas horas de refeições e de administração de medicamentos.

Algumas vezes necessitamos lançar mão das informações trazidas pelo acompanhante, o que deve ser adotado apenas nos casos em que o idoso apresentar alguma limitação que não o permita nos prestar as informações necessárias de maneira adequada. Mas é importante ter o cuidado de não o fazer de modo que o idoso se sinta incapaz ou diminuído, o que pode enfraquecer sua auto-estima e dificultar sua adesão ao tratamento odontológico.

c. Abordagem

A fase de vida idosa é permeada por particularidades afetivas e culturais que devem ser respeitadas e levadas em consideração durante a abordagem destes usuários pelos profissionais de Saúde Bucal durante a busca ativa, atividades educativo-preventivas e o atendimento odontológico. Sabemos que estes idosos apresentam características culturais específicas e uma baixa percepção da necessidade de tratamento, o que pode funcionar como uma barreira durante esta abordagem.

Muitas vezes devemos lançar mão de outros recursos para facilitar esta abordagem, como o auxílio de outros profissionais ou membros da comunidade que nos ajudem nessa aproximação. Neste contexto os Agentes Comunitários de Saúde, outros membros da equipe e membros dos espaços religiosos e de convivência são importantes neste processo.

Uma ferramenta muito útil na sensibilização dos idosos à adesão ao tratamento odontológico é a utilização de uma abordagem em grupo, já que nestes usuários é importante a consolidação dos laços sociais.

Outro cuidado a ser tomado é a tentativa de sensibilização destes usuários para sua necessidade de acompanhamento pelos profissionais de Saúde Bucal, pois muitos não toleram ser forçados a realizar algo que não considerem importante para si e tornam-se resistentes. Além disso, devemos sempre garantir o seu direito de co-responsabilidade nas decisões inerentes à sua Saúde Bucal e de co-participação nos procedimentos necessários ao seu tratamento odontológico.

ATIVIDADE 28



Tipo da atividade: coletiva

Cuidado da Saúde Bucal dos Idosos

Discutam em grande roda e produzam uma lista com artifícios que a ESB poderia utilizar para atrair os idosos aos cuidados com a Saúde Bucal.

ATIVIDADE 29



Tipo da atividade: coletiva

Caça Palavras – O Ciclo da Vida

Ao final do componente é plausível reforçar os conceitos vistos de modo a consolidá-los e sanar possíveis dúvidas. Em grupo, desenvolvam a atividade conforme instruções do docente.

"A COMPREENSÃO das DEMANDAS de cada FAIXA ETÁRIA e das capacidades de se lidar com ela enriquece extraordinariamente o TRABALHO clínico. Além da correta IDENTIFICAÇÃO de sintomas, o clínico deve estudar a PESSOA como um todo. Em que CONTEXTO SOCIAL ela está? Como se constitui sua FAMÍLIA? Quais PROJETOS DE VIDA sofrem a interferência de uma ENFERMIDADE? Quais MUDANÇAS ocorreram em sua vida que poderiam ter contribuído para o DESENCADEAMENTO de alguma DOENÇA? Que suporte tem para lidar com suas LIMITAÇÕES? Quais as FANTASIAS poderá desenvolver a partir de um SINTOMA? Essa e outras perguntas poderão ser formuladas para melhor ENTENDER nosso usuário e seus familiares. Parece complicado estar atento a tudo isso? Em alguns casos, talvez seja, mas, em muitos deles, certamente é mais complicado não perguntar, não reservar um pouco de TEMPO para CONVERSAR e OBSERVAR a pessoa que temos a nossa frente. Quanto atalho poderia ser descoberto a partir de uma boa conversa!" (Rogério Wulf Aguiar)

A	N	D	R	A	D	I	V	E	D	S	O	T	E	J	O	R	P	N	O
N	I	M	U	D	A	N	C	A	S	N	A	R	S	Y	N	E	I	Y	S
T	H	O	N	I	J	S	O	W	U	A	Z	O	B	S	E	R	V	A	R
O	A	C	A	C	I	F	I	T	N	E	D	I	V	A	J	A	D	I	C
H	Z	O	O	E	Q	U	D	O	L	L	E	K	L	O	U	Q	E	M	O
S	U	N	I	M	O	F	A	N	T	A	S	I	A	S	T	E	M	O	N
U	N	V	S	A	P	L	E	S	E	R	E	O	H	L	A	B	A	R	T
S	B	E	E	M	Y	R	R	A	M	O	N	D	O	M	Q	S	N	T	E
E	R	R	O	B	U	A	E	N	P	U	C	Y	E	X	T	E	D	O	X
D	I	S	C	O	X	I	J	E	U	K	A	W	N	R	E	V	A	D	T
A	T	A	A	Q	E	D	A	Q	N	U	D	Y	T	S	Z	I	S	A	O
D	O	R	T	U	B	O	I	R	I	S	E	U	E	A	P	L	A	U	S
I	F	A	I	X	A	E	T	A	R	I	A	S	N	K	E	U	L	I	O
M	L	O	M	E	N	S	D	P	T	Q	M	O	D	I	S	M	N	O	C
R	U	J	I	N	K	R	H	I	O	A	E	S	E	A	S	T	U	Y	I
E	K	S	L	A	U	E	A	Q	A	V	N	A	R	D	O	E	N	C	A
F	A	R	I	L	P	L	Y	N	E	M	T	U	T	M	A	M	A	W	L
N	H	T	E	M	P	O	D	I	B	K	O	W	A	E	V	S	L	O	Y
E	S	X	I	D	O	N	O	V	U	R	P	T	U	K	L	O	X	I	J
Z	A	C	R	U	T	K	I	F	A	M	I	L	I	A	M	Z	A	T	N

Fonte: BASSOLS, A. M. S.; KAPCZINSKI, F.; EIZIRIK, C. L. O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, I. O.; YARID, S. D.; SOUZA, D. C. F.; MOTA, D. A. S.; LUZ JÚNIOR, D. M.; CUNHA, K. C. Condições de Saúde Bucal do Trabalhador das Indústrias de Jequié-BA. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.4, n.1, p. 173-185, jan./dez. 2011.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on Adolescent Oral Health Care. In: 2012-13 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines - Reference Manual (2011). Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Adoleshealth.pdf. Acesso em: 17/05/2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on Dietary Recommendations for Infants, Children, and Adolescents. In: 2012-13 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines - Reference Manual (2011). Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_DietaryRec.pdf. Acesso em: 17/05/2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. In: 2012-13 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines - Reference Manual (2011). Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/P_ECCClassifications.pdf. Acesso em: 17/05/2012.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on Intraoral/Perioral Piercing and Oral Jewelry/Accessories. In: 2012-13 Definitions, Oral Health Policies, and Clinical Guidelines - Reference Manual (2011). Disponível em: http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_pierce.pdf. Acesso em: 17/05/2012.

ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and Cognitive Development: a Meta-analysis. Am J Clin Nutr 1999;70:525–35.

ANDREASEN JO, ANDREASEN FM. Texto e Atlas Colorido de Traumatismo Dental. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p.151-180.

AREIAS, C. et al. Cárie Precoce da Infância – O Estado da Arte. Acta Pediatr Port, v.41, n.5, p.217-21, 2010.

BERVIAN, J.; FONTANA, M.; CAUS, B. Relação entre Amamentação, Desenvolvimento Motor Bucal e Hábitos Bucais - revisão de literatura. RFO, v. 13, n. 2, p. 76-81, maio/agosto, 2008.

BORDIN IAS, PAULA CS, NASCIMENTO R, DUARTE CS. Severe Physical Punishment and Mental Health Problems in an Economically Disadvantaged Population of Children and Adolescents. Rev Bras Psiquiatr, v.28, n.1, p.290-296, 2006.

BRANCO-DE-ALMEIDA, L. S.; CASTRO, M. L.; COGO, K.; ROSALEN, P. L.; ANDRADE, E. D. de; FRANCO, G. C. N. Profilaxia da Endocardite Infecciosa: Recomendações Atuais da "American Heart Association (AHA)". Rev. Periodontia, v.19, n.4, p.7-10, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Controle de infecções e a prática odontológica em tempos de aids:manual de condutas. Brasília, 118p, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080htm. Acesso em: 19/03/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008 (CD ROM).

BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010. Pesquisa nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília, 2011. p.36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente - Bases Programáticas. 2ª Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996. 32p.

CAVASSANI, VGS; ANDRADE SOBRINHO, J; HOMEM, MGN et al. Candidíase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. Rev. Bras. Otorrinolaringol., v.68, n.5, p.630-634, Oct. 2002.

COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva. Vol.1. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995.

CONSOLARO, A. Fase do "Patinho Feio": os caninos "empurram" os laterais? Rev. Clín. Ortodon. Dental Press, v.5, n.6, p.109-111, dez. 2006/jan. 2007.

DELLA VALLE, D.; CHEVITARESE, A. B. A.; MODESTO, A.; CASTRO, L. A. Freqüência de traumatismo dentário em bebês. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê, v.6, n.34, p.464-469, 2003.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, RS. Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

ELIAS, M.S.; CANO, M.A.T.; MESTRINER Jr. W.; FERRIANI, M. G.C. A Importância da Saúde Bucal para Adolescentes de Diferentes Estratos Sociais do Município de Ribeirão Preto. Rev.latino-am.enfermagem, v. 9, n. 1, p. 88-95, janeiro 2001.

FELDMAN, I.; SOUZA, M. L. A Percepção da Brincadeira de Faz-de-conta por Crianças de uma Instituição da Educação Infantil. Revista Interinstitucional de Psicologia, v.4, n.1, p.26-35, jan.-jun. 2011.

FENATO, M. C.; MIURA, C. S. N.; BOLETA-CERANTO, D. C. F. Piercing bucal: Sua Saúde Vale esse Modismo? Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, v.14, n.2, p.157-161, maio/ago. 2010.

FONSECA, M.G.; BASTOS, F.I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C.L.T.; TRAVASSOS, C.; SZWARCWALD, CL. Aids e Grau de Escolaridade no Brasil: Evolução Temporal de 1986 a 1996. Cad Saúde Pública. v. 16, p. 77-87, 2000.

FREIRE, M.C.M. et al. Hábitos de Higiene Bucal e Fatores Sociodemográficos em Adolescentes. Rev Bras Epidemiol, v.10, n.4, p.606-614, 2007.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; MENEZES, V. A.; LIRA, P. I. C.; Prevalência e Fatores Sociodemográficos Associados ao Traumatismo Dentário em Pré-escolares. Odontologia. Clín.-Científ., v.5, n.1, p.57-64, jan/mar., 2006.

GRAY, R. H. et al. Risk of Ovulation During Lactation. Lancet, [S.l.], v. 335, p. 25-9, 1990.

GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. do C.C.; OLIVEIRA, A. L. da S. As Origens, Objetivos e Razões de ser da Odontologia para Bebês. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v.6, n.29, p.83-86, jan./fev. 2003.

HALPERN, L. R. Orofacial Injuries as Markers for Intimate Parther Violence. Oral Maxillo Fac Surg Clin North Am. v.22, n.2, p. 239-246, May 2010.

KAZANCI, F. Frequency and Distribution of Developmental Anomalies in the Permanent Teeth of a Turkish Orthodontic Patient Population. Journal of Dental Sciences, v.10, n.3, 2011. p.1-10.

KLOSTER, A. P.; SOUSA, J. M.; VOLPATO, L. E. R.; OLIVEIRA, T. M.; MACHADO, M. A. A. M.. Traumatismo Dentário em Crianças, e Adolescentes: um Desafio Eminente para a Saúde Pública. Odontol. Clín.-Cient., Recife, Suplemento 499-503, out./dez., 2011.

KUFNER, R. A. Traumatismos Dentários mais Prevalentes em Crianças de 0 a 3 Anos Matriculadas nos Centros de Educação Infantil de Itajaí, 2005. Monografia (graduação em Odontologia). Universidade Vale do Itajaí. 39f.

MARTELLO, R. P.; JUNQUEIRA, T. P.; LEITE, I. C. G. Cárie Dentária e Fatores Associados em Crianças com Três Anos de Idade Cadastradas em Unidades de Saúde da Família do Município de Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, v.21, n.1, p.99-108, jan-mar 2012.

MEYER, M. Guia Prático para Programas de Prevenção de Drogas. Sociedade

Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. 2003. 30p.

MONTENARI, I. B.; FREITAS, R. M. S. de. A Importância da Atenção Primária na Prevalência e na Incidência do Edentulismo. FacRedentor, 2012. Disponível em: http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/15032012TCC_29082010pdf[2].pdf. Acesso em: 05/09/2012.

NARVAI, P. C. Integralidade na Atenção Básica à Saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV (org). Novos Rumos da Saúde Bucal: os Caminhos da Integralidade. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; 2005. p.28-42.

NERY, C. F. A Atuação da Periodontia na Infância e na Adolescência. Revista PerioNews, v.3, n.5, p.346-352.

OLIVEIRA, Z. F. D. Educação Infantil: Fundamentos e Métodos.São Paulo: Cortez, 2002.

OLIVEIRA, D. F. S.; MOURA, H. G.; OLIVEIRA, A. J. Higiene Bucal de Bebês de 0 a 6 Meses. Revista Científica do ITPAC, v.1, n.1, julho, 2008.

PALÁCIOS, J. Psicologia Evolutiva: Conceito, Enfoques, Controvérsias e Métodos. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. Desenvolvimento Psicológico e Educação. 1. Psicologia Evolutiva. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.13-52.

PIAGET, J. Seis Estudos de Psicologia. Rio de Janeiro. Forense, 1969.

QUEIROZ, I. S. de. Os Programas de Redução de Danos como Espaços de Exercício da Cidadania dos Usuários de Drogas. Psicol. cienc. prof., Brasília, v.21, n.4, dez. 2001. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25/out/2012.

RIBEIRO, A. G.; OLIVEIRA, A. F.; ROSENBLATT, A. Cárie Precoce na Infância: Prevalência e Fatores de Risco em Pré-escolares, aos 48 Meses, na Cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(6):1695-1700, nov-dez, 2005.

RODRIGUES, MP; SOBRINHO, MD; SILVA, EM. Os Cirurgiões-dentistas e as Representações Sociais da Aids. Ciência e Saúde Coletiva. v.10, n.2, p.463-472, 2005.

SÁ, L. O.; VASCONCELOS, M. M. V. B. A Importância da Educação em Saúde Bucal nas Escolas de Ensino Fundamental - Revisão de Literatura. Odontologia. Clín. -Científic., Recife, 8 (4) 299-303, out./ dez., 2009.

SAIANI, R. A. S.; QUEIROZ, A. M., RAFFAINI, M. S. G. G.; BAGATIN-ROSSI, C. R. Odontohebiatria: uma Nova Especialidade na Odontologia. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v.20, n.1, p.60-65, jan-abr., 2008.

SANCHES, M. T. C. Manejo Clínico das Disfunções Orais. Jornal de Pediatria, v.80, n.5 (Supl), p. S155-S162, 2004.

SANTIAGO, L. M.; SANTANA, A. F.; AGUIAR, C. R. B.; SANTOS, E. V. Alterações Intra-bucais Causadas pelo Uso do Piercing. Odontologia Clín.-Científ., v.6, n.2,

p.143-146, abr/jun., 2007.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e Saúde na Pauta da Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.1, p.7-17, 2005.

