QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL ASB

Módulo II – Livro-Texto

O TRABALHO DE ASB, A PROMOÇÃO E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE BUCAL

1

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

ETSUS Escola Técnica do SUS
FUNESA
Secretaria de Estado da Saúde
Governo de Sergipe Presente e Futuro

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL - ASB

O Trabalho do ASB, a Promoção e a Vigilância em Saúde Bucal

Autores
Daniele Carvalho Castro
Diego Noronha de Gois
Elder Magno Freitas Santos
Francis Deon Kich
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira
Tereza Mônica Leite Fraga

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

Editora
Fundação Estadual de Saúde - Funesa
Aracaju-SE
2014

ETSUS Escola Técnica do SUS
FUNESA Fundação Estadual de Saúde
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GOVERNO DE SERGIPE PRESENTE E FUTURO

Copyright 2014 – 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

Funesa – Fundação Estadual de Saúde

F981q

Qualificação Profissional para Auxiliar em Saúde Bucal- ASB. O trabalho do ASB, a Promoção e a Vigilância em Saúde Bucal – Volume I – Módulo II - Livro texto./ Daniele Carvalho Castro, Diego Noronha de Gois, Elder Magno Freitas Santos, Francis Deon Kich, Josefa Cilene Fontes Viana, Marcilene Maria de Farias Pereira, Tereza Monica Leite Fraga. Organização: Francis Deon Kich, Josefa Cilene Fontes, 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, 2014.

174 p.

ISBN: 978-85-64617-18-6

1. Saúde bucal 2. Odontologia preventiva I. Título II. Autor III. Assunto

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

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

Autores

Daniele Carvalho Castro
Diego Noronha de Gois
Elder Magno Freitas Santos
Francis Deon Kich
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira
Tereza Mônica Leite Fraga

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
Gustavo Ávila Dias
Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira

Revisora Pedagógica

Nivalda Menezes Santos

Revisoras Textuais

Caroline Barbosa Lima
Maria Augusta Teles da Paixão

Projeto Gráfico

Ícaro Lopes do Rosário Silva

Ilustrador

Mário César Fiscina Júnior

Diagramadores

Guilherme Raimundo Nascimento Figueiredo
Ícaro Lopes do Rosário Silva

Revisoras Técnicas

Josefa Cilene Fontes Viana
Marcilene Maria de Farias Pereira
Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira

Elaboradores de Atividades

Alex Bicca Correa
Dicléia Vitor Ferreira
Fabrício Eneas Diniz de Figueiredo
Flávia Regina Sobral Feitosa
Ivanesca Liliana Lima Nascimento
Juliana Soares Santos
Lilian Trindade Góis Aguiar
Marcilene Maria de Farias Pereira
Maria Carolina Viana de Andrade
Mayra Borges Lemos
Polyane Glay Dias Santana

Validadores

Ana Gardênia Alves Santos
Analuiza Coelho Nascimento
Bruno Costa de Andrade
Cristiane Silva Santos
Diego Noronha de Gois
Elaine Alves Santos
Elizângela Meneses dos Anjos da Silva
Francisco de Assis Nunes Martins Araújo
Giordana Nunes de Santana Santos Gomes
Juliana Soares Santos
Luciana de Vasconcelos Leão
Maria América Bezerra Dória
Maria Honaide de Andrade Souza Santana
Maria de Fátima Lima Nascimento
Mafilza Silva Gomes
Sacha Regina Oliveira
Silvia Mecenas Gomes
Silvia Meneses Pereira Dantas
Thaislane dos Santos Bispo
Vanessa Góis de Souza
Vivian Vieira da Cunha

APRESENTAÇÃO GERAL

Caro aprendiz,

A Secretaria de Estado da Saúde, por intermédio da Fundação Estadual de Saúde (Funesa), apresenta este livro-texto: "O Trabalho do ASB, a Promoção e a Vigilância em Saúde Bucal" pertencente ao Volume I do módulo II do Curso de Qualificação Profissional para Auxiliar em Saúde Bucal - ASB -, 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 "Administração e Gerenciamento em Saúde Bucal" discorre sobre os aspectos ligados à regulamentação da profissão de Técnico em Saúde Bucal - TSB - e Auxiliar em Saúde Bucal - ASB - e traz elementos da legislação trabalhista vigente, como também apresenta o trabalho da equipe de saúde bucal junto à equipe multiprofissional. Aponta formas de organização e controle de cadastro, arquivo, fluxo e agendamento de usuários, bem como trata da previsão, controle, reposição e manutenção de equipamentos, materiais de consumo e permanentes, utilizados nos serviços de odontologia. Busca, também, orientar sobre a utilização do sistema de referência e contrarreferência, de informação e de programas e controle em odontologia.

O componente curricular II "Promoção, Prevenção e Proteção à Saúde Bucal" busca estimular a equipe de saúde bucal no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e proteção à saúde. Explana sobre os métodos de prevenção das doenças bucais mais prevalentes e identifica as condições de risco à saúde bucal da população. Traz a compreensão dos princípios psicológicos que influenciam atitudes e comportamentos, os quais interferem na saúde bucal. Contribui com a utilização de técnicas de comunicação para que o ASB/TSB dialogue com a comunidade utilizando recursos que possam estabelecer a compreensão da dinâmica do processo educativo em saúde bucal. Por fim, busca interagir no desenvolvimento dos processos educacionais, no ambiente de trabalho e nos espaços sociais.

O componente curricular III "Vigilância em Saúde Bucal" está pautado na apresentação dos principais aspectos relacionados à vigilância em saúde bucal, de modo que o aprendiz compreenda e analise as informações a ela atreladas. A partir deste componente, o aprendiz conhecerá os processos técnicos para prevenção e controle das doenças bucais, a importância das condições de vida e da saúde bucal e as relacione ao risco de determinados hábitos deletérios para a saúde bucal do indivíduo. Assim, ao final do componente, o aprendiz terá desenvolvido habilidades para promover ações para promoção, prevenção e controle de agravos à saúde na esfera singular e coletiva.

Seja bem-vindo ao curso e um ótimo aproveitamento.

Os autores.

SUMÁRIO GERAL

Componente Curricular I

Administração e Gerenciamento em Saúde Bucal.....11

Componente Curricular II

Promoção, Prevenção e Proteção à Saúde Bucal.....59

Componente Curricular III

Vigilância em Saúde Bucal.....113

Apêndices.....145

Anexos.....151

I

COMPONENTE CURRICULAR

ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO EM SAÚDE BUCAL

Josefa Cilene Fontes Viana
Tereza Mônica Leite Fraga
Marcilene Maria de Farias Pereira

LISTA DE SIGLAS

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

CD - Cirurgião-Dentista

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal

Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (estaduais)

Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Cosems - Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

Datasus - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EC 29 - Emenda Constitucional nº 29 de 13 de Setembro de 2000

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Equipe de Saúde da Família

Faec - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

FS - Fundo de Saúde

GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica

GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal

MAC - Média e Alta Complexidade

MS - Ministério da Saúde

Noas - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

Opas - Organização Pan-Americana de Saúde

PABfixo - Piso da Atenção Básica-fixo

PAB variável - Piso da Atenção Básica-variável

lpab-A - Piso da Atenção Básica Ampliado

PDI - Plano Diretor de Investimentos

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PSF - Programa de Saúde da Família

Siab - Sistema de Informação da Atenção Básica

SB 2003 - Censo Bucal 2003

Sesdec- Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Siops - Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPA - Serviço de Pronto Atendimento

SUS - Sistema Único de Saúde

TSB - Técnico de Saúde Bucal

TCG - Termo de Compromisso de Gestão

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 Introdução.....17
2 Legislação Trabalhista Vigente.....18
2.1 Exercício Ilícito da Profissão.....20
3 Conhecimento sobre Trabalho em Equipes Multiprofissionais/ Interdisciplinares.....25
3.1 Estratégia da Saúde da Família (ESF).....26
4 Práticas Administrativas nas Unidades Odontológicas.....28
4.1 Organização do Ambiente de Trabalho.....30
4.1.1 Protocolo de Atendimento Odontológico.....34
4.1.2 Registro de Usuários.....35
4.1.3 A Organização do Atendimento na Atenção Básica.....38
4.1.4 As Ações Programadas.....38
4.1.5 O Pronto-atendimento.....40
4.1.6 O Atendimento à Urgência.....40
4.1.7 Atendimento Extraclínica.....41
4.1.7.1 Organização da Atenção Domiciliar.....41
4.1.8 A Organização do Atendimento nas Especialidades Odontológicas.....41
4.1.9 Sistemas de Referência e Contrarreferência.....44
5 Sistema de Informação em Odontologia e Programas.....45
5.1 Os Programas Odontológicos.....45
5.2 Sistema de Informação Odontológico.....46
5.3 Sistema de Informação para os Materiais.....47
5.4 Sistema de Informação de Produção.....48
5.5 Boletim de Produção Ambulatorial – BPA.....50
5.6 Consolidado Municipal.....50
5.6.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ.....51
5.7 Consolidado Regional.....51
Referências.....53

1 INTRODUÇÃO

A área da saúde bucal vem introduzindo mudanças no seu modelo assistencial. O cirurgião-dentista era considerado o elemento central do processo de trabalho, aquele que detinha as responsabilidades e ações referentes às práticas odontológicas. A atual concepção apresenta um formato diferente. Há uma distribuição de tarefas entre os componentes da ESB visando maior resolutividade, acesso dos usuários aos serviços de saúde bucal, redução de custos e otimização do processo de trabalho.



Para que haja envolvimento dos profissionais na nova concepção de saúde bucal, é necessário que os mesmos assumam uma posição de parceiros efetivos dentro da ESB. Por isso, há a necessidade de formação destes profissionais auxiliares dentro da perspectiva da educação permanente em saúde.

ATIVIDADE 1



Tipo da atividade: individual e coletiva

Competências do ASB e TSB

1º momento

Vocês estudaram, no módulo I, sobre as competências dos profissionais da área da saúde. Escrevam, individualmente, o que sabem sobre o assunto e montem, coletivamente, um painel na sala com as competências dos ASBs e TSBs e atentem às suas diferenças.

2º momento

Observem a situação e discutam sobre as questões seguintes:
Chegando ao posto de saúde, encontrou-se a seguinte situação: no consultório odontológico A, a auxiliar era uma técnica em enfermagem, no consultório B, a auxiliar era uma profissional que antes atuava nos serviços gerais. No consultório C, um auxiliar administrativo.

1. Você conhece alguma situação semelhante à descrita anteriormente?
2. Qual a importância da qualificação dos ASBs para atuação nos serviços de saúde bucal?

3. Quais os documentos necessários para realizar a inscrição de ASB e TSB nos Conselhos Regionais de Odontologia?
4. Que outros profissionais da área de saúde bucal necessitam obrigatoriamente de registro nos Conselhos Federais e de inscrição nos Conselhos Regionais de Odontologia, em cuja jurisdição esteja estabelecida?

2 LEGISLAÇÃO TRABALHISTA VIGENTE

A estruturação da odontologia foi acontecendo de forma evolutiva e progressiva. Neste processo, foram regulamentadas, primeiramente, algumas especialidades odontológicas e, em seguida, as profissões de TSB e ASB, de acordo com a Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008 (ANEXO A), que trata das competências desta categoria já apresentadas no Módulo I.

> Art. 3º. O Técnico em Saúde Bucal e o Auxiliar em Saúde Bucal estão obrigados a se registrar no Conselho Federal de Odontologia e a se inscrever no Conselho Regional de Odontologia em cuja jurisdição exerçam suas atividades.
> No inciso V, os valores das anuidades devidas aos Conselhos Regionais pelo Técnico em Saúde Bucal e pelo Auxiliar em Saúde Bucal e das taxas correspondentes aos serviços e atos indispensáveis ao exercício das profissões não podem ultrapassar, respectivamente, 1/4 (um quarto) e 1/10 (um décimo) daqueles cobrados ao cirurgião-dentista (BRASIL, 2008 [S.P.]).

As atribuições dos ASBs e TSBs foram paulatinamente se construindo à medida que suas funções eram desenvolvidas. Aos poucos, foram ganhando espaço e gerando, por conseguinte, a necessidade de qualificação destes profissionais. Muitas ações têm sido discutidas e colocadas em prática nos últimos anos com o intuito de mudar o perfil informal dos ASBs e TSBs. Este perfil informal é caracterizado pelo treinamento no local de trabalho sem nenhum planejamento e regularidade e, geralmente, sem nenhuma interação com as bases científicas que fundamentam as práticas exercidas.



A presença destes profissionais auxiliares capacitados nas equipes odontológicas é fundamental para se obter uma maior eficiência, otimização do processo de trabalho e qualificação do atendimento ao usuário.

Além de realizar serviços inerentes à sua função, é de extrema importância que estes profissionais estejam conscientes de que não poderão exercer suas atividades de forma autônoma ou prestar assistência direta ou indireta ao usuário, sem a supervisão do cirurgião-dentista e que devem seguir com rigor o Código de Ética Odontológica – CEO (ANEXO B), no que couber a essas categorias, agindo assim em consonância com seu empregador que, por sua vez, deve cumprir fielmente os preceitos da legislação trabalhista.

É necessário que os ASBs e os TSBs observem:

- o dever de manter-se atualizado constantemente em relação ao conhecimento científico;
- a manutenção de uma conduta ética, seguindo o Código de Ética de Odontologia no que compete à sua categoria;
- os cuidados com o trabalho, no que diz respeito à biossegurança, durante o atendimento a todos os usuários.

ATIVIDADE 2



Tipo da atividade: coletiva

Ética e Sigilo Profissional

Formem grupos para discussão das questões seguintes e escrevam no caderno a conclusão para ao coletivo.

Vamos supor que, durante uma fuga da penitenciária, um assaltante sofreu um acidente e teve como consequência, traumas dentários e faciais e você estava no local do acidente.

1. Qual seria a sua conduta no momento?
2. Qual a conduta esperada de um ASB/TSB diante da situação apresentada?
3. Relacione a situação apresentada com os temas ética e sigilo profissional.



ATIVIDADE COMPLEMENTAR: coletiva

Código de Ética Odontológica (CEO)

Formem grupos e escrevam sobre a importância do conhecimento do CEO para os profissionais da área da saúde bucal. Em seguida, discutam sobre as normas cabíveis aos TSBs e ASBs com base no CEO (ANEXO B) e apresentem a interpretação de um dos artigos.

2.1 Exercício Ilícito da Profissão

O que você entende sobre exercício ilícito da profissão?

Segundo Samico (1994), o exercício ilícito da profissão é aquele que se apresenta sob qualquer das três modalidades seguintes: exercício ilegal, curandeirismo e charlatanismo.

O exercício ilegal é a prática frequente de atos da mesma natureza, com o intuito de obter lucro, sem observar as disposições legais. Constitui contravenção penal exercer a profissão sem preencher os requisitos que, por lei, estão subordinados ao seu exercício.

A Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, no artigo 186, descreve o ato ilícito como "aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral [...]".

De acordo com o artigo 284, do Código Penal Brasileiro, o curandeirismo é considerado o exercício ilícito da profissão por não utilizar práticas científicas, ao diagnosticar, prescrever, ministrar e aplicar substâncias usando gestos, palavras ou qualquer outro meio que não seja reconhecido, eficaz ou seguro pela ciência. Este Código prevê pena de detenção de 6 meses a 2 anos e a aplicação de multa se o crime for praticado mediante remuneração.

Outra prática considerada ilícita pelo Código Penal Brasileiro é o charlatanismo. A palavra charlatão é derivada do italiano ciarla, ciarlare (falar, conversar), que significa "aquele que explora a boa-fé do público" (MICHAELIS, 2011). O artigo 283 trata do charlatanismo como sendo a prática não científica, fraudulenta que alguém comete em benefício próprio, costumando anunciar cura infalível por meio secreto. Este artigo prevê pena de detenção de três meses a um ano e multa.

A negligência é caracterizada pela omissão do agente no desenvolvimento de suas ações ou pela falta de cuidado, desprezo e passividade, ou seja, é a falta de atenção aos deveres que as circunstâncias exigem, não se preocupando com as consequências dos seus atos.

Já a imprudência é ação considerada aventureira oriunda de excessiva confiança, tratamento afoito, audácia na conduta e atitudes não justificadas cientificamente, nem reconhecidas pela experiência profissional.

Pode-se citar também a imperícia que corresponde ao desconhecimento de regras técnicas e científicas que não podiam ser ignoradas, a falta de aptidão na realização de atos profissionais e o excesso de confiança em suas habilidades.

Na Odontologia, como em outras áreas, devem ser evitados os atos ilícitos, tais como: a negligência, a imprudência e a imperícia odontológica. Para que não seja negligente é preciso que o profissional efetue os procedimentos preconizados e para não ser imprudente, precipitado e afoito, o profissional deve fazer planejamentos previamente ao tratamento. Deverá, também, evitar a realização de procedimentos clínicos tendo ciência de que não está tecnicamente preparado, agindo assim com imperícia.

Os atos ilícitos estão ligados, ainda, ao conceito de responsabilidade. As responsabilidades moral, social e civil ou legal estão vinculadas à obrigação de responder por todo e qualquer dano que o indivíduo venha causar ao próximo. Ou seja, as lesões ou prejuízos causados a outros indivíduos devem ser reparados. Portanto, a responsabilidade é o resultado de toda ação ou da falta de ação, pela qual o sujeito expressa seu comportamento, sempre que estes atos violem os direitos individuais e coletivos dos usuários.



Fig. 1: Círculo da Responsabilidade

ATENÇÃO



Dentro deste contexto, os profissionais que praticarem atos ilícitos devem responder por sua ação e sofrer as implicações previstas em lei. Portanto, os ASBs e TSBs devem procurar conhecer a legislação específica da área e também as leis do país, que falam sobre os seus direitos e obrigações, visando tanto à sua proteção quanto à proteção do usuário.

ATIVIDADE 3

Tipo da atividade: individual e coletiva



Exercício Ilegal da Profissão

1º momento

1. Escreva uma história ou caso real e exemplifique uma das situações estudadas (exercício ilegal, curandeirismo, charlatanismo, negligência odontológica, imprudência e imperícia odontológica).
2. Formem grupos, discutam e selecionem um dos casos para executar uma dramatização.



2º momento

Assistam à exibição do vídeo proposto pelo docente e discuta com seus colegas a relação que este vídeo traz com as questões culturais e com os casos exemplificados anteriormente.

Além das penas previstas no Código de Ética, os profissionais da Odontologia podem também sofrer sanções civis e penais por agirem com imprudência, imperícia ou negligência, ao cuidar dos usuários que estão sob sua responsabilidade. Pode-se observar isso claramente no artigo 129 do Código Penal, que prevê pena de detenção de três meses a um ano por ofensa à integridade corporal. Além dessa pena, de acordo com o mesmo artigo, podem ser imputados mais tempo de reclusão de acordo com o dano produzido ao usuário, podendo chegar até 12 anos.

A responsabilidade profissional dos ASBs e TSBs está vinculada à conduta do cirurgião-dentista e deve respeitar preceitos éticos, legais e morais relacionados à área de saúde bucal que estão descritos em legislações.

Tanto a responsabilidade civil como a criminal andam de forma interdependente; isto significa que o responsável poderá sofrer dois tipos de ações judiciais diante de um determinado evento: um de natureza indenizatória, na esfera civil, e a outra de cunho punitivo, na esfera penal (LOBAS et al, 2010).

Dentre as legislações vigentes, serão citados alguns artigos descritos no Código Civil Brasileiro, no Código Penal Brasileiro e no Código de Defesa do Consumidor.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC) traz normas de Direitos do Consumidor, Civil, Econômico, Processual Civil, Penal, Processual Penal, Administrativo e Comercial, todas dirigidas à proteção da relação de consumo. Formando, portanto, um microssistema de defesa do consumidor (FONSECA, 1999).

A lei nº 8.078/ 1990, que entrou em vigor a partir de março de 1991, protege todos os direitos e obrigações que cuidam da relação entre consumidores e fornecedores. O fornecedor de um produto ou serviço tem a obrigação de reparar o dano causado a outrem, desde que este seja decorrente de uma ação ou omissão que tenha contribuído para o resultado final, gerada de forma negligente, imprudente ou imperita, caracterizadoras da culpa (FONSECA, 1999).

As penalidades contidas no CDC não eliminam as demais penalidades impostas aos acusados e, como a maioria das situações previstas nos dispositivos de proteção ao consumidor está, de certa forma, ligadas às infrações que violam a ordem social, podemos dizer que os responsáveis responderão a dois tipos de ações com sanções de privação de liberdade: as estabelecidas pelo CDC e as normatizadas pelo Código Penal Brasileiro (ZANON, 1996).

O título II, do Código de Defesa do Consumidor, trata das infrações penais e o seu artigo 76 dispõe sobre as circunstâncias agravantes dos crimes tipificados neste código, uma delas se refere à infração que ocasionar um grave dano individual ou coletivo, outra se refere às infrações praticadas em operações que envolvam alimentos, medicamentos ou quaisquer outros produtos ou serviços essenciais (FONSECA, 1999).

O art. 282 do Código Penal Brasileiro, em vigor, prescreve que:

> exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites dará como pena detenção de seis meses a dois anos e se o crime for praticado com fim de lucro, aplica-se também a multa (BRASIL, 2001 [S.P.]).

O artigo 154 preceitua que a revelação de um segredo que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, sem justa causa, e cuja revelação possa produzir dano a outrem, prevê pena de detenção, de três meses a um ano, ou multa. Pode-se considerar justa causa para revelação do fato sigiloso o interesse da justiça ou a notificação compulsória de doenças.

O artigo 325, do Código Penal, diz que

revelar fato de que tem ciência em razão do cargo e que deva permanecer em segredo, ou facilitar-lhe a revelação. A pena de detenção de seis meses a dois anos, ou multa, se o fato não constitui crime mais grave (BRASIL, 2004 [S.P.]).

Já o artigo 268 dispõe que desobedecer a uma determinação do poder público que tenha o objetivo de impedir a introdução ou propagação de doenças contagiosas terá pena de detenção, de um mês a um ano e multa. A pena será aumentada de um terço se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro. Trata-se de uma infração de medida sanitária preventiva.

O Código de Processo Civil, em seu artigo 406, comenta que:

> a testemunha não é obrigada a depor os fatos:
> I - que lhe acarretem grave dano, bem como ao seu cônjuge e aos seus parentes consanguíneos ou afins, em linha reta, ou na colateral em segundo grau;
> II - a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar sigilo (BRASIL,2005).

O Código Civil Brasileiro é um regulador das normas relativas às relações dos cidadãos entre si (respeito mútuo na sociedade) e prevê para as infrações dos seus artigos penas do tipo indenizatórias.

O caso Alex

Hoje não é um dia comum na vida de Paulo, cirurgião-dentista, renomado em sua área de atuação. Antes de se dirigir ao trabalho, telefonou para seu ASB, Roberto, comunicou que iria se atrasar, pois na noite anterior passou a madrugada com sua filha de 5 anos, Bianca, na urgência do hospital, devido a uma febre súbita e recorrente que a pequena vinha apresentando. Ao chegar ao consultório, já atrasado, percebeu que havia muitos usuários para atender e, dentre eles, o usuário Alex Santos, de 17 anos, filho de seu José dos Santos, morador do município de Sorrisópolis, que foi à Unidade Básica de Saúde com o objetivo de realizar a exodontia da unidade dentária



42, que se encontrava com cárie profunda e estava incomodando muito o garoto. O cirurgião-dentista ao executar o procedimento realizou a exodontia da unidade dentária 43, que também estava com cárie. Somente depois é que notou o equívoco. O ASB, no momento do procedimento, estava instrumentando e nem sequer percebeu qual dente estava sendo extraído. Após o procedimento, o usuário foi para casa, entretanto, mesmo anestesiado, o dente voltou a doer. Então no horário da tarde retornou ao consultório para falar com o dentista, mas não o encontrou. O ASB examinou a cavidade bucal e percebeu que o dente extraído não tinha sido o 42 e, sem saber o que fazer no momento, orientou o uso de um remédio para dor e compressas frias no local e pediu que o usuário retornasse no outro dia. Ao sair do trabalho o ASB, indignado com o procedimento do dentista, fez comentários do ocorrido com amigos que estavam dentro do ônibus.

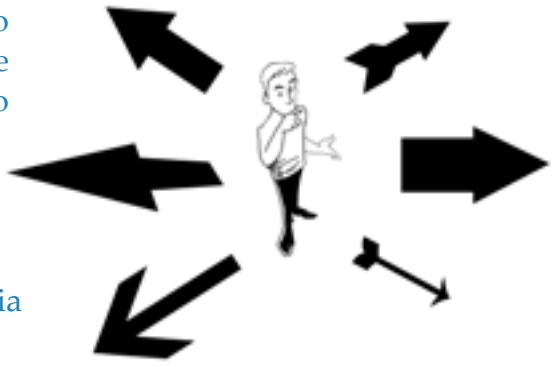
ATIVIDADE 4

Tipo da atividade: individual e coletiva

Sigilo Profissional

Responda às questões no seu caderno, com base no caso de Alex, para posterior discussão:

1. Qual deveria ser a conduta do ASB enquanto participante da equipe de saúde se este tivesse percebido o erro do odontólogo durante o procedimento? O que você faria se estivesse no lugar do ASB?
2. Em que o ASB pode contribuir com o caso de Alex dentro dos princípios da Ética profissional?
3. Vocês já vivenciaram alguma experiência semelhante? Compartilhem com a turma.



3 CONHECIMENTO SOBRE TRABALHO EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS/ INTERDISCIPLINARES

"A arte de viver é simplesmente arte em conviver...
Simplesmente, disse eu?
Mas como é difícil!"
(Mário Quintana)

ATIVIDADE 5

Tipo da atividade: individual e coletiva



O Processo de Trabalho de uma Equipe Multiprofissional/ Interdisciplinar

1º momento

1. Escreva o que você entende por Equipe Multiprofissional/ Interdisciplinar.
2. Como você vê o desenvolvimento das atividades de sua equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF). Discutam sobre este tema.

2º momento

Agora, um grupo deve apresentar, através de desenhos, esculturas, esquema, dramatizações, etc., o usuário do SUS ser acolhido na UBS e passando por todo o processo de atenção. O outro grupo deve fazer uma análise crítica do processo de atenção ao usuário, apresentado pelo primeiro grupo, mostrando os pontos positivos e os negativos. Busquem juntos, as soluções para a melhoria do acolhimento deste usuário, se necessário.



3º momento

Assista à exibição do vídeo proposto pelo docente.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se caracteriza na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Segundo Escóssia e Kastrup (2005), o conceito de coletivo tem sido frequentemente utilizado, tanto no âmbito da psicologia como no âmbito da sociologia, para designar uma dimensão da realidade que se opõe a uma dimensão individual. Para elas, o coletivo se confunde com o social, sendo representado por meio de categorias como Estado, Família, Igreja, Comunidades, Povo, Nação, Massa ou Classe e investigado no que diz respeito à dinâmica de interações individuais ou grupais.

O trabalho em equipe multiprofissional tem sido utilizado como estratégia de enfrentamento do intenso processo de especialização na área de saúde. Desta forma aprofunda verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos coletivizados das necessidades de saúde, sem contemplar ao mesmo tempo a articulação das ações e saberes dos profissionais (PEDUZZI, 2001). A autora descreve duas modalidades de trabalho em equipe. A primeira, equipe agrupamento, em que ocorre a sobreposição das ações e o agrupamento dos agentes. A segunda, equipe integração, na qual ocorre a articulação das ações e a interação entre os agentes. Atualmente o modelo de equipe busca a articulação das ações e a interação dos agentes envolvidos, entretanto, na prática, o modelo alcançado aproxima-se da modalidade agrupamento.