SERTÓRIO, S. C. M.; SILVA, I. A. As Faces Simbólica e Utilitária da Chupeta na Visão de Mães. Rev Saúde Pública, v.39, n.2, p.156-162, 2005.

SOUSA, D. L.; MOREIRA NETO, J. J. S.; GONDIM, J. O.; BEZERRA FILHO, J. G. Prevalência de Trauma Dental em Crianças Atendidas na Universidade Federal do Ceará. Rev. Odonto Ciênc. v.23, n.4, p.355-359, 2008.

SOUZA, L.B et al - Manifestações Orais em Pacientes com Aids em uma População Brasileira. Pesq.Odontol.Bras, v. 14; p. 79-8, 2000.

STUEBE, A. M,; MICHELS, K. B.; WILLETT, W. C.; MANSON, J. E.; REXRODE, K.; RICH-EDWARDS, J. W. Duration of Lactation and Incidence of Myocardial Infarction in Middle to Late Adulthood. Am J Obstet Gynecol, 2009;200:138.e1-138. e8.

TESCAROLLO, A.; FREIRE, D. Sexo, Drogas e Odontologia. [2007] Disponível em: <http://www.abo.org.br/revista/86/materia4.php> Acesso em: 09/08/2012.

THOMSON, W. M.; POULTON, R.; BROADBENT, J. M.; MOFFITT, T. E.; CASPI, A.; BECK, J. D.; WELCH, D.; HANCOX, R. J. Cannabis Smoking and Periodontal Disease Among Young Adults. JAMA. 2008;299(5):525-531

TOMA, T. S.; REA, M. F.. Benefícios da Amamentação para a Saúde da Mulher e da Criança: um Ensaio sobre as Evidências. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 2:S235-S246, 2008.

UEDA, E. M. O.; DEZAN, C. C.; FROSSARD, W. T. G.;, SALOMÃO, F.; MORITA, M. C. Prevalence of Dental Caries in 3- and 5-year-old Children Living in a Small Brazilian City. J Appl Oral Sci., v.12, n.1, p.34-38, 2004.

VYGOTSKY, L. S. A Formação Social da Mente. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

III

COMPONENTE CURRICULAR

CUIDADOS ODONTOLÓGICOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Ignez Aurora dos Anjos Hora
Josefa Cilene Fontes Viana

Sumário

1. HISTÓRICO.....183
2. CLASSIFICAÇÃO E CONCEITOS.....187
3. PLANEJANDO O ACESSO E ACOLHIMENTO.....193
3.1 Acolhimento e Impacto Familiar.....194
4. MECANISMOS DE ABORDAGEM E CUIDADOS.....200
4.1 Abordagem Planejada.....200
4.2 Responsabilização.....202
5. DIAGNÓSTICANDO E CONHECENDO A SITUAÇÃO.....203
5.1 Paralisia Cerebral.....205
5.1.1 Etiologia.....205
5.1.2 Formas de Paralisias.....206
5.1.3 Achados Clínicos.....206
5.1.4 Manifestações Bucais.....207
5.2 Síndrome de Down.....207
5.2.1 Principais Características Físicas.....208
5.2.2 Principais Características Sistêmicas.....208
5.2.3 Manifestações Bucais mais Comuns.....209
5.3 Autismo.....210
5.3.1 Características.....210
6. CONSTRUÇAO DO PLANO TERAPÊUTICO.....212
7. MANEJO ODONTOLÓGICO.....213
8. PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS.....216
9. PROMOVENDO SAÚDE.....219
9.1 Promovendo a Saúde Bucal da Gestante.....220
10. ENCAMINHAMENTO: QUANDO? COMO? E POR QUE?.....223
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....225
REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....227

CUIDADOS ODONTOLÓGICOS PARA PACIENTES COM DEFICIÊNCIA

ATIVIDADE 1



Tipo da atividade: individual e coletiva

Reflexão

A primeira atividade deste componente compreende dois tempos distintos. No primeiro momento. Sigam as orientações do docente para desenvolvê-la da melhor forma possível. Em seguida, leiam e reflitam sobre o texto de Mario Quintana, o escritor gaúcho que definiu a deficiência

Deficiências

Deficiente é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

Louco é quem não procura ser feliz com o que possui.

Cego é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

Surdo é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

Mudo é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

Paralítico é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

Diabético é quem não consegue ser doce.

Anão é quem não sabe deixar o amor crescer. E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:

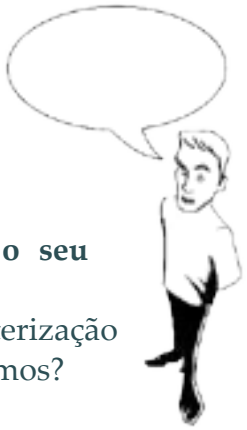
Miseráveis são todos que não conseguem falar com Deus.

Mário Quintana (escritor gaúcho 30/07/1906 - 5/5/1994).

Discutam em grupo sobre o poema. Escrevam em papel kraft os principais pontos da discussão e apresentem.

ATIVIDADE 2

Tipo da atividade: individual



Quem é Deficiente?

Reflita sobre o questionamento seguinte e registre no caderno o seu entendimento sobre ele.

1. É recorrente o uso de termos 'ser deficiente' e 'ser normal' na caracterização das pessoas. Quais as considerações que você traz sobre esses termos?

ATIVIDADE 3

Tipo da atividade: coletiva



Quem são as Pessoas com Deficiência?

Reúnam-se, discutam e construam um cartaz com o conceito do grupo sobre "Quem são as pessoas com deficiência?". Para isso, pesquisem em revistas, jornais e/ou na internet figuras, fotos, textos que possam auxiliá-los na expressão de suas ideias. Sigam as orientações do docente.

1. HISTÓRICO



A necessidade de articular ações para grupos isolados em uma sociedade se deve ao fato de que alguns deles precisam ser vistos de forma diferenciada. Somado a isso, é necessário diminuir o preconceito contra essas pessoas. Para isso, é importante promover ações e oferecer serviços que levem em conta suas peculiaridades, bem como a qualificação de profissionais para melhor desenvolver seu papel.

As pessoas com deficiência ou com necessidades especiais trilham historicamente caminhos diferenciados, sempre "competindo" com os ditos normais, que, por serem mais numerosos, são alvos prioritários dos planejamentos políticos.

É importante conhecer um breve histórico dos caminhos trilhados e algumas ações que foram sendo instituídas. Em 1981, foi declarado o Ano Internacional da Pessoa com deficiência; nos períodos de 1983 a 1993, foi instituída a Década Internacional das Pessoas com Deficiência; e em 1998, foi instituído pela ONU (Organização das Nações Unidas) no dia 3 dezembro como dia internacional da pessoa com deficiência; em dezembro de 2006, ocorreu a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e ainda neste mesmo ano, após amplas discussões, com participação de instituições internacionais, foi declarada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) a Década das Pessoas com Deficiência (2006 – 2016) com recomendações e metas a serem implementadas.

A Assembleia Geral da OEA - Organização dos Estados Americanos - realizada no último dia 6 de junho, divulgou a "Declaração da década (2006-2016) das Américas pelos direitos e pela dignidade das pessoas com deficiência". Confira o teor da Declaração:

Profundamente preocupada pelo fato de que aproximadamente 90 milhões de pessoas no Hemisfério Sul enfrentam situações de deficiências, muitas das quais sobrevivendo abaixo da linha de pobreza, em situação de miséria, principalmente em países em desenvolvimento, excluídas de suas comunidades por barreiras físicas, políticas, culturais, sociais, econômicas e atitudinais.

Tendo em conta a importância particular de uma ação conjunta dos Estados para promover o exercício efetivo dos direitos das pessoas com deficiência, sua inclusão nas atividades econômicas, sociais, culturais, civis e políticas dos países, assim como sua ativa participação no desenvolvimento social, fazendo-se cumprir os compromissos internacionais assumidos, entre eles, as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas;

Considerando que para se impulsionar ações de curto, médio e longo prazo que favoreçam a inclusão de pessoas com deficiência, organizações internacionais e regionais de diferentes partes do mundo têm visto que é conveniente declarar Décadas das Pessoas Com Deficiência, com o objetivo de dar visibilidade à realidade na qual vivem essas pessoas com deficiência, reforçando a vontade e a força política dos governos, atraindo recursos humanos, técnicos e econômicos de cooperação internacional. Declara:

1. Sua preocupação profunda pela persistência das condições de desvantagem, desigualdade e discriminação na qual se encontram a maioria das pessoas com deficiência.

2. A necessidade de adoção de medidas e estratégias regionais urgentes, que promovam o reconhecimento e o exercício de todos os direitos humanos, incluídos os civis e políticos, como os econômicos, sociais e culturais, assim como as liberdades fundamentais das pessoas com deficiência.

3 . A "Década das Américas: pelos Direitos e pela Dignidade das Pessoas Com Deficiência" durante o período de 2006-2016, como o lema: "Igualdade, dignidade e participação", com os objetivos de alcançar o reconhecimento

e o pleno exercício dos direitos e a dignidade das pessoas com deficiência, e seu direito de participar plenamente da vida econômica, social, cultural, política e no desenvolvimento de suas sociedades, sem discriminação e em situação de igualdade com os demais cidadãos.

4. A necessidade de que durante a Década anunciada e, aqui declarada, se empreendam programas, planos e ações para alcançar a inclusão e a participação plena em todos os aspectos da sociedade pelas pessoas com deficiência; que se executem programas sociais, políticos, econômicos, culturais e de desenvolvimento, destinados a alcançar a equiparação de oportunidades para com os demais cidadãos e cidadãs, e que se promovam medidas efetivas para a prevenção de novas deficiências, assim como o acesso aos serviços de reabilitação para as pessoas com deficiência.

Fonte: http://www.ame-sp.org.br

Historicamente, no Brasil, o caminho de atenção e políticas voltadas para pessoas com deficiência vem morosamente sendo ampliado, pois mesmo com respaldo da legislação, as ações nem sempre acontecem. Instituída a Carta Magna da Constituição Federal em 1988, foram defendidos integralmente os direitos da população como um todo, inclusive a população com deficiência sendo um marco para implementação de políticas públicas em benefício delas (BRASIL, 2004)

Com a publicação da lei nº. 7853, de 24 de outubro de 1989, foi instituída a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, que só foi regulamentada pelo decreto nº. 3298, de 20 de dezembro de 1999 e dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiências e a sua integração social, no que se refere à Saúde (BRASIL, 1999).

Como gestor Federal do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, em 1991, iniciou um trabalho de articulação com vários setores do governo voltado à inclusão de ações de atenção Saúde da população com deficiência, assumindo a regulamentação e promoção da assistência (BRASIL, 2004).

Segundo o Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens, o Ministério da Justiça, 2004 traz que:

> O grau de mobilização de setores interessados nas questões dos direitos da população com deficiências, a partir dos anos 80, no Brasil, colocou na pauta dos governos a necessidade de formulação e implementação de políticas públicas voltadas para essa população. Até então, a atenção à necessidades educacionais, de assistência social e de Saúde dessa população, era praticamente restrita a entidades filantrópicas e marcadas por filosofia e práticas assistencialistas. Na área da Saúde, particularmente a partir dos anos 90, há uma mudança de foco, inclusive com a participação das entidades sem fins lucrativos no sentido da profissionalização da assistência, do estabelecimento de parcerias entre os diferentes atores e setores sociais e da construção de um novo paradigma, com base na efetividade das ações e na responsabilidade social (BRASIL, 2004).

O Brasil, em 2008, ratificou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela ONU, com equivalência de emenda constitucional e o Governo Federal por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, ressaltou o compromisso afirmado e publicou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, que declara a necessidade de compromisso e articulação entre Governo Federal, Estadual e Municipal em direção ao cumprimento dos direitos referidos na Convenção, com ações efetivas para educação, acessibilidade, atenção à Saúde e inclusão social através de políticas públicas.

Mas para que na prática isso efetivamente aconteça, faz-se necessárias mudanças também de paradigmas entre todas as profissões, sociedade e entre a própria comunidade assistida (pessoas com deficiências, familiares e cuidadores).



ATIVIDADE 4



Tipo da atividade: coletiva

Linha do Tempo.

A linha do tempo é um recurso didático que permite a visualização rápida, em sequência cronológica, dos fatos importantes da história relacionada a um determinado assunto desde um momento específico até os dias de hoje. A organização se dá por datas dos acontecimentos marcantes.

Nesse sentido, em grupo, estruture uma linha do tempo datada que traga a temática "pessoas com deficiência". Para isso, sigam as orientações do docente.

2 . CLASSIFICAÇÃO E CONCEITOS

ATIVIDADE 5

Tipo da atividade: coletiva

Relato de Experiências I.



Certamente, vocês já vivenciaram ou ouviram experiências relacionadas a pessoas com deficiências. Em um grande círculo, compartilhem tais fatos e discutam. Procurem identificar características do personagem da história relacionadas à condição que ele apresenta e que o torna especial.

Vamos falar agora um pouco da experiência de ter a responsabilidade sobre uma pessoa com deficiência. É esperado que reações aconteçam quando se descobre que o filho que está sendo gestado virá ao mundo com algum tipo de deficiência. A questão da responsabilidade recai, inicialmente, sobre os pais e a família de onde o sujeito é oriundo, bem como aqueles que se encontram em lares públicos.

Num primeiro momento, a denominação "pessoa com deficiência" apresenta uma categorização que coloca uma linha divisória entre dois grupos distintos de pessoas, aquelas que apresentam e aquelas que não apresentam algum tipo de deficiência.

1. Em que esta divisão contribui ou não para a promoção de cuidados específicos para esses sujeitos?

2. Será que as necessidades de Saúde dessas pessoas implicam em uma transformação das nossas concepções de Saúde baseadas na cura de uma doença e em ações como medicação e hospitalização?

A natureza das questões relacionadas às pessoas com deficiência nos aponta para uma discussão sobre o lugar social produzido para os mesmos. Como são vistos e interpretados produzem efeitos nos tratamentos dispensados para os mesmos?

Entre as muitas possibilidades de compreensão do lugar desses sujeitos com deficiência, algumas estão relacionadas a uma interpretação de que eles não possuem desejo e autonomia próprias, e quando esse desejo é demonstrado de alguma forma de expressado, esses sujeitos podem ser considerados como doentes ou desqualificados nas suas demandas específicas. Isso quando não lhes é atribuído o estigma do retardado, ou seja, qualidades que se constroem a partir daquilo que eles têm de negativo na deficiência, e não tomando como base as potencialidades inerentes à sua existência.

Todas essas características que são atribuídas a esses usuários nos permitem pensar que estamos falando de um lugar que incita ou uma atitude de normalização desses usuários, como se fossem doentes que precisam de uma intervenção corretiva ou uma atitude de vitimização expressa por uma cautela no trato com eles, do que efetivamente estimulá-los a serem autônomos, ou seja, menos dependentes da família e de seus cuidadores.

Desse modo, perguntamos: até que ponto as limitações que encontramos no outro não sugerem nossas próprias limitações no modo como os percebemos? Que motivos nos levam a tratar o outro como um sujeito a ser enquadrado em um padrão de comportamento, para não dizer domesticado, e não como alguém que pode ser visto como diferente? O que propomos é construir uma postura profissional que acolha a deficiência como uma diferença, sem, contudo, desatender as necessidades específicas que cada deficiência sugere.

Assim, é possível refletir que o problema motivador para essa discussão está relacionado à mudança na abordagem que podemos realizar. Algumas questões relacionadas à interpretação sobre esses usuários se tornam de fundamental importância para a construção de outro modo de pensar.

Assim, pode-se perguntar o que faz da diferença do outro um espelho da limitação do meu olhar sobre ele? E no que isso implica sobre o uso das minhas habilidades profissionais para lidar com elas? Essa discussão aponta para a compreensão do quanto nós podemos ter um olhar reducionista para esse outro, uma vez que a identificação da diferença no outro provoca a inquietação em mim que pode, ao invés de sugerir outras práticas, um retorno muitas vezes defensivo das mesmas práticas tradicionais pautadas pela patologização e/ou vitimização.

ATIVIDADE 6



Tipo da atividade: coletiva

Vítima, Vitimização e Patologização.

A abordagem da temática "pessoas com deficiências" remete intrinsecamente à discussão sobre vítima, vitimização e patologização. Em grupo, discutam sobre os três termos, de modo a defini-los conforme orientações do docente.

Diante desses aspectos reflexivos e a partir das discussões que eles remetem, ressalta-se que as questões relacionadas às pessoas com deficiência pedem um olhar que não esteja restrito aos aspectos de assistência que chamaremos de "procedimentais", ou seja, aquela compreensão de que a assistência em Saúde se produz apenas por um conjunto de procedimentos curativos. Portanto, a assistência deverá ser pensada tomando como referência outros aspectos constitutivos da vida dos sujeitos, como o acesso ao trabalho, o acesso à renda, acesso aos direitos fundamentais da pessoa.

ATIVIDADE 7



Tipo da atividade: coletiva

Intervenção Cidadã.

Até este momento do texto, foram abordados dois aspectos das pessoas com deficiência, relacionados à classificação e conceitos: um aspecto técnico, mais voltado às terminologias; e outro filosófico, mais direcionado às entrelinhas dos termos. Com base no que foi visto, reflitam e discutam sobre os questionamentos que seguem:

1. Por qual motivo as pessoas com deficiência devem ser alvo de intervenção?
2. O que as pessoas com deficiência provocam no profissional (técnico)?

Diante das diversas terminologias empregadas para definir esta parcela da população, em cada momento das políticas a ela dirigido, para tentar uniformizar o entendimento, consideramos a citação primeiramente da terminologia adotada entre as associações de diversos países, que substituiu o termo deficiente por pacientes especiais ou pessoas com necessidades especiais (PNE). Atualmente, no Brasil, a terminologia adotada é Pessoa com Deficiência. Todos esses movimentos buscaram romper o paradigma de pessoa excepcional com conotação de invalidez, principalmente quando considerou o indivíduo deficiente como sinônimo de incapaz.

É preciso uma reflexão que amplie o olhar além da questão Saúde- doença, normal-diferente, levando a pensar que cada uma dessas definições está incompleta na sua magnitude, por não conseguir abranger o ser como um todo, foco da denominação, que é um ser integral muito mais que somente um ser biológico, mas sim um ser social, ético e merecedor de respeito.

O Decreto n.º 3.298/1999, que regulamenta a Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência, instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito "deficiência" como sendo:

> [...] toda a perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos e incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 2008, p. 6).

Para o IBGE, são considerados os tipos, deficiência visual, deficiência auditiva, deficiência motora e deficiência mental ou intelectual, de acordo com o seu grau de severidade (BRASIL, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ou World Health Organization (WHO) é o órgão responsável por elaborar documentos que padronizem mundialmente o entendimento de elementos usados para citações em Saúde. Entre essas produções, estão o CID (Classificação Internacional das Doenças) e a CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade), que estão entre as mais citadas (OMS, 2001).

Para atender às novas demandas relacionadas a essa população, o conceito de deficiência vem se modificando e saiu do modelo que considerava somente a patologia física e o sintoma associado que dava origem a uma incapacidade, contemplado no CID, para um sistema onde incapacidade é vista como resultado tanto de limitações do corpo quanto da influência de fatores sociais e ambientais sobre essa limitação, que é a CIF, divulgada pela OMS em 2001 (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

> Segundo a OMS, a CID-10 e a CIF são complementares: a informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a Saúde do indivíduo ou populações. A CIF é baseada, numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de Saúde nos níveis corporais e sociais. Assim, na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo destaca-se do biomédico, baseado no diagnóstico etiológico da disfunção, evoluindo para um modelo que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social. Nesse modelo cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais (FARIAS; BUCHALLA, 2005. p. 3).

Os estudos sobre as causas de deficiências e sobre os momentos em que elas podem acontecer mostram as diversas possibilidades de ocorrência, desde o período da concepção até a vida adulta, considerando os vários fatores de risco que podem ser responsáveis, como alterações genéticas e modelo da sociedade mais urbanizado e industrializado. São citadas nas diretrizes da Política Nacional para Pessoa com Deficiência que as principais causas das deficiências são: (1) os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; (2) as doenças transmissíveis e crônicas não transmissíveis; (3) as perturbações psiquiátricas; (4) o abuso de álcool e de drogas; (5) a desnutrição; e (6) os traumas e as lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito (BRASIL, 2008).

> Os distúrbios neuropsicomotores, de acordo a IADH (International Association of Dentistry for Handicapped) apud MUGAYAR, 2000 são classificados como desvios ou defeitos de: inteligência, físicos, congênitos, comportamentais, psíquicos, deficiência sensoriais e de audiocomunicação, doenças sistêmicas crônicas, doenças endocrinometabólicas e estados fisiológicos especiais. O desvio de inteligência é uma alteração anormal da capacidade intelectual, social e comportamental de um indi-

> víduo, podendo ser classificada conforme o grau de sua deficiência (leve, moderada, severa, aguda e profunda). Este tipo de distúrbio mental pode ocorrer desde o período pré-natal até o período pós-natal, podendo englobar diversas patologias, como exemplo, o indivíduo com deficiência mental. O desvio psíquico também pode estar presente devido à carência afetiva, por conseqüência do desvio social que os priva da sociedade, além do defeito físico que se refere a qualquer tipo de alteração da capacidade motora do individuo, podendo ser classificado conforme o comprometimento do sistema nervoso central, músculo esquelético ou neuromuscular (ABREU et al. 2011. P. 2).

Assim, consideramos como especiais os indivíduos que apresentam desvios no padrão em sua condição física, mental, orgânica e/ou de sociabilização. Essa condição pode ser de caráter transitório, a exemplo da gravidez ou permanente como no caso da paralisia cerebral. Além disso, considera-se também pacientes especiais aquelas pessoas que possuem comprometimento sistêmico que gere a necessidade de cuidados específicos de sua Saúde e planejamento diferenciado na atenção odontológica (Insuficiência Renal Crônica, tratamento antineoplásico, hipertensão arterial, cardiopatias, etc.), condições essas que podem ser transitórias ou definitivas.
Por outro lado, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1991, estima que o número de pessoas com deficiência é de 7% e que somente 2% dessa população têm algum tipo de atendimento, quer seja da iniciativa particular ou do setor público. Isso significa que temos um número importante de usuários que não são atendidos (OPAS, 1991).

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008), foram estabelecidas diretrizes que devem ser conhecidas por toda a sociedade e amplamente usadas como direcionamento para as ações de Saúde, em qualquer segmento. Elas dispõem sobre o apoio às pessoas com deficiências e a sua integração social, no que se refere à Saúde e atribui aos setores de Saúde:

(1) a promoção de ações preventivas;

(2) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;

(3) a garantia de acesso aos estabelecimentos de Saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados;

(4) a garantia de atendimento domiciliar de Saúde ao deficiente grave não internado;

(5) o desenvolvimento de programas de Saúde voltados para as pessoas com deficiências e desenvolvidos com a participação da sociedade.

Essa política estabelece ainda as seguintes diretrizes (BRASIL, 2008), as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, dos programas, dos projetos e das atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional:

- promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência;
- assistência integral à Saúde da pessoa com deficiência;

- prevenção de deficiências;
- ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência;
- capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2008).

No ano de 2011, foi lançado pela Presidência da República o Plano Nacional dos Direitos da pessoa com deficiência, com eixos principais de acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à Saúde. O eixo de atenção à Saúde tem como objetivos a identificação e intervenção precoce de deficiências, garantia das diretrizes terapêuticas, implantação de Centros Especializados de Habilitação e Reabilitação,de oficinas Ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), oferta de transporte para acesso à Saúde e atenção odontológica às pessoas com deficiência. Nesta, há o planejamento de capacitação de 6 mil equipes de atenção básica, qualificação de 420 centros de especialidades odontológicas (CEO) e criação de 27 centros cirúrgicos.

Como vemos, estão assentados os caminhos e horizontes para a atenção às pessoas com deficiência. Nada disso terá resultado sem o envolvimento da sociedade como um todo e dos profissionais e cidadãos, que devem estar atentos e participantes, contribuindo na aplicação de protocolos técnicos ou de atitudes que favoreçam um novo olhar e novas ações.

E no seu território de atuação você já encontrou algum usuário com algum tipo de deficiência?

ATIVIDADE 8



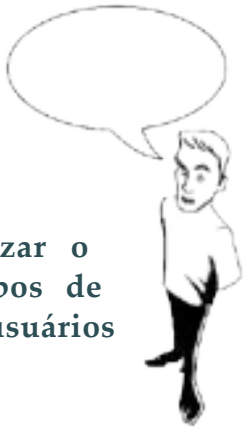
Tipo da atividade: coletiva

Construção de um Questionário.

Construam um instrumento específico para realizar um levantamento de dados, procurando obter as seguintes informações:

- Na área pesquisada, há quantos registros de pessoas com deficiência e quais os tipos?
- Relacionar dados: idade/gênero/diagnóstico médico.
- Frequência de visita à UBS/Atenção odontológica (frequência periódica de consulta com agendamento ou urgência/sem agendamento).
- Delinear um roteiro com perguntas para a família sobre o acolhimento na UBS e pela ESB.

ATIVIDADE PRÁTICA 1



Tipo da atividade: individual

Busca no Território

Utilizem o instrumento produzido anteriormente para realizar o levantamento do número de pessoas com deficiência, os tipos de patologias, como se dá o acesso à atenção odontológica por esses usuários e o acolhimento pela ESB. Registrem a informação coletada.

Elaborem as propostas para solucionar as dificuldades de acesso e os problemas durante o acolhimento, se houver. Apresentem os dados do levantamento, suas propostas para a melhoria e registrem os casos identificados na área.

3 . PLANEJANDO O ACESSO E ACOLHIMENTO

Rompendo os medos, preconceitos e paradigmas

ATIVIDADE 9



Tipo da atividade: coletiva

O Processo Saúde-doença

Em grupos, realizem a leitura dos textos sugeridos pelo docente e procedam a discussão sobre os questionamentos que seguem.

- O que se entende por processo Saúde-doença?
- O que diferencia o entendimento sobre as concepções de Saúde e de doença ao longo dos tempos?
- Como esse novo entender do processo de adoecimento implica em abordagens mais humanas, mais éticas e, sobretudo, mais próximas da realidade do sujeito?

Para alcançarmos os objetivos de ampliação do conceito de Saúde, necessários para esta discussão, partimos do pressuposto que a relação Saúde-doença é complexa e que envolve várias situações, desde as variáveis do âmbito biológico, tais como orgânicas , genéticas, anatomofisiológicas, bioquímicas, imunológicas, até variáveis sociais, comportamentais ou psicológicas (percepções, pensamentos, expectativas, motivações) que envolvem os processos de cura e adoecimento. Assim, é imprescindível pensar ações visando o indivíduo como ser integral. Para tal, é necessário que se vislumbre seu contexto de vida, moradia, família, trabalho, lazer e qualidade de vida.

Aqui, ateremos-nos a alguns aspectos que são importantes para a operacionalização do cuidado integral em Saúde. Estamos falando de um modo ampliado de olhar para os usuários que conseguem alcançar elementos do processo de Saúde-doença que vão para além do identificável a olho nu.

Pensando no termo integralidade, começaremos por uma definição simples retirada de dicionário - "a qualidade ou estado de uma coisa que se apresenta inteira". O arroz, por exemplo, é qualificado como integral, pelo fato de ser consumido com suas partes. A ideia de integralidade das coisas pode ser transposta para a integralidade das pessoas. E no cuidado em Saúde, temos como um dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Segundo Camargo Jr (2003), a integralidade não pode nem ao menos ser chamada de conceito, embora constitua "uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas." (CAMARGO JR, 2003). É sugerido que se tome integralidade como ideal regulador constantemente buscado, mesmo sendo impossível de alcançá-lo plenamente.

Do ponto de vista da atenção prestada aos usuários dos serviços de Saúde, isso corresponde a uma postura que recusa a objetificação dos sujeitos (MATTOS, 2004). Ou seja, tomam-se os sujeitos como portadores de uma história, uma cultura, de desejos próprios, aspectos subjetivos que não podem ser aprendidos a olho nu e que ultrapassam uma ideia de Saúde enquanto conjunto de procedimentos a serem aplicados. Desse modo, é necessária uma postura de abertura ao diálogo com o outro. Assim, a integralidade se realiza apenas quando se estabelece uma relação sujeito-sujeito.

3.1. Acolhimento e Impacto Familiar

ATIVIDADE 10



Tipo da atividade: coletiva

Recebendo a Notícia

Em grupos, leiam o relato que segue e, com base nos questionamentos propostos, reflitam e discutam.

Karla e Pedro são jovens de 29 anos, recém-casados e que decidiram ter seu primeiro filho. O faz de conta do brincar passa a se aproximar da realidade de ter um bebê. Os sonhos, os desejos, as idealizações vêm à tona; todos os detalhes são cuidadosamente preparados. O casal faz o acompanhamento pré-natal regularmente e, em uma dessas consultas, foi informado que seu bebê apresenta uma má formação congênita na face.



1. Qual seria sua reação diante da notícia?
2. Quais os sentimentos e/ou atitudes que podem ser desencadeados a partir da notícia?

Em um segundo momento, e com base nos registros das discussões elaborem um roteiro de encenação que expresse o que foi discutido, para posterior dramatização.

Em um terceiro momento, os demais grupos devem identificar quais aspectos foram trabalhados na teatralização.

Falaremos inicialmente de três aspectos que consideramos importantes a respeito do nascimento da pessoa com deficiência. Esses dizem respeito às ideias de luto, sentimentos de culpa e suas relações com aceitação e/ou rejeição de uma criança com deficiência. A importância que estamos atribuindo para esses aspectos no momento do pré-natal será decisiva para adesão ao tratamento pela família ou cuidadores da pessoa com deficiência.