No trabalho em equipe, o conhecer, o compreender, o tratar e o controlar, passam a ser uma responsabilidade compartilhada. Todos devem saber qual o seu núcleo de atuação profissional específica, porém, a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Deve haver muito comprometimento de todos os profissionais para a construção desse novo modo de operar as ações de saúde, numa aproximação entre os diversos profissionais da equipe e também dos membros da equipe com a comunidade. (BRASIL, 2006).

Cada membro tem o seu papel e, desempenhá-lo com comprometimento, torna o trabalho gratificante e reconhecido pela comunidade e equipe. A integração entre os membros de uma equipe permite que os profissionais troquem informações relacionadas aos usuários para tornar os procedimentos adequados de acordo com cada necessidade identificada (OLIVEIRA: SPIRI, 2006).

Porém, os profissionais de saúde nem sempre estão preparados e com disposição para agir de forma integrada. 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 Estratégia de Saúde da Família. 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).

3.1 Estratégia da Saúde da Família (ESF)

Um bom exemplo de equipe multiprofissional é o que acontece no Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente designado como Estratégia da Saúde da Família, o qual tem como pressuposto o trabalho em equipe (SANTOS; CUTOLO, 2004).

A ESF deve atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática (OLIVEIRA; SPIRI, 2006). Esta assistência deve ser realizada de forma integral, contínua, interdisciplinar e com efetiva qualidade. Considerando a perspectiva da família, por meio do planejamento das ações, organização do trabalho e compartilhamento de decisões.

Na ESF, a equipe multiprofissional é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e, pelo menos, quatro agentes comunitários de saúde. A incorporação de outras categorias de profissionais da saúde como odontólogos e outros profissionais de nível médio da Odontologia (Auxiliar de Saúde Bucal e/ou Técnico em Saúde Bucal) pode ocorrer a partir da demanda e das características da organização dos serviços de saúde locais, de forma a propiciar a realização de atividades em grupo junto à comunidade (BRASIL, 1998).



Curiosidade

Em 1994, houve a implantação do Programa Saúde da Família, abordando, principalmente, eixos como a integralidade do atendimento básico de saúde; a organização do acesso ao sistema de saúde; a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; a conscientização da população sobre as principais enfermidades e determinantes e o incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde.

A ESF tem como pressupostos: o foco na família; a adscrição da clientela; a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social e, como ponto forte, o estabelecimento de vínculo; laços de compromisso por meio da responsabilidade entre os profissionais e a população, por isso, tem sido considerada uma estratégia eficaz na reorganização da atenção básica.

A exemplo da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde, obteve-se a definição efetiva da inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB), como parte do Programa de Saúde da Família. Esta portaria, na tentativa de buscar a melhoria do perfil odontológico da população e, por consequência, da sua qualidade de vida, criou critérios e estabeleceu incentivos financeiros específicos para a inclusão de uma ESB para cada duas equipes da ESF, com o objetivo também de reorganizar a atenção básica odontológica no âmbito municipal, tanto em termos de promoção de saúde e prevenção quanto na recuperação e manutenção da saúde bucal.

No ano de 2001, aconteceu o início da incorporação das ESB às ESFs e em 2006, é lançada a portaria nº 648/2006, que reorienta a determinação de uma equipe de saúde bucal para cada equipe.

A ESF está direcionada para reorganização da atenção básica representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida. Ela tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, com capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência.

Em 2004, definiram-se as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal que tem uma atuação também centrada na Vigilância à Saúde, a garantia de integralidade das ações, a utilização da epidemiologia e informações, subsidiando o planejamento e o acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores.

Segundo o Ministério da Saúde, existem três modalidades de Equipes de Saúde Bucal. A modalidade I é composta por um cirurgião-dentista (CD) e um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), a modalidade II composta por CD, ASB e TSB e a modalidade III, composta por profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

A ação dessas equipes de saúde bucal não deve estar voltada apenas para a assistência curativa em consultório, pois dentro do programa mensal, o odontólogo, em equipe, deve planejar as ações da ESB, inserindo, inclusive, palestras educativas na unidade de saúde, em escolas e centros comunitários, visitas domiciliares semanais para acompanhamento de gestantes e bebês, além da apreciação e orientação dos hábitos de saúde geral e bucal das famílias e atendimento domiciliar às pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção.

A troca de saberes e o respeito recíproco às diferentes percepções devem envolver todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal, também, sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas.

Por tudo isso, é importante que os trabalhadores que compõem a ESB e os que se propõem a trabalhar na ESF, tenham o perfil de compromisso com a promoção de saúde e cuidado com as pessoas e levar em consideração suas condições de vida, seus valores, seus hábitos, uma vez que existem diferenças sociais e culturais entre profissionais do serviço e usuários.

Além de suas funções específicas, a ESB deve interagir com profissionais de outras áreas, buscar a ampliação de seu conhecimento, o que permite uma abordagem integral, que atente ao contexto socioeconômico e cultural no qual o indivíduo está inserido. A equipe de saúde bucal deve ser parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção (BRASIL, 2004).

4 PRÁTICAS ADMINISTRATIVAS NAS UNIDADES ODONTOLÓGICAS

ATIVIDADE PRÁTICA 1

Tipo da atividade: individual

Levantamento das Dificuldades no Acesso à Atenção à Saúde Bucal

1. Faça um levantamento de dados com relação às dificuldades de acesso à saúde bucal na sua microárea. Para tanto, elabore um roteiro de entrevista para aplicar a alguns usuários da região onde você mora. O questionário deve conter dados pessoais e informações sobre o contexto de vida destes usuários capazes de revelar as dificuldades ou facilidades que eles possuem no acesso aos serviços odontológicos.

2. Posteriormente, apresente os resultados da entrevista e as expectativas da comunidade. Elabore as propostas para solucionar estas dificuldades, se houver.

ATIVIDADE PRÁTICA 2

Tipo da atividade: individual

Levantamento de Dados sobre as Doenças da Cavidade Bucal que Acometem a Comunidade

Elaborar um roteiro para entrevista que será aplicado aos profissionais da saúde bucal (odontólogos) acerca das doenças da cavidade bucal que acometem a comunidade da sua área, quais os fatores de risco e o tipo de tratamento que pode ser efetuado. De acordo com o procedimento indicado, faça um levantamento dos materiais necessários, diariamente, para a execução destes tratamentos e cite os fatores de risco para as doenças apresentadas na entrevista.

Administração pode ser conceituada como a interpretação e análise dos objetivos propostos por uma organização, para transformá-los em ação organizacional por meio da utilização de recursos humanos e materiais necessários, planejamento, organização, direção e controle de todos os trabalhos já realizados em todas as áreas (SANTOS, 2009).

O processo de planejamento em saúde pode ser executado a partir de levantamento de dados, que é condição primária e fundamental para a realização de um plano. Com base nos dados levantados, realiza-se a análise da situação e identificam-se os objetivos, as distorções e os problemas a serem sanados. Em seguida, faz-se a elaboração do plano, buscando hipóteses dos objetivos e a formulação do modelo e das medidas de implantação deste plano. Observa-se, então a viabilidade para implementação do processo (SANTOS, 2009).



Fig. 2: Planejamento

O acompanhamento e a avaliação constituem fases essenciais do planejamento não só porque permitem saber se o que foi previsto está sendo corretamente realizado, mas também por possibilitar a introdução de ajustes e correções.

4.1 Organização do Ambiente de Trabalho

Todo projeto de um serviço de saúde bucal, seja público ou privado, deve ser avaliado e aprovado pela Vigilância Sanitária local antes de sua execução, e ficam condicionadas ao cumprimento das disposições contidas na RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou a que vier a substituir. Para executar um projeto do ambiente de trabalho para a saúde bucal é importante efetuar um estudo prévio do espaço físico, das instalações hidráulicas, sanitárias e elétricas, como também fazer um estudo das possibilidades de distribuição dos equipamentos odontológicos (BICALHO et. al., 2007).

Os consultórios odontológicos devem, ainda, possuir ambientes de apoio, como a sala de espera para usuários e acompanhantes, o depósito de material de limpeza (DML) equipado com tanque, os sanitários para os usuários e a Central de Material Esterilizado (CME) com dois ambientes:

O expurgo – ambiente contaminado - é uma sala de recebimento de todo o instrumental contaminado para lavagem, descontaminação e separação. Nele existe bancada, pia e guichê para a área limpa. E o ambiente limpo é uma sala que recebe o material lavado e descontaminado para o preparo, esterilização e estocagem de material, com bancada para equipamentos de esterilização, armários para guarda de material e espaços organizados para distribuição de material (BICALHO et. al., 2007). Os procedimentos executados nestes ambientes devem ser realizados com paramentação adequada mediante colocação dos EPIs necessários.

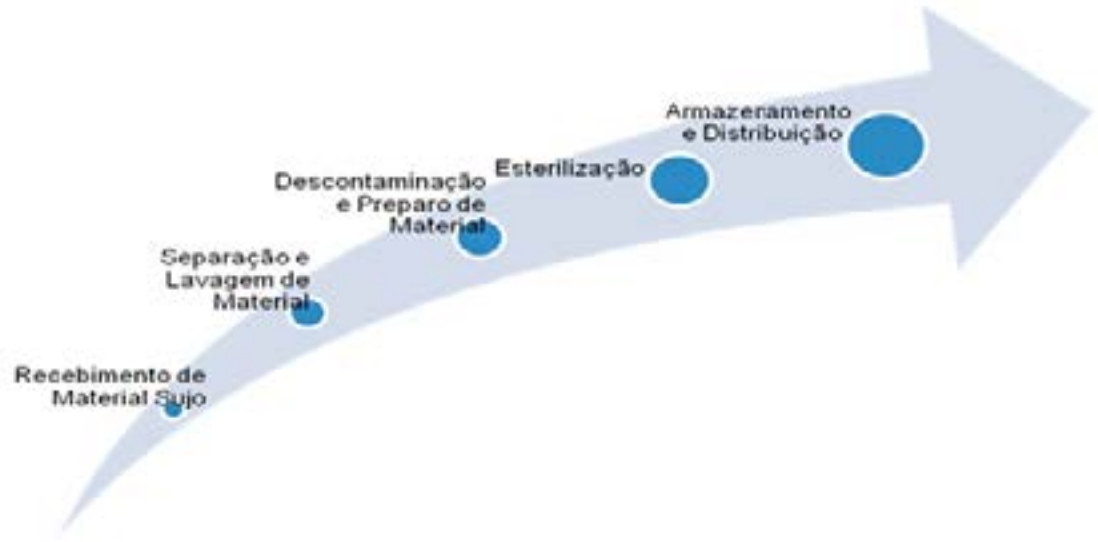


Fig. 3: Fluxo de Trabalho na CME

ATIVIDADE 6



Tipo da atividade: individual

Rotina de Trabalho I

Ao iniciar o dia de trabalho no consultório, cada profissional deve saber quais são as atividades de rotina a serem exercidas em cada serviço de saúde. De acordo com o dia a dia da sua unidade de saúde, descreva passo a passo quais são as atividades a serem cumpridas pelo ASB desde a sua entrada até o término do atendimento.

ATIVIDADE PRÁTICA 3

Tipo da atividade: coletiva

Rotina de Trabalho II

Garantir a conservação do estado íntegro e o bom funcionamento dos materiais e equipamentos odontológicos é primordial para garantir o andamento perfeito das ações de saúde bucal.

De acordo com a lista de materiais no APÊNDICE A, arrume os armários e considere as seguintes características:

- Quanto ao uso a que se destinam. Exemplo: para restaurações, extrações, tratamento periodontal e outros
- Quanto à durabilidade: materiais permanentes e materiais de consumo
- Quanto ao porte do material: pequeno, médio e grande porte
- Quanto ao tempo que resta de validade.

ATIVIDADE 7



Tipo da atividade: individual

Rotina de Trabalho III

De acordo com o que foi aprendido, reproduza através de um desenho como é o ambiente de seu trabalho, ilustrando a estrutura física da clínica, e também como é o fluxo de trabalho na CME. Se necessário, dê algumas sugestões para a melhoria.

Você já ouviu falar no programa 5S?

De acordo com Silva (2005), a utilização dos 5s é uma possibilidade na organização do ambiente de trabalho. O "Programa 5S" foi idealizado por Kaoru Ishikawa e criado no Japão logo após a segunda guerra mundial com o objetivo de ajudar na reestruturação do país, reorganizando as suas indústrias. Foi uma ferramenta administrativa criada principalmente para se obter a excelência, aumentando e otimizando a qualidade de seus produtos.

O Programa baseia-se em 5 conceitos:



Fig. 4: Organização do ambiente de Trabalho baseado no Programa 5S idealizado por Kaoru Ishikawa

1º S - Seiri - Senso de Utilização e Descarte - "Separar o útil do inútil, eliminando o desnecessário". O que realmente é utilizado nas tarefas diárias e aquilo que raramente ou nunca usamos. Essa arrumação começa a dar sentido à filosofia de uma nova cultura. O que não é necessário pode e deve ser descartado, transferido para outro departamento, doado, ou simplesmente jogado fora. Ao iniciar este trabalho, as pessoas verão que a maioria dos objetos ou papéis guardados realmente não têm importância. Que estavam simplesmente tumultuando o local de trabalho ou ocupando espaço que servem para organizar objetos utilizados constantemente. Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998) afirmam que os materiais não utilizados há mais de um ano deverão estar listados em relatório justificando o seu não-uso e a necessidade de serem excluídos do catálogo da próxima compra a fim de evitar aquisição de materiais desnecessários. Sendo recomendado que estes materiais sejam devolvidos para o almoxarifado central para que o mesmo providencie a alienação e venda dos materiais inservíveis. Eliminem de seu ambiente de trabalho objetos que não têm mais utilidade, papéis de comunicados antigos, documentos emitidos há mais de cinco anos (exceto aqueles que se referem à implantação de unidades, notas fiscais de materiais permanentes, admissão e demissão de funcionários). Existem, hoje em dia, várias entidades que recebem materiais para reciclagem. Procure a que está mais próxima de sua unidade e encaminhe todos os objetos em desuso.

2º S - Seiton - Senso de Arrumação e Ordenação - "Identificar e arrumar tudo, para que qualquer pessoa possa localizar facilmente". Após organizar e separar o útil do inútil chegou a hora de arrumar e ordenar todo o material. Nesta etapa é importante classificar todos os objetos conforme sua necessidade de uso, aqueles usados constantemente devem ficar sempre mais acessíveis do que os objetos usados raramente. Geralmente, aqueles materiais que não foram utilizados nos últimos seis meses dificilmente serão usados no próximo dia. É muito bom que os objetos sejam identificados, rotulados para que qualquer pessoa que necessite, possa encontrar com facilidade e rapidez. Esta etapa auxilia a administração do estoque, pois os materiais são identificados com facilidade e se torna mais prático saber quando está acabando determinado item. E evita também a compra em duplicidade.

Vecine Neto e Reinhardt Filho (1998) determinam que as características do local de armazenamento de materiais devem cumprir as seguintes precauções:

- dispositivos de proteção contra animais e parasitas;
- proteção contra incêndio;
- boa circulação de ar;
- disposição adequada para movimentação de pessoas e materiais;
- possuir área administrativa;
- dispor de área para produtos que necessitem de temperatura controlada;
- reservar uma área para produtos inflamáveis;
- garantir ausência de umidade e de calor ou frio excessivos (temperatura não superior a 25ºC).

3º S - Seiso - Senso de Limpeza - "Manter um ambiente sempre limpo, eliminando as causas da sujeira e aprendendo a não sujar". Nada mais propício para a realização de um trabalho do que a limpeza. Um ambiente limpo pode até ser simples, mas proporciona conforto às pessoas que ali trabalham. Esta etapa consiste na conscientização dos funcionários que primeiro não sujem e segundo, caso sujem, limpem. Se cada um contribuir com a limpeza do local de trabalho muitos desperdícios de tempo e dinheiro serão evitados. Implante esta cultura nas suas equipes: "Usou, limpe e guarde".

4º S - Seiketsu - Senso de Saúde e Higiene - "Manter um ambiente de trabalho sempre favorável à saúde e higiene". É o senso de asseio. Cada pessoa tem que cuidar da sua aparência e higiene pessoal, justamente porque são a imagem da empresa. É importante também eliminar hábitos de comer no local de trabalho ou fumar. Coisas deste tipo incomodam tanto o cliente interno quanto o externo. Ninguém precisa usar roupas de grife, mas necessita ter cuidado com suas vestimentas. Ambiente limpo e asseio próprio.

5º S - Shitsuke - Senso de Autodisciplina - "fazer dessas atitudes um hábito, transformando os 5s num modo de vida".

Esta última fase é a fase da aceitação e comprometimento das equipes de trabalho.

Cada uma das etapas citadas se complementam.

ATIVIDADE PRÁTICA 4



Tipo da atividade: coletiva

Resolutividade para um Ambiente de Trabalho Saudável

Vamos agora analisar cada conceito, verificar sua importância e levá-lo para o dia a dia no nosso trabalho na saúde? Formem grupos de acordo com o município de atuação: produzam cartazes que mostrem os pontos a serem seguidos para implantação dos 5s no seu trabalho. Implantem este programa na sua unidade e elaborem um relatório descrevendo as mudanças a serem executadas. Lembrem-se de que o programa tem como pontos principais eliminar o desperdício, o custo extra, o cansaço em excesso, os problemas de saúde e a falta de produtividade. Posteriormente apresentem as mudanças executadas.

4.1.1 Protocolo de Atendimento Odontológico

Em relação à Saúde, pode-se considerar que o estabelecimento de um protocolo tem como objetivo, a padronização e sistematização do processo de trabalho, melhorando a assistência de acordo com as demandas do usuário, a fim de minimizar a variedade de suas práticas e a solicitação de exames e serviços desnecessários.

A instituição de um protocolo no processo de atenção odontológica pode ser entendida como uma ação em três níveis. O primeiro nível consiste na formulação e implementação a partir da necessidade de estabelecimento de rotinas para as ações e serviços odontológicos a fim de facilitar a ordenação das ações e conferir estruturação, organização e consistência às ações e serviços. O segundo nível se dá com a compreensão formal das regras que comandam a ação ou o serviço a fim de propiciar a formatação lógica e precisa das ações que asseguram uniformidade, conformidade e responsabilidade sobre estas. O terceiro nível de uma ação social acontece na fase de divulgação dos resultados. O protocolo, assume a partir do discernimento acerca das ações realizadas, a função de orientar as ações e serviços e/ou ofertar subsídios para a mudança da situação vigente (WEBER, 1999).

ATIVIDADE PRÁTICA 5

Tipo da atividade: coletiva

Construção de um Protocolo de Atendimento Odontológico Único.

1) Formem grupos e elaborem uma crítica a favor, ou não, da construção de um protocolo de atendimento odontológico

2) Montem e apresentem um modelo de protocolo de atendimento de procedimentos básicos para dentística, que você julgue ser adequado à rotina de procedimentos odontológicos das ESBs inseridas na ESF

3) No momento das apresentações, observem todos os protocolos apresentados e construam UM PROTOCOLO ÚNICO que englobe todos os itens que a turma julgar importante

4.1.2 Registro de Usuários

Os registros dos usuários, incluindo fichas clínicas e documentações radiográficas, devem ser mantidos em ordem. Quando qualquer documento tiver que ser retirado de seu local apropriado, é necessário manter um registro através de documento assinado pelo usuário. Para isso, todos os usuários devem ser cadastrados, ou por números, ou em ordem alfabética, de modo que fique fácil encontrar sua ficha clínica posteriormente.

No caso da ESF, que atende ao princípio de territorialidade, os prontuários são organizados por número de microáreas de acordo com o número de famílias cadastradas. Por outro lado, nos CEOs que não possuem áreas geográficas de abrangência específicas, deve-se, geralmente, manter os prontuários por ordem alfabética ou por ordem numérica, sendo mais recomendada a ordem alfabética para facilitar a localização, caso o usuário perca o cartão de cadastro.



Tipo da atividade: coletiva

Prontuário Odontológico

Respondam a seguinte questão:

Como vocês avaliam a ficha clínica odontológica da sua unidade de saúde?

Agora, elaborem um modelo de Prontuário Odontológico que atenda às exigências éticas e legais da prática odontológica na clínica geral.

O **prontuário** é o meio que o odontólogo utiliza para registrar todas as ações realizadas em seus usuários. Este documento deve ser construído e ordenado de forma a permitir ao profissional comprovar, em qualquer época, que o diagnóstico e tratamento prestados ao usuário foram realizados dentro de padrões técnicos aceitos e recomendados.

Os prontuários devem ser assinados e carimbados pelos profissionais que executam a ação. O carimbo deve conter pelo menos o nome completo do profissional. E o número de registro no seu respectivo conselho.

Na ESF, o prontuário é compartilhado por todos os profissionais da equipe, permitindo, assim, que a história de saúde do usuário seja examinada e acompanhada por todos. Isto contribui para uma atenção integral.

As fichas clínicas odontológicas devem ter espaço suficiente para o registro dos dados necessários à identificação do usuário (nome, endereço, estado civil, identidade, etc.), sua história médica e odontológica (atuais e pregressas), conter as informações colhidas no exame clínico que nortearão seu diagnóstico e plano de tratamento, as condições colocadas para sua realização e, finalmente, a descrição da sequência minuciosa dos procedimentos clínico-cirúrgicos realizados (LEAL; ZIMMERMANN, 2000).

O preenchimento correto e completo da ficha não pode ser dispensado em nenhuma hipótese, pois ela é um documento clínico, cirúrgico, odontolegal e de saúde pública que contém registros sobre as condições bucais encontradas, planejamento das atividades, tratamentos realizados, entre outras informações. Portanto, trata-se de um instrumento imprescindível para a prática da saúde bucal tanto ao nível público quanto ao privado (SALIBA et.al., 1997).

É muito importante que os registros das condições dentárias dos usuários estejam corretamente anotados na ficha odontológica, já que esta poderá ser usada na identificação humana, em casos nos quais os meios convencionais, como a datiloscopia, não são possíveis de serem empregados.



ATENÇÃO

De acordo com a portaria SAS nº 95 de 14/2/2006, do Ministério da Saúde o registro da primeira consulta odontológica deve ser anual, ou seja, a primeira consulta realizada no ano pelo usuário no SUS. A primeira consulta odontológica programática é considerada quando o exame clínico odontológico do usuário é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, se faz a elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde.

Os dados recolhidos são elementos essenciais para ter uma base de como está a situação de saúde bucal de uma população específica, assim como para subsidiar o planejamento e direcionamento de ações, nos três níveis de atuação – municipal, estadual e federal.

O Arquivo, na ESF, corresponde ao conjunto dos prontuários de cada família da respectiva área atendida, na qual são recolhidos e guardados os documentos manuscritos, gráficos, raios x, fotográficos, etc. e devem permanecer sob a custódia dessa entidade.

A **anamnese** é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde ao usuário, que tem a intenção de identificar as doenças crônicas que requererão cuidados específicos às quais poderão interferir na condução do tratamento odontológico. Ela pode ser considerada como o ponto de partida para o diagnóstico de uma doença e, quando bem conduzida, é responsável por grande parte dos diagnósticos corretos na clínica médica.

Você conhece os elementos de uma anamnese?

A anamnese tem a finalidade de identificar o usuário, a queixa principal, a história da doença atual, a história médica pregressa, o histórico familiar, a história pessoal e social ou a informação sobre a ocupação do usuário e investiga os diversos sistemas do usuário, o que permite ao profissional levantar hipóteses de diagnósticos.

Odontograma

É um esquema que representa os dentes permanentes e decíduos os quais são identificados por meio de códigos de preenchimento pré-estabelecidos, seguindo um tipo de notação dentária, que facilita, assim, o andamento do tratamento odontológico.

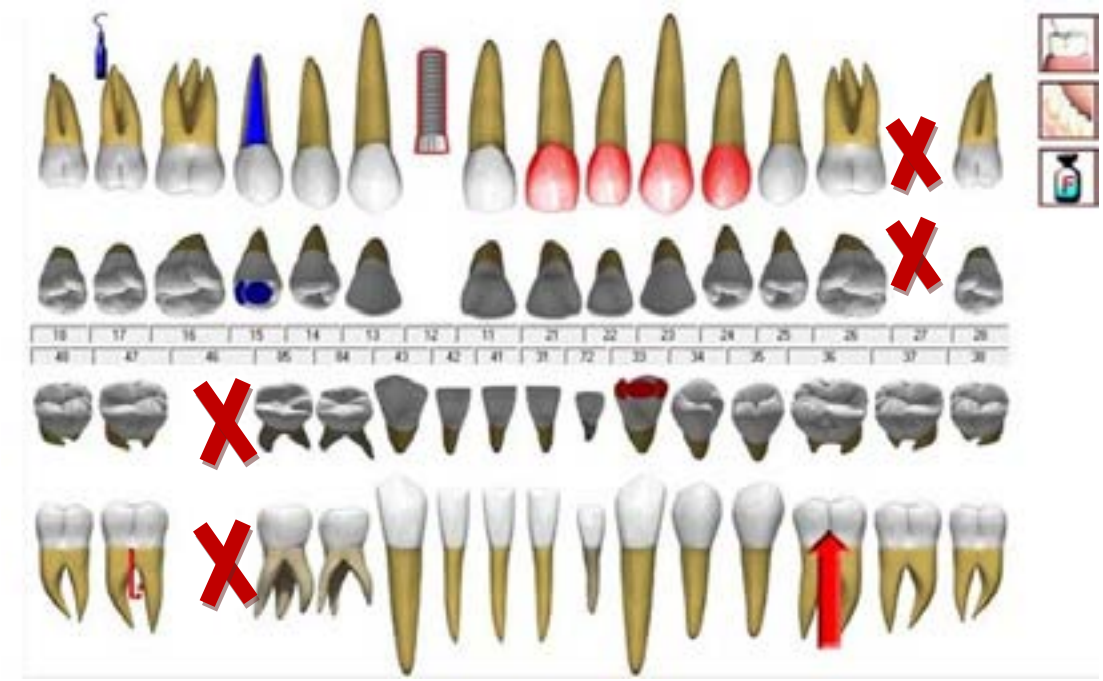


Fig. 5: Odontograma
Fonte: adaptado de http://www.dentaloffice.com.br

É um recurso utilizado para atender às necessidades dos profissionais da Odontologia, útil para a identificação das características anatômicas, das patologias existentes, perdas dentárias, peças protéticas, anomalias profissionais, hábitos e restaurações defeituosas ou não, facilitando, também, desta forma, a identificação das diferenças individuais.

Os profissionais são encarregados de produzirem as documentações e devem lembrar que estas devem ter objetivos clínicos, administrativos e legais. Todos os documentos, enfim, que sejam produzidos no atendimento do usuário devem ser guardados em arquivo próprio, conforme preceitua o Código de Ética Odontológica, em seu artigo 17° (ANEXO B).

Recomendamos que todos os documentos fiquem arquivados em pastas ou em envelopes. Salientamos também que a documentação pertence ao usuário e, quando solicitada, deverá ser entregue somente a ele ou ao seu representante legal. A posse do prontuário é do usuário e sua guarda depende da vontade do profissional. Porém, é importante que os documentos que estão sendo entregues ao usuário tenham uma cópia e esta seja retida como comprovante pelo profissional.

De acordo com os artigos 26 e 27 do Código de Defesa do Consumidor, o tempo de guarda do prontuário odontológico estende-se por toda a vida do profissional ou do usuário.

4.1.3 A Organização do Atendimento na Atenção Básica

As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da unidade básica, por isso, os profissionais devem estar capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar. A integração do trabalho na área de saúde bucal e o fortalecimento da equipe se dão com planejamento conjunto de ações e organização das atividades programadas.

A equipe de saúde bucal deve realizar o mapeamento para conhecimento das áreas de risco, estabelecer a programação das atividades clínicas e assistenciais, dando ênfase as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde. A partir dos problemas priorizados nas localidades dos atendimentos programados e dos atendimentos à urgência e extraclínica, acompanhar as famílias destas áreas em suas casas (durante a visita domiciliar), na unidade de saúde (atendimento), em associações, nas escolas, nas ONGs, entre outras, auxiliar na busca por melhor qualidade de vida para a comunidade.

4.1.4 As Ações Programadas

As ações programáticas incluem ações de promoção, prevenção e assistência individuais e/ou coletivas ofertadas de forma organizada. Visam o desenvolvimento e controle das patologias crônicas e das populações mais vulneráveis do território. Elas se definem a partir de critérios de risco social e de levantamento das necessidades odontológicas prioritárias, como exemplo as famílias de pessoas com hipertensão, com diabetes, etc.

ATIVIDADE 9

Tipo da atividade: coletiva

Organização da Agenda

Leia o caso seguinte





Seu José dos Santos, o pai de Alex dos Santos, é um usuário de 45 anos, sempre presente na CSF, do município de Sorrisópolis. Ele tem diabetes e pressão alta. Numa manhã de quinta-feira acordou com uma dor de dente muito forte e foi rapidamente à CSF. Chegando lá, encontrou uma enorme e tumultuada fila.

Nesta manhã, havia à espera por atendimento com um dentista: um adolescente chamado Wesley que estava com um quadro de febre e um inchaço no rosto; um idoso, Seu João, e uma gestante, Amélia, que discutiam muito sobre os seus direitos para o atendimento preferencial. Além de uma criança que se chamava Sofia, que levou uma queda, tendo fraturado um dente e com o lábio sangrando levemente. Também, estava na espera, dona Ana, que se queixava de dores fortíssimas de dente, porém não apresentava inchaço; o adolescente Maurício, com síndrome de down, e oito usuários da demanda programada.

A ordem de chegada, na CSF, foi a seguinte: Jonatan, de 18 anos; Fabíola, de 30 anos; Diego, de 25 anos; Wesley, de 17 anos; Seu João, de 67 anos; Maria, de 50 anos; Igor, de 8 anos; Dona Ana, de 48 anos; Seu Jorge, de 70 anos; Sofia, de 5 anos; Aline, de 23 anos; Patrícia, de 30 anos; Seu José, de 45 anos; Amélia, de 24 anos e Mauricio, de 14 anos, com necessidades especiais.

Responda no seu caderno

Qual será a ordem de atendimento do caso relatado? Organizem a agenda do dia.

ATENÇÃO

A equipe deve definir a estratégia e os grupos prioritários para atenção em saúde bucal de acordo com as demandas, a partir da realidade social.



A construção da agenda deve estar pautada nas necessidades da população a partir de critérios epidemiológicos das áreas de abrangência e/ou de influência das unidades de saúde de forma equânime e universal, devendo ser amplamente discutida com a comunidade nos conselhos de saúde em nível local e municipal.

E quais são esses critérios?

Podem ser considerados critérios para o agendamento: pessoas integrantes dos grupos considerados prioritários pela Unidade Básica; a identificação do grau de atividade da doença, como mancha branca ativa, cárie aguda, mais de 20% do periodonto comprometido e as pessoas em situação de risco social que devem ter acompanhamento por meio de atividades que promovam a saúde bucal e estimulem o autocuidado.

4.1.5 O Pronto-atendimento

Destina-se a atenção à queixa principal do usuário e possibilita o acesso do usuário cadastrado não pertencente a grupos priorizados.

O cirurgião-dentista irá fazer uma avaliação do estado do usuário, baseado nas informações colhidas pelo ASB, e identificar se o usuário está dentro dos critérios de priorização para determinar a ordem de atendimento. Sendo assim, ele irá equilibrar as ofertas de pronto atendimento e atendimento marcado.

A ordem irá depender do nível de dor, do grau de sangramento e presença de abscessos dentoalveolares, da quantidade de retorno ao pronto-atendimento, sem atendimento e, se são gestantes, pessoas com deficiências ou idosos, de acordo com seus respectivos direitos, assegurados em estatutos.

4.1.6 O Atendimento à Urgência

Visa a eliminar e/ou controlar a dor de qualquer usuário necessitando de atendimento de urgência que busque atendimento nas UBSs.

Os procedimentos que são considerados como de urgência são: contenção de hemorragia, supressão da dor através de pulpectomias ou extrações simples, controle de processos infecciosos como drenagem de abscesso, tratamento de pericoronarites, pericementites e alveolites.

Os serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a solucionar os problemas sentidos pelos usuários e acolher a demanda espontânea e os casos de urgência. A equipe de saúde deve desenvolver maneiras adequadas de receber os variados modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, com respeito à individualidade dos usuários. Por este motivo, a ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento dos casos.

Deste modo, o acolhimento constitui-se como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se somente ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências.

Após a finalização do atendimento de urgência, conforme o procedimento realizado, o usuário deve ser orientado a dar continuidade ao tratamento na sua unidade básica.

4.1.7 Atendimento Extraclínica

Este tipo de atendimento deve ser priorizado para usuários que não tenham condições de se locomover até as às unidades de saúde.

É realizado em domicílio e/ou em instituições (escolas, creches, etc.) e demais espaços de convivência social, por meio de ações planejadas, mas que levem em conta as necessidades dos usuários, os materiais adequados disponibilizados e o tempo, podendo ser utilizado equipamento móvel.

A equipe de saúde bucal deve avaliar o local e as condições de atendimento, considerando as questões relativas à biossegurança e à ergonomia, tanto do usuário quanto dos profissionais.

4.1.7.1 Organização da Atenção Domiciliar

Atenção domiciliar é um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário-família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações.

A Equipe Saúde da Família deve articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, que favoreçam, assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer a independência e a preservação da autonomia dos sujeitos.

As visitas domiciliares devem ser agendadas e realizadas de acordo com os critérios definidos pela equipe de saúde para o acompanhamento de usuários e famílias em situação de vulnerabilidade, se nescessario incluir a participação do Nûcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf).

4.1.8 A Organização do Atendimento nas Especialidades Odontológicas

A unidade de saúde é, também, a porta de entrada para o atendimento odontológico dos usuários que necessitam de atendimento especializado, e a equipe de saúde bucal é responsável pelo acolhimento e encaminhamento, apenas se necessário, destes usuários.

Os encaminhamentos aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) devem ser feitos de acordo com as necessidades dos usuários, porém, devem considerar também os protocolos de encaminhamentos e os critérios estabelecidos no serviço especializado. O usuário receberá o atendimento básico nas unidades de saúde e, identificada a necessidade de encaminhamento para o CEO, ele será agendado para o atendimento no centro de referência. Este irá atender somente aos usuários que estiverem inclusos nos critérios clínicos e gerais.

Quando necessitar deste serviço, o usuário deverá ser encaminhado por um cirurgião-dentista da rede de Atenção Básica de posse do ***Guia de Cuidado*** *(Guia de referência/contrarreferência – com os devidos campos preenchidos), dos exames complementares e de relatórios, quando já existirem, conforme orientação de cada especialidade.*

O que é Guia de Cuidado?

É um instrumento que possui informações que sinalizam a necessidade do encaminhamento de um usuário de uma unidade de saúde para outra unidade com recursos tecnológicos de maior densidade. Nesse formulário também deverá constar o tratamento a ser realizado no CEO, para ciência e acompanhamento do profissional de origem.

Seguem as informações que deverão constar no Guia:

- *Dados de Identificação do usuário: nome, telefone, cartão do SUS, município, Unidade de Saúde de origem, cirurgião-dentista solicitante e Agente Comunitário de Saúde de referência;*
- *Dados Clínicos.*

O Guia de Cuidado traz ainda a possibilidade de encaminhamento para mais de uma especialidade. Assim, caso o cirurgião-dentista identifique mais de uma especialidade de intervenção, deverá destacar qual a prioridade no Guia. O CEO acolherá e marcará inicialmente para a especialidade prioritária e, após finalização dessa demanda, dará seguimento ao tratamento da outra especialidade.

Um exemplo da instrumentalização desse Guia pode se apresentar no seguinte caso: quando um usuário tiver necessidade de realizar tanto um tratamento endodôntico, quanto um tratamento periodontal e no encaminhamento for solicitada prioridade ao tratamento periodontal, realizará primeiramente o tratamento periodontal e, somente na sequência, ele será encaminhado ao tratamento endodôntico.

Outro aspecto importante para o encaminhamento é informar a região da boca ou unidade dentária para intervenção.

Após classificar a(s) especialidade(s) o cirurgião-dentista da Atenção Básica deverá preencher todo(s) o(s) campo(s) a que refere à especialidade, no Guia de Cuidado. É importante que nenhum campo fique sem ser preenchido. Desta forma, o especialista que atenderá no CEO terá capacidade de compreender os dados clínicos do usuário. Quando necessário, o cirurgião-dentista deve anexar informações de exames complementares e demais observações que entenda como importante para

que o colega especialista possa planejar adequadamente o tratamento.

O Guia de Cuidado possui também o papel de contrarreferenciar, informando para a unidade de saúde de origem do usuário, os desdobramentos do caso, isto é, diagnóstico final, procedimentos realizados, recomendações que facilitam o acompanhamento do usuário na unidade básica de saúde de origem e orientações quanto à periodicidade de retorno. Assim, como informações adicionais que servirão de alerta para que o usuário retorne novamente ao serviço.

Caso se identifique a necessidade de intervenção além dos limites do CEO, far-se-á encaminhamento para uma unidade hospitalar.

***OBS.:** Ao final do Guia de Cuidado, deverá constar a assinatura e carimbo do cirurgião-dentista, com respectivo registro do CRO.*

Fonte: SAÚDE, Fundação Estadual. Secretaria Estadual de Saúde. **Protocolo dos Centros de Especialidades Odontológicas Estaduais**. Fabiana dos Santos André et.al. Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. Aracaju: Fundação Estadual de Saúde – Funesa, 2013.

Quais as áreas ofertadas pelos CEOs?

A Portaria nº 599, de 23 de março de 2006, preconiza que as especialidades serão as mesmas para todos os CEOs. As áreas são Cirurgia Oral Menor, Diagnóstico Bucal, Endodontia, Periodontia e Pacientes Especiais.

Os critérios gerais para referência ao Centro de Especialidades Odontológicas em Sergipe segundo Funesa (2013):

São critérios gerais a serem observados:

Os usuários deverão pertencer à equipe de referência de uma UBS e ter passado por uma avaliação clínica, com a indicação do diagnóstico inicial dado pelo cirurgião-dentista da equipe, para que, existindo necessidade de intervenção prévia, esta seja realizada na própria UBS.

Encaminhar de maneira prioritária usuários que apresentem interesse pelo tratamento ofertado, informando-o sobre cada etapa até a conclusão do tratamento e como o tratamento é ofertado, enfocando o número de consultas necessárias para a conclusão, uma vez que o serviço é regionalizado e tem a necessidade de transporte para o deslocamento do usuário até o CEO de referência.

O usuário, antes de ser encaminhado, deve estar ainda com todo o tratamento odontológico básico realizado (terapia periodontal básica, remoção de focos de infecção e selamento provisório das cavidades). Caso contrário, deverão constar os motivos que impossibilitaram sua realização.

ATENÇÃO



Nos casos de dúvidas em relação à indicação do encaminhamento, recomendamos o contato interprofissional prévio com a referência especializada para discussão técnica do caso, pois se deve evitar o envio de usuários que passaram somente em consultas de urgências, sem uma avaliação e diagnóstico da real necessidade do encaminhamento.

ATIVIDADE 10

Tipo da atividade: coletiva

O Encaminhamento aos CEOs



Leia o caso seguinte

A adolescente Maria, residente no município de Sorrisópolis, vizinha de Seu José dos Santos, apresenta um quadro de dor aguda e inchaço na região do incisivo superior, procurou o atendimento de urgência na CSF da sua cidade.

Agora, respondam as perguntas a seguir:

1. Quais os passos a serem seguidos para obter o tratamento completo desta unidade dentária?
2. Os limites políticos territoriais devem ser considerados para delinear os CEOs a serem implantados no Estado de Sergipe. Alguns CEOs já estão em funcionamento no Estado. Você sabe em quais cidades de seu Estado estão implantados? E qual a delimitação territorial do CEO que está próximo à sua cidade?

4.1.9 Sistemas de Referência e Contrarreferência

A publicação das Diretrizes para Política Nacional de Saúde Bucal e o lançamento oficial do Projeto Brasil Sorridente, em 2004, constituíram-se em referências para a reordenação das ações e serviços de saúde bucal em todo o país. Em 2004, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs, inicia-se a busca por uma assistência integral à saúde bucal, com o objetivo de ampliar o acesso da população de todas as idades aos serviços odontológicos.

Objetivando à integralidade da assistência é que se buscou trazer um ordenamento para a organização da atenção garantida no primeiro nível de assistência, que é de responsabilidade municipal, fazendo uma articulação entre a atenção básica e a atenção especializada. Geralmente, tem como porta de entrada o SPA, o acolhimento da demanda livre local e a ação interprogramática (ROCHA, 2008).

As unidades de Saúde também acolhem usuários referenciados para média complexidade, que após o atendimento especializado (CEO) concluído retornam à sua unidade de origem. A integralidade é a base da Política Nacional e Municipal de Saúde Bucal, tendo como vertente principal o acolhimento e o vínculo (ROCHA, 2008).

Os serviços na área de saúde bucal devem estar centrados no acolher, informar, atender e encaminhar, ou seja, na referência e contrarreferência para que essas práticas ofereçam um atendimento integral, com maior valorização ao cuidado com os usuários respeitando suas demandas e necessidades, resolutividade das ações e, respeitando com isso, o artigo 196, da Constituição Federal de 1988, que preconiza:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, [s.p]).

O serviço especializado realizará os procedimentos para a confirmação da necessidade do tratamento nos centros de especialidades. Caso se confirme a necessidade de tratamento especializado, o especialista realiza os procedimentos necessários e faz o acompanhamento do caso, se preciso.

Após conclusão do tratamento especializado o usuário é orientado a retornar para a sua UBS de origem (contrarreferência).

Entretanto, observa-se uma fragilidade no sistema de referência e contrarreferência entre a UBS e o CEO, à medida que parte dos usuários vão diretamente aos centros sem passar antes pela Atenção Básica e a maioria não deseja retornar ao dentista da Unidade de Saúde. É necessário que os usuários cheguem aos CEOs com o tratamento odontológico básico realizado, e que executem as contrarreferências dos usuários pelos Odontólogos (SOUSA, 2009).

5 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA E PROGRAMAS

5.1 Os Programas Odontológicos

Atualmente a informática tem sido muito utilizada na área de Odontologia, em todas as especialidades. Quase 20 anos atrás, os programas e dados dos computadores, eram armazenados em disquetes e se restringiam quase que exclusivamente à área administrativa. Com o passar do tempo, os programas foram oferecendo mais ferramentas, sendo necessária a criação de programas específicos para cada especialidade da Odontologia, já que aumentava também a capacidade de armazenamento. Como exemplo, tem-se os programas de cefalometria para a área da ortodontia.

Existem vários programas odontológicos disponíveis no mercado, com inúmeros recursos, como: controle de estoque, contabilidade, tabelas de honorários, odontograma, ficha de evolução clínica de atendimento automática, etc.

Graças a sua agilidade a imagem digital,, tornou-se um instrumento valioso para auxiliar no dia-a-dia das atividades realizadas no âmbito da saúde bucal. As informações são mais facilmente armazenadas quando permanecem em formato digital. Isso porque, em algumas áreas, a documentação é muito volumosa e isso dificulta a sua guarda .

Os arquivos digitais são instrumentos legalizados?

O processo de informatização está modificando também a atuação dos magistrados. Segundo Calmon (2007, p.45), a "informatização de processos judiciais é uma matéria praticamente nova em todas as partes do mundo, sendo claro o pioneirismo da legislação brasileira". O mundo inteiro está informatizado, inclusive os próprios tribunais. Considera-se que os arquivos digitais podem ter validade nos Tribunais em caso de litígio.



Curiosidade

Em 24 de agosto de 2001, o governo brasileiro, com a Medida Provisória 2.200-2 e seus decretos complementares, instituiu a ICP-BRASIL com poderes para formar a cadeia de certificação digital. Trata-se de um método para reconhecimento da autenticidade de um documento digital, ou seja, um meio de garantir a validade de documentos que estão em forma eletrônica (Certificado Digital) semelhante a um "reconhecimento de firma" de um cartório notário (até o momento foram aprovadas 37 resoluções, que podem ser obtidas no site www.iti.gov.br).

Equiparam-se, para fins de certificação de documentos, imagens fotográficas ou radiográficas e bancos de dados, ou seja, qualquer informação digital integrante do prontuário.

Os contratos de prestação de serviço, autorização para tratamento (menores ou incapazes), questionários de anamnese e demais documentos que necessitem da assinatura do usuário devem ser impressos e assinados em papel, a não ser que o usuário ou seu responsável também tenha a sua assinatura digital.

5.2 Sistema de Informação Odontológico

A existência de um sistema de informação dentro do sistema de saúde é importante, uma vez que, por meio desses sistemas, é que se desenvolverão todos os processos de monitoramento e avaliação dos municípios na atenção à saúde, para que as necessidades da população sejam de fato priorizadas e atendidas pelo setor público. Também são fundamentais os sistemas de informação na área odontológica para que se alcance uma eficácia administrativa da organização, como prestadora de serviço de saúde.

Faz-se necessário implantar também um sistema de informação de materiais e outro de produção para cada área de conhecimento que é realizado na clínica odontológica. Assim, será obtida uma melhora no sistema de materiais, proporcionando dados suficientes para o controle e planejamento dos materiais de consumo utilizados pela instituição. Com o sistema de produção, consegue-se obter uma melhor distribuição dos procedimentos realizados pelos profissionais, o que é importante tanto para a avaliação das atividades realizadas pelo cirurgião-dentista como para a emissão mensal de relatórios necessários ao convênio firmado com o Sistema Único de Saúde (SUS).

5.3 Sistema de Informação para os Materiais

A implantação do sistema de informação para materiais na Odontologia veio possibilitar a aquisição de dados suficientes para o controle e planejamento dos materiais utilizados na área odontológica por uma instituição.

Segundo Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998, p.1), "o objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo".

As despesas com **materiais** utilizados com os usuários na área odontológica, bem como os utilizados indiretamente pelos protéticos na confecção de próteses diversas, como: agulhas, amálgama, anestésicos, broca, cimento odontológico, espátula odontológica, filmes para raios X, platina, seringas, sugador e afins, merecem um sistema de registro e controle a fim de racionar os desperdícios e servir de base de dados para levantamento e programação do próximo pedido de materiais.

Serviço de Manutenção e **Conservação de Máquinas**: monitoram as despesas com serviços de reparos, consertos, revisões e adaptações de aparelhos de medição e aferição, aparelhos odontológicos, etc.

Despesas com **serviços** de consultas e tratamento médico- odontológico servem de base para avaliação das metas atingidas, bem como para a prestação de contas de convênios e pactuações, Despesas com serviços prestados de atendimento odontológico, internação e assistência hospitalar, raios-X e outras que, pela sua natureza, incluem-se em trabalhos específicos da área odontológica.

Equipamentos e **Material Permanente**; sistemas de controle e monitoramento de despesas com aquisição de aparelhos, equipamentos e utensílios odontológicos fazem parte do controle do patrimônio municipal, estadual ou federal, além de também serem utilizados para a prestação de contas dos recursos conveniados ou pactuados.

ATIVIDADE PRÁTICA 6

Tipo da atividade: coletiva

Registro dos Procedimentos Odontológicos

Considere o seguinte caso:

Durante uma manhã de atendimento, foram anotados no livro de registro de produção do serviço de odontologia os seguintes procedimentos odontológicos:

- 6 aplicações de flúor, em crianças de 6 anos
- 3 atendimentos de primeira consulta odontológica, em adolescentes de 13 anos
- 2 restaurações em um usuário hipertenso, de 40 anos
- 2 extrações dentárias de 3º molar, em um jovem de 22 anos.

Ao final do dia, o ASB deverá concluir o consolidado da produção do serviço de odontologia para ser encaminhado ao centro de processamento de dados da Secretaria Municipal de Saúde. Registre, na sua ficha de atendimento, os procedimentos descritos acima e siga as instruções do docente.

Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998) classificam como **materiais de consumo**: medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, vidraria, etc. E como **materiais permanentes**: equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes.

5.4 Sistema de Informação de Produção

As informações em saúde seguem um fluxo longo nas diversas instâncias de gestão, desde o seu registro na ponta do sistema de saúde (dado primário) até a sua disponibilização para consulta pública, no site do Ministério da Saúde.

Através dele elaboramos e avaliamos as políticas de planos e programas de saúde bucal, na medida em que possibilitam o acompanhamento da situação de saúde da população, através de indicadores. Esses sistemas consistem em: preenchimento de formulários, consolidação das informações, alimentação dos dados coletados e pesquisa das informações no SIA – Sistema de Informação Ambulatorial, ao qual servirão para a melhor utilização das informações em odontologia no SUS.

A consulta ao SIA/SUS permite um acompanhamento da produção ambulatorial odontológica, assim como a busca de dados para efetuar o cálculo dos indicadores quantitativos odontológicos que auxiliam na avaliação da organização da saúde bucal nos municípios.

Sendo assim, é possível identificar situações de saúde/doença nas populações, a magnitude dos problemas de saúde, os possíveis fatores de risco. O conhecimento desta realidade permite uma avaliação qualitativa da eficácia das intervenções e dos impactos das práticas realizadas.

ATENÇÃO



O Ministério da Saúde formulou a proposta de desenvolvimento de pactos de gestão entre as três esferas de governo, que tem como base para a negociação, as metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. O objetivo dessa formulação é de orientar o processo de avaliação e monitoramento da atenção básica no âmbito do SUS. O Pacto de Indicadores da Atenção Básica foi, então, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes a este nível de atenção. Foi instituído pelas portarias GM/MS nº 3.925 de 1998 e GM/MS nº 476 de 1999, que regulamentam o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica. Através do Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde – Pacto unificado, instituído pela portaria GM/MS nº 91, que unificou os processos de pactuação, os indicadores da atenção básica firmados, desde a sua implantação, em 2006, continuam sendo monitorados e deverão sempre ser avaliados nos anos subseqüentes.

Fonte: http://www.ccs.uel.br/nesco/regesus/arquivos/Txt 20.doc.

Considerando a necessidade de um sistema que observe os dados das equipes da Atenção Básica (AB), das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), do Programa Saúde na Escola (PSE) e de outros programas ou modalidades de equipe que estejam incluso na AB, surge a portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, que instituiu o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) em substituição ao Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Esse novo sistema de informação, melhora e moderniza o sistema de gerenciamento de informações promovendo um sistema unificado e integrado com todos os existentes da AB. O Sisab deve garantir o registro individualizado através do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Essa portaria, além de instituir o Sisab, determina que sua operacionalização seja feita pela estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), o conhecido E-SUS AB. Portanto, o E-SUS AB é uma estratégia do MS para reestruturar e modernizar as informações através da informatização das unidades básicas de saúde aumentando o cuidado e melhorando o acompanhamento da gestão.

Com o E-SUS, espera-se: redução da carga de trabalho da coleta de dados; individualização do registro; produção de informação integrada; o indivíduo, a família e a comunidade como centro do cuidado e demandas organizadas.

Outros sistemas que contêm dados da atenção primária serão alimentados de forma

automática a partir do Sisab.

Há dois modelos de E-SUS AB (BRASIL, 2014):

- *E-SUS AB CDS- Coleta de Dados Simplificada que admite o registro integrado e simplificado dos dados das fichas de cadastro do domicílio e dos usuários, de atendimento individual, de atendimento odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar.*

- *E-SUS AB PEC- Prontuário Eletrônico do Cidadão onde ocorre cadastro dos indivíduos no território, disposição organizada das agendas dos profissionais, acolhimento à demanda espontânea e atendimento individual e coletivo.*

Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde- Conass/progestores – Nota técnica 07/2013. Estratégia E-SUS Atenção B – Sisab. Brasília, 22 de abril de 2014.

5.5 Boletim de Produção Ambulatorial – BPA

Apesar do BPA está sendo gradativamente substituido, vale a pena conhece-lo. O BPA é o formulário que possibilita oferecer, de modo agregado, aos estabelecimentos de saúde, registros sobre a quantidade dos procedimentos realizados por mês de competência. É muito importante o preenchimento correto do BPA, já que os erros poderão acarretar em rejeição de dados e, para isto, é necessário que o prestador consulte a tabela descritiva de procedimentos do SAI/SUS, o relatório da situação cadastral das unidades e o registro de atendimentos realizados. O preenchimento do BPA pode ser feito por meio manual em papel impresso, no qual deve ser utilizada apenas caneta azul ou preta e não pode haver rasuras, ou por meio magnético.

5.6 Consolidado Municipal

Para que os municípios possam realizar um controle interno de toda a sua produção, os dados do SIA devem ser agrupados e enviados para as respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), com exceção dos municípios que já estavam em **gestão plena** (antes das Portarias nºs 648, 649 e 650 de março de 2006), que os enviam diretamente ao DATASUS. Para que haja uma análise comparativa das informações durante a pactuação dos indicadores com as CRS, este controle interno torna-se indispensável.

Gestão plena: O município habilitado em gestão plena do sistema municipal passa a receber fundo a fundo os recursos para a atenção básica, especializada e especializações, deste modo, ele passa a ter autonomia e responsabilidade relativa à política de saúde na sua área geopolítica, buscando atenção integral à saúde da população. (BRASIL,2003).

Em março de 2006, com a publicação da portaria nº 648/GM, que aprova e regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica, fica estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do MS para reorganizar a atenção básica e assim o PSF passa a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste mesmo ano, em maio, a Portaria nº 650/GM reajusta o incentivo adicional, que se destina à realização do Curso Introdutório e investimentos a serem realizados nas Unidades Básicas de Saúde.

5.6.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ

É um programa que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012).

O PMAQ está estruturado em quatro etapas que se complementam e que compõe um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB (Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização).

5.7 Consolidado Regional

Os registros obtidos das informações ambulatoriais de Atenção Básica dos municípios de sua abrangência devem ser enviados pelas Coordenadorias Regionais de Saúde para o Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) da Secretaria Estadual da Saúde/SE, onde são consolidados com as demais Regionais de Saúde e finalmente devem ser transmitidas ao DATASUS/Sergipe, para disseminação dos dados que serviram de base para o cálculo dos indicadores na Atenção Básica utilizados pelo Ministério da Saúde.

ATIVIDADE PRÁTICA 7

Tipo da atividade: coletiva

Organização de Materiais e Instrumentais

Tendo em vista que as unidades produtivas da saúde bucal não possam ser desabastecidas de insumos, considera-se de grande relevância o papel do ASB e do TSB na previsão desses materiais e de outras condições importantes à execução do trabalho em saúde bucal. Dessa forma, é imperativo que a equipe de saúde realize um levantamento das necessidades do serviço de saúde bucal e identifique a quantidade e especificidade de cada material/equipamento, perfil assistencial, organização do serviço, além de atentar para os processos de suplemento e periodicidade de fornecimento para que não haja prejuízo ao trabalho da equipe. De acordo com Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998), deve levar em consideração os aspectos relativos às necessidades da população, as metas do serviço e a demanda de saúde (espontânea e programada).

Material de consumo - Previsão mensal

Fazer a previsão de materiais a serem utilizados na sua UBS, para os próximos 6 meses, utilizando os dados dos últimos 6 meses, de acordo com a tabela em APÊNDICE A. Calcular a média dos últimos 6 meses (soma os valores de todos os meses e divide por 6), acrescenta uma margem de segurança de 30%.

Material permanente – Previsão para os próximos dois anos

A falta de materiais e equipamentos essenciais para a assistência odontológica pode significar um risco à saúde dos usuários que procuram por um serviço de qualidade e confiam plenamente em uma equipe preparada para realizar a previsão, manutenção e controle de todas as ferramentas imprescindíveis para se garantir uma assistência odontológica básica.