Independentemente de ter sido planejada ou não, a gravidez se constitui como um momento de reconfiguração para a vida das pessoas que acolherão a chegada do bebê seja da mãe, do pai, dos irmãos, dos amigos, e de todas as pessoas que fazem parte do sistema considerado familiar para os sujeitos. Essas reconfigurações se dão do ponto de vista concreto, como: o lugar que o bebê dormirá, o quarto, os objetos e os utensílios necessários para acolher um recém-nascido; além disso, há a reconfiguração do ponto de vista relacional, como: restabelecimento de prioridades, as necessidades de cuidados integrais, a alimentação, carinho, etc. Podemos dizer com isso que a chegada de uma criança sempre vem acompanhada de uma reconfiguração familiar que será importante para todos os participantes desse sistema.

Do ponto de vista de "quem" será esta criança, ou daquilo que se espera desse novo sujeito no mundo, estamos acostumados a ver como os cuidadores constroem o lugar social (espaço abstrato/simbólico de relacionamentos e interações sociais) que será habitado pelo mais novo ser. Assim, mesmo que a criança não tenha nascido, já possui um lugar que é constituído de significados e expectativas produzidas por quem está à sua espera.

Tais projeções de futuro correspondem a possibilidades de existência que estão diretamente relacionadas às capacidades inerentes aos sujeitos, como capacidades físicas, cognitivas, ou seja, aquilo que é esperado de uma pessoa considerada "comum". No entanto, no caso do nascimento de uma pessoa com deficiência, seja ela física ou mental, um processo de mudança é imposto pelas circunstâncias.

Sabemos que a experiência da maternidade, assim como a noção de família, variam em diferentes sociedades e mesmo entre grupos de uma mesma sociedade, mas isso não quer dizer que não haja regularidades dentro de uma mesma sociedade como a chegada de uma criança como símbolo de renovação geral seja das pessoas, seja do seu cotidiano.

No entanto, a chegada de um filho com deficiência pode produzir como impacto a produção de sentimentos de vergonha, fantasias de ter gerado uma pessoa impotente perante a sociedade, como da impotência de resolução das necessidades concretas de ter uma pessoa que já é considerada altamente dependente. No caso de pessoas oriundas de classes populares, além do fato de a pessoa ser diferente, a dificuldade financeira torna-se um agravante, pois sabemos que em famílias de classes populares, em circunstâncias de extrema pobreza, um filho (que não tem deficiência) pode representar garantia de auxílio para o futuro (FONSECA, 1995).

No processo de aceitação da criança com deficiência, portanto, pode-se observar algumas aproximações, no entanto, alguns distanciamentos também serão esperados. De uma forma ou de outra, trabalharemos com as questões subjacentes ao processo de aceitação do filho com deficiência na perspectiva de elaboração de um luto, de um trabalho com as culpas e, consequentemente, de atitudes de aceitação ou rejeição.

Estamos pensando o luto enquanto uma experiência de perda que depara o sujeito com uma ausência, certo esvaziamento do eu. Essa situação que faz com que o sujeito busque investir em outros objetos que não aquele de sua perda. Diferentemente do estado de melancolia pelo qual o sujeito não consegue se desapegar do objeto, o processo de luto não se fixa ao objeto perdido. A melancolia é paralisante, o luto não. O luto permite que o sujeito elabore a perda, fazendo com que ele possa produzir um desligamento do objeto para construir a substituição desse objeto por outro (PINHEIRO et al, 2010).

Você deve estar se perguntando, "mas o que tem haver a discussão sobre luto com as discussões que estamos fazendo nesse momento?". Assim, faremos uma ampliação dessa experiência. Geralmente, utiliza-se a ideia de luto para expressar experiências de perdas no sentido da morte de um ente querido. Aqui, falaremos de outro tipo de luto.

O luto que estamos falando neste momento diz respeito ao luto de um projeto que não acontecerá do jeito com que nós estávamos pensando que iria acontecer. Ou seja, trata-se de enlutar o processo de um projeto de vida que, na ocasião de um planejamento familiar, os pais estão esperando que se concretize com a chegada do filho que irá cumprir tais expectativas.

Ao saber que seu filho não terá condições de cumprir com tais expectativas, podem surgir inúmeras reações por parte dos pais. Sentimentos de fracasso, ódio e até culpa podem estar presentes nesse processo. Será, portanto, necessário que se reconfigure o projeto, que se construa outro modo de pensar nesse sujeito, que ao contrário de uma pessoa que morre, nascerá de modo distinto das outras pessoas. Morre o projeto, fruto das expectativas dos pais, mas não morre o sujeito. Assim, o luto que estamos falando corresponde ao luto de um projeto idealizado para o outro.

A melancolia, fixação no objeto perdido, pode se produzir por um processo de culpabilização do progenitor em relação ao filho com deficiência. Pelo fato de carregar a responsabilidade sobre o projeto que "deu errado", o sujeito entra em um processo de culpabilização que pode ter por consequência a rejeição e consequente desinvestimento para com o filho. Podemos entender, portanto, que existe uma questão importante para o trabalho com esses usuários que recai inevitavelmente na questão relacional. Mais do que definir o que é uma pessoa com deficiência, interessa entender como percebemos esta pessoa que apresenta deficiência e como essa percepção se traduz em termos de assistência. Qual é o sistema de percepção que constrói esse outro (pessoa com deficiência)?

Essa questão pode ser respondida ao trabalhar com a ideia de que se trata de um sistema que reproduz o outro a partir de um mesmo, ou seja, é a partir do uso de um modelo de "sujeito" que defino o que seria um outro perfeito/viável. Esse modo de pensar pode descambar na ideia de coitado, vitimizado que prontamente já se sabe que precisa de algum tipo de intervenção.

Aqui, observam-se duas formas de relação com a diferença. Uma primeira forma produz um sentido de diferença enquanto abjeção, ou seja, aquela diferença que termina por construir uma imagem de passividade do usuário. Está implícito, nessa perspectiva, que o profissional, sujeito ativo, intervém com todo seu instrumental sobre o usuário, esse último como sujeito passivo. Nessa perspectiva de Saúde, o protagonismo para o alcance dos objetivos depende mais do profissional do que do usuário. Assim, pode-se pensar essa primeira lógica nos seguintes termos: o sujeito tem uma limitação. Então, o caminho a ser seguido consiste em adequar a prática profissional para reparar aquilo que a limitação não permite que faça só.

Existe o reconhecimento da diferença, mas ela se produz a partir da identificação de diferenças objetivas. Desse modo, o profissional deverá ter "mais" cautela. No entanto, os profissionais se atêm em cima do que veem – tanto a deficiência relacionada aos aspectos físicos quanto os subjetivos. Aqui, o foco da intervenção está localizado na deficiência enquanto negativo. Constrói-se uma intervenção em cima daquilo que se mostra, sintomas visíveis, e se produz cuidados específicos porque ele tem limitações.

Ao invés de me aproximar, eu me distancio porque não se produz consideração do outro, mas sim distanciamento porque justamente se sabe do que o outro precisa, já que ele é o coitado, vítima. Não estamos advogando que essa perspectiva esteja errada, mas sim levantando um questionamento sobre o que ela pode produzir do ponto de vista da produção de autonomia para o sujeito.

Já em uma segunda lógica de entendimento, nota-se as pessoas com deficiência enquanto sinônimo de possibilidades e de transformação tanto do sujeito quanto das práticas. O sujeito aqui deverá ser pensado tomando como referência a sua história e a sua fala. Mas o que isso provoca? Provoca a ideia de que você não é aquele profissional que fará dele um alvo de intervenção. A ação não está pautada apenas em cima do que se vê, mas supõe a existência de um sujeito possuidor de uma diferença. Assim, se levanta a discussão sobre até que ponto essa diferença provoca uma desacomodação do técnico, que agora terá de suspender toda sua técnica para poder acolher o sujeito, e não apenas operar um conjunto de sintomas físicos e mentais que ele está colhendo para intervir. Aqui, a deficiência é percebida mas não como o começo e o fim da ação, e por consequência, sobrepondo as características gerais do sujeito. Assim, outra perspectiva de clínica se anuncia.

Um exemplo é o caso de uma adolescente que, por causa da sua paralisia cerebral e um quadro convulsivo, perdeu unidades dentárias que comprometem a estética. Olhando a partir da primeira lógica, a questão da estética não seria objeto para se operar no trabalho. Olhar para o usuário como coitado e vítima produz uma lógica que não requer uma preocupação técnica que resolva as necessidades estéticas do outro.

Outro exemplo ilustrativo da primeira lógica é o fato de a família de uma pessoa com deficiência chegar ao consultório e solicitar que o dentista retire todas as suas unidades dentárias a fim de não mais precisar de outras intervenções. O que infelizmente pode ser compactuado com o próprio profissional que finaliza atendendo o que é solicitado pelos familiares.

Na segunda lógica, é possível refletir a produção de satisfação para o sujeito, ou seja, o procedimento, para além de uma reparação funcional, coaduna com um aspecto que toca nas questões relacionais e de estima do sujeito enquanto sujeito integral. O profissional buscará o caminho que permita atender aspectos relacionados à Saúde integral, como a autoestima da pessoa, e trabalhar a família para compreender sobre a importância da condição geral de Saúde dessa pessoa.

Para toda equipe de trabalho, é importante, além da capacidade técnica, estender sua sensibilidade entendendo que os cuidados odontológicos vão muito além da intervenção odontológica propriamente dita, como já amplamente discutido nos módulos anteriores. Quando o assistido estiver no grupo de pessoas com necessidades especiais, principalmente as síndromes, déficit motor e intelectual, essa sensibilidade deve ser redobrada, considerando o princípio de que tratar desse indivíduo representa lidar com toda uma família com especificidades próprias, já que, na maioria das vezes, encontra-se muito afetada com o nascimento de sua criança especial e com os preconceitos da sociedade, além de enfrentar a falta de estrutura e outros entraves para assistência, desenvolvimento e inclusão do seu ente querido na sociedade.

Assim, questionamos quantas pessoas com deficiências sua equipe já atendeu. Quantas vezes o atendimento foi negado antes de conhecer detalhadamente a situação? Por quais motivos?

COMO ACOLHER?

Como a maioria desses usuários depende de outras pessoas para fazerem sua locomoção, não são orientados sobre a importância da Saúde Bucal para sua Saúde de forma integral, entre outros fatores limitantes, não se deve ficar esperando que eles venham procurar o serviço de Saúde Bucal. O que se sabe é que as pessoas com deficiências possuem necessidades odontológicas mais ampliadas, pois suas deficiências apresentam características que interferem na condição geral e bucal, dificultando o desenvolvimento da atenção odontológica, seja na atenção básica, na especializada e na hospitalar.

Desse modo, constitui à equipe Saúde Bucal (ESB) e equipe Saúde da família (ESF), a missão de busca ativa e criteriosa dos usuários com deficiência e/ou doenças degenerativas, cadastrá-los, identificar suas necessidades e definir as ações para garantir seu atendimento.

É de suma importância que a ESB reforce e incorpore o entendimento de que fatores gerais e emocionais podem influenciar ou modificar o quadro de uma doença, mantendo a garantia da integralidade e da interdisciplinaridade nas ações das equipes.

Destaca-se também que a atenção às pessoas com deficiências deve acontecer junto às equipes de Saúde Bucal e da família, com discussões de casos, bem como planejamentos que levem em consideração outros aspectos indispensáveis e necessários ao seu bem-estar e qualidade de vida, como benefícios sociais, acesso à escola, estimulação precoce. A definição do tratamento odontológico pode ser realizada na Unidade Básica de Saúde – UBS -, no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO - ou encaminhado à rede de maior complexidade e resolução.

Destacamos que os usuários com deficiência só devem ser encaminhados quando esgotadas as tentativas de abordagem e intervenção na unidade básica ou no domicílio, visto que os deslocamentos desses usuários podem gerar grandes transtornos para eles e para os seus cuidadores.

Com o intuito de produzir garantia da construção de autonomia, vínculo e corresponsabilidade, a assistência odontológica ao indivíduo com deficiência deve contemplar um planejamento integrado mais amplo com envolvimento multiprofissional, interdisciplinar e necessariamente articulado com a família.

Para se ter essas conquistas na produção dos cuidados a esses atores sociais fazem-se necessário que a ESB incorpore a atitude de envolvimento, buscando efetivamente participar da atenção ao usuário com deficiência com ampliação do olhar e do saber para outras áreas, além da Odontologia.

A ESB deve estimular e divulgar entre as famílias os aspectos relacionados aos direitos e cidadania, formas de acesso às terapias, a gratuidade nos transportes, a acessibilidade aos benefícios, o acesso à escola, entre outros.

O resultado desses esforços é a formação de uma rede que favorece a inclusão de práticas e ações conjuntas, de grande importância, para fazer valer as leis já disponíveis, em todas as instâncias, sejam portarias ou regulamentações em níveis Municipal, Estadual ou Federal, que podem servir de base e justificativa para reivindicações de prioridades.

4 . MECANISMOS DE ABORDAGEM E CUIDADOS

Para cuidar de pessoas com necessidades diferenciadas, são necessários cuidados especiais?

ATIVIDADE 11



Tipo da atividade: coletiva

Relato de Experiências II

Compartilhe com o grupo experiências relacionadas aos mecanismos de abordagem e cuidados voltados às pessoas com deficiências na Unidade de Saúde da Família da qual você faz parte e siga as orientações do docente para o desenvolvimento da atividade.

4.1 ABORDAGEM PLANEJADA

Como dito anteriormente, é importante que não esperemos a ida dos usuários com deficiências até o serviço de Saúde, mas sim que façamos a busca ativa por meio dos registros da equipe de Saúde da família.

A equipe de Saúde Bucal deve alertar os outros profissionais da unidade sobre os casos identificados na área, independentemente da existência de queixa e/ou da idade do usuário.

Quando identificado o indivíduo e sua necessidade, deve-se promover o primeiro agendamento. É fundamental que esse seja pensado em conjunto com os vários profissionais, a depender do grupo de trabalho que se tem disponível na Unidade de Saúde (agentes de Saúde, enfermeiros, auxiliares de Saúde Bucal, médicos, cirurgiões-dentistas, assistentes sociais, psicólogos), levando-se em conta as dificuldades de deslocamento para o usuário.

Os usuários devem ser encaminhados para avaliação e acompanhamento odontológico, possibilitando as ações específicas de promoção da Saúde.

De modo a ampliar o olhar para promoção de Saúde, deve-se abranger no grupo de prioridades, usuários identificados na área de cobertura em situações de risco,

como nascimento prematuro, baixo peso, filhos de mãe dependente química. Além desses, incluem-se os usuários assistidos por programas de rotina relacionados ao diabetes, à hipertensão, às doenças pneumológicas, cardiovasculares, gestantes, bem como aqueles em tratamento quimioterápico e radioterápico.

Em locais com instituições sociais que têm como objetivo o cuidado dos usuários com necessidade de atenção específica ou prioritária, tais como CAPs, Apae, asilo ou grupos de gestantes, devemos planejar a avaliação odontológica e a assistência a eles antes de surgirem as situações clínicas de urgência.

A maioria dos usuários com deficiência neuropsicomotora apresenta limitações para se locomover e sentar e, muitas vezes, depende de um cuidador. Nesse sentido, o ambiente da sala de espera deve ser amplo e arejado, permitindo conforto, além dos aspectos básicos de acessibilidade, desde rampa até banheiros.