Responda as seguintes questões:

1. Em algum momento, alguém de sua comunidade já voltou da Unidade de Saúde (CEO/UBS) sem atendimento odontológico? Explique por qual motivo.
2. Realize o inventário dos materiais e equipamentos permanentes de seu consultório com o preenchimento, a tabela do APÊNDICE B.
3. Descreva, em seu caderno, quais são os equipamentos que necessitam de manutenção preventiva e corretiva.

REFERÊNCIAS

BICALHO, F. C.; BARCELLOS, R. M. G.; DOLGHI, S. M. Infraestrutura Física do Consultório Odontológico. In: SANTANA, A. T. R. (Org.) **Manual de Orientação ao Cirurgião-Dentista**. CRO: Aracaju, 2007. p.23 – 35.

BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa do Senado, 1988 – com alterações até maio de 2007.

_____. **Código de Processo Civil**. Colaboração de Antônio L. de Toledo Pinto, Márcia V. dos Santos Windt e Lívia Céspedes. 31ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2004. 1.072pp.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23645&janela=1>. Acesso em: 1º. fev. 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass/Progestores - Nota Técnica 07/2013. **Estratégia E-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica** - Sisab. Brasilia, 22 de abril 2014.

_____. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**: Brasília, Seção 1, p. 85, de 28 dez. 2000.

BRASIL. **Código Penal**. Colaboração de Antonio L. de Toledo Pinto, Márcia V. dos Santos Windt e Lívia Céspedes. 39ª. ed. São Paulo: Saraiva 2001, 794pp.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, 10 jan. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 9 mai. 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 mar. 2002. Disponível em:< http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf.> Acesso em: 20 de fev. de 2011.

_____. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **O CNS e a construção do SUS**: Referências Estratégicas para Melhora do Modelo de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004.

_____.Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n° 95, de 15 de fevereiro de 2005. Define e dar atribuições às unidades de assistência de alta complexidade em tráumato-ortopedia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo: Brasília, DF, 16 fev. 2005. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 20 fev. 2011.

_____. Portaria GM/MS nº 648, 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). **Diário Oficial da União**: Brasília, 28 mar. 2006.

_____. Ministério da Justiça. Lei 5.869, de 11 de janeiro de 1973 – Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**: Brasília, 20 de novembro de 2005.

_____. Portaria GM/MS nº 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**: Brasília, 28 mar. 2006.

_____. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**: Brasília, 23 mar. 2006.

_____. Portaria GM/MS nº 649, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**: Brasília, 28 mar. 2006.

_____. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, 26 de dezembro de 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm. Acesso em: 15 de fevereiro de 2011.

_____. **Caderno de Atenção Básica**. Recomendações para Referência e Contrarreferência aos Centros de Especialidades Odontológicas. Capítulo V. Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica. Brasília, MS 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf. Acesso em: 19 de fevereiro de 2011.

_____. **Saúde da Família**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23645&janela=1. Acesso em: 3 de junho de 2011.

_____. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica - CAA/DAB. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Brasília, MS. 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php. Acesso em: 19 fev. 2013.

_____. CFO - Conselho Federal de Odontologia (Brasil). Resolução CFO-42, de 20 de maio de 2003. **Diário Oficial da União**: Rio de Janeiro, 22 mai. 2003. Seção 1, nº 97, p. 66.

_____. Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte. **O Exercício Profissional em Outro Estado da Federação**. Natal: CRO/RN, 2010 Disponível em: < www.crorn.org.br/noticias/ver/28>. Acesso em: 19 fev. 2011.

CALMON, Petrônio. **Comentários à Lei deInformatização do Processo Judicial**: Lei n° 11.419, de 19 de dezembro de 2006. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

ESCÓSSIA, Liliana da, KASTRUP, Virgínia. **O Conceito de Coletivo como Superação da Dicotomia Indivíduo Sociedade**. Rev. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, mai./ago. 2005.

FONSECA, Antônio Cezar Lima. **O Código de Defesa do Consumidor como Microssistema Jurídico**. Rio de Janeiro: REVAN, 1999.

FUNESA. **Protocolo dos Centros de Especialidades Odontológicas Estaduais**. Fabiana dos Santos André et.al Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. Aracaju: Fundação Estadual de Saúde – FUNESA, 2013.

GRIGOLETTO, M. V. D.; RAMOS L. H. D. Gestão de Serviços de Saúde. **UNA-SUS | UNIFESP**. São Paulo. 2012. Disponível em: www.unasus.unifesp.br

LEAL, M. C. C.; ZIMMERMANN, R. D.; Processos Odontológicos de Identificação. In: Campos, M.S. et. al. **Compêndio de Medicina Legal Aplicada**. Recife-PE: EDUPE, 2000, Cap.2. p. 54-68.

LOBAS, C. S.; RITA, M. M., DUARTE, S.: ROMERO, M.; ORTEGA, K. L. **Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal**: Odontologia de Qualidade. Natal: Santos. 2010.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998, (Dicionários Michaelis). 2259pp. Disponível em: < http://michaelis.uol.com.br/novaortografia.php.> Acesso em: 26 abr. 2011.

OLIVEIRA E. M.; SPIRI WC. PSF. Experiência da Equipe Multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. 2006; 40 (4): 727-33. Disponível em: <http:// www.scielosp.org>. Acesso em: 26 abr. 2011.

PEDUZZI M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2001;35(1):103-9. Disponível em: <http:// www.scielosp.org> Acesso em: 26 abr. 2011.

ROCHA, D. R. Vidal. **A Integralidade da Assistência no Serviço de Odontologia da Policlínica Rodolpho Rocco**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

SALIBA, Cléa Adas; MOIMAZ, Suzely A. S; SALIBA, Nemre Adas; SOARES, Andréa Amaral. A Utilização de Fichas Clínicas e sua Importância na Clínica Odontológica. **Revista da Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas**. V.51, n.5, p. 440-445, set/out, 1997.

SAMICO, A H R.; MENEZES, J.D.V.; Silva, M. **Aspectos Éticos e Legais do Exercício da Odontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia, 1994.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO L. R. A. **A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família**. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 33, n.3, 2004.

SANTOS, L. E. **Gestão e Gerenciamento de Serviços Odontológicos**. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais: outubro, 2009.

SILVA, Giselle Chaia. **Método 5 S**. Brasília: REBLAS, Anvisa, 2005.

SOUSA, Geórgia Costa de Araújo. Centros de Especialidades Odontológicas: Avaliação da Atenção de Média Complexidade na Rede Pública da Grande Natal. **Dissertação (Mestrado em Odontologia)** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Natal/RN: 2009. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tedesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=271>. Acesso em: 18 de fev. 2011.

VECINA NETO, Gonzalo; REINHARDT FILHO, Wilson. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos**. Vol. 12. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ZANON, J. A. **Direitos do Consumidor e a Responsabilidade dos Fornecedores**. Campinas: Copola Livros, 1996.

WEBER. M. Ciência e Política: Duas Vocações. 11ª. ed., São Paulo: Cultrix, 1999.p. 124.

OUTRAS REFERÊNCIAS UTILIZADAS

ALMEIDA, C. A. P.; ZIMMERMANN, R. D.; CERVEIRA, J. G. E. V.; FRANCISCO, S. N. J. **Prontuário Odontológico**: Uma Orientação para o Cumprimento da Exigência Contida no Inciso VIII, do art. 5°, do Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia, 2004.

ALMEIDA, Nediane de Souza; ARAÚJO, Marizeli Viana de Aragão: ARAÚJO Izamir Carnevali. **Atendimento Odontológico no SUS**: Manual para o Cirurgião-Dentista. 2006. Disponível em:< http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=658>. Acesso em: 17 fev. 2011.

ALVES, Fernando Seixas. Sistema de Informação e Gerência no Serviço de Saúde – Odontologia. 1994. **Dissertação (Mestrado)**. Universidade Federal Fluminense. Faculdade de Odontologia. Rio de Janeiro: s.n; 1994. 162 pp.

ARAÚJO, I. C.; ARAÚJO, M. V. A. A.; BARROSO, R. F. F.; COSTA, A. F. **Apostila de Odontologia em Saúde Coletiva VI**. Curso de Odontologia. Belém: Universidade Federal do Pará, maio de 2003.

BRASIL. Lei 4.324, de 15 de abril de 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, 15 abril 1964. Disponível em:< http://www.cropr.org.br/uploads/downloads/lei-4324-1964.pdf.> Acesso em: 15 de fevereiro de 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Tecnologia da Informação. **Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira**. Disponível em: < http://www.iti.gov.br>. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

LIMA, M. S. O Direito e a Responsabilidade. **Jornal da Cidade**: Caxias – MA, 10 set. 2006. Disponível em: <www.latime**direito**.adv.br/art184.htm>. Acesso em: 1º fev. 2011.

LOPES, M.G.M. Política "Carioca Rindo à Toa" e o Programa Saúde e Cidadania, "Dentescola": Análise da Política de Saúde Bucal, no Município do Rio de Janeiro e sua Trajetória Rumo à Implementação Considerando a Interface com o "Brasil Sorridente". 2007, 151 p. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)**. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva** – Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

RIO GRANDE DO SUL, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Manual para Sistema de Informação em Saúde Bucal do SUS**. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde Bucal. Porto Alegre: SES/RS, julho 2007. Disponível em:< http://www.saude.rs.gov.br/dados. Acesso em: 17 fev. 2011.

SILVA, M. et al. **Compêndio de odontologia legal**. Rio de Janeiro: MEDSE, 1997.

II

COMPONENTE CURRICULAR

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE BUCAL

Daniele Carvalho Castro
Elder Magno Freitas Santos
Francis Deon Kich
Josefa Cilene Fontes Viana
Tereza Mônica Leite Fraga

Sumário

1 Promoção da Saúde Bucal: Conceitos e Estratégias.....63
1.1 Intersetorialidade.....66
1.2 A Prevenção das Doenças Bucais.....67
1.2.1 A Prevenção da Cárie.....68
1.2.2 Prevenção das Doenças Periodontais.....69
1.2.3 Prevenção da Má-Oclusão.....70
1.2.4 Prevenção das Fissuras Labiopalatais.....71
1.2.5 Prevenção do Câncer Bucal.....71
2 Psicologia e a Saúde Bucal.....72
2.1 Aspectos Históricos da Psicologia na Odontologia.....74
2.2 Saúde e Doença.....77
2.3 Dor, Medo e Ansiedade.....78
2.4 A Boca.....81
2.5 O Corpo.....83
2.6 Estado Edêntulo.....84
2.7 O Cuidado e a Produção de Autonomia.....84
2.8 Controle do Comportamento.....86
2.9 Reflexões.....90
3 Comunicação em Saúde.....92
3.1 Comunicação e Humanização.....95
3.2 Promoção e Comunicação em Saúde na Atenção à Saúde Bucal.....99
4 Educação para a Saúde.....102
4.1 Processos Educativos.....102
4.2 O Trabalho de Motivação e Educação de Usuários.....103
4.3 Métodos, Técnicas e Produção de Material Educativo, Individual e Coletivo.....104
4.4 Educação em Saúde.....106
Referências.....108

1 PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL: CONCEITOS E ESTRATÉGIAS

Josefa Cilene Fontes Viana
Tereza Mônica Leite Fraga



A nova concepção da saúde bucal tem como ideologia principal a promoção da saúde que, por sua vez, apresenta um enfoque mais amplo e busca identificar os determinantes do processo de saúde e doença. É importante que os ASBs e TSBs se familiarizem com essa grande mudança no modelo que visa à melhoria dos serviços prestados e para que sejam capazes de ver suas competências numa melhor perspectiva e, assim, definir metas mais apropriadas para os cuidados na área de saúde bucal.

ATIVIDADE 1



Tipo da atividade: coletiva

Promoção da Saúde Bucal

Formem grupos e discutam sobre as questões a seguir:

1. O que entende por promoção da saúde?
2. Como você, em seu trabalho, estimula a participação da comunidade na promoção da saúde?
3. Quais os instrumentos que podem ser utilizados para estimular a participação da comunidade na promoção da saúde? Montem painel com esses instrumentos.

As transformações econômicas, políticas e culturais vêm sendo intensificadas ao longo do tempo e produz alterações significativas para a vida em sociedade. Esse processo de transformação da sociedade reflete mudanças nos modos de produção e de trabalho, apresentando como desafio a luta por condições que assegurem qualidade de vida.

O conceito de saúde acompanhou essas mudanças e, ao longo da história, foram utilizadas as mais variadas concepções sobre o processo saúde-doença na busca de explicações para as diversas condições que acometem o homem.

Nos últimos tempos, tornou-se importante adotar um novo estilo de vida, de modo a evitar que um novo modelo seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e da população, assim como diminuir os riscos para adquirir doenças.

Um modelo mais tradicional mostra que, o conhecimento, juntamente à tecnologia biomédica existente, não conseguia modificar os condicionantes nem os determinantes mais amplos do processo saúde-doença, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (BRASIL, 2007).

A abordagem tradicional para a promoção da saúde foi desenvolvida a partir do tempo das doenças transmissíveis. Essa abordagem despertava interesse somente por parte do profissional e do usuário quando havia sinais e sintomas de doença. O profissional da saúde era valorizado apenas para tratamento curativo. A atenção à saúde, por ser baseada apenas em procedimentos curativos, não era capaz de controlar as doenças.

As novas concepções mostram-se muito mais integradas, as quais relacionam saúde às condições de vida, ao desenvolvimento tecnológico e ao ambiente. Busca-se evitar a separação entre as ações curativas e preventivas. Atualmente, as ações desenvolvidas pela promoção da saúde devem estar de acordo com as prioridades de cada área, na busca por melhoria das condições de saúde da população. A divulgação de informação, intensificação de habilidades e da educação continuada em saúde leva ao desenvolvimento pessoal e à autonomia dos sujeitos.

O estilo de vida tem sido apontado para explicar a grande variação entre indivíduos saudáveis ou não saudáveis; o indivíduo vem assumindo responsabilidades crescentes pelos cuidados com a própria saúde. É importante motivar a comunidade a ser capacitada para atuar na melhoria da qualidade de vida, já que é por meio de educação constante que o indivíduo terá autonomia e, assim, irá trazer o empoderamento da promoção da saúde, no sentido de descentralizar domínios, e a prevenção das doenças.

A promoção da saúde gera condições de vida e de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas, uma vez que, ao mudar o modo de vida, de trabalho e de lazer, produz-se um impacto significativo sobre a saúde da população (BRASIL, 1996). Com isso, a abordagem ao usuário deve estar primariamente baseada em sinais de saúde e não em sinais de doença, tornando o sujeito corresponsável por esse processo.

Ao assumir que os fatores físicos, mentais, emocionais e espirituais podem interferir no processo saúde-doença, a promoção de saúde propõe uma modificação no ambiente, interferindo em vários aspectos que afetam a saúde dos indivíduos, como habitação, educação, trabalho, entre outros.

> O acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde é essencial e deve ser seguido de ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população. A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais também devem fazer parte de qualquer estratégia de promoção da saúde (BRASIL, 1996, p. 23).

Os TSBs e ASBs que estão inseridos na equipe de saúde bucal atuam nos serviços de saúde públicos ou privados, devendo, dessa forma, realizar atividades necessárias à prestação de cuidados no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção e recuperação da saúde bucal.

Na área odontológica, o sucesso dos programas de promoção à saúde bucal depende do trabalho da equipe de forma integrada e adequadamente preparada, bem como da colaboração dos usuários, buscando o bem-estar de todos, sem exclusão, uma vez que a Odontologia se constitui como prática compromissada com a mudança do quadro epidemiológico de saúde bucal da população brasileira.

Promover a saúde bucal de uma comunidade é utilizar instrumentos apropriados para a promoção e prevenção, com a orientação aos usuários, estimulando-os à realização e manutenção de uma higiene bucal adequada e o uso do flúor de forma constante e controlada. Para isso, é necessária a dedicação de toda a equipe odontológica, a fim de melhorar a saúde bucal de seus usuários e garantir uma melhor conscientização.

A abordagem preventiva baseia-se na determinação dos fatores de risco. A equipe de saúde deve trabalhar na tentativa de reduzir esses fatores, para minimizar ou eliminar o potencial da doença. Como exemplo, há as ações para reduzir o fumo que é fator de risco para o câncer de pulmão, doença do coração, como também a doença periodontal. Tem como alvo, principalmente, os grupos de alto risco da população, porém, isso não é o suficiente para promover mudança de comportamento no indivíduo, que necessita somar-se a essa abordagem, ou seja, à promoção da saúde.

As estratégias para a promoção em saúde bucal devem considerar atitudes saudáveis, participação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, noções de higiene, nutrição e dietética, e o autocuidado, ou seja, ofertar um programa de política pública que possibilite ao cidadão ter qualidade de vida. Também se deve considerar a reorientação dos serviços de saúde.

ATIVIDADE 2



Tipo da atividade: coletiva

Promoção e Prevenção da Saúde Bucal

Formem dois grupos. Cada grupo deve construir um painel. O primeiro grupo deve produzir um painel que apresente formas de promoção de saúde bucal. O segundo deve produzir um painel com formas de prevenção de doenças bucais. Apresentem e discutam sobre o tema abordado.

1.1 Intersetorialidade



No nível das estratégias, a saúde pública busca a cooperação entre os vários campos da sociedade civil. A qualidade de vida está cada vez mais integrada às atividades de diversos setores, a exemplo da escola, do local de trabalho, do comércio, da indústria e da mídia. Todos devem trabalhar juntos no sentido de criar um sistema de saúde resolutivo.

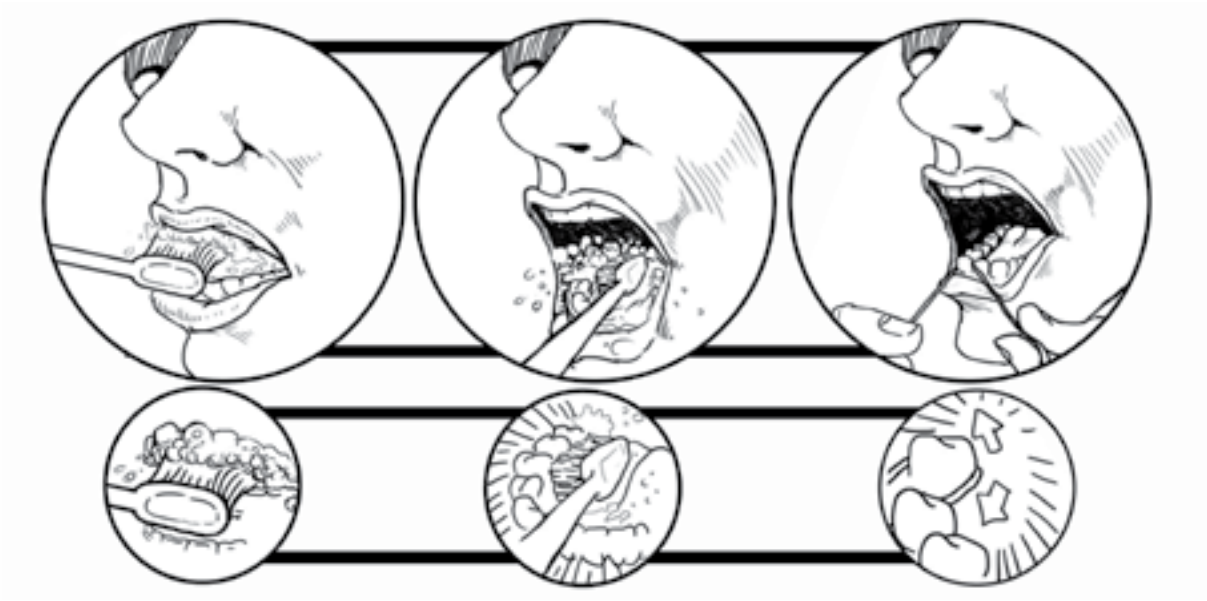
As ações educativas fomentadas por um profissional da área de saúde são consideradas mais efetivas quando promovidas em articulações com outros setores, como a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não governamentais, entre outros. Tem-se como exemplo a parceria entre

setores, que procura aumentar a disponibilidade de alternativas de lanches com pouca gordura, pouco sal, muita fibra e que não sejam cariogênicos, mas que, ao mesmo tempo, sejam sedutores.

Os profissionais da saúde têm maiores chances de influenciar nos hábitos dietéticos de uma criança por meio de acordos com professores e pais, visando à melhoria da qualidade da alimentação oferecida nas cantinas escolares e em casa.

Nesse contexto de introdução de uma abordagem intersetorial que comprometa a sociedade como um todo, a desenvolver suas atividades, certos problemas podem ser evitáveis, a saber: quantidade excessiva de lesões de cárie dental, problemas cardíacos, alguns tipos de câncer e acidentes.

1.2 A Prevenção das Doenças Bucais



ATIVIDADE PRÁTICA 1



Tipo da atividade: individual

Doenças Bucais Prevalentes

1º momento

A partir do levantamento dos procedimentos de saúde bucal realizado no ano anterior, identifiquem quais foram as doenças ou lesões bucais mais prevalentes no seu município.

2º momento

Após o levantamento, escolham um dos problemas encontrados e elaborem um plano de ação envolvendo atividades preventivas que gerem uma maior proximidade com a comunidade.

O atual perfil da Odontologia preocupa-se, ainda, com a prevenção, trazendo uma concepção de saúde bucal voltada, principalmente, à preservação das estruturas que compõem a cavidade bucal e, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida. Dessa forma, a atenção à saúde bucal deve ser direcionada a todas as faixas etárias e populações específicas de forma equânime (CUNHA, 2005).

Abordaremos apenas sobre a prevenção das cinco doenças bucais mais prevalentes, que são a cárie dentária, a doença periodontal, a má-oclusão, as fissuras labiopalatais e o câncer bucal.

1.2.1 A Prevenção da Cárie

ATIVIDADE 3



Tipo da atividade: coletiva e individual

Jogo da "Prevenção da Cárie"

Formem grupos, escrevam nas tarjetas um fator de prevenção da cárie dentária e sigam as orientações do docente para a realização do jogo da prevenção da cárie. Ao final, construa, individualmente, um texto sobre a prevenção da cárie dentária.

A cárie dentária é uma doença infectocontagiosa, resultado de uma perda mineral localizada, e pode ser causada pela ação dos ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta. Seu aparecimento depende da interação de diversos fatores essenciais: o hospedeiro (dente), a microbiota e a dieta (substrato), adicionados ao tempo que a lesão de cárie leva para se desenvolver (LEITES, PINTO, SOUSA, 2006).

A prevenção da cárie se faz através do controle dos fatores causadores, como a remoção do biofilme dental bacteriano, por meio de higienização adequada dos dentes, do uso da escova dental recomendada e dentifrícios com flúor, fio dental, e de uma dieta controlada e não cariogênica.

O biofilme dental compreende um depósito microbiano heterogêneo, no qual ocorrem processos metabólicos que resultam em mudanças do pH. Tais processos podem ser influenciados por vários fatores na cavidade bucal, como o fluxo salivar e a velocidade da capacidade tampão do biofilme e da saliva.

O flúor é um composto químico utilizado, há muito tempo, na área odontológica como meio auxiliar na prevenção da cárie. É usado topicamente na aplicação profissional, nos bochechos e adicionado aos dentifrícios. Já o flúor sistêmico é usado na água de abastecimento, no sal fluoretado, em comprimidos ou gotas. É importante manter o flúor na cavidade bucal, porém, é importante saber que seu excesso pode comprometer os dentes, estética e funcionalmente. Esse assunto será abordado com maiores detalhes mais adiante.

1.2.2 Prevenção das Doenças Periodontais

ATIVIDADE 4



Tipo da atividade: coletiva e individual

Prevenção das Doenças Periodontais

Responda, individualmente, em seu caderno, as questões a seguir e, em seguida, discutam coletivamente.

1. O que entende por doença periodontal?
2. Como fazer a prevenção dessa doença?
3. Você, ASB, pode contribuir para a melhoria do quadro das doenças periodontais no seu município? Justifique.

As doenças periodontais afetam mais adultos e idosos. São infecções causadas por micro-organismos que colonizam as superfícies dos dentes, que vivem constantemente com o indivíduo.

O principal fator etiológico é o biofilme bacteriano, formado por restos alimentares e bactérias. O controle desse biofilme é essencial na prevenção e no tratamento da maioria das doenças periodontais.

É necessário fazer um **controle mecânico** e químico do biofilme bacteriano que é realizado pelo usuário por meio da higienização bucal com o uso de escovas e de fio ou fita dental, associando com o uso de dentifrícios, pois esses aumentam a ação abrasiva das cerdas das escovas e atuam como agentes de liberação de substâncias químicas na prevenção da doença periodontal.

O uso de agentes tópicos antimicrobianos na forma de bochechos também auxilia na redução do biofilme, podendo ser usado em conjunto com o controle mecânico na prevenção e no tratamento da gengivite. Como exemplo, tem-se o digluconato de clorexidina, que é um antimicrobiano considerado como a principal substância de escolha no controle químico do biofilme dental bacteriano.

Algumas pessoas preferem acreditar nos métodos naturais, remédios caseiros simples, para curar as doenças inflamatórias bucais, como o uso dos chás, bochechos com água salgada morna e outros. Os efeitos benéficos dos chás para a Odontologia são evidentes. Acredita-se que o chá-verde, por exemplo, tomado regularmente, pode resultar em melhora nos quadros de doenças periodontais e que o chá-preto é benéfico para a saúde bucal, e atua na prevenção da cárie, já que interage com o biofilme dental bacteriano causador de cáries.

Mais adiante, serão observados outros detalhes sobre os métodos de controle do biofilme bacteriano.

1.2.3 Prevenção da Má-Oclusão

Você sabe quais são os limites que separam uma oclusão normal de uma má-oclusão?

Uma oclusão normal pode ser entendida como aquela que reflete um relacionamento aceitável entre as arcadas dentárias superior e inferior e dos dentes entre si.

A má-oclusão seria então um desvio das relações intramaxilares (dentes em um mesmo arco dentário) ou intermaxilares (arcos dentários opostos) dos dentes?

Vellini (1997) manifestava-se com o discurso de que as más-oclusões são anomalias do desenvolvimento dos dentes e/ ou arcos dentários, podendo ocasionar desconforto estético, funcional e incapacitação nos casos mais severos.

O conhecimento das causas da má-oclusão é de extrema importância, principalmente quando se pretende implementar medidas preventivas. Assim, apresentaremos algumas das causas prováveis de má-oclusão, segundo Moyers (1991).

- a hereditariedade, que define, entre outros pontos, os padrões de crescimento facial e de desenvolvimento dentário é considerada uma das causas mais importantes da má-oclusão;
- os defeitos de desenvolvimento de origem desconhecida;
- os traumatismos pré e pós-natais;
- os agentes físicos tais como as extrações prematuras de dentes decíduos;
- os hábitos bucais, como sucção de polegar, projeção da língua durante a fala ou deglutição, sucção e mordida do lábio, posturas incorretas (desde as corporais até as cefálicas, labiais e linguais) e outros;
- a má-nutrição e algumas enfermidades sistêmicas.

Levar em consideração sua prevalência e as dificuldades de tratamento, tanto pelo valor oneroso, quanto por não existir no SUS, em Sergipe, essa oferta, é importante para que trabalhemos com condutas que permitam prevenir à má-oclusão. Como propostas, há:

- o aconselhamento e acompanhamento de mulheres grávidas e puérperas, no sentido de evitar o consumo de drogas e favorecer a amamentação;
- a identificação de indivíduos portadores de respiração bucal, tendo em vista a alta incidência de más-oclusões entre essas pessoas;
- o aconselhamento para a correção de hábitos inadequados e para a não extração precoce dos dentes decíduos é fator importante no controle ao equilíbrio bucal.

1.2.4 Prevenção das Fissuras Labiopalatais

Entre as alterações craniofaciais, as fissuras labiopalatais são as que acontecem com maior frequência. A prevenção se faz observando e diminuindo os fatores causais.

E quais são esses fatores?

A hereditariedade é o fator etiológico de importância nas formações labiopalatais e necessita de um maior cuidado no aconselhamento genético entre os casais. Além desse, o fator ambiental também é responsável por causas de más-formações. Nesse apresentam a deficiência nutricional, doenças infecciosas; a toxoplasmose e outras ocasionadas durante o primeiro trimestre de gestação; as radiações; a idade dos pais; o uso de drogas; os fatores socioeconômicos; os distúrbios endocrinológicos, sendo a mãe diabética ou com hipotireoidismo; o uso de alguns medicamentos como as drogas anticonvulsionantes, e as alterações uterinas, má-formação e gestação na adolescência, quando o útero não está totalmente formado.

1.2.5 Prevenção do Câncer Bucal



Câncer é um termo usado para as neoplasias malignas, que acontecem por conta de um crescimento desordenado de células atípicas que invadem determinadas regiões. O tipo de câncer de maior incidência na boca é o carcinoma espinocelular, que corresponde a 95% das lesões malignas da boca. A incidência dele, no Brasil, é considerada uma das mais altas do mundo. A etiologia é multifatorial e mais comum em usuários homens com idade acima de 40 anos. A não exposição a fatores de risco é o meio mais importante de prevenção. O álcool e principalmente o fumo são considerados os principais fatores de risco que tendem a aumentar quando há associação entre eles. Com relação ao câncer de lábio, o fator de risco mais significante é a exposição frequente aos raios ultravioletas da luz solar, seguido do fumo (SBCD, 2008).

Apesar dos avanços ocorridos nas últimas décadas, com o desenvolvimento de sofisticados exames de imagens, não houve modificações satisfatórias na sobrevida dos usuários com câncer bucal. Isso mostra que as campanhas de prevenção não têm atingido seus objetivos. O diagnóstico precoce é um meio importante na prevenção de óbitos.

ATIVIDADE PRÁTICA 2



Tipo da atividade: coletiva

Prevenção do Câncer Bucal

Após a leitura do texto proposto pelo docente sobre câncer bucal, respondam a questão seguinte e desenvolvam a atividade do item 2.

1. Como vocês, profissionais da saúde bucal, podem fazer para contribuir na redução da incidência de câncer bucal e da sobrevida dos indivíduos com essa doença? Discutam.
2. Elaborem cartazes informativos sobre esse tema (usem sua criatividade: recortes, desenhos, montagem, entre outros).

Apresentem em sala de aula. Depois, levem às Unidades Básica de Saúde que vocês têm acesso. Façam palestras, juntamente ao dentista da área, utilizando esses cartazes. Deem preferência aos usuários com mais de 40 anos. Divulguem o tema nas palestras.

2 PSICOLOGIA E A SAÚDE BUCAL

Daniele Carvalho Castro

ATIVIDADE 5



Tipo da atividade: coletiva

O que é Psicologia?

Formem grupos, discutam e escrevam nas tarjetas um conceito para a Psicologia. Colem as tarjetas na lousa e, a partir das ideias dos grupos, construam um conceito único sobre essa ciência com toda a turma.

A saúde bucal é um bem fundamental para o desenvolvimento de indivíduos e de coletivos. É necessária para assegurar a cidadania, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988 e, por conseguinte, nos princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

A organização da atenção à saúde bucal no SUS está pautada no princípio da saúde enquanto direito e prevê a oferta de uma linha de cuidado que perpassa toda a

rede assistencial do Sistema da Saúde no Estado de Sergipe: atenção primária, atenção especializada e atenção hospitalar (FUNESA, 2011).

Contudo, as necessidades, as questões e os problemas de saúde que são apresentados às equipes de saúde bucal, muitas vezes, extrapolam o campo da Odontologia, razão pela qual deve haver, nos cuidados e serviços em saúde bucal, ações voltadas para além do âmbito odontológico.

Introduz-se, nesse contexto, a discussão sobre uma abordagem psicossomática no campo da saúde, reflexão interdisciplinar que se ocupa das relações entre os fatores sociais e psicológicos e os processos orgânicos do corpo. O conceito de psicossomática se funda na noção de unidade funcional entre corpo e mente (CERCHIARI, 2000).

A Odontologia com orientação psicossomática se ocupa da personalidade, das emoções, dos estados de ânimo e sentimentos de medo e de dor, do contexto social dos indivíduos e dos sintomas de enfermidades produzidos pela boca, dentes e gengivas.

Essa abordagem considera que a pessoa é uma unidade psicossomática, devendo ser compreendida como ser total, indivisível e não dicotomizado em mente e corpo.

A pessoa, nesse sentido, é considerada um ser humano, um corpo vivo, um conjunto de órgãos, tecidos e células ordenadamente estruturados e dinamizados por funções orgânicas e psíquicas, isto é, pela vida (VIANNA, 1989).

Entretanto, não se pode desconsiderar o histórico de desprezo que, durante muito tempo, predominou no campo da saúde em relação ao aspecto emocional presente no tratamento das doenças. Isso se deve ao mecanicismo aplicado às artes médicas, que afetou, diretamente e por extensão, o campo da Odontologia.

Sabe-se que, atualmente, as escolas brasileiras de Odontologia, assim como as de formação técnica para essa área, têm, aos poucos, demonstrado interesse numa concepção de ser bio-psico-social-espiritual que constitui o usuário do serviço odontológico, compreendendo que esse entendimento gera crescimento humano, científico, sucesso profissional e promoção da cidadania.

Essa conjuntura evidencia a importância da interdisciplinaridade para a humanização progressiva dos instrumentos, procedimentos e profissionais de saúde bucal, com os quais a Psicologia pode contribuir para uma rehumanização das práticas, ajudando a preparar indivíduos mais conscientes de si e dos cuidados com a saúde bucal.

Com o avanço da tecnologia, a atenção dos profissionais de saúde bucal tende a se direcionar, cada vez mais, para o aperfeiçoamento das técnicas utilizadas, de modo que essas mesmas técnicas, bem como exames auxiliares, muitas vezes, podem se tornar elementos distanciadores entre profissionais e usuários.

A aquisição de conhecimentos básicos de Psicologia e a aplicação de técnicas adequadas ao **controle de comportamento** do usuário (sobretudo considerando os sentimentos de medo e de dor tão frequentes nesse contexto) são importantes para o sucesso do tratamento odontológico.

Controle de comportamento: refere-se às técnicas utilizadas para favorecer a cooperação do usuário quando ele apresenta algum grau de resistência aos procedimentos relativos à terapêutica indicada em cada caso.

O conhecimento das equipes de saúde bucal frente a possíveis problemas psicossociais dos usuários (abordagem psicossomática) pode interferir no processo de colaboração deles durante a assistência odontológica. Além disso, a Psicologia traz ainda contribuições para qualificar os vínculos e os fenômenos presentes nos atendimentos odontológicos (MUGAYAR, 2000).

2.1 Aspectos Históricos da Psicologia na Odontologia

ATIVIDADE 6

Tipo da atividade: coletiva

A Atenção à Saúde Bucal e as Extrações Dentárias

A experiência da Dor e a Procura por Extração Dentária



O filho do meio de seu José dos Santos, João, 14 anos, sentiu uma forte dor de dente na região anterior e superior da arcada dentária e pediu a mãe dele, dona Beatriz, que o levasse a uma Clínica de Saúde da Família para passar a dor. Chegando à Clínica, a ASB Aline explicou que não havia atendimento, por falta de anestésicos e outros tipos de material de consumo e que não sabia quando o atendimento iria retornar.

Dona Beatriz, então, pediu que a ASB arranjasse um remédio para passar a dor do filho dela. A ASB informou sobre o caso à dentista Amélia que, imediatamente, prescreveu um remédio e entregou a receita a dona Beatriz, que foi rapidamente pegar o remédio na farmácia da clínica para que o filho tomasse.

A dor de dente de João passou, mas, mesmo assim, dona Beatriz continuava indo ao posto para tentar marcar uma consulta para ele, todavia, não obteve sucesso e, como a dor não voltou, ela foi esquecendo.

Após dois meses, João sentiu uma pontinha do dente se quebrando e pediu à mãe que tentasse marcar novamente. Dessa vez, dona Beatriz conseguiu marcar para o dia seguinte.

Ao chegar à consulta, João contou toda a história à dentista, que, ao ver a situação dos dentes anteriores do garoto, disse:

- João, você tem os dois dentinhos da frente precisando fazer canal. Vou encaminhá-lo ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), para fazer o tratamento de canal dessas unidades.

Dona Beatriz, não concordando com a sugestão da dentista, logo, disse:

- Prefiro que extraia rapidamente esses dois dentes. É um trabalho danado para eu marcar uma ficha, imagine o tempo que eu vou perder.

A dentista explicou:

- Os dentinhos dele estão com estrutura dentária que dá tranquilamente para fazer o canal e restaurar, já que são importantes para a função, mastigação, fala e para a estética. Além do mais, João é muito novo.

Dona Beatriz continuou afirmando que não iria fazer o canal dos dentes do filho de jeito algum.

Em seguida, a dentista solicitou:

- João, eu quero ouvir a sua opinião. Você quer extrair seus dois dentinhos da frente?

O garoto, olhando desconfiado para a mãe, olhou novamente para a dentista e respondeu:

- Quero.

Inconformada, a dentista pede que o garoto não olhe para a mãe e responda olhando para ela:

- João, é isso mesmo que você quer? Ficar sem os dentinhos da frente?

João não consegue responder, olhando desconfiado para a dentista, então, abaixa a cabeça e diz que quer realizar as extrações.

Mais uma vez, a dentista pergunta, agora, segurando a cabecinha do garoto para direcionar a visão apenas para ela.

- Dê a sua opinião. Você quer mesmo extrair seus dentes?

Antes que ele responda, a mãe interfere e responde:

- Ele quer extrair, sim.

A dentista diz:

- Eu quero ouvir dele a resposta.

O garoto não consegue responder olhando para a dentista e começa a chorar.

Formem grupos e façam uma discussão sobre o caso com base nas seguintes questões:

1. Por que você acha que a mãe de João agiu dessa forma?
2. A demora ao acesso para o tratamento odontológico pode ter provocado a possível perda dentária?
3. Que impacto o estado edêntulo pode provocar na vida das pessoas?
4. Quais as funções e importância do sorriso?
5. Continuem a história livremente e apresentem para a turma.

A imagem da extração dentária foi, durante muito tempo (e ainda hoje é, com alguma frequência), associada ao trabalho odontológico, o que pode ter relação com os seguintes fatores:

- ainda no século XIX, a arte dentária era praticada pela figura do "barbeiro ou sangrador", profissional sem formação específica e cuja prática se restringia à extração dentária, com utilização de técnicas rudimentares e de instrumental inadequado, sem cuidados com a higiene e sem nenhuma forma de anestesia. Só posteriormente esse trabalho foi assumido pela figura do dentista;

- já no século XX, a prática odontológica avançou paralelamente às transformações sociais (desenvolvimento econômico, industrialização e urbanização), mas ainda permanecendo muito marcada pela ênfase no corpo humano, na atenção pautada em procedimentos individualistas, tecnicistas e limitados à higiene e à intervenção **queixa-conduta** – os procedimentos de exodontia ainda prevaleciam sobre outros procedimentos –, produzindo uma cultura de desconforto e de dor vivenciada pelo usuário.

Queixa-conduta: intervenção profissional pautada apenas nas queixas relatadas pelo usuário sobre seu problema ou necessidade de saúde, sem exploração de outros possíveis fatores desencadeantes.

A saúde bucal, mesmo quando passou a ser pautada como direito da cidadania, com o advento do SUS, foi, durante muito tempo, comprometida e negligenciada, pela adoção de modelos tecnoassistenciais biologicistas e pautados, ainda, em procedimentos iatrogênico-mutiladores.

A mutilação dentária compõe, assim, um traço cultural e histórico presente em diversos grupos populacionais. Muitas pessoas, ainda atualmente e, sobretudo, no contexto dos serviços públicos de saúde, decidem extrair os dentes por entenderem que a perda dentária é natural, algo positivo e que reduzirá a ocorrência de desconforto ou de dor (FUNESA, 2011).

Essa talvez seja a fonte geradora de um determinado perfil de demanda que relaciona a ida ao dentista a experiências marcantes de desconforto e de dor, geralmente envolvidos nas técnicas de extração dentária.

Desse processo histórico, decorrem **representações sociais** sobre o que é ter saúde bucal e sobre as respostas esperadas aos problemas de saúde no âmbito da Odontologia.

Representações socias: são ilustrações do real produzidas e experimentadas pelo conjunto social, revelando teorias, significados e sentidos representativos dos fenômenos humanos, inclusive em sua dimensão individual.

Eis a razão de a cadeira do dentista ser concebida, há décadas, como símbolo de dor e sofrimento e isso talvez explique o fato de alguém suportar dias e noites com dor de dentes para evitar passar poucos minutos na cadeira do dentista.

Nesse contexto, e levando-se em consideração os avanços empreendidos pela assistência odontológica particular e pública no Brasil, há que se buscar a superação dessas representações tão recorrentes no imaginário do senso comum, porque elas fortalecem o entendimento de que o processo saúde-doença pode estar desconectado do princípio de cidadania.

2.2 Saúde e Doença

Saúde e doença são processos dinâmicos que se apresentam como construção social, variando de acordo com cada momento histórico e com os diversos grupos populacionais.

Identificam o modo de organização da sociedade, na produção social ou na condição geral da vida. Assim, os processos de produção de saúde e adoecimento transitam do biológico ao social, ao psicológico e às interfaces políticas.

Nesse sentido, o entendimento acerca de o que é ter saúde tem-se modificado muito com o passar dos tempos e, com a saúde bucal, não é diferente. Como dito, a procura pelo serviço odontológico ocorre, geralmente, quando se tem dor ou alguma doença no âmbito biológico.

Isso faz com que o sistema de saúde se organize para atender, primeiro, à procura das pessoas por uma assistência curativa, para a execução de procedimentos no dente e em seus anexos.

ATENÇÃO

Há doenças e problemas de saúde bucal que podem estar associados a condições diversas, determinantes sociais, econômicos, políticos, educacionais, culturais e emocionais. Assim, apenas tratar, prevenir ou controlar doenças e problemas não garante uma melhor saúde bucal em nível populacional.



Em termos de acesso, há ainda grande demanda reprimida e os sistemas locais de saúde costumam estar organizados apenas para a demanda espontânea, não havendo, em muitos casos, busca no território, **estratificação de riscos**, etc, o que favorece à adoção da intervenção queixa-conduta (FUNESA, 2011).

Estratificação de riscos: identificação sistemática dos riscos existentes no território para qualificar a oferta programada de ações e serviços de saúde, de acordo com o contexto e as necessidades de saúde de cada grupamento populacional em suas especificidades.

O senso comum, com alguma frequência, concebe que ter saúde é livrar-se da doença e, quando objetiva extrair um dente, por exemplo, deseja eliminar a doença, acreditando, dessa forma, ter a saúde restituída.

Conhecer a força do saber popular é importante para entender por que determinadas demandas e representações no âmbito das práticas odontológicas ainda se reproduzem.

O saber profissional não é o único e não deve ser considerado exclusivamente no cuidado. Devem-se ponderar, para uma prática que se pretenda técnica e ética, crenças, costumes e valores tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado.

2.3 Dor, Medo e Ansiedade

ATIVIDADE 7

Tipo da atividade: coletiva

Produzindo Medo na Odontologia

A primeira consulta odontológica de Pedrinho



Pedrinho, uma criança de sete anos de idade, filho mais novo de seu José e dona Beatriz, que moram na mesma rua que Micaela, é um menino muito levado, vive fazendo travessuras e os pais dele, quando queriam intimidá-lo de fazer algo, sempre diziam que o levariam para tomar injeção ou para o dentista. Atualmente, Pedrinho vinha se queixando de dor de dente sempre que comia algo. Os pais, então, resolveram marcar a 1ª consulta dele no dentista. Na semana que antecedeu a consulta, dona Beatriz e seu José falaram diversas vezes que, se Pedrinho não deixasse o dentista realizar o tratamento, ele iria apanhar quando chegasse em casa.

Chegou o dia do atendimento e, quando chegaram à recepção, ouviam-se ruídos provenientes do compressor da caneta de alta rotação e seu José não hesita em falar:

- Nossa! Eu odeio dentista. Fico todo arrepiado de medo só de ouvir esse barulho do motorzinho.

Logo após, a ASB Aline chama Pedrinho e o leva até a cadeira para iniciar imediatamente o tratamento e ele começa a chorar muito, fica todo vermelho e fecha a boca com bastante força, e a dentista aproxima-se rapidamente e pede:

- Pedrinho, por favor, abra a boquinha.

Pedrinho não atende ao pedido dela, ao contrário, fecha a boca fortemente.

Seu José, irritado, diz:

- Abra a boca, menino. Não vê que está atrapalhando a dentista?

E continua:

- Doutora, o jeito é segurar esse menino. A senhora pode fazer todo o tratamento de uma vez? Pois é muito difícil conseguir uma vaga e também não posso deixar o

trabalho para trazer esse menino aqui.

A profissional responde:

- É melhor mesmo fazer tudo logo.

E solicitou a ASB que ajudasse a segurar os braços do garoto, já que ele não estava colaborando, e realizou todo o tratamento em um só dia.

Dividam-se em dois grupos e respondam as questões seguintes, com base no caso: a primeira consulta odontológica de Pedrinho:

1. Discutam coletivamente quanto à forma de atendimento e postura profissional frente ao relato do caso.
2. Como você e sua equipe de trabalho lidam com essas situações no seu cotidiano?
3. Reescrevam o caso, de modo que mostre outra forma de atuação dos personagens do texto.

Dor é a experiência emocional e sensorial desagradável associada a um dano potencial ou real que, ao produzir uma reação psicológica mais complexa, leva o indivíduo a concentrar atenção sobre o órgão dolorido, diminuindo o interesse por todo o resto (WOLF, 2002).

Em alguns casos, a dor apresentada pode ser apenas uma forma mais eficiente para lidar com outras dores, do ponto de vista psicológico.

Medo, expressão oriunda do latim "metus", significa terror, susto, pavor ou receio. É um sentimento negativo com potencial de paralisar o ser humano (VARELLIS, 2005).

O medo pode ser: real - originado de experiências negativas registradas na memória; imaginário - adquirido por ouvir histórias de familiares e amigos sobre suas experiências. Imagina-se a situação e passa-se a temê-la.

O medo, no contexto dos tratamentos odontológicos, costuma estar relacionado com o temor histórico relativo aos equipamentos, instrumentos e aparelhos historicamente utilizados e que, ainda hoje, causam, no mínimo, algum desconforto, fora a dor propriamente dita. Ele pode levar a condutas instintivas por meio de ações de ataque ou fuga, quando não inibe a capacidade de movimento (CABRAL, 1971).

Ansiedade é o estado emocional desagradável e apreensivo provocado pela suspeita ou previsão de um perigo para a integridade física ou psíquica dos sujeitos, mas que não está presente na realidade objetiva e nem sempre é passível de descrição.

A ansiedade, em seus variados graus, contribui, direta ou indiretamente, para produzir diversas enfermidades, como:

- dores de ordem histérica (histerias de conversão = sentimentos derivados de trauma psíquico são convertidos em sintomas corporais);

- fobias ou neuroses fóbicas (provocam medos associados à exposição ao objeto temido, diferentemente de síndrome do pânico, que acontece indistintamente em momentos inespecíficos).

A ansiedade pode ainda desencadear hábitos que, por repetição, tendem a provocar afecções orais, a exemplo da sucção do polegar.

Dor, medo e ansiedade apresentam sinais e sintomas simples, podendo ser confundidos em suas manifestações, o que demonstra a necessidade de os profissionais de saúde bucal serem capazes de identificar sua ocorrência para saber buscar soluções que possam reduzir seus efeitos negativos, tanto em si quanto em seus usuários (WOLF, 2002).

A falta de cooperação, durante a assistência odontológica, se justifica, muitas vezes, pelo medo e desconforto na cadeira do dentista, além de experiências anteriores traumáticas.

Não havia, antigamente, por exemplo, agulhas descartáveis, então, as agulhas utilizadas nos procedimentos tinham um calibre grosso para poder suportar as diversas vezes em que eram desinfetadas por meio de fervura ou ebulição. Assim, o procedimento de anestesia do dente gerava grande trauma no tecido gengival e no psicológico dos sujeitos (FUNESA, 2011).

Além disso, no passado, os procedimentos eram dolorosos, porque, entre outras razões, o instrumental tinha motor de baixa rotação, só funcionando sob forte pressão. Então, o profissional precisava imprimir alguma força e o usuário sentia a compressão do aparelho e o trepidar até mesmo da cabeça toda.

Ou seja, o medo do tratamento odontológico tem uma razão de ser histórica e simbólica e não é fruto simplesmente do imaginário das pessoas, mas de uma representação que se espalhou de geração em geração, reforçando a concepção de que o dentista é sinônimo de dor.

A experiência da dor e o limiar de tolerância a ela são subjetivos, porque não envolvem apenas o evento sensorial, mas podem evocar respostas e emoções variadas, como medo e ansiedade. Suportar a dor, do ponto de vista do usuário, é pouco salutar psicologicamente e, do ponto de vista do profissional, pactuar com isso é ser primitivo e antiético.

Quase a totalidade dos usuários, tanto por experiências próprias quanto através de relatos familiares ou do meio, chega aos serviços de saúde despreparada, do ponto de vista psicológico, para a assistência odontológica.

A consequência disso é, às vezes, o temor a todo o manejo do instrumental ou alteração dele, o que pode gerar uma interminável procura do usuário pelo profissional apropriado.

Em boa parte dos casos, a previsão da dor que o tratamento odontológico pode produzir causa uma ansiedade maior do que sentiria o usuário ante a perspectiva de um tratamento doloroso em qualquer outra zona corporal.

ATIVIDADE PRÁTICA 3

Tipo da atividade: individual e coletiva

Situações de Medo na Odontologia

1º momento

Dividam-se em grupos, façam uma dramatização de situações de medo na Odontologia e respondam as seguintes questões:

1. Dê a sua opinião sobre a presença de mais de um dentista atendendo numa mesma sala.
2. Montem um painel com fatores que poderiam minimizar o medo e a ansiedade.
3. Na sua prática de trabalho, você já presenciou alguém perdendo os sentidos devido à ansiedade? Relate.

2º momento

Formem grupos de acordo com o município de atuação e façam uma entrevista com, pelo menos, cinco usuários da sua equipe. Questionem sobre o que leva ao aumento da ansiedade ao consultar o dentista. Discutam posteriormente.

2.4 A Boca

ATIVIDADE 8



Tipo da atividade: individual

Integralidade

Realize a leitura dos seguintes casos:

Caso 1

Dona Clarice, professora da Escola Municipal de Sorrisópolis, 38 anos de idade, foi ao posto para ser atendida pelo dentista Paulo, queixando-se de dor aguda no primeiro pré-molar superior direito. Segundo a usuária, a dor acontecia quando ela dobrava um papel. O dentista, mesmo sem compreender a relação da dor com o papel, fez a avaliação da unidade dentária que se apresentava íntegra. Para uma melhor avaliação, solicitou radiografia periapical da unidade referida, a qual não apresentou nenhuma alteração. Diante do fato, Paulo, mesmo não tendo encontrado nenhuma

patologia, pediu para a usuária fazer escovação com pasta dessensibilizante para tentar aliviar a suposta dor. Dona Clarice saiu e agradeceu a atenção do dentista ao seu caso. No entanto, dois dias após o atendimento, ela retorna para a clínica relatando que a dor aumentou. O dentista, curioso com o caso clínico, resolve conversar com a usuária antes do atendimento, questionando quando começou a dor. Para o espanto do dentista, a professora começa a chorar e relata que as dores iniciaram há dois meses quando descobriu a traição do marido através de uma carta anônima.

Caso 2



Sabrina, sobrinha de dona Beatriz, 15 anos, foi ao posto para realizar o tratamento dentário. A dentista, Amélia, observou que vários dentes, principalmente os anteriores, estavam com erosão dentária e marcou o retorno para iniciar o tratamento, uma vez que, naquele dia, estava muito cheio. No retorno, questionou a adolescente sobre a dieta, mas, devido à timidez, a usuária pouco respondeu. A dentista solicitou que, na próxima consulta, Sabrina deveria vir acompanhada da mãe, no entanto, a usuária disse que achava melhor não. Diante do fato, Amélia fez uma visita para conversar com a mãe da garota. Ela relatou que a menina era muito vaidosa, alimentava-se muito pouco e deveria estar com problemas no estômago, pois vomitava muito. Logo, a dentista desconfiou tratar-se de bulimia.

Continue a escrever os textos, trazendo as possíveis condutas que a ESB poderia realizar e responda:

Como podemos relacionar o conceito de integralidade, tomando como referência os dois casos relatados?

A boca é muito mais do que uma cavidade com dentes a serem restaurados. É antes um espelho do corpo e da alma do indivíduo e o odontólogo, nesse contexto, representa agente fundamental no restabelecimento do equilíbrio da saúde em sua forma plena.

O usuário costuma vivenciar o cuidado com a boca a partir do simples significado de conservação da saúde ou estética, ocultando-se significados mais profundos e dinâmicos. Ou seja, a forma como os indivíduos se relacionam com os cuidados bucais (e com a saúde de modo geral) reflete, muitas vezes, conteúdos íntimos pouco explorados em nível consciente e que dialogam com diversos outros setores da vida do sujeito: psíquico, emocional, social, cultural, econômico, etc.

A boca reflete boa parte das manifestações da mente e representa a via que garante a sobrevivência biológica (pelo ato de comer), além de também ser via de sobrevivência social (porque garante o intercâmbio falado).

O significado emocional da boca consiste em refletir sobre qual é o todo da vida do usuário dentro do qual se inscreve a ajuda que se está solicitando; e também sobre os "fantasmas" que podem ser criados em virtude de temores e impulsos.

É preciso considerar a importância da boca na saúde dos indivíduos e nas suas relações sociais, buscando-se superar a concepção que separa a saúde bucal da saúde geral e somar o significado do que, de fato, representa para os sujeitos a boca, na condução da linguagem, no erotismo, no prazer, na construção da **resiliência**, na alimentação, no afeto e nas relações.

Resiliência: capacidade humana de enfrentar, com respostas positivas, as experiências adversas vivenciadas.

2.5 O Corpo

A saúde bucal foi, durante muito tempo, compreendida de forma separada do corpo, mas, gradativamente, essa concepção foi sendo ultrapassada e, tendo em virtude esse avanço, acredita-se que uma visão adequada do ser humano, no campo da Odontologia, seja aquela que concebe o indivíduo como um todo, pois cada indivíduo é ele, seus dentes, sua boca, suas emoções e sua vida.

Sintomas apresentados sem sinais clínicos ou radiográficos podem sugerir processos patológicos que excedem o campo da assistência odontológica e que requerem encaminhamento a outros profissionais: médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc.

Montar esse "quebra-cabeça" significa exatamente não fragmentar o ser humano em partes, mas tratá-lo a partir de uma **abordagem holística**.

Abordagem holística: trabalha com a noção de totalidade, em oposição a uma concepção fragmentada de ser humano.

O corpo não existe sem a mente e ambos sofrem com intervenções inadvertidas e descuidadas, pois, em todos os casos, há que se lembrar que existe a pessoa.

A imagem do corpo se estrutura em nossa mente no contato conosco e com o mundo que nos rodeia. A imagem corporal é a configuração do corpo em nossa mente.

Levando-se em consideração as patologias orais que desfiguram o aspecto do

usuário, como quadros de lábio leporino, dentadura desorganizada, alteração na coloração dos dentes devido ao uso de antibióticos, etc, parece apropriado que as equipes de saúde bucal ponderem sempre o ponto de vista do usuário para pautar sua prática, em amplo exercício de empatia.