Pensar em acessibilidade nos remete à reflexão sobre a assistência a pessoas com deficiência auditiva e à necessidade de domínio da linguagem brasileira de sinais (Libras) por parte de todos os envolvidos na Unidade de Saúde. Com isso, assegura-se a observância aos princípios de integralidade e universalidade garantidos pelo SUS.

Por outro lado, é interessante disponibilizar objetos lúdicos ou contar com um profissional da educação treinado ou terapeuta ocupacional nos ambientes de espera. Esse entendimento deve ser discutido com toda equipe e ampliado para os outros profissionais da unidade de Saúde, com o objetivo de tornar mais humanizada a atenção, bem como buscar implantar o respeito às diferenças entre os usuários dos serviços.

Outro aspecto a ser considerado é o horário de agendamento, que a depender da condição do usuário, deve ter planejamento individualizado, priorizando atendimento para horários mais adequados. Como exemplos, podemos citar:

- diabéticos insulinodependentes: manhã;
- autistas: atendimento imediato;
- distúrbios psiquiátricos: atendimento imediato;
- nefropatas em hemodiálise: no dia após diálise.

Condições específicas devem ser estudadas individualmente. Nesses casos, o ideal é que a espera para o atendimento seja a menor possível.

Em casos de patologias de maior gravidade, com maior envolvimento sistêmico e risco aumentado para o usuário, é indicado, mais seguro e mais resolutivo que o agendamento ocorra para uma data em que em que dois cirurgiões-dentistas e um auxiliar ou técnico possam trabalhar em conjunto. Assim, um dentista procede às manobras clínicas, o outro instrumenta e ajuda nas manobras necessárias e o auxiliar procede nas atividades de apoio, fornecendo algum instrumental específico, operando aparelho ou manipulando material.

Não seríamos redundantes ao referir que a formação de equipe mais preparada para assistir esse grupo de indivíduos, obrigatoriamente, requer conhecimentos na área de primeiros socorros e noções sobre suporte básico de vida (SBV) para as manobras de urgência que eventualmente se façam necessárias até a chegada de equipe de socorro ou transferência para a unidade de emergência. Além disso, é importante o domínio quanto à monitoração de sinais vitais, com aferição de pressão arterial, de frequência respiratória e pulso.

Em um aspecto mais amplo relacionado a essa temática, dois pontos merecem destaque:

- é importante que os gestores estimulem as equipes de trabalho a participar de capacitações e atualizações, que podem ser desde reuniões de estudo entre os profissionais da equipe até cursos externos;

- é necessário que os profissionais busquem uma prática mais integrada e interdisciplinar, com instrumentos autoavaliativos, e participem das decisões de gestão para atender os novos modelos de assistência em Saúde¬. Nesse aspecto, Campos (1998) propõe a busca de um modelo tecnoassistencial comprometido e vinculado com os usuários, que atue em equipes multiprofissionais, operando conhecimentos multidisciplinares de forma integrada.

Por fim, reforçamos a necessidade de romper paradigmas e identificar as fragilidades das equipes como um todo, mesmo sabendo das resistências a enfrentar. Relembramos o material visto do módulo II, quando diz que:

> O modelo de formação universitária em Saúde, que vigorou historicamente no país, tende a definir um perfil de profissional voltado para uma prática individualista, de visão fragmentada e centrada em procedimentos, o que não é adequado à filosofia atual de trabalho da ESF. No entanto, observam-se conflitos entre os membros de equipe que podem surgir devido a uma variedade de opiniões e posturas: alguns profissionais tentam controlar toda a organização do programa e outros se acomodam não realizando adequadamente suas funções. A complexidade do ambiente de trabalho é um enorme desafio. Devido ao clima organizacional em que existe uma variedade de atuações tais como: potencial de integração, conflitos, resistências e disputas (BRASIL, 2006).

4.2 RESPONSABILIZAÇÃO

No seu significado formal, responsabilização é o ato ou efeito de responsabilizar; tornar responsável. Todo esse processo está bastante fundamentado e referido para que os serviços de Saúde se aproximem dos seus modelos propostos, sendo a busca do trabalho em equipe o papel dela.

De forma prática, exemplifica-se essa responsabilização quando a equipe identifica as necessidades do usuário, se é ou não preciso transporte para conduzir ao serviço ou se é necessário o atendimento domiciliar. Se for preciso o transporte, deve-se buscar meios que garantam o acesso, tanto para o deslocamento à Unidade, quanto

para a atenção domiciliar, permitindo, assim, o cumprimento do plano terapêutico e a finalização do tratamento.

No pensar e discutir o trabalho em equipe multiprofissional, é imprescindível a divisão de tarefas, respeitando o princípio da integralidade, de modo que, ao somarem os resultados, encontre-se um saldo positivo para a prática de novo modelo aplicado à assistência à Saúde, com criação de vínculos e corresponsabilização entre os profissionais e usuários.



REFLEXÃO!

Você enquanto integrante da equipe de Saúde deve participar dos grupos de avaliação da prática diária e dos momentos de reflexão junto aos gestores informando sobre situações e condições de vida, de Saúde/doença e das necessidades desses indivíduos que foram observadas. Com isso, você subsidiará ações de sensibilização e maior parceria deles para a manutenção e melhoria dos serviços com ações específicas implementadas para esse fim.

5. DIAGNÓSTICANDO E CONHECENDO A SITUAÇÃO

ATIVIDADE 12

Tipo da atividade: coletiva

Conhecer para Planejar



A seguir, é apresentado um pensamento de William Beveridge, um economista e reformador social que trabalhou na reconstrução da Grã-Bretanha, durante e após a Segunda Grande Guerra. No texto, ele diz:

"É muito mais importante possuir compreensão clara dos princípios gerais, sem considerá-los leis fixas e definitivas, do que sobrecarregar a mente com um conjunto de técnicas minuciosas… Para o pensamento criador é mais importante ver a floresta do que as árvores".

No texto de onde foi extraído esse pensamento , o autor José Reynaldo Figueiredo questiona e, ao mesmo tempo, responde: "O que tem Beveridge a ver com os pacientes com necessidades especiais? Você deve estar se perguntando. Nada.

1 FIGUEIREDO, J. R. **Preservando nossos Pacientes Especiais**. Disponível em: http://www.odontomagazine.com.br/. Acesso: 21/11/2012.

Ou tudo, se olharmos suas palavras com carinho."
Em grupo, discutam sobre o pensamento apresentado, de modo a responder ao questionamento que segue:

- Qual a relação entre o pensamento de Beveridge e o atendimento de pessoas com deficiência?

Em seguida, estabeleçam uma associação entre a ideia de Beveridge e o pensamento de José Reynaldo Figueiredo no trecho que segue:

"A preocupação com as complexidades da Saúde do paciente às vezes torna o atendimento tão ortodoxo que impede de buscar soluções adequadas às idiossincrasias de cada indivíduo".

É de suma importância para a equipe de Saúde Bucal conhecer detalhadamente a situação da condição de Saúde geral e bucal do grupo para o qual será planejado o atendimento clínico. Atividades de promoção de Saúde Bucal devem ser desenvolvidas regularmente na unidade de Saúde, planejadas em conjunto com ações gerais para toda a comunidade.

Quando o grupo a ser assistido for muito específico, como gestantes, bebês, adolescentes, idosos, pode-se pensar em desenvolver atividades de grupo que contemplem cada especificidade. Ao longo do atendimento odontológico, a equipe de Saúde Bucal deve observar se as informações transmitidas foram entendidas e/ou realizar abordagem de reforço, o que dará maior funcionalidade a esses usuários.

Nesse aspecto, é imprescindível relembrar o aprendizado do Módulo II, que aborda a promoção de Saúde e a prevenção de doenças bucais, para embasar e respaldar os planejamentos de promoção de Saúde:

> Os ASBs e os TSBs são colocados no papel e promotores de Saúde. Na integração equipe/profissional, eles podem ser considerados como uma força auxiliando no desenvolvimento dos procedimentos técnicos específicos, para buscar no trabalho a harmonia entre a motivação e a educação do usuário. É necessário mostrar os variados tipos de dispositivos utilizados para a remoção do biofilme dental, e que os métodos de higienização sejam adaptados para as necessidades específicas de cada usuário, que varia no posicionamento dental, contorno gengival, rigidez tecidual, destreza e motivação do usuário.

Os usuários especiais em geral apresentam alto risco no que concerne o desenvolvimento de doenças bucais. Esse risco está relacionado à presença de condições específicas que o favoreçam ou determinem como patologias sistêmicas, alteração salivar, dieta cariogênica e alteração muscular que favoreça a inadequação dos cuidados e, por consequência, a ineficácia da higienização (ABREU, 2011).

Outros fatores como o uso prolongado de medicações, a pouca valorização da Saúde Bucal pelos responsáveis ou a dificuldade de acesso ao serviço odontológico contribuem para resultar em condições bucais precárias e doença avançada no primeiro momento de intervenção.

A avaliação odontológica inicial requer fundamentação de conhecimento sobre o quadro geral do usuário. Se a unidade dispõe do profissional médico, deve haver uma troca de informações sobre a patologia de base, seja pessoalmente ou por escrito no prontuário, para uma melhor abordagem e planejamento da ESB. O papel conjunto do trabalho planejado entre equipe Saúde da família e equipe de Saúde Bucal, com integração de todos seus componentes, é fundamental para se alcançar o objetivo de Saúde Bucal.

Para melhor entendimento, iremos ofertar comentários voltados para a Saúde Bucal de algumas patologias.

5.1 PARALISIA CEREBRAL

Disfunção neuromotora de caráter não progressivo e irreversível, consequente a uma lesão do cérebro que pode ocorrer durante desenvolvimento fetal, durante o parto ou nos primeiros meses de vida e que poderá vir acompanhada de deficiência mental, auditiva, visual, da fala e outras.

5.1.1 ETIOLOGIA

Causas pré-natais:

- doenças sistêmicas da mãe (diabetes, cardiopatia, anemia grave);
- uso de drogas pela mãe: tabagismo, alcoolismo;
- doenças infecciosas contraídas pela mãe durante a gravidez (rubéola, sífilis, toxoplasmose, meningite, sarampo).

Causas natais ou perinatais:

São as mais referidas como responsáveis pela paralisia cerebral:

- Momento do parto (prematuridade, parto a fórceps, cesariano, baixo peso, entre outros).

Causas pós-natais:

- Infecções cerebrais causadas por meningite ou encefalite;
- febre alta por período prolongado de tempo;
- desordens metabólicas - desnutrição do recém-nascido (hipoglicemia);
- desordens circulatórias: convulsões e embolia cerebral;
- traumatismo cranioencefálico (queda).

5.1.2 FORMAS DE PARALISIAS

Monoplegia – afeta só um membro;

Hemiplegia – afeta um lado;

Paraplegia - afeta os membros inferiores;

Tetraplegia - afeta os membros superiores e inferiores (SOUZA, FERRARETTO, 1998).

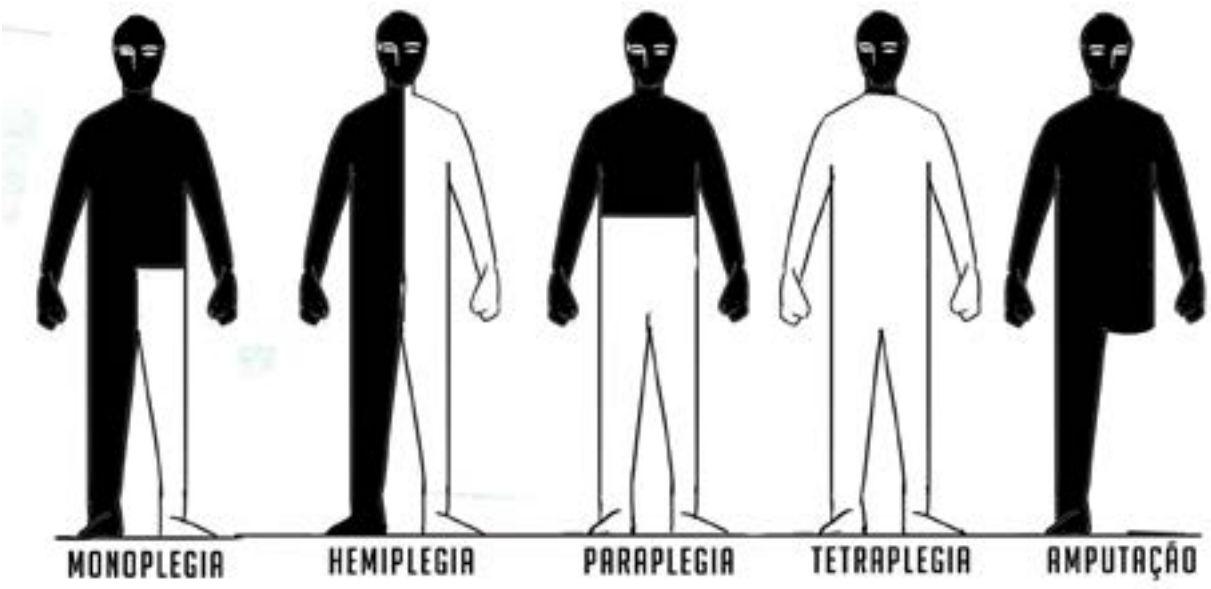


Fig. 1 Formas de paralisia

Fonte: http://search.babylon.com

5.1.3 ACHADOS CLÍNICOS

- deficiência motora provocando imobilidade com consequente alteração na coluna, acúmulo de secreções respiratórias e prisão de ventre;
- deficiência mental de grau variado;
- problemas oftalmológicos (estrabismo, astigmatismo, nistagmo);
- perdas auditivas;
- distúrbios de linguagem sendo a fala rudimentar ou ausente;
- dificuldade em se alimentar, uso prolongado de alimento pastoso;
- crises convulsivas frequentemente;

* Contração de infecções com facilidade (baixa imunidade).

5.1.4 MANIFESTAÇÕES BUCAIS

A paralisia cerebral por si só não determina manifestações bucais com alterações específicas. No entanto, devido às limitações motoras, dieta pastosa na maioria das vezes adoçada e em mamadeiras noturnas, pouco ou nenhuma atenção ao controle de biofilme, favorecem condições bucais mais precárias que a população em geral. Entre os achados mais frequentes:

- maior incidência de biofilme, cárie e doença periodontal;
- bruxismo;
- más-oclusões diversas (mordida aberta anterior com interposição de língua);
- respiração bucal;
- comprometimento das funções motoras da língua, lábios e bochecha dificultando a mastigação e deglutição;
- incapacidade da musculatura oral em conter a salivação pela deglutição, dando falsa ideia de aumento de saliva (sialorreia);
- hiperplasia gengival dilantínica – presente em alguns usuários em uso difenil hidantoinato de sódio.