Concebendo-se o usuário como um todo e buscando-se um olhar para esse sujeito que exceda o núcleo da Odontologia para dialogar com outros campos do saber, como a Psicologia, torna-se razoável avaliar que a mordida, a voz e alguns tipos de dores podem delinear claramente algum grau de sofrimento psíquico, como se o corpo fosse um mapa que pode ser lido.

Assim, juntamente ao raciocínio técnico-analítico, é preciso perceber a pessoa como ser indivisível, total em suas funções cerebrais, intuitivas, emocionais e espirituais, destacando-se, portanto, a necessidade de superação da tradicional concepção "biologicista" e **higienista** que, frequentemente, se tem sobre a saúde bucal.

Higienista: doutrina que associa a origem das doenças unicamente a fatores ambientais.

"Tudo o que chamamos de corpo traz em si uma luta para se tornar um todo"

(Alfred Adler, 1933)

2.6 Estado Edêntulo



O estado edêntulo, por si só, já consiste em um estado de crise, representando importante golpe na autoestima do usuário por se ver desdentado.

Perder os dentes, como ocorre em toda a perda, costuma representar um momento difícil, podendo ser traumático do ponto de vista psicológico e social.

Em se tratando de crianças, pais e profissionais devem tentar minimizar o desconforto brincando com a famosa "janelinha" ou prometendo presentes por cada dente perdido. Começam aí, geralmente, as primeiras chacotas da infância e a criança tende a se sentir diferente ou feia.

No adulto, além de relembrar a imagem da infância, esse estado remete a uma importante marca de debilidade, envelhecimento, perda da capacidade agressiva, competitiva e sexual, aludindo, inclusive, à morte.

Pelo exposto, cabe aos profissionais de saúde bucal considerar os fatores individuais, externos e internos, além das fantasias e percepção estética do sujeito em cada tratamento.

2.7 O Cuidado e a Produção de Autonomia

Toda a relação entre profissional e usuário é modulada pela **intersubjetividade**. O momento desse encontro pressupõe, do ponto de vista do profissional, receber, escutar, orientar, atender, encaminhar e acompanhar o usuário.

Intersubjetividade: é a relação dos indivíduos entre si e com o mundo que os cerca (AYRES, 2001).

Estar atento às singularidades nesse processo permite a negociação do saber, pela compreensão de desejos e necessidades, com proposições ampliadas e entendimento de que o processo saúde-doença bucal é um mecanismo multifatorial.

Para tanto, há que qualificar o vínculo estabelecido entre profissional e usuário, compreendendo-o como propulsor de um eficaz atendimento. Esse processo requer atenção aos elementos que compõem a relação usuário-profissional: elementos racionais, irracionais, realísticos, irrealísticos, maduros, infantis, conscientes e inconscientes, que devem ser processados para que os vínculos se formem.

Nesse sentido, os profissionais de saúde devem, na medida do possível, se conhecer o bastante para saber manejar adequadamente esses afetos que estão postos na sua relação com o usuário, pois, no exercício da profissão, estarão frequentemente despertando fantasias e provocando reações emocionais mais ou menos agudas.

São demonstrações claras ou não de apaixonamento ou hostilidade do usuário e os profissionais acabam recebendo cargas, muitas vezes inconscientes, desses afetos positivos ou negativos.

Nesses casos, os usuários costumam estar, na verdade, se defrontando e atacando os próprios objetos internos, fantasiosa e projetivamente depositados na figura dos profissionais.

A carga emocional decorrente desse momento projetivo faz com que os profissionais, geralmente incapazes de processar tal conteúdo, terminem o dia de trabalho exaustos, esvaídos de suas energias. Muitas vezes, esses processos resultam na interrupção do tratamento pelo usuário, que continuará buscando, de profissional em profissional, alguém que contenha suas emoções e ansiedades.

Nesse sentido, são frequentes, por exemplo, as ocorrências de próteses que não se encaixam, matérias-primas que se quebram sem que o dentista possa compreender o conteúdo latente de tais intercorrências, questionando, inclusive, sua técnica.

A resolução desse e de alguns outros "enigmas" pode estar ligada ao tipo de comunicação do usuário odontológico, cujo pensamento e modo de funcionamento psíquico devem ser, ainda que minimamente, codificados pelas equipes, considerando-se que, muitas vezes, os profissionais se preocupam muito em ensinar sobre os cuidados orais e não em aprender com o usuário como ele quer ser tratado.

Somente permitindo ao usuário protagonizar o processo de cuidado, ele deixará de ser um elemento passivo, inerte, para ser o grande agente do atendimento odontológico. Para tanto, cabe iniciar a relação usuário-profissional com uma adequada entrevista, a fim de estabelecer uma cordial relação entre ambos. Uma vez atingido esse grau de identificação, de modo a evidenciar os fatores essenciais que levaram o usuário a procurar o serviço de saúde, surge a tranquilidade desejada por ambos.

Os primeiros contatos entre profissional e usuário requerem daquele atenção aos seguintes pontos:

- permitir ao usuário que coloque suas emoções, ainda que minimamente;

- averiguar o que é que o levou até o tratamento;
- avaliar a tendência do usuário de interromper o tratamento ("quando viu um profissional pela última vez?");
- permitir que o usuário expresse o que sente pela fala, deixá-lo à vontade, ouvi-lo sem interrompê-lo, sem críticas e com conduta afetuosa e cordial.

Destacam-se, assim, como condições essenciais para que se estabeleça uma relação saudável entre profissional e usuário:

- empatia = capacidade de ver o outro como ele se vê;
- aceitação = postura de receptividade positiva e incondicional.

Conforme já exposto, os profissionais de saúde bucal costumam ser depositários de angústias e ansiedades do usuário, mas o oposto também ocorre: profissionais que não conseguiram uma boa resolução de seus conteúdos internos e dificuldades podem projetar ataques agressivo-destrutivos em direção aos usuários. O resultado de tais processos costuma ser: restaurações frágeis, canais tratados inadequadamente, extrações desnecessárias, próteses desajustadas, etc.

A relação profissional-usuário é marcada, assim, por expectativas e esperanças mútuas: o usuário espera o alívio e, se possível, a cura, além da recuperação estética; o profissional espera resultado técnico e reconhecimento pelo trabalho realizado, ou seja, sucesso profissional. Há, contudo, que se atentar para que essa relação de "troca" não se transforme em relação de força (JEAMMET, 1989).

ATIVIDADE PRÁTICA 4



Tipo de atividade: coletiva

O Acolhimento na UBS

Dividam-se em dois grupos. Cada grupo irá simular, através de uma dramatização, uma cena de acolhimento de um usuário em urgência odontológica, desde a entrada à UBS até o atendimento, envolvendo recepcionista, ACS, auxiliar de Enfermagem, enfermeira, ASB e odontóloga. O primeiro grupo deve simular a forma que considere não recomendada ao acolhimento, enquanto o segundo grupo apresentará a forma que considere adequada. Em seguida, discutam sobre as formas de acolhimento.

2.8 Controle do Comportamento

O usuário costuma se aproximar dos profissionais de saúde bucal com sentimentos contraditórios:

• entende, comumente, que são eles profissionais capazes de suprimir toda a dor, restaurar-lhe o sorriso, modificar sua vida e, enfim, restabelecer até mesmo sua alegria de viver;

• até chegar o instante do atendimento, ele provavelmente teve que enfrentar seus temores, fantasias e tudo o que lhe foi ensinado como realidade sobre os tratamentos odontológicos, ou seja, precisou manejar um condicionamento cultural de aversividade aos tratamentos odontológicos.

Todas as atitudes dos profissionais repercutem sobre o usuário e terão significado terapêutico ou antiterapêutico, segundo as vivências que despertarão em ambos (PERESTRELLO, 1982).

Um tratamento odontológico considerado adequado implica não somente a aplicação de técnicas e conhecimentos específicos, mas também a prevenção de possíveis danos psicológicos nos usuários (sobretudo nas crianças), que podem produzir marcas para o resto da vida (JOSGRILBERG; CORDEIRO, 2005).

Não se pode conceber um atendimento odontológico que desconsidere o indivíduo, o trabalho, as relações sociais, os afetos e emoções, etc, porque as pessoas têm experiências acumuladas, concepções e expectativas que conferem ao processo saúde-doença uma complexidade que vai além da determinação biológica.

As equipes de saúde bucal devem buscar compreender que o dia a dia tende a tornar tudo muito simples para os profissionais (que, em tese, detêm o conhecimento), mas, para o usuário, o momento do atendimento odontológico é único e decisivo.

Controlar o comportamento do usuário durante um tratamento odontológico pode ser necessário para "instalar, manter, extinguir ou aumentar a frequência de comportamentos no usuário, a fim de se obter um resultado satisfatório" (BARBOSA; TOLEDO, 2003).

A literatura especializada descreve uma infinidade de técnicas e orientações para controle de comportamento no atendimento odontológico, destacando-se que o domínio de todas elas por um único profissional é muito pouco provável.

Em todos os casos, há que, primeiramente, definir-se o padrão de cooperação do usuário, para só então optar pelo uso das técnicas de contenção, as quais podem ser assim classificadas:

• contenção farmacológica: tentativa de controle do comportamento pelo uso de fármacos;

• contenção física: tentativa de controle do comportamento pela restrição dos movimentos;

• contenção psicológica: tentativa de controle do comportamento pelo uso de técnicas de condicionamento psíquico, sem uso de força física ou química.

Nessa oportunidade, a ênfase se volta para as técnicas de condicionamento psicológico, destacando-se dois aspectos:

• o condicionamento psicológico, quando necessário, presume envolvimento familiar durante o tratamento, para se estabelecer o vínculo família-profissionais-usuário, fundamental para favorecer uma postura colaborativa do usuário;

• para operar o condicionamento, o profissional necessita reconhecer o perfil psicológico em relação à idade cronológica e cognitiva do usuário, ainda que minimamente, ressaltando-se apenas que "medidas de comportamento e personalidade são inexatas e controversas" (LOWEY, 1998), pois cada caso deve ser considerado em suas especificidades.

Assim, destacam-se a seguir algumas orientações para controle do comportamento consagradas no âmbito dos tratamentos odontológicos infantis, mas que também se aplicam, com a devida contextualização, às demais faixas etárias tratadas nos serviços públicos de saúde, por satisfazerem, do ponto de vista operacional e ético, os princípios do SUS:

• o usuário deve ser bem-informado sobre cada passo do processo, antes, durante e depois da realização de cada procedimento;

• a demonstração dos procedimentos deve ser visual, auditiva, tátil e olfatória;

• toda e qualquer ação clínica a ser exercida junto ao usuário deve levar em conta seu consentimento livre e esclarecido (no caso de crianças, fazê-lo junto aos pais ou responsáveis);

• o instrumental odontológico deve ser apresentado gradualmente, para gerar familiaridade antes do início do tratamento;

• as explicações devem ser simples, claras, sem omitir ou enganar;

• é importante que a comunicação parta de uma só fonte. Se o odontólogo e seu auxiliar prestarem, ambos, orientações, isso poderá gerar confusão no entendimento do usuário. A mensagem deve ser entendida da mesma forma por quem a envia e por quem a recebe;

• o primeiro atendimento é importante para o prognóstico e para o estabelecimento do vínculo necessário à realização do tratamento;

• devem ser realizadas consultas adaptativas para os casos de usuários com comprometimento do padrão de cooperação;

• é preciso ter cautela para não agir de modo dominador e inflexível frente às práticas populares.

NOTA: As orientações descritas atendem aos pressupostos da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS.

Com relação ao tratamento odontológico em usuários infantis, especificamente, são descritas a seguir algumas técnicas de controle do comportamento, segundo Barbosa & Toledo (2003):

• dizer-mostrar-fazer: auxiliares e odontólogos devem demonstrar os vários

instrumentos, passo a passo, antes de usá-los, dizendo, mostrando e fazendo. Somente quando o usuário tem uma visão geral dos procedimentos que serão executados é que as aproximações técnicas devem ser realizadas;



•distração: utilização de filmes, animações e estórias durante o atendimento, a fim de minimizar a tensão da criança e deslocar o foco de atenção da dor, do medo e da ansiedade para tais recursos;

•dessensibilização: promover o relaxamento da criança através da exposição gradual aos procedimentos;

•controle de voz*: reter a atenção e promover a cooperação da criança por meio da alteração do volume e do tom de voz;

•linguagem corporal**:** expressar à criança satisfação ou insatisfação com seu comportamento através das expressões faciais e corporais, promovendo-se gradualmente o contato físico (tocar);

•reforço positivo ou recompensa: gratificar a criança por sua postura cooperativa após o término do atendimento, através de elogios, abraços, beijos ou presentes simbólicos;

• modelação*: demonstrar à criança o comportamento adequado de outra criança frente ao atendimento odontológico, a fim de conter sua possível resistência e minimizar os sentimentos de medo e ansiedade;

• restrição física: conter os movimentos da criança durante o atendimento, visando à sua própria segurança e também a dos profissionais;

• mão sobre a boca (MSB)*: colocar a mão sobre a boca da criança, fazendo-a calar para ouvir a voz e as orientações do profissional.

NOTA: Destacam-se, contudo, sérias restrições com relação às técnicas Controle de Voz, Modelação e Mão sobre a Boca, em virtude dos seguintes argumentos:

• controle de voz/mão sobre a boca: ambas as técnicas utilizam recursos de opressão da expressão, seja ela verbal ou corporal, que não pode ser contida sem algum grau de prejuízo psicológico. Além disso, as técnicas representam, no linguajar próprio da ciência psicológica, um **reforço negativo** no conjunto do comportamento da criança e sabe-se que "a punição não é eficiente para a remoção de um comportamento, podendo gerar outros comportamentos indesejados, tais como a agressividade" (BAHLS; NAVOLAR, 2004). Por fim, no caso específico da técnica MSB, há que se

Reforço negativo: é uma atitude punitiva adotada perante o usuário infantil quando o comportamento se mostra inadequado ao manejo da terapêutica indicada pelo profissional. Aprofunde seus conhecimentos sobre esse assunto, realizando uma pesquisa sobre o tema "Terapia Cognitivo-Comportamental".

reconhecer o caráter de invasão sobre o corpo da criança e, conforme já explicitado no texto, essa relação deve ser estabelecida mediante aproximações gradativas e consentimento prévio, e não de forma abrupta e repressiva;

- modelação: a experiência do cuidado não deve ser pautada em termos de comparação, de modelo daquilo que representaria, em tese, "o certo e o errado", isso porque cada ser humano é único e vivencia essa experiência à sua maneira, de modo que cabe aos profissionais apenas mediar tecnicamente essa interação e não apontar padrões de conduta esperados para o tratamento. Cabe-lhe, isso sim, acolher as singularidades e trabalhá-las em prol do bem-estar e da saúde de cada usuário.

Alerta-se que a utilização de procedimentos invasivos no âmbito dos tratamentos odontológicos, sobretudo com crianças, requer amplo domínio técnico dos profissionais e autorização expressa de pais ou responsáveis, além de conhecimentos sobre aspectos de ordem ética e legal na indicação do tratamento.

ATENÇÃO

A literatura aponta ainda a técnica da **Hipnose** para casos de condicionamento de usuários com algum grau de apreensão frente aos tratamentos odontológicos. Contudo, por não se tratar de uma prática consensuada no âmbito da Psicologia e levando-se em consideração dissidências de natureza epistemológica frente à utilização da técnica, ela não será, por ora, objeto de maior exploração.



***Hipnose:** técnica de indução a estados alterados de consciência, com finalidades terapêuticas de contenção do medo ou ansiedade frente ao tratamento odontológico, entre outras.

DICA: é importante que você, auxiliar de saúde bucal, tenha conhecimento das orientações e técnicas aqui apresentadas para poder colaborar com o dentista de sua equipe durante a execução dos procedimentos, ciente das indicações e implicações em cada caso.

2.9 Reflexões

ATIVIDADE 9

Tipo da atividade: individual e coletiva

Relação Interpessoal



Respondam em seus cadernos as questões seguintes e discutam coletivamente.

1. Como é o seu relacionamento com a sua equipe de trabalho? Exemplifique.
2. Como você acha que deve ser o relacionamento da equipe de saúde bucal e usuários?

O sucesso dos tratamentos odontológicos, de modo geral, parece estar associado à qualidade da relação interpessoal entre odontólogos e usuários, bem como com toda a equipe de saúde bucal que atuará, direta ou indiretamente, na promoção do cuidado.

A conduta habitual no âmbito da Odontologia evidencia um olhar biologicista, com priorização de ações curativas, pontuais e verticalizadas. Essa abordagem costuma ter baixo impacto na melhoria da qualidade de vida dos usuários, porque o enfoque não considera as dimensões socioeconômicas, culturais e psicológicas envolvidas no processo saúde-doença.

Não se deve tratar meramente as doenças ou problemas que se apresentam no contexto do atendimento odontológico. As equipes de saúde bucal devem conduzir o olhar para o indivíduo como um todo, porque é daí que emergem os elementos determinantes e explicativos das necessidades de cuidado que se apresentam.

Normalmente, o dentista foca apenas o problema de saúde, sem dialogar com o usuário sobre: questões de acesso aos serviços de saúde, o uso, se há acesso a sistema de abastecimento, se a água utilizada é fluoretada, se na casa há banheiro, se o usuário - trabalhador que se expõe ao sol - utiliza alguma proteção na pele ou no lábio, se há problema de saúde diagnosticado, se há renda familiar, se há acesso a outros dispositivos coletivos de uso de flúor, se o usuário recebe benefício, como se executa a higiene dos outros dentes e do corpo, além da escuta e processamento de questões psicológicas, ainda que minimamente. Talvez, no consultório particular, esse levantamento não seja tão relevante, mas, no contexto do SUS, é fundamental.

A isso se chama Clínica Ampliada, ou seja, olhar para o território com sensibilidade para a escuta de outros integrantes da equipe e para as demandas dos usuários, de modo a acolher necessidades e respeitar as decisões do usuário no contexto das singularidades dele.

As equipes de saúde bucal devem reconhecer seu usuário como pessoa, com suas fragilidades e problemas emocionais, levando em conta problemas do tratamento dos sintomas orais provocados, entre outros fatores, por possíveis distúrbios emocionais. Além disso, é de fundamental importância atentar para a prevenção de danos psicológicos nos tratamentos odontológicos.

IMPORTANTE

Embora o psiquismo possa afetar todo e qualquer processo físico, nem tudo o que se apresenta é de ordem psíquica. Apenas não se deve subestimar sua importância na avaliação dos sintomas corporais. Daí a importância de obter do usuário a história clínica e uma ficha psicossomática completa. Isso favorece a produção de indicações e contraindicações no tratamento.



3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Francis Deon Kich
Elder Magno Freitas Santos

ATIVIDADE 10



Tipo da atividade: coletiva

O que é Comunicação?

Formem grupos e discutam sobre o conceito de comunicação. Escrevam nas tarjetas, em poucas palavras, o conceito de comunicação e colem na lousa para discutir sobre a temática referida, no grande grupo. Por fim, construam um conceito único.

A comunicação, por ser caracterizada como uma prática inerente a todos os grupos sociais, é uma atividade que faz parte do ser humano. Diferentemente dos animais irracionais, que não possuem capacidade de assimilação da função simbólica, a comunicação é uma prática que permite a socialização entre os sujeitos, bem como o entendimento de ideias e conceitos.

Dizer que as relações humanas possuem uma natureza simbólica significa aferir que o entendimento e as palavras utilizadas nas produções do sentido são construções que se estruturam pela linguagem. E todo sentido, como compreensão e entendimento sobre determinado objeto, passará pela interpretação. É através da linguagem que o ser humano consegue construir comunidade, no sentido de produção de objetos comuns. A palavra, para ser palavra, deve fazer parte de uma comunidade de sentido que provê unidade a um determinado coletivo de sujeitos, sobre determinados códigos, que definem conceitos, ideias e categorias.

Embora seja utilizada para definir um sentido dentro de um grupo, os conceitos são produções humanas arbitrárias, isto é, eles podem ser pensados de diversas formas a partir de diversas perspectivas, o que lhes confere o caráter polissêmico (LEACH; TURNER, 2009, 2005). Nesse repertório de sentidos, que são compreendidos de modo coletivo, está o conceito de saúde- doença.

Para além dos componentes linguísticos que lhe constituem, a comunicação estabelece relações entre os sujeitos de ordem política, definindo lugares daqueles que são considerados os falantes, assim como a autorização de uso da palavra em decorrência desse lugar (FOUCAULT, 1996). Uma fala de um profissional de nível universitário tem um peso em determinado espaço, ao passo que a fala e o conhecimento de um curandeiro têm um determinado valor, em outro. O contexto e os lugares balizam os tipos de relações e comunicações que podem se construir e elas estarão sempre atreladas à função da linguagem e da compreensão que os sujeitos produzem acerca dos objetos e de si mesmos (BOURDIEU, 1998).

ATIVIDADE 11

Tipo da atividade: coletiva

Transmissão da Informação em Saúde

Falta de Conversa



Carlos, 63 anos, morador de Sorrisópolis, procurou a UBS para ver o que era uma "feridinha" que tinha aparecido em sua língua há mais ou menos 3 semanas e não curava nunca. Durante a consulta com o dentista, seu Carlos notou logo que ele não era muito de conversa, tinha a cara fechada e não gostava de muitas perguntas. Após o exame clínico, o dentista disse apenas que seu Carlos teria que fazer uma biópsia, mas não explicou por que razão e o que era aquela ferida afinal. Além disso, por não ter tido abertura, seu Carlos não se sentiu à vontade para fazer algumas perguntas que estava querendo, como: se aquilo era sério, qual o tratamento, o que tinha causado e se ele mesmo podia fazer alguma coisa para ajudar a sarar a feridinha. Antes de sair, tomou coragem e perguntou apenas se o doutor achava que o caso era sério. O dentista respondeu, meio a contragosto: "Bem, se for caso de carcinoma espinocelular, a coisa é séria, mas se tratar apenas de uma ulceração aftosa ou de outra patologia não cancerígena, então o senhor pode ficar tranqüilo". Ao chegar em casa, a esposa notou que ele estava nervoso e aflito e lhe perguntou como tinha sido a consulta, ao que seu Carlos respondeu:

- Melhor se eu não tivesse ido, além de voltar com mais dúvidas que antes, suspeito que minha pressão deu uma subida.

Dividam-se em grupos e respondam as questões seguintes com base no caso relatado:

1. A linguagem utilizada pelo dentista foi a mais apropriada? Explique.
2. Que barreiras culturais, situacionais e cognitivas existem no processo de comunicação entre o dentista e Sr. Carlos?
3. Como a insatisfação de Sr. Carlos pode influenciar no andamento do caso dele e da saúde em geral?

Afinal, por que falar de comunicação em saúde?

À primeira vista, quando se pensa o que é comunicação em saúde, associa-se logo a dar acesso à informação a trabalhadores, gestores e usuários de saúde, ou seja, a comunicação é fundamentalmente passar uma mensagem de um emissor (profissional) para um receptor (usuário) através de um meio adequado, recaindo naquilo que é chamado de concepção instrumentalista da comunicação que basicamente serviria apenas para informar, repassar conteúdo. Mas, quando nos deparamos com as relações cotidianas do processo de trabalho na saúde, podemos perceber que a disponibilização de informações seja na atenção (relação técnico-usuário), seja na gestão (relação trabalhador-gestor), nem sempre resolve os problemas ou produz as transformações imaginadas pelo emissor da mensagem.

A partir disso, começamos a indagar: será que o problema é uma questão de falta de competência do emissor (técnico ou gestor), falta de eficiência da mensagem ou incompreensão do receptor (usuário ou trabalhador), que não teria recursos cognitivos suficientes para entender a mensagem que lhe foi transmitida.

A comunicação em saúde é um problema dos meios e das pessoas envolvidas? Ou está pensando a comunicação distanciada da complexidade do objeto saúde-doença-cuidado? Pensamos que as práticas e os processos de saúde e doença não se definem apenas como disfunção biológica, mas como integrados a processos psíquicos e socioculturais que se fazem no cotidiano das relações sociais.

Pensar e fazer saúde a partir de uma perspectiva ampliada aponta para a consideração dos contextos culturais e simbólicos dos sujeitos e das coletividades que, por sua vez, exige pensar a comunicação como elemento estratégico de qualificação do cuidado. Nesse sentido, promover uma prática de comunicação é mais do que emitir mensagens adequadas de acordo com o problema da doença ou do seu agravo. Existe uma preocupação com a negociação dos sentidos (como a mensagem é apropriada e se é apropriada) e dos tipos de relação profissional/usuário que as mensagens produzem ou reproduzem (TEIXEIRA, 1997, p. 25)

Assim, seja no contexto da atenção, seja no contexto da gestão, as palavras proferidas delimitam lugares e limites de quem pode ou não falar do que pode ou não ser falado implicando exclusão dos usuários do seu processo de cuidado. O próprio modelo assistencial é uma forma de comunicação, na qual certas palavras são ditas em detrimento de outras e certas verdades são aceitas em detrimento de outras. Cuidar a partir da comunicação é se atentar ao modo como produzimos ou reproduzimos acriticamente modelos de assistência através da consideração de como nossas práticas implicam modos de chegar aos usuários e de como recebemos o que eles nos passam conectando a sentidos pré-estabelecidos que não pertencem ao universo do usuário, mas que o codifica e o estigmatiza.

Nesse sentido, comunicar em saúde é perceber que a informação não é neutra e produz modos de trabalhar em saúde e modos de cuidar em saúde, modos de educar em saúde, enfim, produz formas de relação trabalhador-usuário que são atravessadas por imaginários culturais, valores sociais e subjetivos amalgamado nas políticas de saúde e de atenção e que são determinantes da maneira como a mensagem vai ser transmitida e recebida.

ATIVIDADE PRÁTICA 5

Tipo de atividade: coletiva

Prática na Comunicação em Saúde



No município de Sorrisópolis, observou-se um alto índice de câncer bucal nos últimos seis meses. Em virtude disso, a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente aos meios de comunicação local, resolveu convocar as equipes de saúde bucal para dar entrevistas na rádio com o objetivo de incentivar a população a realizar o autoexame bucal e, com isso, detectar precocemente possíveis casos de câncer bucal, além de ficar mais informada sobre os fatores de risco e sobre os sintomas.

Sigam as orientações do docente para desenvolver as entrevistas

3.1 Comunicação e Humanização

A partir da proposta de humanização e do conceito de saúde ampliada materializado nas políticas, ações e serviços de saúde no Brasil, entende-se que a comunicação tem como desafio fundamental unir procedimentos de gestão ou assistenciais (uso de tecnologias duras ou linguagem técnica) à qualidade da informação, de modo que os técnicos e gestores criem um espaço de diálogo, reconhecendo e negociando com o outro. Maneiras de se comunicar ou se dirigir ao usuário refletem maneiras de cuidar que, por sua vez, consideram o outro seja como sujeito, que é a ideia fundamental da humanização, ou como objeto, pessoa reduzida a sua doença e seus sintomas.

É importante destacar que a comunicação como processo de entendimento mútuo não significa a expectativa de consenso total e imediato, mas a criação de dispositivos ou condições para o entendimento, o que ultrapassa o esquema tradicional emissor-mensagem-receptor centrado na compreensão e transmissão da informação. A comunicação envolve também produção de formas de relação técnico-usuário, porque a entende como uma relação social culturalmente determinada e determinante de posturas e atitudes tanto do técnico quanto do usuário em saúde.

Considerar a fala do outro não é necessariamente concordar, mas reconhecê-la como válida, com uma lógica própria a partir de suas vivências e saberes, o que já é uma condição para a produção de entendimento e cuidado. Isso não é tratar o outro como vítima ou culpado, mas sim reconhecer as diferenças de modo que não excluamos o sujeito do cuidado que prestamos e o cuidado seja comprometido com a vida e com os direitos dos usuários.

Assim, a comunicação como elemento da humanização se torna imprescindível para a atenção integral do sujeito, abordando o sujeito como um todo nos seus aspectos

biológicos, sociais e subjetivos. Nessa perspectiva, mais do que emitir informações a respeito do quadro clínico e dos procedimentos, o profissional aprende a escutar o sujeito, na sua versão do sofrimento, na sua expectativa de cuidado, nos seus anseios de recuperação. Assim, se produz um agir comunicativo onde falar não exclui o escutar e a doença não exclui o sujeito que adoece (DESLANDES, 2004, p. 645). A comunicação efetivamente se torna condição de cuidado mais do que reprodução de uma assistência mecânica e anônima, na qual o sujeito se reduz apenas a um objeto de intervenção.

Portanto, a comunicação em saúde se torna um vetor fundamental de humanização do cuidado que, por sua vez, supõe uma concepção baseada na dimensão simbólica do corpo e da doença que se amplia, incluindo o usuário como sujeito que também interfere nos processos de saúde-doença-cuidado.

Teixeira (1997) distingue e opõe dois modelos de comunicação que as políticas de saúde importaram e que ainda convivem apesar dos embates. O modelo unilinear que pensa a comunicação em saúde como uma questão de selecionar e transmitir informação (emissor) para a mudança de comportamento (receptor). Já o modelo dialógico propõe a consideração da experiência do usuário e o respeito à autonomia e condição cognitiva como partes do processo comunicacional, que é um processo de trocas horizontais entre dois sujeitos, técnico e usuário (TEIXEIRA, 2004, p14.25-28)



Tipo da atividade: coletiva

Humanização

1º momento

Doutora, tô grávida, tire meu dente!

A ACS Ana, em uma visita domiciliar em Sorrisópolis, ouviu a queixa de Marina, uma usuária jovem, com 19 anos, que mora com a avó, a mãe, o pai e o irmão caçula, de 10 anos. A jovem se queixou muito de dores difusas na boca e que nunca tinha sentido isso antes e, segundo a avó e a mãe, era normal, por causa da gravidez, que "ter filho é assim mesmo. Se procurou, agora, aguente". A garota queria que a agente a encaminhasse ao dentista para passar algum remédio "para passar a dor". A agente a encaminha ao dentista da sua unidade e, uma semana depois, aguentando dor e falatório, vai à dentista. Chegando lá, a dentista cumprimenta e pergunta:

- Pode entrar, fique à vontade. Qual é seu nome?

- Licença, doutora, meu nome é Marina, obrigada.

A jovem entra e parece insegura e, ao mesmo tempo, ansiosa para resolver logo o problema.

- E aí, Marina, como é que você está, e o filhão, ou filhona?



- Doutora, tô cheia de dor, esse dente que não me deixa em paz. Olhe, se quiser arrancar tudo, pode arrancar.

- Mas por que, moça? Tão bonita e jovem, por que quer extrair o dente?

- Sei que esse dente tem a ver com a gravidez e que é assim mesmo. A mãe me falou que passou pela mesma coisa quando me teve e extraiu até pra não demorar muito com isso por causa da criança.

- Mas Marina, você acha que cuidar de você é deixar de se preocupar com seu filho? Eu tenho outra proposta: eu vou avaliar sua boca hoje e você vai ficar vindo regularmente para "nós" duas cuidarmos de sua dentição e qualquer dúvida ou mesmo alguma mudança que você perceba me comunique pra gente ver o que é melhor fazer.

- Não vai ter que arrancar, não? E se essa dor não passar? E se fizer mal pra criança? Eu só vim pra cá porque a dor tava muito forte e porque a agente insistiu, se não, nem vinha. Nem sabia que tinha tratamento pra isso.

- Pois é, tem sim e não vai fazer mal nenhum pra seu filho. Então, combinado assim. Vamos ver essa boca como está?

Após a consulta, Marina voltou para casa mais tranquila, falou com a mãe e com a avó que se impressionaram e comentaram que, antes, não era assim tinam que aguentar, quando a dor estava forte, arrancava e pronto.

Marina prosseguiu o tratamento e descobriu que se cuidar como mulher não implica necessariamente descuidar do filho.

Após leitura do caso, respondam às seguintes questões norteadoras para posterior discussão.

1. Por que a jovem achava que a única possibilidade de tratamento era a extração?
2. Com base na fala da dentista, você observa a diferença de sua postura e a atitude de outros profissionais de épocas mais antigas, a partir do conceito de humanização? Justifique.
3. Considerando que o acompanhamento da usuária foi realizado na atenção básica, como você entende o papel dessa em relação à humanização no que diz respeito à ampliação da clínica para além da doença e da lógica queixa-conduta?
4. Como você, profissional auxiliar de saúde bucal, pode contribuir para a promoção do cuidado humanizado através da comunicação?



2º momento

Assistam aos vídeos propostos pelo docente e descrevam os aspectos observados mais relevantes.



ATENÇÃO

A política nacional de humanização (PNH) tem como duas de suas diretrizes fundamentais o acolhimento e a clínica ampliada. Ambas as orientações interferem diretamente no modelo assistencial e, consequentemente, nas formas de comunicação, de modo que o usuário seja corresponsável do cuidado e o profissional considere na programação das intervenções a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde. Ou seja, o sujeito em seu contexto com os valores grupais e saberes próprios acerca de seu sofrimento não o reduzindo assim a um diagnóstico (BRASIL, 2008)

ATIVIDADE 13

Tipo da atividade: coletiva

Formas de Entendimento em um Processo Comunicativo

Assistam ao vídeo proposto e sigam as orientações do docente para o desenvolvimento desta atividade.

ATIVIDADE COMPLEMENTAR: coletiva

As Diversas Formas de Comunicação em Saúde

Dividam-se em dois grupos. Cada grupo irá executar e apresentar as seguintes atividades:

1º grupo: encenará a transmissão de uma má-notícia ao usuário;
2º grupo: irá elaborar uma informação de saúde de modo escrito (folders, cartazes, etc.).

Ao final de cada apresentação, os grupos farão comentários do que poderia ser melhorado nas formas de comunicação em saúde apresentadas.

3.2 Promoção e Comunicação em Saúde na Atenção à Saúde Bucal

A promoção em saúde é um conjunto de estratégias, como educação em saúde e grupos de discussão, referidas a modos de organizar as ações e serviços em saúde com o foco na capacidade de autonomia dos sujeitos e na consideração da saúde e da doença a partir de determinantes sociais, econômicos e políticos. Promover saúde é agir reflexivamente, respeitando a capacidade das pessoas, a condição de sujeitos, levando em conta o contexto sociocultural no qual elas estão inseridas. A ideia de saúde se amplia, transferindo o foco das ações curativas centradas apenas na doença para ações preventivas e participativas centradas na relação sujeito e processos de saúde-doença-cuidado, que estimulem o autocuidado e a formulação de projetos e programas de alcance coletivo.

Esse modo de entender e intervir em saúde aponta para a importância da comunicação como parte da construção de contextos saudáveis e indutora de autonomia nas relações entre gestão política e clínica que desemboca na relação técnico-usuário. A comunicação em saúde sob a perspectiva da promoção preocupa-se em tornar as informações acessíveis e integradas aos saberes de cada usuário, sob pena de que os discursos em jogo produzam hierarquias e distanciamentos entre o sujeito e o cuidado e entre o sujeito e o próprio corpo. Ou seja, a promoção à saúde, enquanto diretriz das ações e dos serviços, vem instigar uma prática para além da odontologia tradicional centrada na lógica da queixa-conduta e nos procedimentos, ampliando o pensar e o fazer clínico para a saúde bucal em uma perspectiva integral da saúde.



Para refletir

A educação tradicional valoriza métodos de ensino-aprendizagem baseados na comunicação unilateral e em uma concepção instrumental de comunicação que induz a um modelo de educação bancária como indicado por Paulo Freire – quanto mais informação, melhor, levando a uma postura do docente que sabe e transmite informações para aqueles que supostamente não sabem. Tal modelo implica distanciamento da realidade dos alunos, na sua subjetividade e esvaziamento de suas relações cotidianas.

Observação: para aprofundamento acerca da crítica à educação bancária e do contraponto à educação problematizadora e sua estratégia de integração do aluno na construção do conhecimento, sugerimos o livro: BORDENAVE, D.; PEREIRA, A. M. Estratégias de ensino-aprendizagem. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

ATIVIDADE 14



Tipo da atividade: coletiva

A Comunicação em Saúde

Formem grupos, discutam e escrevam sobre a importância da comunicação em saúde. Apontem os seus objetivos,os problemas e quais as consequências de uma comunicação insatisfatória ou inadequada.

ATIVIDADE COMPLEMENTAR: coletiva

Dinâmica da Comunicação

Sigam as orientações do docente para o desenvolvimento da dinâmica proposta.

ATIVIDADE 15

Tipo da atividade: coletiva

A Comunicação entre a Equipe de Saúde da Família e os Usuários

Urgência Odontológica na CSF de Sorrisópolis

Dona Beatriz e Sr. José procuraram, mais uma vez, a CSF de Sorrisópolis, pois ele sofreu com dor de dente a noite toda, inclusive apresentando edema de face no lado esquerdo. Ao chegar à CSF, solicitaram à recepcionista o atendimento de urgência pelo dentista, e ela, sem lhes dar muita atenção, disse:

- Bata ali na sala da dentista e pergunte se ela pode lhe atender, pois hoje esta unidade está um inferno de gente.

Dona Beatriz, meio encabulada, se dirigiu à sala de Odontologia, onde falou com a ASB Aline:

- Gostaria que a dentista desse uma olhada em meu marido, que está morrendo de dor de dente.

A ASB respondeu:

- Minha Senhora, a doutora acabou de chegar, está cheia de gente para atender e ficha só daqui a 15 dias.



Dona Beatriz:

- Mas será que a dentista não podia sequer passar uma medicação para dor e um atestado, pois meu marido está sem condições de trabalhar.

ASB, mais uma vez, falou:

- Minha senhora, sem condições. Hoje, tem 15 pessoas marcadas e a dentista chegou tarde. Procure a urgência para que seu marido seja atendido. Com licença, que temos muita gente para atender.

E fechou a porta, sem sequer olhar o quadro do usuário, ou relatar o acontecido para a dentista.

Quando a ASB entrou no consultório, a dentista perguntou:

- O que a usuária queria?

- Ela queria um atestado para o marido que não foi trabalhar.

Dona Beatriz e Sr. José, indignados, procuraram a gerência da CSF que segundo informação da recepcionista, não sabia se iria chegar ou a que horas.

Revoltada, dona Beatriz começou a esbravejar no corredor, dizendo que todos ali faziam pouco caso da dor alheia e que iria "chamar a rádia" para denunciar o descaso que era esse posto.

A dentista, ao ouvir os gritos, abriu a porta e perguntou assustada:

O que está acontecendo?

Discutam sobre as possíveis falhas de comunicação observadas nesse caso.

Reescrevam a estória de modo a melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e usuários.

4 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Josefa Cilene Fontes Viana
Tereza Mônica Leite Fraga

4.1 Processos Educativos

A educação deve ser considerada um meio de transformação social, que leva as mudanças comportamentais individuais, familiares ou comunitárias. Deve ser compreendida como um processo que procura buscar mudanças na vida das pessoas, para que essas sejam capazes de desenvolver a consciência crítica sobre os fatores que podem levar aos seus problemas e, assim, criar possibilidades de melhoria nas condições de saúde individual e/ou coletiva (SINKOC, 2001).

Por outro lado, a educação para a saúde estimula também a criatividade dos profissionais da saúde no que diz respeito à elaboração de material educativo para a realização de atividades de promoção e educação, preparando esses profissionais para o desenvolvimento de estratégias que visem ao estímulo da comunidade ao autocuidado.

A Odontologia moderna procura se apoiar na educação em saúde e busca, na integralidade das suas ações, a resolutividade. Ela tem como objetivo a mudança de comportamento necessária para a aquisição e manutenção do autocuidado à saúde bucal e para a promoção de saúde. Esse processo objetiva tornar o indivíduo corresponsável pela sua própria saúde (ATAÍDE; FERRAZ, 2009).

Para Narvai (1992), um programa destinado à saúde bucal deve incluir um conjunto de ações, inclusive a assistência odontológica individual, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo, com o objetivo de manter a saúde bucal.

Para ajudar um usuário ou uma comunidade, em primeiro lugar, é necessário conhecer a realidade de cada um, ou de cada grupo; seu modo de vida, suas crenças, os valores, anseios; sua organização na sociedade; como solucionam seus problemas coletivos e individuais, adoecem, tratam da doença, do corpo; qual o seu conceito de qualidade de vida. Em seguida, identificar as situações que justifiquem a intervenção educativa.

ATIVIDADE 16



Tipo da atividade: coletiva

A Comunicação Transformando o Perfil Epidemiológico das Comunidades

No município de Sorrisópolis, observou-se um alto índice de cárie dentária em crianças de 4 a 7 anos. Em virtude disso, mais uma vez, a Secretaria Municipal de Saúde resolveu convocar as equipes de saúde

bucal para a elaboração de uma campanha publicitária com o objetivo de incentivar a população a realizar métodos de prevenção da cárie.

Dividam-se em grupos e montem essa campanha seguindo a orientação do docente.

4.2 O Trabalho de Motivação e Educação de Usuários

Os profissionais de saúde bucal atuam em vários aspectos para desenvolver a tarefa de educar. Precisam ser motivados e, ao mesmo tempo, estimular os usuários na execução das diversas atividades. Procuram, então, atuar nos níveis afetivo, psicomotor e cognitivo.

Quando se fala em estado afetivo, busca-se o acolhimento ao tratar de assuntos ligados à área odontológica, já que, na maioria das vezes, esses estão relacionados à dor, à ansiedade e ao sofrimento, principalmente por usuários que já passaram por experiências negativas. No que diz respeito ao estado psicológico e motor, as atividades devem ser desenvolvidas por meios mecânicos, automáticos, através de práticas constantes. Como exemplo, temos a realização da higiene bucal supervisionada, que deve ser executada sempre com orientação ao usuário sobre a técnica de escovação adequada para cada um e o uso do fio dental. E quando se trata do nível cognitivo, o conteúdo elaborado para educação deve oferecer possibilidade para a compreensão por parte dos usuários. (ARCIERI, et al, 2009).

É importante ter em mente que a escolha do processo educativo a ser utilizado nas práticas de saúde bucal deve estar relacionada com o indivíduo ou a população-alvo a atingir, e que todas as fases são de igual importância para a execução de qualquer ação na área da saúde bucal, seja na prática individual ou coletiva. Esse processo pode estar direcionado aos alunos de uma escola em uma determinada faixa etária ou à população em geral, a uma comunidade, aos usuários frequentadores de uma Clínica de Saúde da Família, aos familiares de usuários, ou a cada usuário em cada visita a uma clínica.



Tipo da atividade: individual

Educação em Saúde

Palestras Educativas no Território

Suzana, cirurgiã-dentista, e sua auxiliar de saúde bucal, Viviane, trabalham na Unidade Básica do povoado Sorrisópolis e costumam realizar palestras educativas todas as quintas-feiras pela manhã nas escolas, utilizando cartazes e exibição de vídeos. Com o decorrer dos meses, elas perceberam que os alunos não estavam demonstrando motivação, pois conversavam, entravam e saíam várias vezes da sala de aula e já não

tinham mais interesse em participar das ações educativas. Elas não sabiam mais o que fazer diante dessa situação, pois não conseguiam entender por que, do ponto de vista delas, as palestras não tinham surtido o efeito que esperavam, uma vez que haviam elaborado um material rico em informações, bem-aprofundado e ilustrado.



Após a leitura do caso descrito, responda as questões a seguir:

1. Para você, qual poderia ser o maior problema da não motivação desses alunos?
2. Se você fizesse parte dessa equipe de saúde bucal, quais seriam as suas sugestões para reverter esse quadro?

4.3 Métodos, Técnicas e Produção de Material Educativo, Individual e Coletivo

São recursos que permitem ao profissional e à equipe facilitar a aprendizagem dos usuários:

- utilizar uma linguagem clara, simples e, principalmente, que seja adequada à idade e cultura do usuário, usando macromodelos, cartazes, slides, vídeos ou outros recursos que auxiliem no entendimento do processo educativo. A equipe deve sempre perceber e respeitar as diferentes características de aprendizagem e habilidades de cada usuário;

- quando o usuário já estiver em processo de mudança de comportamento, é importante sempre que ele entenda o objetivo da nova ação educativa e qual a relação que existe entre a situação atual com o novo conteúdo;

- pôr em prática as técnicas de escovação supervisionada e formular questões para exercitar os conteúdos das informações recebidas;

- os profissionais da área odontológica devem recorrer à utilização de tarefas que estimulem o potencial individual, como a prática de atividades criativas, tais como desenhos, cartazes, esculturas, dramatizações, jogos, etc.

Durante o tratamento odontológico, o grau de interesse do usuário deve ser levado em consideração.

O ensino de técnicas e conteúdos deve ser realizado em etapas, e cada etapa deve ser avaliada. Como exemplo, tem-se o método do Arco de Maguerez, que é uma ideia metodológica apropriada para experimentar na prática vários princípios da pedagogia problematizadora.

> O sentido especial do Arco é levar os alunos a exercitarem a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, ou seja, a relação prática-teoria-prática, tendo como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem, a realidade social (SANTOS et al., 2006).

No método do Arco, desenvolvido por Charles Maguerez, a observação da vida real é o ponto de partida, ou seja, a primeira etapa desse processo. Trabalha-se com os alunos a perspectiva da realidade, definindo o que será estudado. A segunda etapa é o levantamento dos pontos-chave, quando são identificadas as possíveis causas para a existência do problema, visando a uma resposta. Uma vez identificados os pontos-chave, serão definidas as formas do estudo, as fontes de informações e a metodologia adequada para esse estudo. Na etapa da teorização, surge a investigação, momento de esclarecimento das dúvidas em busca das soluções para os problemas. Após os estudos e a coleta dos dados, segue-se para criar mais interesse pelo assunto, pois deixam de ser depósitos de informações para se transformar em agentes que buscam mudar a realidade e da comunidade em que vivem (SANTOS, et al., 2006).

Ao problematizar a própria realidade, os aprendizes deverão identificar situações-problema concretas, que sejam passíveis de transformações possibilitando, assim, a construção de novos sentidos e isso implicaria em um compromisso com o seu meio. Do meio, observarão os problemas e, para o meio, levarão uma resposta de seus estudos, visando a aplicar os conhecimentos na solução dos problemas (SANTOS, et al., 2006).

A postura da Equipe de Saúde Bucal, denotando firmeza, segurança e entusiasmo, é importante no processo educativo, bem como a maneira adequada de se relacionar com o usuário.

O Arco de Maguerez

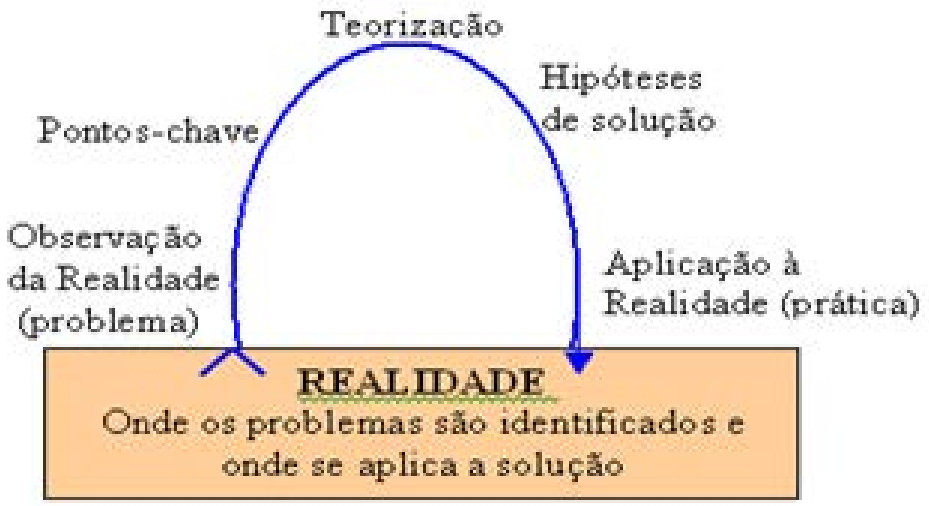


Fig. 1: O Arco de Maguerez. **Fonte**: A Metodologia dos Desafios. Brasília, 2002. p. 35.

ATIVIDADE 18

Tipo da atividade: coletiva

O Arco de Maguerez



Formem grupos. De acordo com a estória da cirurgiã-dentista Amélia e sua ASB Aline, desenhe o Arco de Maguerez, identificando as etapas.

4.4 Educação em Saúde

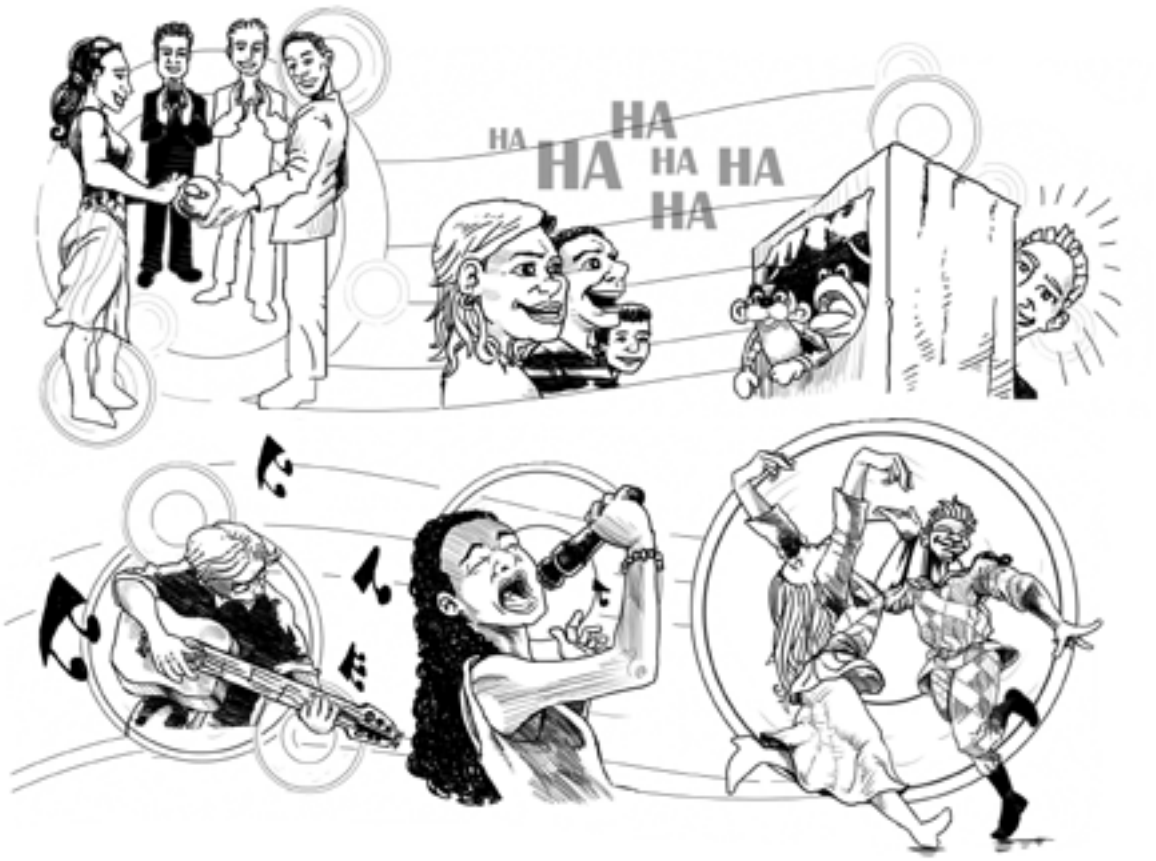
A educação para a saúde deve ser capaz de sensibilizar os indivíduos para a consciência crítica de seus problemas e de suas causas, além de estimulá-los à mudança de comportamento e à formação de condutas saudáveis, gerando qualidade de vida.

> Com a utilização da pedagogia problematizadora que não somente informa, mas também instrumentaliza para a transformação social, espera-se que haja reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e estímulo à criatividade, com a perspectiva de melhorar o nível dos indicadores de saúde (ARCIERI et. al., 2009, p.76).

A opção de desenvolver a pedagogia problematizadora tem a compreensão das ações que buscam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença, levando-se em conta os fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como possibilitam que o usuário conquiste sua autonomia através das mudanças de hábitos (BRASIL, 2004).

Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente desenvolvidos pela ESB, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas, ou seja, com o apoio e a participação das equipes das unidades de saúde. As instituições públicas como escolas, orfanatos, asilos e outras são locais preferenciais para esse tipo de ação, porém, os profissionais de saúde, enquanto cuidadores, não devem esquecer que todos os espaços, sem exceção, devem ser considerados para que possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado.

O trabalho da ESB não deve apenas se restringir a atividades assistenciais, já que as resolutividades das ações de educação em saúde nos espaços extraclínicas estão sendo executadas. Essas ações podem ser feitas, por toda a equipe de Saúde da Família, mas compete ao cirurgião-dentista planejá-las, supervisioná-las e avaliá-las, sendo esse, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações (BRASIL, 2004).



ATIVIDADE PRÁTICA 6

Tipo da atividade: coletiva

Educação em Saúde Bucal

Dividam-se em quatro grupos e elaborem uma palestra educativa sobre saúde bucal de acordo com os públicos-alvo: criança, adolescente, gestante e idoso, para a apresentação em sala de aula. Em seguida, apliquem a palestra elaborada na CSF que trabalham. Relatem a experiência e, se possível, tragam registros.

REFERÊNCIAS

ARCIERI, R M; MARRA, E M de O; AZEVEDO, M R; TANNUS, L P; CARVALHO, M de L R LOUREIRO, M T; ONO, R; HERVAL, Á. M. Educação para a Saúde: Um Compromisso Social da Faculdade de Odontologia com Escolares da Rede de Ensino de Uberlândia. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v.8, p.76-85, jan./dez. 2009.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em 14 de outubro de 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia Cognitivo-Comportamental: Conceitos e Pressupostos Teóricos. **Revista Eletrônica de Psicologia**. N. 04, Curitiba, Jul. 2004. Disponível em: http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/. Acesso em 14 de outubro de 2012.

BARBOSA, C. S. A.; TOLEDO, O. A. Uso de Técnicas Aversivas de Controle de Comportamento em Odontopediatria. **JPB – J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.76-82, 2003.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de Ensino-aprendizagem**. 32. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

BOURDIEU, P.O **Que Falar Quer Dizer: A Economia das Trocas Simbólicas**, Algés: Difel, 1998.

BRASIL, M. da S. Brasil Sorridente, 2004. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS** - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CABRAL, A. **Dicionário de Psicologia e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 1971.

_____, **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, de Sundsvall e de Bogotá. Brasília: MS, 1996.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2ª edição, Brasília: MS, 2007.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um Estudo Histórico e Epistemológico. **Psicol. cienc. prof**., Brasília, v. 20, n. 4, Dez. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em 14 de outubro de 2012. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008.

CUNHA, L. S. Saúde Bucal do Trabalhador e a Assistência Odontológica nas Empresas. 2005. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo. Bauru, 2005.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A.. Processos Comunicativo e Humanização em Saúde. In. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.641-649, 2009.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1996.

FUNESA. Fundação Estadual de Saúde. **Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política**. Livro do Aprendiz 7 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011. Material Didático-Pedagógico de Educação Permanente da FUNESA – Rosiane Azevedo da Silva Cerqueira (autora). 94p.

FUNESA. Fundação Estadual de Saúde. **Material Didático Pedagógico de Educação Profissional da Escola Técnica do SUS em Sergipe**. Módulo I – Livro Texto/Fundação Estadual de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. –Aracaju: FUNESA, 2011.