5.2 SÍNDROME DE DOWN



A síndrome Down (SD) é a condição genética mal-formativa mais comum na espécie humana, descrita em 1866 por John Langdon Down. Ocorre no início da gravidez, durante a divisão celular do embrião, com incidência média de um caso a cada 800 indivíduos nascidos vivos, sem predileção étnica. É resultado da presença de um cromossomo a mais no par 21, por isso, também conhecida como trissomia 21, o

que leva as células desses indivíduos apresentarem 47 cromossomos. Em uma célula normal da espécie humana, existem 46 cromossomos divididos em 23 pares. A pessoa que tem síndrome de Down possui 47 cromossomos, sendo que o cromossomo extra é ligado ao par 21. Como consequência desta alteração genética há comprometimento no desenvolvimento do indivíduo, afetando a função motora, a linguagem, o desenvolvimento intelectual e determinando várias alterações sistêmicas.

5.2.1 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

- baixa estatura;
- cabeça pequena e occipital achatado;
- pescoço curto e grosso com excesso de pele;
- orelhas pequenas com implantação baixa;
- nariz pequeno e ponte nasal achatada;
- cabelo liso e fino;
- olhos com fendas palpebrais oblíquas;
- prega epicântica;
- mãos curtas e largas com dedos pequenos e encurvamento do quinto dedo (clinodactilia);
- pés pequenos e largos com aumento da distância entre o primeiro e segundo artelho;
- prega palmar única (prega simiesca).

5.2.2 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS SISTÊMICAS

- cardiopatias congênitas: 40% a 50% - defeito do canal atrioventricular, comunicação interventricular e interatrial, prolapso da válvula mitral, tetralogia de Fallot;
- deficiência imunológica, sendo mais suscetível a infecções respiratórias, intestinais;
- hipotonia muscular generalizada que compromete desenvolvimento psicomotor;
- problema de visão e audição;
- hipotireoidismo;
- risco aumentado de desenvolver neoplasias (leucemia);
- má formação do intestino;
- problemas dermatológicos e ortopédicos;
- convulsões;

- doença de Alzheimer;
- déficit intelectual que compromete o desenvolvimento cognitivo:

  percepção lenta;

  capacidade de aprendizagem reduzida;

  déficit de aprendizagem;

  dificuldades na linguagem (expressão e articulação);

  atraso intelectual diversificado.

5.2.3 MANIFESTAÇÕES BUCAIS MAIS COMUNS

- Língua frequentemente fissurada, podendo ser acompanhada de macroglossia;
- postura de incontinência mandibular (boca aberta), por hipotonia muscular;
- obstrução das vias aéreas, por alteração desenvolvimento da nasofaringe, que pode se apresentar estreita, favorecendo a respiração bucal;
- palato atrésico ou ogival (céu da boca mais estreito que o normal);
- doença periodontal - alta suscetibilidade, sendo correlacionada com a deficiência imunológica e mais prevalente que cárie dentária;
- atraso na erupção dos dentes decídua e permanente;
- anormalidade na seqüência da erupção dentária;
- alterações de número nas unidades dentárias – anomalia ou agenesias (anadontia ou ausência de dentes ou germes dentários); como também a presença de dentes supranumerários;
- alteração morfológica dos dentes - anomalias dentárias de desenvolvimento, incluindo malformações coronárias e radiculares. Hipodontia e microdontia são vistas nas duas dentições. Taurodontia em segundos molares inferiores e seguidos dos primeiros molares é frequente. Dentes Conoides (principalmente incisivos e caninos). Dentes em forma de amora (geralmente molares). Geminações;
- desordens oclusais – mesioclusão. Mordidas cruzadas posteriores. Apinhamento pronunciado dos dentes anteriores;
- mastigação e deglutição atípica;
- hábitos bucais: sucção dos dedos, respiração bucal e bruxismo.

Como técnica de abordagem durante o atendimento odontológico, é fundamental a comunicação entre profissional e usuário com a finalidade de estabelecer uma relação de confiança entre ambos.

É necessário enfatizar que a abordagem do paciente especial, independentemente do tipo de deficiência, requer da equipe de profissionais a vigilância em sintonizar

com a família e sempre fortalecer a necessidade para esses indivíduos de tratamentos interdisciplinares, para que assim se possa alcançar uma melhor qualidade de vida para eles. Na síndrome de Down, é muito evidente o resultado para os indivíduos que tiveram oportunidade de ações de estimulação precoce com equipe interdisciplinar.

5.3 AUTISMO



Distúrbio global do desenvolvimento caracterizado por alterações presentes desde idades bastante precoces e que sempre se manifesta por desvios nas áreas de relação interpessoal, linguagem, comunicação e comportamento. Acomete cerca de 20 indivíduos para 10.000 nascidos vivos e é quatro vezes mais comum em meninos do que em meninas.

Configura-se como um transtorno de etiologia ainda indefinida, embora algumas hipóteses sejam aventadas, como alterações cromossômicas, hereditariedade, fatores pré-, peri- ou pós-natais. Pode ocorrer isolado ou associado a outras alterações ou síndromes. É uma condição crônica, geralmente sem regressão, que, na maioria das vezes, perdura por toda a vida do indivíduo (SILVA et al,2008).

5.3.1 CARACTERÍSTICAS

- aparência normal e sem traços fenótipos ou aparência típica;
- dificuldade extrema em estabelecer relações interpessoais;
- age como se fosse surda;
- apresenta movimentos estereotipados;
- resiste a mudanças de rotina;
- resiste ao contato físico;
- usa as pessoas como utensílios para obter alguma coisa;

- apresenta acentuada hiperatividade física ou extrema passividade (apatia);
- apega-se de maneira não apropriada a objetos;
- gira objetos de maneira estranha e peculiar;
- não mantém contato visual direto;
- algumas vezes, é agressiva e destrutiva (automutilação);
- inteligência varia de subnormal até acima do normal;
- acentuado atraso no desenvolvimento da fala e, quando a linguagem se desenvolve, não tem nenhum valor de comunicação;
- dificuldade em compreender o sentido das coisas;
- expectativa de vida normal.

A suspeita de alteração e busca do diagnóstico é, na maioria das vezes, levantada pela família, geralmente na fase acima dos 2 anos ou quando começa a frequentar a pré-escola. É de difícil precisão, porque envolve a observação familiar que é entremeada de sentimentos contraditórios para enfrentar a aceitação da diferença. A definição do diagnóstico é feita quando o indivíduo apresenta duas ou mais características clínicas, não existindo atualmente testes médicos para se detectar o autismo. (SILVA et al 2008)

Entre essas características, a dificuldade de aceitar ou perceber o outro, a falta de comunicação e a aversão ao contato físico e mudanças de rotinas são fatores por demais contributivos para a dificuldade do envolvimento e o condicionamento para a relação de troca no momento da intervenção odontológica.

Como na maioria das deficiências, quando do seu diagnóstico, muito raramente é inserida a avaliação odontológica como rotina entre as terapias, o que leva à atenção odontológica tardia, só sendo efetivada quando o agravo já está instalado, até porque é muito comum o entendimento da comunidade de que "dente de leite cai", por isso não requer cuidados. Obviamente que, na aplicação do conhecimento da Odontologia, é necessário exatamente o contrário: quanto mais precocemente o indivíduo receber orientações e intervenção, menos procedimentos de maior complexidade serão necessários. É preciso que a equipe de Saúde Bucal na atenção básica esteja atenta a inserir o bebê com deficiência o mais precocemente possível nos planejamentos das ações de promoção de Saúde. (ALVES, 2004)

Respeitando as características da alteração comportamental, deve-se planejar o tratamento odontológico do usuário autista, tentando ao máximo manter a rotina de dia e horário, os mesmos profissionais e o ambiente mais receptivo possível para as suas necessidade, evitando mudanças e variação de abordagens, o que nem sempre é possível. O cuidado com as reações a estímulos luminosos e auditivos deve ser redobrado. (KLEIN, NOWAKAJ 1998; SILVA et al 2008)

O uso de várias medicações com ação no sistema nervoso central no tratamento do autismo requer que seja bem observado e analisado quando o plano de intervenção odontológica incluir a proposta de uso de fármacos para a contenção química.

Vale ressaltar a importância da efetiva aplicação das ações de promoção de Saúde Bucal, incluindo o grupo de pessoas com deficiência como prioridade na agenda dos serviços da atenção básica.

6. CONSTRUÇAO DO PLANO TERAPÊUTICO

O processo de construção de um plano terapêutico integral para cada paciente especial, requer uma equipe de Saúde Bucal comprometida com o contribuir para uma melhor qualidade de vida do usuário, projetando muito além dos cuidados com a Saúde, seja bucal ou geral, estendendo seu olhar para uma condição de vida que contemple seus direitos em busca da autonomia, seja plena ou assistida.

Em famílias com permanência do sentimento de rejeição e sofrimento inicial pela chegada do indivíduo especial, limitado, "deficiente", é válido indicar terapia psicológica, pois disso depende o tratamento do indivíduo. Aconselha-se disponibilizar material sobre estimulação precoce para a equipe e a comunidade, bem como interagir, quando possível, com as escolas, para estender, além da assistência, a possibilidade de inclusão do indivíduo.

Conforme referimos no capítulo sobre diagnóstico, é sempre ideal que se tenha acesso às informações sobre a Saúde geral do usuário para um planejamento terapêutico mais adequado. Nos casos em que não há acesso ao médico da ESF, deve-se buscar com o especialista (neurologista, neuropediatra, cardiologista, etc.) informações solicitadas por meio de relatório sobre o histórico de Saúde. Essas informações são importantes para embasar a decisão da ESB para o plano terapêutico e cuidados. Ainda se, com base nesses dados recebidos, for necessário encaminhar o usuário para outra unidade ou CEO, deve preferencialmente anexar o relatório médico recebido. Caso o usuário nunca tenha sido avaliado pelo especialista, garantir o agendamento da consulta.

É fundamental que haja uma política de parceria e interdisciplinaridade para um planejamento completo do tratamento odontológico, incluindo, sempre que possível, exame radiográfico, exames complementares e relatórios dos profissionais que acompanham o usuário com deficiência, quando for o caso. Munido de todas as informações necessárias, o cirurgião-dentista deve definir sobre o tipo do tratamento (ambulatorial e/ou hospitalar), resguardando o direito de, se necessário, readequar a proposta inicial.

IMPORTANTE

Com a ampliação do conhecimento da Odontologia sobre atenção odontológica precoce como forma de evitar os agravos, atualmente, cresce o entendimento de evitar a indicação generalizada de tratamento odontológico sob anestesia geral em centro cirúrgico e sim buscar meios de diminuir a complexidade das intervenções.



O plano terapêutico pode requerer alteração após o diagnóstico e o início do manejo do usuário. O importante é conscientizar a família que se lançará mão de todas alternativas para que o tratamento seja o melhor possível, respeitando os riscos da patologia que cada indivíduo apresenta.

O envolvimento e a integração da equipe no momento da abordagem direta ao usuário é um dos principais fatores para o sucesso da conduta. Apesar de a responsabilidade do diagnóstico e do plano terapêutico para cada usuário ser da competência do cirurgião-dentista, deve haver um interesse e entendimento por parte dos outros membros da equipe sobre o porquê das decisões tomadas.

7. MANEJO ODONTOLÓGICO

No momento da intervenção odontológica direta, a equipe deve estar capacitada para trabalhar sincronicamente e com agilidade, de forma a obter melhores resultados. A organização de turno específico para esses usuários é mais rendosa do que em agendamentos aleatórios. É aconselhável planejar com antecedência os procedimentos a serem realizados. Sempre que possível, é recomendável dispor de segundo auxiliar para atendimento aos usuários mais agitados, porque, muitas vezes, é necessário auxílio na imobilização desses, para diminuir o risco de acidentes durante o atendimento.

O exame odontológico deve ser adaptado às condições físicas e intelectuais do usuário, muitas vezes acontecendo com ele na cadeira de rodas, de preferência junto à cadeira odontológica, com acesso ao refletor, ao sugador ou no colo do responsável. Deve-se lançar mão de todas as técnicas de condicionamento que se façam necessárias antes de encaminhar o usuário. Indivíduos acamados devem ser avaliados inicialmente em visita domiciliar, inclusive com planejamento de procedimentos possíveis no leito.



Fig. 2 Manejo odontológico

Quanto mais cedo, em idade, o usuário chegar para o primeiro atendimento, melhor resposta para o condicionamento e para a adesão às técnicas preventivas e restauradoras. Antes da abordagem direta ao usuário, há necessidade de investir na família, responsáveis e/ou cuidadores, com informações para que sejam partícipes do processo e acatem as orientações.

No atendimento ambulatorial, além da abordagem tradicional, existem outras formas de gerenciamento comportamental do indivíduo para seu manejo no consultório odontológico, que vão das técnicas de condicionamento até sedação. Nas técnicas de condicionamento, é importante envolver a família para que, em casa, continue o reforço positivo sobre a importância do cuidado com a Saúde Bucal junto ao usuário, enfatizando a importância do tratamento odontológico integral, e não só a intervenção de resolução da dor ou do quadro de desconforto.



Fig. 3 atendimento ambulatorial



Fig. 4 atendimento odontológico/sedação

Fonte: deniseribeiro.com.br

Independentemente da idade dos usuários do grupo assistido, faz-se necessário que toda a equipe se envolva para um condicionamento adequado, nas ações para os cuidados com a Saúde Bucal. O condicionamento para que os usuários aceitem as intervenções pode ser mais rápido ou mais demorado, a depender do perfil individual. Envolvê-los com técnicas de reforço positivo verbal com um elogio ou social com um abraço ou agrado no momento em que a criança alcança um objetivo estabelecido pelo profissional pode facilitar a abordagem posterior por parte do cirurgião-dentista, pois já existirá um vínculo com a equipe.



Fig. 5 atendimento a pessoa com deficiência

Entre os meios de condicionamento, a comunicação verbal engloba técnicas do tipo dizer-mostrar-fazer, reforço positivo e distração, e a comunicação não verbal compreende o sorriso, o olhar e o toque.

Por outro lado, com as técnicas de contenção física e mecânica, busca-se conter os movimentos corporais voluntários e involuntários do usuário para evitar injúrias a ele ou aos profissionais. Basicamente, a contenção física limita-se ao auxílio dos familiares e atendentes, e à mecânica ao uso de instrumentos complementares, como abridores de boca (industrializados ou artesanais), faixas, lençóis e estabilizadores. É válido destacar a importância da participação coesa de toda a equipe, da explicação para a família sobre o manejo a ser realizado e do consentimento familiar (por escrito)



Fig 6 Técnicas de condicionamento



Fig. 7 atendimento odontológico

Os métodos farmacológicos de contenção incluem o uso de drogas, a exemplo do óxido nitroso ou da anestesia geral. A escolha da substância farmacológica a ser utilizada requer o estudo individualizado do caso, o qual deve, preferencialmente, ser discutido com profissional que acompanha o quadro sistêmico do usuário. Tal contato com a equipe médica é justificado pela complexidade e riscos aumentados para esses usuários face à interação medicamentosa com outras substâncias de uso regular. A decisão quanto à técnica escolhida deve ser planejada e cautelosa, requerendo, acima de tudo, suporte na unidade, domínio do profissional no conhecimento e preparo de toda a equipe para agir com precisão nas possíveis complicações e urgências.

8. PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

ATIVIDADE PRÁTICA 2



Tipo da atividade: coletiva

Os Cuidados com a Saúde Bucal

Produzam um instrumento (cartazes, painéis, histórias em quadrinhos, etc.) para orientações aos familiares das pessoas com deficiências sobre os cuidados que devem ter com a Saúde Bucal relacionando-os com a doença.

- Orientações sobre técnicas de escovação;
- orientações quanto aos hábitos alimentares;
- orientações quanto à importância do uso do flúor;
- orientações quanto à importância da visita regular à ESB.

Os procedimentos preventivos envolvem ações de rotina desenvolvidas pela equipe, como:

a) orientação ao responsável quanto à condição bucal do seu dependente, a correlação da patologia em curso com possíveis complicações, o desenvolvimento de doenças na boca e sua correlação com hábitos de higiene e dietéticos;

b) demonstrações explicativas sobre formas efetivas de escovação (corpo a corpo) com material demonstrativo. Nesse momento, é importante pedir ao responsável para demonstrar como realiza a higiene bucal e relatar suas dificuldades. Em seguida, o profissional faz as sugestões para um melhor resultado. Cabe aqui também disponibilizar ao responsável instrumentos como abridores de boca pré-fabricados, em borracha, disponíveis no mercado, ou confeccionados artesanalmente com várias espátulas de madeira envoltas por fita crepe e impermeabilizadas com filme de PVC transparente, e orientá-los quanto à forma de uso da escova e do fio dental. Em alguns casos, a indicação de escova elétrica facilita a participação do usuário.

c) reforço quanto à importância de hábitos alimentares saudáveis, analisando, junto aos responsáveis, a sequência normalmente utilizada e consumida pelo usuário, estimulando como oferta principal os alimentos menos cariogênicos e a retirada da mamadeira, que além de favorecer o uso de açúcar, ainda compromete a higienização após o uso, pois, muitas vezes, a oferta é noturna, mais de uma vez, e não acompanhada de higienização posterior;

d) orientação quanto ao uso da chupeta, que deve ser restrita à fase oral, pois favorece desenvolvimento da má-oclusão;

e) prescrição do uso de flúor tópico (fluoreto de sódio a 0,05%), manipulado ou industrializado, em forma de solução, gel ou espuma, para uso diário, sendo aplicado sobre a superfície dentária após escovação noturna. Durante a infância, é preciso reforçar que a aplicação do flúor seja supervisionada e não ocorra em excesso, inclusive do creme dental de uso rotineiro, para evitar fluorose. Essa indicação só deve acontecer caso não se tenha acesso à água fluoretada;

f) reforço quanto à importância do acompanhamento regular pelo profissional, mesmo que não haja agravo, para observação do desenvolvimento e crescimento das estruturas antomofisiológicas, mantendo vigilância para situações de risco que favoreçam o desenvolvimento de lesões de cárie e doença periodontal;

g) agendamento, se necessário, para profilaxia, aplicação de flúor, remoção de cálculo, aplicação de selante em cicatrículas e fissuras e polimento de restaurações;

h) confirmação do acompanhamento ou encaminhamento para outros profissionais e terapias, como fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, escola, entre outros, quando necessário.

ATENÇÃO



Para resultados efetivos, deve haver planejamento de agendamento seriado, monitorado e, se possível, com busca ativa para o cumprimento dele.

Ainda entre as ações preventivas efetivas, é importante considerar a prioridade no monitoramento dos bebês especiais da comunidade, que devem ser vistos com periodicidade regular, de preferência a partir dos seis meses de idade, em períodos não maiores que quatro meses. Para garantir o retorno, já deixar planejado o reagendamento e cobrar corresponsabilidade do responsável ou cuidador.

A ESB deve utilizar todas as estratégias para incutir e reforçar nos cuidadores o hábito de higienização com escova e fio dental, como práticas para fortalecer a Saúde do periodonto. Isso favorece a prevenção das patologias periodontais, cujas evidências científicas confirmam seu envolvimento em manifestações sistêmicas.

Indivíduos adultos, usuários de aparelhos protéticos, com patologias degenerativas (diabetes, doença de Parkinson, Alzheimer), sequelados de acidente vascular cerebral (AVC), de lesões cerebrais e outros têm dificuldades no controle motor. Nesse sentido, deve-se reforçar quanto aos cuidados dentários, periodontais e sobre o risco de patologias fúngicas sob as próteses, requerendo uso de técnica de degermação delas (solução de água com gotas de hipoclorito de sódio). Uso de limpador de língua deve ser executado com o usuário e com o cuidador.



Fig. 8 Técnica de escovação

Para cada grupo específico, há necessidade de a equipe de Saúde Bucal monitorar o momento em que seja preciso a intervenção de outros profissionais como fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, tanto para cuidados com a deglutição e com a fala, como para melhoria da qualidade de vida, em termos de lazer ou atividades de ocupação, individuais ou coletivas, que sejam prazerosas para o indivíduo.

Além do preparo fundamentado dos responsáveis e cuidadores, é válido incluir na relação direta com o assistido todas as manobras necessárias para o seu condicionamento e, na medida do possível, colaboração para seu tratamento. Cabe aqui salientar que isso requer uma disposição do profissional a atualizar-se e relembrar sempre da fundamentação da psicologia e das técnicas de manejo do indivíduo, de modo geral, no consultório odontológico, perpassando desde a linguagem adequada, técnicas de abordagem, até manobras como contenção física, métodos farmacológicos e outros.

9. PROMOVENDO SAÚDE

Em relação às atividades de promoção de Saúde, a ESB trabalha informando os pais, familiares, responsáveis e/ou cuidadores e professores, por meio de palestras e/ou conversas, sobre aspectos relativos aos cuidados bucais. Quando se visa dirigir essa atenção a pessoas com deficiência, todas ações envolvem informações gerais sobre Saúde aplicada aos quadros específicos da deficiência e, mais especificamente, sobre Saúde Bucal. É muito importante essa motivação, uma vez que o envolvimento e o conhecimento repercutem na melhora da qualidade de Saúde Bucal e, em ampla análise, na qualidade de vida da comunidade. O estímulo ao aleitamento materno, o conhecimento mais detalhado das alternativas nutricionais, a importância das etapas de crescimento e desenvolvimento geral e motor para melhoria do tônus do indivíduo são conhecimentos que reverterão em grandes benefícios para atingirmos nosso objetivo maior de Saúde e qualidade de vida, além de outros ganhos.

É indiscutível a importância do trabalho multidisciplinar voltado para a aplicação da integralidade na atenção e cuidado dos assistidos nos programas de Saúde, o que leva à melhoria da qualidade final da assistência prestada, com melhoria da relação dos profissionais com o sujeito (OLIVEIRA et al., 2008).

Sempre que possível, a equipe de Saúde Bucal e a equipe Saúde da família devem discutir e trazer reflexões para o grupo e para a comunidade, no sentido de mudar o olhar para esses indivíduos. Eles devem ser estimulados a encontrar motivação e desenvolver habilidades, de modo a permitir autonomia, e não se prender a suas limitações e deficiências.

9.1 PROMOVENDO A SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

ATIVIDADE 13



Tipo da atividade: coletiva

Relato de Experiências sobre Gravidez

Compartilhe com o grupo experiências relacionadas à gravidez, conforme orientações do docente.

A gravidez ou gestação é um estado fisiológico que ocorre dentro do corpo feminino após a fecundação, resultando numa célula chamada zigoto que, após várias divisões, alcança o endométrio (parede interna do útero) e passa a se chamar embrião. A partir desse momento, há produção da gonadotrofina coriônica humana (HCG) – o "hormônio da gravidez". O período completo dura, em média, 40 semanas, provoca muitas mudanças no corpo da gestante a cada etapa de desenvolvimento do pequeno ser, e tem o parto como momento final.

Apesar de ser um estado fisiológico, todas as funções do corpo da gestante se adaptam ao novo momento. No entanto, as mulheres grávidas apresentam reações diferenciadas, tanto físicas quanto emocionais, inclusive podendo algumas apresentar alterações no quadro de Saúde e situações de risco para a vida.

A evolução da gestação promove, a cada momento, alterações fisiológicas e psicológicas na gestante que devem ser conhecidas pela equipe de Saúde. A divisão por trimestre é usada para facilitar os planejamentos de ações, porém os limites entre eles não são tão precisos.

No primeiro trimestre, devido à mudança hormonal e à adaptação fisiológica decorrente da gestação, o corpo da mulher passa por transformações importantes, como aumento do débito e volume cardíaco, da frequência respiratória. Isso gera a sensação de cansaço e sonolência na mãe, e é considerado o período crítico da gestação. Outra mudança no corpo feminino é o aumento das glândulas mamárias, com evidente aumento dos seios. O bebê é protegido dos impactos pelo saco amniótico e placenta que estão presentes desde o começo da gravidez. A grávida pode apresentar náuseas, vômitos, sensação de desmaio; quadros excessivos de vômitos podem colocar em risco o controle eletrolítico da gestante.

A atenção à Saúde Bucal da gestante deve estar incluída no planejamento do pré-natal a partir da notícia da gravidez. Nesse momento, devem ser avaliadas as condições prévias de acompanhamento odontológico, se já existia algum agravo presente antes da gravidez, como excesso de biofilme, lesões de cárie, sangramento gengival, doença periodontal. O planejamento de tratamento deve ser conciliatório com condições da gestação, se de risco ou não, sendo, preferencialmente, no segundo trimestre.

Independentemente da presença de necessidades de tratamento odontológico, a gestante deve ser monitorada pelo dentista mensalmente. A relação de doença periodontal como fator de contribuição para o parto prematuro está bem difundida na literatura. Se a gestante tiver muita náusea ou vômitos e mudar muito seus hábitos alimentares, requer uma vigilância mais frequente, para ajudá-la a encontrar meios de manter as medidas de higiene bucal sem comprometer o quadro geral.

No primeiro trimestre de gestação, as intervenções devem ser minimamente invasivas, pois essa é fase de transformações embriológicas do bebê, em que fatores externos podem ser comprometedores. Não pode ser negligenciado o olhar para estado emocional da gestante, levando em conta o que significa para ela o momento da gravidez. A depender dessa significação, a mulher pode estar confiante ou insegura. Todas as abordagens devem ser bem-planejadas, uma vez que tudo pode refletir positiva ou negativamente no estado geral dela.

Com o avanço da gestação para o segundo trimestre, a gestante, na maioria das vezes, mostra-se mais estável e tranquila, seja porque se acostumou com as mudanças corporais, seja por estar com mais domínio da situação. Mesmo assim, a gestante pode se perceber com sentimentos contraditórios de aceitação e rejeição, de medos diversos, principalmente se é o primeiro filho, pois com acentuada mudança no corpo, começa a ficar concreta a ideia de um novo ser sendo gerado, de novas responsabilidades e divisão de espaço na vida pessoal e do casal.

Quanto à vigilância sobre a pressão arterial da gestante, é necessário que seja continuadamente monitorada, sendo importante informar o médico assistente se qualquer alteração for notada. Algumas gestantes têm risco de evoluir para hipertensão na gravidez, ou pré-eclampsia, que é um quadro que põe em risco tanto a gestante quanto o bebê. Na grávida, o quadro pode desencadear insuficiência hepática, renal, crises hipertensivas ou convulsivas; para o bebê, há risco de declínio de crescimento, até rompimento da placenta e parto prematuro.

A equipe de Saúde deve estar sempre alerta, monitorando os agendamentos do pré-natal. No acompanhamento com a equipe de Saúde Bucal, o segundo trimestre é preferencial para todas as ações. Além de monitorar o peso e a pressão arterial, a ESB deve fazer planejamento sequenciado para controlar os agravos bucais existentes ou manter o controle de biofilme dental bacteriano em condições satisfatórias. Eventualmente, diante de gestações de risco, é preciso discutir com a ESF antes dos planejamentos de intervenção.

O terceiro trimestre é marcado pelo aumento da ansiedade da gestante, seja por se sentir muito pesada e cansada, sem posição confortável para dormir ou pela expectativa do momento do parto e suas consequências. O acompanhamento pré-natal dá suporte e orientação para que, na medida do possível, a gestante tenha seus desconfortos minimizados e chegue ao momento do parto o mais saudável possível, possibilitando um desfecho tranquilo para ela e o bebê.

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA



A abordagem para tratamento odontológico na gestante deve ser planejada, respeitando as suas limitações, principalmente se ela já apresentava um quadro de ansiedade quanto à ida ao ambiente odontológico.

A mudança de hábitos alimentares, a presença recorrente de vômito, a tendência de negligência aos cuidados com a higiene bucal são fatores que favorecem o maior acúmulo de biofilme dental bacteriano e, por consequência, o agravamento de situações como lesões de cárie e doença periodontal, principalmente sangramento gengival, já existente.

Na anamnese, é indispensável obter um relato de sua história sistêmica e de seus antecedentes familiares, com informações sobre sua Saúde geral. O contato com o obstetra pode ser eventualmente necessário. Uma vez avaliada e diagnosticada a necessidade de intervenção, devem ser selecionados procedimentos de acordo com a complexidade e o estágio da gestação, sempre priorizando adequação do meio e eliminação de quadro de dor e focos de infecção existentes. A partir do segundo trimestre, é prudente observar a necessidade de evitar posição supina para gestante, mantendo a cadeira odontológica com angulação sentada, para evitar hipotensão supina por compressão da veia cava.

Durante a gravidez, a gestante é bastante receptiva a informações sobre promoção de Saúde para si e seu bebê. Por isso, esse momento deve ser bastante aproveitado pela equipe de Saúde para se investir repetidamente em informações detalhadas

sobre Saúde e cuidados bucais desde o nascimento, orientação sobre importância da amamentação natural e conhecer para evitar os hábitos parafuncionais que prejudicam o desenvolvimento facial do bebê. Todos esses elementos farão diferença para a Saúde Bucal do futuro adulto.

ATIVIDADE 14



Tipo da atividade: coletiva

Promoção de Saúde na Gravidez

Vocês sabem agora como é importante o acompanhamento odontológico no pré-natal. Nesse sentido, discutam sobre os questionamentos que seguem.

- Como o momento da gravidez pode ser aproveitado para trabalhar aspectos de Saúde, incluindo cuidados com a Saúde Bucal da mãe e do bebê?
- Quais os artifícios que podem ser utilizados para atrair as gestantes para o acompanhamento com a ESB?

ATIVIDADE PRÁTICA 3



Tipo da atividade: coletiva

Tratamento Odontológico na Gravidez

Discutam e relacionem cinco razões que justifiquem o acompanhamento odontológico no pré-natal e, se necessária, a intervenção odontológica na gravidez. Em seguida, dividam-se em grupos e construam um cartaz que sirva de instrumento de motivação para as grávidas.

10. ENCAMINHAMENTO: QUANDO? COMO? E POR QUÊ?

Só devemos encaminhar quando esgotadas todas as possibilidades de resolução na Unidade básica.

Caso não seja possível cuidar dentro do contexto de insumo e material da atenção básica, deve-se promover o encaminhamento para o CEO a que esse município faz parte atendendo ao que preconiza o guia de encaminhamento.



ATIVIDADE 15



Tipo da atividade: coletiva

Abordagem no atendimento de pacientes com necessidades especiais.

Formem dois grupos e realizem a leitura dos textos que serão distribuídos pelo docente.
Em seguida, discutam e façam uma síntese do assunto abordado para apresentar ao coletivo.

ATIVIDADE 16

Tipo da atividade: coletiva

Trabalhando com Música

Leiam e reflitam sobre a letra da música proposta pelo docente.

Todos que compõem a Odontologia e se propõem a trilhar seu exercício profissionalmente devem estar alçando voos em direção a uma prática mais integral, olhando o indivíduo como um todo, visando, acima de tudo, à qualidade de vida com Saúde de todos os cidadãos e buscando aplicar todo o conhecimento científico em direção a minimizar o sofrimento humano, principalmente dos que, por esquecimento ou descaso, encontram-se até os dias de hoje relegados a segundo plano, sendo alvo de agravos que, nos dias atuais, são inconcebíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Censo demográfico 2010. Acesso em 19 abr 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/

BRASIL. Decreto lei n°3298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Acesso em 19 abr 2008. Disponível em: http://www010.dataprev.gov.br/

BRASIL. Ministério da Justiça - Relatório sobre a Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens / Sistematização dos Estudos Realizados em 21 Cidades Brasileiras, com a Metodologia de Entrevistas Domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde-OPS - CORDE – Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência / Associação Fluminense de Reabilitação - Niterói, RJ 2004 (acesso em 16/02/2012 - http://portal.mj.gov.br/corde/arquivos/pdf/Rel_Pesquisa.pdf)

BRASIL. MINISTÉRIO DA Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Série E. Legislação em Saúde. 1.ª edição. 1.ª reimpressão. Editora MS.Brasília – DF.2008.

OMS. Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde - Organização Mundial da Saúde em 2001 (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2507-2510, out, 2007).

FARIAS, N; BUCHALLA, C.M.; A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Revista Bras. Epidemiol. 2005; 8(2):187-93.

ABREU, K.C.S; FRANCO,S.B.O.; CALHEIROS,P.R.- Abordagem Odontológica para Pacientes Portadores de Distúrbios Neuropsicomotores - Revista Científica FACIMED, - Volume 3, Número 3 – 2011

OPAS. Discapacidad.Washington,Programa de Promoción de Salud, 1991.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel. As Muitas Vozes da Integralidade. Disponível em: http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm. Acesso em: 14.06.12.

MATTOS, R.A. A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saude Publica. 2004;20(5):1411-6.

FONSECA, Claudia. Caminhos da Adoção. São Paulo, Editora Cortez, 1995.

CAMPOS, G,W.S. O Anti-Taylor: sobre a Invenção de um Método para Co-governar Instituições de Saúde Produzindo Liberdade e Compromisso. Cad Saúde Pública 1998; 14(4):863-70.

FIGUEIREDO, J. R. Preservando nossos Pacientes Especiais. Disponível em: http://www.odontomagazine.com.br/. Acesso: 21/11/2012.

SOUZA, Ângela Maria Costa. FERRARETTO, Ivan. Paralisia Cerebral: Aspectos Práticos. São Paulo: Memnon, 1998.

SILVA, R.A.B. et al. Autismo: Aspectos de Interesse ao Tratamento Odontológico. Odontologia. Clín.-Científ., Recife, 7 (3): 191-196, jul/set., 2008 (www.cro-pe.org.br)

ALVES, R. D., SILVEIRA, E. J. D., LINS, R. D. A. U., Doença Periodontal X Síndrome de Down: Uma Revisão, Revista Brasileira de Patologia Oral, 2004. Fonte:<http://www.patologiaoral.com.br/texto63.asp> Acesso em : 15/01/2007

KLEIN U, NOWAK AJ. Autistic Disorder: a Review for the Pediatric Dentist. Am Acad Ped Dent 1998;20:312-78

OLIVEIRA, A.C. et al.Uso de Serviços Odontológicos por Pacientes com Síndrome de Down. Rev. Saúde Pública vol.42 no.4 São Paulo Aug. 2008. Disponível em: http://dx.doi.org/

PINHEIRO, M.T.S.; QUINTELLA, R. R.; VERZTMAN, J.S. Distinção Teórico-Clínica entre Depressão, Luto e Melancolia. Psic. Clin., Rio de Janeiro, vol.22, N.2, p.147 – 168, 2010.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ABPC, (Associação Brasileira de Paralisia Cerebral), "Paralisia Cerebral - Aspectos Práticos", editora Memnon, S. Paulo, 2001.

LANES,C.; VILHENA DE MORAIS, S.A. Pacientes Especiais. In Guedes- Pinto, A.C. Odontopedriatia. 6 ed. São Paulo: Ed Santos, 1991 cap. 47; p. 875-904.

ROTTA NT. Paralisia Cerebral. In: Melo-Souza DE, editor. Tratamento das Doenças Neurológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.750-2.

SABBAGH-HADDAD, A.; SANTOS, M. T. B. R. Gerenciamento Comportamental em Odontologia do Paciente com Paralisia Cerebral. Disponível em: http://www.emad.com.br/ Acesso em: 12.jul.2007.

WEDDELL, J.A, et al. Problemas Odontológico da Criança Deficiente. In: McDonald, R.E.; Avery D.R. Odontopediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. cap. 25, p.388-418.

SILVA, Z.C.M. et al, - Avaliação do Perfil dos Pacientes com Necessidades Especiais da Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da PUCRS - Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 50, out./dez. 2005 , p.313 – 318.

SANTOS,ATL;COUTO,GBL.-Atendimento Odontológico ao Paciente Portador de Paralisia Cerebral.Int J Dent,Recife,7(2):133 – 141,abr/jun,2008.

MEZZOMO, C. L., A Inter-relação entre as Alterações Crânio Faciais e Miofuncionais em Portadores de Síndrome de Down, Porto Alegre, 1999. Fonte:<http://www.cefac.br/library/teses/1fe24b324b5ceb91c54d9da341568809.pdf> Acesso em:15/01/2007.

SILVIA, K. L., AGUIAR, S. M. H. C. A., Erupção Dental de Crianças Portadoras da Síndrome de Down e Crianças Fenotipicamente Normais: Estudo Comparativo. Revista Odontológica de Araçatuba, v.24, n.1, p. 33-39, Janeiro/Julho, 2003.

GONÇALVES, S., KOERICH, G. M. S. M A Afetividade como Aliada no Sucesso do Tratamento Odontológico do Portador de Deficiência Mental.,, EXTENSIO - Revista Eletrônica de Extensão Número 1, ano 2004. Fonte:<http://www.extensio.ufsc.br/> Acesso em 16/01/2007.

LIMA, M. A., Doenças Humanas Cromossômicas. Fonte:<http://www.ufv.br/ > Acesso em 20/01/07.

OLIVEIRA, A.C.B.; RAMOS, J.M.L.; PAIVA, S.M. Aspectos Relevantes à Abordagem Odontológica da Criança com Síndrome de Down. Rev. CROMG 2001; 7: 36-42.

MORAES, M.E.L. et AL. - Prevalência de Cárie pelo Índice CPO-D em Portadores de Síndrome de Down- PGRO-Pós-Grad Rev Odontol, v.5, n.2, maio/ago. 2002, 64 – 73.

Autism Society Of America: General Informations on Autism, 1996.

MUGAYAR, F. R.L; Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Manual de Odontologia e Saúde Oral.São Paulo, Pancast,2000.

ALVES, E.G.R. A Singularidade do Atendimento Odontológico a Pacientes Portadores de Síndrome de Autismo. fev/2004 (acesso em HTTP://www.jornal dosite.com.br).

FOURNIOL FILHO,A. Pacientes Especiais e a Odontologia. São Paulo: Editora Santos.. 1998.

VARELLIS, M. L. Z. O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia-Manual Prático. São Paulo: Editora Santos, 2005.

SABBAGH-HADDAD, A. e col. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2007.

CORRÊA, M. S. N. Odontopediatria na Primeira Infância. São Paulo:Editora Santos, 2001.

SABBAGH-HADDAD, A.; VARELLIS, M. L. Z. Mudança do Paradigma de Promoção de Saúde Bucal para Pacientes com Necessidades Especiais in: Atualização Clínica em Odontologia, 1/coordenadores Luciano Lauria Dib, Mario Sérgio Saddy. São Paulo:Artes médicas, 2006 pag:309-326.

ANDRADE, E.D.; RANALI, J. Emergências Médicas em Odontologia. 2.ed.São Paulo: Artes Médicas, 2004.

ANDRADE, E. D. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. 1.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

SONIS, S.T.; FAZIO, R. C.; FANG, L. Princípios e Prática de Medicina Oral. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde; [SNAS] Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; [CNSB] Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Manual Programa Nacional de Assistência Odontológica Integrada ao Paciente Especial (2).Brasília, 1992.

PINTO, B.M.; MACHADO,C.J.; Sá,E.O. Características Necessárias de um Profissional de Saúde que Trabalha com Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: um Contraste de Visões de Profissionais e Alunos de Odontologia, Pais e Cuidadores. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, E. M. C.; ARAÚJO R. P. C. - A Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 65-75, jan./abr. 2004.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade. Cad Saude Publica. 2004;20(5):1400-10.

SONIS, S. T. et al. Princípios e Prática de Medicina Oral. Ed.Guanabara 2.ed. Rio de Janeiro 1996.

SILVA, M.V.; MARTELLI, P.J. L. - Promoção em Saúde Bucal para Gestantes: Revisão de Literatura. Odontologia Clín. -Científi c., Recife, 8 (3): 219-224, jul/set., 2009 www.cro-pe.org.br

LANES,C.; VILHENA DE MORAIS, S.A. Pacientes Especiais. In Guedes- Pinto, A.C. Odontopedriatia. 6 ed. São Paulo: Ed Santos, 1991 cap. 47; p. 875-904.

ROTTA NT. Paralisia Cerebral. In: Melo-Souza DE, editor. Tratamento das Doenças Neurológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p.750-2.

SABBAGH-HADDAD, A.; SANTOS, M. T. B. R. Gerenciamento Comportamental em Odontologia do Paciente com Paralisia Cerebral. Disponível em: http://www.emad.com.br/

WEDDELL, J.A, et al. Problemas Odontológico da Criança Deficiente. In: McDonald, R.E.; Avery D.R. Odontopediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. cap. 25, p.388-418.

SANTOS,ATL;COUTO,GBL.-Atendimento Odontológico ao Paciente Portador de Paralisia Cerebral.Int J Dent,Recife,7(2):133 – 141,abr/jun,2008.

ANEXOS

ANEXO A

Presidência da República

Casa Civil

Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007.

Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

DECRETA:

Art. 1o Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à Saúde.

Art. 2o São objetivos do PSE:

I - promover a Saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à Saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de Saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da Saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de Saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de Saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e Saúde, nos três níveis de governo.

Art. 3o O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de Saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de Saúde da família e da educação básica.

§ 1o São diretrizes para a implementação do PSE:

I - descentralização e respeito à autonomia federativa;

II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de Saúde;

III - territorialidade;

IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;

V - integralidade;

VI - cuidado ao longo do tempo;

VII - controle social; e

VIII - monitoramento e avaliação permanentes.

§ 2o O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.

§ 3o O planejamento das ações do PSE deverá considerar:

I - o contexto escolar e social;

II - o diagnóstico local em Saúde do escolar; e

III - a capacidade operativa em Saúde do escolar.

Art. 4o As ações em Saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

I - avaliação clínica;

II - avaliação nutricional;

III - promoção da alimentação saudável;

IV - avaliação oftalmológica;

V - avaliação da Saúde e higiene bucal;

VI - avaliação auditiva;

VII - avaliação psicossocial;

VIII - atualização e controle do calendário vacinal;

IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X - prevenção e redução do consumo do álcool;

XI - prevenção do uso de drogas;

XII - promoção da Saúde sexual e da Saúde reprodutiva;

XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV - educação permanente em Saúde;

XV - atividade física e Saúde;

XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em Saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Parágrafo único. As equipes de Saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de Saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à Saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de Saúde identificadas.

Art. 5o Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;

II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;

III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de Saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;

IV - apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;

V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

§ 1o Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2o Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Art. 6o O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7o Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8o Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4o, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9o Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 5 de dezembro de 2007; 186o da Independência e 119o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Fernando Haddad

Jose Gomes Temporão

Este texto não substitui o publicado no DOU de 6.12.2007

ANEXO C

MANEJO CLÍNICO DAS DISFUNÇÕES ORAIS.		
Tipo de disfunção oral	**Descrição do padrão oral inadequado**	**Intervenção para mãe/bebê**
Reflexo de procura e sucção débeis	Antes da mamada, os reflexos mostram-se pouco ativos, irregulares, com força diminuída.	Inicialmente, estimular suavemente o reflexo de procura, tocando os lábios do bebê, principalmente o inferior, e as bochechas. Mediante a resposta de procura do bebê, estimular o reflexo de sucção, três a quatro vezes, antes da mamada. Em paralelo, esvaziar um pouco a mama e colocar o bebê no peito quando o reflexo de ejeção do leite já estiver ativado. Repetir a operação várias vezes, até que a sucção se fortaleça.
Lábios invertidos	Os lábios, principalmente o inferior, permanecem voltados para dentro, mesmo após a resposta do reflexo de procura, quando o bebê abocanha o peito.	Manobra de facilitação labial: - se a pega ocorrer no local correto, puxar delicadamente os lábios para fora. Se o bebê estiver mamando apenas no mamilo, é preciso reposicioná-lo e, então, acertar os lábios; - se o padrão inadequado persistir, manter a manobra labial durante toda a mamada, até que o bebê consiga fazê-lo sozinho.
Padrão mordedor	Ocorre quando a mandíbula realiza movimentos repetitivos de cima para baixo, causando abertura e fechamento da boca, podendo leva ao contato traumático das gengivas contra o mamilo.	Manobra de facilitação: - inicialmente, estimular o reflexo de procura do bebê várias vezes e facilitar o encaixe adequado ao peito; - durante a mamada, dar contenção à mandíbula, apoiando-a delicadamente, com o dedo indicador ou médio, reforçando a abertura da boca do bebê, de modo que este projete a língua na sucção.
Tensão oral excessiva	A musculatura perioral apresenta um aumento do tônus, dificultando a abertura correta da boca, bem como a manutenção dessa abertura.	Estimular várias vezes o reflexo de procura do bebê antes de colocá-lo no peito, até observar que este realiza uma abertura ampla da boca e a musculatura perioral ceder à tensão excessiva. Só então permitir que o bebê faça a pega corretamente. Se o padrão inadequado persistir, realizar a manobra citada no padrão mordedor.

Língua posteriorizada	Língua permanece na porção posterior da cavidade oral durante a sucção.	Utilizar a técnica do treino oral da sucção, puxando gentilmente a língua para a frente.
Língua hipertônica, em posição alta na cavidade oral	A língua permanece alta na cavidade oral quando o peito é introduzido, formando uma barreira contra o peito.	Delicadamente, introduzir o dedo mínimo enluvado na boca do bebê e abaixar a língua algumas vezes. Em seguida, utilizar a técnica do treino da sucção.

Fonte: SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5 (Supl), p. S155--S162, 2004.

ETSUS
Escola Técnica do SUS

FUNESA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE SERGIPE
TRABALHANDO PRA VOCÊ