JEAMMET, P.; REYNAUD, S.; CONSOLI, S. **Manual de Psicologia Médica**. São Paulo, Ed. Durban, 1989.

JOSGRILBERG, E. B. & CORDEIRO, R. C. L. **Aspectos Psicológicos do Paciente Infantil no Atendimento de Urgência**. Odontologia. Clín.-Científ., Recife, 4(1): 13-18, jan/abr., 2005.

LEACH, E. **Cultura e Comunicação**. Lisboa: Edição 70. 2009.

LOWEY, G.H. **Growl and Development of Children**, ed. 8, Year Book Medical. Chicago, p. 456-79, 1998.

MUGAYAR, F.R.L. **Pacientes Portadores de Necessidades Especiais: Manual de Odontologia e Saúde Bral**. São Paulo, Pancast, 2000.

NARVAI, P. C. **Saúde Bucal: Assistência ou Atenção?** FSP/USP, 1992.

PERESTRELLO, D. **A Medicina da Pessoa.** Rio de Janeiro/São Paulo, Livraria Atheneu, 1982.

SANTOS, J. R.; NAKATANI, A. Y. K.; SOUZA, A. C. S. E; COSTA, L. DE A.; GOMES, N. C. ; DELRIOS, N. H. A. Implementação do Arco de Maguerez como Alternativa Metodológica para Validação da Teoria da Problematização de Paulo Freire. In: **58ª Reunião Anual da SBPC**. Florianópolis, jul. 2006.

SBCD – Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatologia. **Câncer de Pele**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cirurgia, 2008. Disponível em: < http://www.sbcd.org.br>. Acesso em: 2 ago. 2011.

SINKOC, C. R. Educação em Saúde Bucal e a Motivação do Paciente. **Rev. Odontol. Univ. Santo Amaro**, v. 6, n. 2, p. 40-43, jan./jun./jul./dez. 2001.

TEIXEIRA, R. R. Modelos Comunicacionais e Práticas de Saúde. In. **Revista Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n. 1, p. 7-40, 1997.

TURNER, V. **Floresta de Símbolos: Aspectos do Ritual Ndembu**. Niterói: EdUFF, 2005.

VARELLIS, M. L. Z. **O Paciente com Necessidades Especiais na Odontologia-Manual Prático**. 1. ed., Santos, São Paulo, 2005.

VELLINI, F. F. **Ortodontia – Diagnóstico e Planejamento Clínico**. São Paulo: Artes Médicas,2ª ed. 1997.

VIANNA, L. S. **Medicina Psicossomática em Odontologia**. Belo Horizonte, Ed. O Lutador, 1989.

WOLF, S. **Psicologia no Consultório Odontológico**. 2 ed. - São Paulo - Arte & Ciência Editora - 2002 - 174 p.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALBUQUERQUE, C M, GOUVÊA, C V D de, MORAES, R de C M, BARROS, R N, COUTO, C F do. Principais Técnicas de Controle de Comportamento em Odontopediatria. Departamento de Odontotécnica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil. **Arquivos em Odontologia**, Volume 45, Nº 02, pg. 110-115. Abril/Junho de 2010.

ATAÍDE e FERRAZ, C. de; BARROS, C. S, VIEIRA, L. B. Utilização de Instrumentos para Avaliar Ações Educativas em Saúde Bucal: Um Relato de Experiência Universitária. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador/ Bahia: v33 n2 2009. ISSN 0100-0233.

BARATTO, G. Genealogia do Conceito de Transferência na Obra de Freud. **Estilos clin**., São Paulo, v. 15, n. 1, jun. 2010. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jul. 2012.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA, **Falando Sobre Câncer da Boca**– Rio de Janeiro: INCA, 2002, 52 págs.

BARROS, P. S.; DIAS, R.S.C.; MELLO, P.B.M. Promoção da Saúde em Ambiente de Trabalho. In: **Odontologia do Trabalho**: uma Visão Multidisciplinar, Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2006. p.11 – 30.

CANESQUI, A. M. Compreender a Dor. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v 15, n. 37, junho de 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php. Acesso em 02 de julho de 2012.

CAPELOZZA F. L. et al. Conceitos Vigentes na Etiologia das Fissuras Labiopalatais. **Revista Brasileira de Cirurgia**. Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 233 -240, jul/ago 1988.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**: O Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

HALL, C. S. Teorias da Personalidade – 4 ed. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

JORGE, M. M. A. O Impacto Epistemológico das Investigações sobre "Complexidade". **Sociologias**, Porto Alegre, n. 15, Junho 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 14 de outubro de 2012.

LEITES A.C, PINTO M.B, SOUSA E. R. **Aspectos Microbiológicos da Cárie Dental**. Salusvita, Bauru, 25(2):239- 252, 2006.

LOPES, M. A.. Reconhecendo e Prevenindo as Doenças Bucais. In: **Odontologia em Saúde Coletiva**: Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre: Editora Artmed. 2003.

MELLO F. J. **Psicossomática Hoje**; Porto Alegre; Artes Médicas, 1992.

MOISÉS, M. A Educação em Saúde, a Comunicação em Saúde e a Mobilização Social na Vigilância e Monitoramento da Qualidade da Água para Consumo Humano.

Publicado no J**ornal do Movimento Popular de Saúde**/MOPS em 2003. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo2.pdf. Acesso em: 15 jul. 2011.

Organização Pan-america da Saúde - OPAS. **Carta de Ottawa**: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf. Acesso em: 17 de jul. de 2011.

PEREIRA, A. C. ET al. **Odontologia em Saúde Coletiva**. Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre. Editora: Artmed. 2003.

PEREIRA, L.H.M.C.; RAMOS, D.L.P.; CROSATO, E Ansiedade e Dor em Odontologia – Enfoque Psicofisiopatológico. **REVISTA APCD**, v. 49(4), p. 285-90, 1995.

PICADO, L. **Ansiedade na Profissão Docente**. Mangualde/Portugal: Edições Pedago, 2005.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Ed.Santos, 2000.

RANGEL, S. R.; MOREIRA NETO, M. C. V, SIEBRA, J. J.; ROCHA, E. J. M.; CARVALHO, LUNA, A. C. Avaliação de Um Programa Educativo em Prevenção Odontológica como Estratégia para o Controle da Placa Bacteriana. **Revista Pediatria Ceará**, v. 5, n. 2, p. 54-59, jul./dez. 2004.

ROTHROCK, J. C. (2007) **Alexander's Care of the Patient in Surgery** 13th Ed. Mobsy Elsevier: St Louis, Missouri. pág.148.

SALIBA, N. A.; PEREIRA, A. A.; MOIMAZ, A. S.; GARBIN, C. A. S.; ARCIERI, R. M. Programa de Educação em Saúde Bucal: A Experiência da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 2, n. 3, p. 197-200, set./dez. 2003.

SANTOS, M. M. S. **Psicologia e Intervenções Odontológicas**. Disponível em: HTTP://www.artpage.com.br/marise/odonto.html. Acesso em 10 de agosto de 2010.

SHEIHAM, A.; MOYSÉS, S. J. O Papel dos Profissionais de Saúde Bucal na Promoção de Saúde. In: BUISCH, Y. P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, p. 23-37.

VICENTE, S. P. A Odontologia Psicossomática, a Psicanálise e a Psicologia Interagindo na Relação Profissional-paciente. **Monografia** de Conclusão do Curso de Psicossomática na ABMP-SP – 2004.

WEINE, S. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – Um Desafio para as Novas Gerações. In: KRIGER, L. ABOPREV – **Promoção de Saúde Bucal**, São Paulo: Artes Médicas, Cap. 1, 1997. p. 1 – 26.

WEISZFLOG, W. **Michaelis: Moderno Dicionário Da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2000, p. 2256.

III

COMPONENTE CURRICULAR

VIGILÂNCIA EM SAÚDE BUCAL

Diego Noronha de Gois

Sumário

1 Introdução.....117
2 Relembrando a Vigilância em Saúde.....117
3 Vigilância em Saúde Bucal.....119
3.1 Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal.....120
3.1.1 Doenças de Notificação Compulsória.....124
3.2 Vigilância Sanitária em Saúde Bucal.....126
3.2.1 Vigilância dos Estabelecimentos de Prestação de Serviços Odontológicos.....126
3.2.2 Vigilância dos Produtos para Higiene Bucal.....131
3.2.3 Vigilância dos Alimentos, Bebidas e Medicamentos.....134
3.3 Vigilância Ambiental em Saúde Bucal.....136
3.3.1 Vigilância Ambiental da Água para Consumo Humano.....136
3.3.2 Vigilância Ambiental de Contaminantes - Resíduos Tóxicos.....137
3.4 Vigilância à Saúde Bucal do Trabalhador.....139
Referências.....141

1 INTRODUÇÃO

As conquistas advindas com a Constituição cidadã de 1988 trouxeram para o cenário político-social do Brasil a necessidade de um movimento amplo de mudanças no campo da saúde, de modo a assegurar à população seus direitos legais. Esse movimento é contínuo e permanece ativo nos dias atuais.

As mudanças de atuação da Odontologia no âmbito do Sistema Único de Saúde ocorreram no bojo destas transformações e surgiram da necessidade de interação com o território, da articulação com outros setores, entre os membros da equipe e da participação no controle social. De uma forma ampla, isso inclui o desenvolvimento de ações relacionadas à vigilância em saúde em todas as suas instâncias (BRASIL, 2006).

A familiarização dos ASBs e TSBs com tais aspectos específicos do exercício odontológico, configura-se como de grande importância e é o elemento chave para uma prática mais voltada ao coletivo.

ATIVIDADE 1



Tipo da atividade: individual e coletiva

Trocando Ideias sobre Vigilância em Saúde

Na unidade I, do módulo I, vocês estudaram sobre a vigilância em saúde e a sua importância na prática do SUS. Naquele momento, foi trabalhado o intertexto 'O cão e a ovelha' (FUNESA, 2011. p.78) como preâmbulo para o desenvolvimento da temática. A partir dos conceitos assimilados, dividam-se em dois grupos e desenvolvam a atividade a seguir:

1. Discutam sobre os principais pontos em Vigilância em Saúde que vocês têm conhecimento.
2. Em um grande grupo, compartilhem as conclusões trabalhadas, discutam-nas e construam uma ideia única e coletiva sobre o tema.

2 RELEMBRANDO A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde configura-se como uma política pública de reorganização tecnológica do processo de prestação de serviços em saúde, com o objetivo de garantir a atenção integral à saúde, por meio de medidas adequadas às necessidades da população adscrita a um determinado território. A terminologia 'vigilância em saúde' agrupa, de forma articulada/inter-relacionada, os objetos de ação das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador (Fig. 1). Segundo Aerts et al, (2004, p.132-133), "esse modelo se pauta no entendimento de que a saúde é um bem construído socialmente, reconhecendo a importância das condições de vida sobre as condições de saúde".



Fig. 1: Organização estrutural da Vigilância em Saúde.

Em termos operacionais, o objetivo da Vigilância em Saúde, extrapola a integração mencionada entre suas instâncias., Pretende-se, em um contexto amplo a reorganização da atenção, de forma que, nas ações de cada vigilância, haja um olhar sensível, atento e ampliado para os riscos e vulnerabilidades presentes no território de trabalho das equipes de saúde. Além disso, almeja-se busca ativa, atividades investigativas, ações intersetoriais, de monitoramento e de avaliação, de forma a proporcionar melhores condições de vida aos indivíduos e à coletividade.

A seguir, serão apontados alguns aspectos gerais de interesse sobre as quatro instâncias de vigilância:

Vigilância Epidemiológica – envolve um "conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva. Tem como finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos" (Lei n.º 8.080, de 19/9/1990), através da "coleta sistemática de dados relacionados com uma determinada doença, sua análise e interpretação e a distribuição da informação processada às pessoas responsáveis por atuar sobre o problema" (BRASIL, 2002, p.21);

Vigilância Sanitária – engloba um "conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - O controle da prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde" (BRASIL, 1990, p.);

Vigilância Ambiental – compreende "um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais

relacionados às doenças ou outros agravos à saúde." (Portaria n.º. 410/MS de 10/10/2000). A divisão operacional de seu universo de atuação estrutura-se segundo os fatores de risco biológicos (vetores; hospedeiros e reservatórios; animais peçonhentos) e não biológicos (água de consumo humano; contaminantes ambientais; desastres naturais e acidentes com produtos perigosos) (BRASIL, 2002);

Vigilância em Saúde do Trabalhador – compreende "uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los" (BRASIL, 1998).

Para uma melhor compreensão didática acerca do assunto é importante conhecer o papel de cada instância que compõe a Vigilância em Saúde. A grande relevância deste tema é que as ações produzidas por tais instâncias não têm natureza isolada; ao contrário, complementam-se e dialogam entre si com vistas a um objetivo comum, isto é, reduzir ou eliminar riscos e promover o fortalecimento das condições de saúde, melhorando, assim, a forma de vida dos sujeitos.

3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE BUCAL

ATIVIDADE 2

Tipo da atividade: coletiva

Tempestade de Ideias sobre Vigilância em Saúde Bucal



Respondam ao questionamento seguinte:
De que forma os conceitos sobre vigilância em saúde podem ser aplicados em Saúde Bucal?

No âmbito da Odontologia, considerando-se a vigilância em saúde, percebe-se a existência de pontos específicos, relacionados às ações individuais e coletivas desenvolvidas pelo cirurgião-dentista e sua equipe, os quais determinam a designação vigilância em saúde bucal. Seguindo uma mesma lógica de organização, a vigilância em saúde bucal estrutura-se em quatro instâncias de competências específicas, porém interrelacionadas.

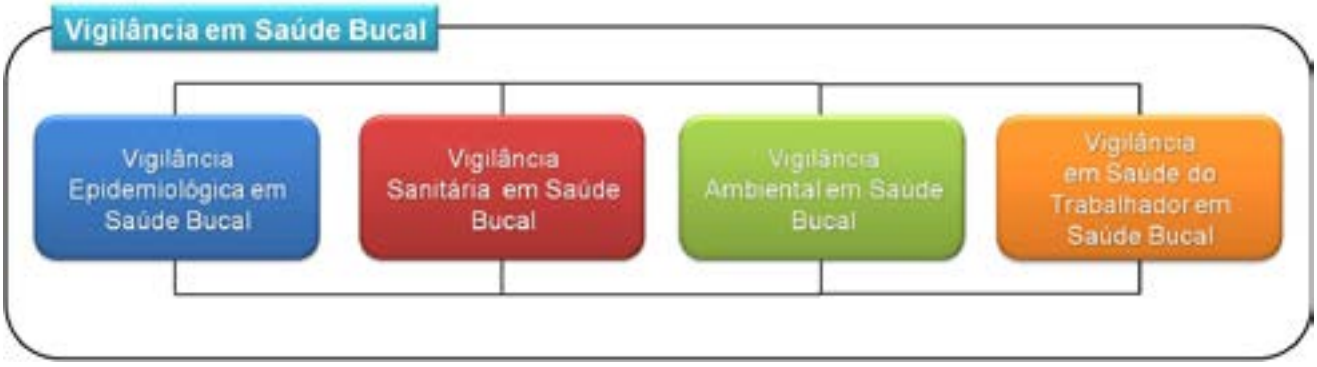


Fig. 2: Organização estrutural da Vigilância em Saúde Bucal.

ATIVIDADE 3



Tipo da atividade: coletiva

Organização de Ideias: Vigilância em Saúde Bucal

Com a ajuda do docente, discutam sobre os elementos que surgiram na atividade 2, agrupem-nas segundo a instância da vigilância em saúde bucal a que compete cada ação mencionada.

O conceito de vigilância em saúde bucal retoma, dessa forma, àquele de vigilância em saúde, assumindo, entretanto, as peculiaridades relacionadas ao núcleo da Odontologia. Assim, ele incorpora uma definição condizente às políticas públicas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços odontológicos. Conforme sua estruturação organizacional, seguem pontos relevantes de conhecimento sobre as instâncias.

3.1 Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal



As ações em saúde bucal de competência da vigilância epidemiológica se referem à busca ativa, a investigação de lesões ou condições bucais que acometam a forma de vida dos sujeitos e dos seus coletivos, incluindo o monitoramento dos principais agravos que afetam a cavidade bucal. De acordo com o último levantamento epidemiológico em nível nacional, realizado pelo Ministério da Saúde, o SB Brasil 2010, os agravantes de maior relevância são (1) as doenças cárie e (2) periodontal; (3) o câncer de boca; (4) os traumatismos dentários; (5) a fluorose dentária; (6) o edentulismo; e (7) a má oclusão.

ATIVIDADE 4



Tipo da atividade: coletiva

Trabalhando com Dados Reais

O gráfico, a seguir, mostra uma comparação dos resultados obtidos a partir do Projeto SB Brasil nas duas edições (2003 e 2010).

Gráfico 1



Os dados mostram o perfil da doença cárie em indivíduos de 12 anos de idade, segundo a região do Brasil, por meio do Índice CPO-D, principal indicador da doença, resultado da média de dentes cariados (C), perdidos/extraídos (P) e obturados (O). Percebe-se que todas as regiões melhoraram o índice entre 2003 e 2010, exceto a região Norte, que teve ligeiro aumento.

Com base nesses dados, discutam sobre os questionamentos a seguir:

1. Como é possível comparar os dados de dois momentos diferentes?
2. O que pode justificar a diferença de valores encontrados para as regiões Nordeste e Centro-Oeste em relação às regiões Sudeste e Sul?
3. Quais possíveis ações relacionadas à vigilância epidemiológica em saúde bucal podem ter sido realizadas, de modo a justificar tal declínio no índice CPO-D?
4. O que os dados relativos ao ano de 2010 representam, se considerarmos que, segundo classificação da Organização Mundial da Saúde, para se obter o status de baixa prevalência de cárie, o CPO deve ser entre 1,2 e 2,6?

Assim, a organização das ações de vigilância epidemiológica nesse campo, estão voltadas para a estruturação de pesquisas/levantamentos epidemiológicos a serem realizadas(os) periodicamente, a fim de (1) identificar a condição bucal da população quanto àqueles agravos e os sinais de risco (risco social; falta de acesso aos programas de prevenção, promoção e reabilitação; fatores de risco locais, sistêmicos e ambientais); (2) planejar ações específicas de prevenção, promoção e reabilitação, e (3) avaliar tais ações.

Dois aspectos merecem destaque quanto à vigilância epidemiológica:

1 – as pesquisas e os levantamentos epidemiológicos devem seguir modelos estabelecidos por órgãos reguladores (exemplo: Organização Mundial de Saúde), de modo a permitir a comparação dos dados;

2 – um sistema de informação deve ser organizado para permitir o monitoramento da condição bucal e avaliação de resultados.

O Projeto SB Brasil configura-se como o exemplo maior da reestruturação da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente – em termos de vigilância epidemiológica em saúde bucal, com foco na construção de uma base de dados permanente relativa aos principais indicadores de saúde bucal. Duas edições já foram realizadas, uma em 2003 e outra em 2010 e, isso permitiu traçar, **transversal** ou temporalmente, um diagnóstico completo da condição bucal dos brasileiros e, de forma comparativa, possibilitou avaliar o impacto do Programa Brasil Sorridente e da política nacional e estadual de saúde bucal, bem como planejar ações nessa área para os próximos anos.

A metodologia transversal para diagnóstico de uma condição se constitui na apresentação do número de casos "da doença" em um dado momento.
Exemplo: o número de usuários com doença periodontal no ano 2010.

Com o propósito de se aproximar ao máximo da realidade do território, a equipe de saúde bucal deve realizar levantamentos epidemiológicos baseados no modelo do SB Brasil. Além disso, os dados provenientes da alimentação mensal dos programas SIA-SUS e SIAB podem sinalizar a necessidade de ações específicas por meio dos indicadores de saúde bucal.

Você se lembra do SIA-SUS e do SIAB?

Quadro 1: Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de Informação da Atenção Básica

Sistema	Objetivo	Instrumento	Informações
Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)	Coletar dados de atendimento ambulatorial e alta complexidade para fins de ordenação do pagamento dos serviços prestados nos Municípios	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC)	Nº de consultas por habitante/ano; Nº de consultas por unidade conveniada; Nº de exames; de terapias realizadas e procedimentos de alta complexidade
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	Coletar dados para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família	Cadastro das Famílias e Boletim de Produtividade da Equipe e do ACS	Caracterização da situação sócio-sanitária e epidemiológica de áreas bem delimitadas, dados de acompanhamento pelos ACS de crianças < 2 anos, gestantes, pessoas com hipertensão, diabetes

Fonte: NASCIMENTO, E. A. Unidade de produção pedagógica IV – Informação e Planejamento em Saúde. In: FUNESA, **Material didático pedagógico de educação profissional da Escola Técnica do SUS em Sergipe. Módulo I – Livro-texto.** Aracaju: FUNESA, 2011. p.179-278.

A Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010, incluiu a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde. No entanto, desde o Pacto da Atenção Básica 2006 (Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006) que quatro indicadores de saúde bucal são utilizados como referência, como seguem:

Quadro 2: Indicadores em Saúde Bucal na Atenção Básica

Indicador	Definição	Significado
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no SUS, para realização de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico Percentual de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada	Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS
Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada	Percentual de pessoas que participaram da ação coletiva escovação dental supervisionada	Expressa o percentual de cobertura correspondente a média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado. Permite estimar a proporção de pessoas que teve acesso ao flúor tópico do dentifrício. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, verificando-se relações entre as variações temporais deste indicador e os de cárie dentária e doença periodontal
Média de procedimentos odontológicos básicos individuais	Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período	Expressa concentração de ações com procedimentos clínico-cirúrgicos, realizados por pessoa, nos serviços odontológicos básicos do SUS. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população
Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais	Consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS	Possibilita a análise do acesso da população aos serviços públicos odontológicos especializados. Cotejados com dados epidemiológicos, permite aprofundar a análise da evolução das doenças bucais e obter noção sobre o grau de integralidade dos cuidados. Possibilita análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida os serviços odontológicos do SUS estão respondendo às necessidades da população na assistência odontológica especializada, e também, em certa medida, o grau de resolutividade da atenção básica

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006.** Aprova a relação de indicadores da atenção básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União nº 49, de 13 de março de 2006, seção 1, p. 45

ATIVIDADE 5



Tipo da atividade: coletiva

A Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde

Reúnam-se em grupos e, com base nos seus conhecimentos e no suporte teórico apresentado até o momento, discutam sobre os questionamentos que seguem: Qual a importância da inclusão da Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde?

1. Que tipo de repercussões recairão sobre as práticas diárias da equipe de saúde bucal?

Na última versão do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB 6.4), em 2011, foram incluídos campos que complementam as diversas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde no âmbito da Atenção Básica, em especial aquelas realizadas na área de saúde bucal, como atendimento à gestantes, tratamento concluído, encaminhamento para a atenção secundária em saúde bucal, diagnóstico de alteração na mucosa e atendimento de urgência. Tais modificações, além do olhar vigilante dos membros das ESBs para o território, permitem um monitoramento e avaliação por meio de indicadores de saúde, a fim de melhorar a qualidade da Atenção Básica, seja por meio dos incentivos financeiros ou do apoio técnico.

3.1.1 Doenças de Notificação Compulsória

De acordo com a Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975, no seu artigo 8º:

> "É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças de notificação". (BRASIL, 1975. Grifo nosso)

A relação dessas doenças de **notificação compulsória** (ANEXO C) para todo o território nacional foi definida na Portaria nº 1.943, de 18 de outubro de 2001e atualizada pela Portarias nº 33, de 14 de julho de 2005 e n° 104, de 25 de janeiro de 2011.

A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, do rol de agravos relacionados na Portaria, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes. Além disso, alguns eventos ambientais e doença ou morte de determinados animais também se tornaram de notificação obrigatória.

Fonte: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/notifica_RAPI.htm

ATENÇÃO



Cabe ressaltar que, de acordo com o manual da ANVISA para Prevenção e Controle de Riscos nos serviços odontológicos, "a ocorrência de agravo inusitado à saúde, independentemente de constar da Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória, deverá também ser notificado imediatamente às autoridades sanitárias" (BRASIL, 2006. p.36).

ATIVIDADE 6

Tipo da atividade: individual e coletiva

Sistema de Informação na Atenção Básica

Reflitam sobre o questionamento a seguir e discutam sobre a temática abordada.

O que representa, em termos de vigilância, a inclusão dos campos 'atendimento à gestante', 'tratamento concluído', 'encaminhamento para a atenção secundária em saúde bucal', 'diagnóstico de alteração na mucosa' e 'atendimento de urgência', nos relatórios de produção mensal fornecidos pela equipe de saúde bucal à Secretaria de Saúde?

ATIVIDADE PRÁTICA 1



Tipo da atividade: coletiva

Trabalhando com indicadores

Com base nos consolidados mensais dos três últimos meses referentes à equipe de saúde bucal da qual você faz parte, observe os dados relativos à primeira consulta e à escovação dental supervisionada e desenvolvam a atividade a seguir:

1. Como sua equipe define 'primeira consulta odontológica programática' e 'ação coletiva de escovação dental supervisionada'?
2. O que representam os dois indicadores em termos de saúde bucal?
3. Como sua equipe utiliza esses indicadores em termos de avaliação?
4. Considerando a população adscrita ao território da UBS da qual sua equipe faz parte, bem como a pactuação quanto aos indicadores abordados nesta atividade, como está a assistência odontológica no seu município?

3.2 Vigilância Sanitária em Saúde Bucal

As ações de vigilância sanitária em saúde bucal se estruturam em três grupos:

- vigilância dos estabelecimentos de prestação de serviços odontológicos;
- vigilância dos produtos para higiene bucal;
- vigilância dos alimentos e bebidas.

3.2.1 Vigilância dos Estabelecimentos de Prestação de Serviços Odontológicos

Os aspectos de vigilância relacionados a este item recaem não só sobre o estabelecimento odontológico em si, ou seja, o ambiente da clínica, do consultório, de laboratórios, mas também sobre o processo de trabalho desenvolvido nesses locais.

Essa visão ampliada de abordagem justifica-se por serem esses locais classificados como fontes de risco para os usuários e/ou trabalhadores, sejam esses riscos de natureza física, química ou biológica.

Riscos Físicos

Ruídos: os principais ruídos relacionados ao ambiente do consultório odontológico provêm da caneta de alta rotação e do compressor, embora o micromotor, os sugadores, os condicionadores de ar e os ruídos externos também estejam envolvidos. Medidas de proteção e prevenção incluem o uso de protetores auriculares; realização de testes de audiometria uma vez por ano; lubrificação/manutenção adequadas e testes periódicos (a cada seis meses) desses instrumentos; instalação do compressor fora da sala de atendimento, ou, quando impraticável, com isolamento acústico.



Curiosidade

O comprometimento à saúde por danos ao aparelho auditivo ocorre quando os sons ultrapassam o limite de 85 decibéis (dB) de modo contínuo ou intermitente, por um período de oito horas seguidas ou mais (NARVAI, 1998). No entanto, no consultório odontológico, com manutenção adequada, os níveis de ruído não excedem os 80 dB e, além disso, não são contínuos por 8 horas, por isso, a exposição não se assemelha àquela de outras atividades profissionais (LACERDA et al., 2002).

Raios-X: a radiação X, uma energia eletromagnética com característica **ionizante**, configura-se como o principal risco físico no ambiente odontológico, por ser a tomada radiográfica um ponto importante na prática diária, sobretudo pela sua relevância na tomada de decisões clínicas. A proteção contra essa radiação envolve:

A radiação consegue transformar um átomo ou molécula eletricamente neutro em um íon carregado, podendo ganhar ou perder elétrons. Assim, a preocupação com a radiação ionizante se dá pelo seu potencial de promover alterações estruturais ou destruição celular no organismo humano.

a) medidas gerais:

- revestimento das paredes e portas do consultório com chumbo;
- identificação na porta da sala que estão equipadas com aparelhos de raio-X com o símbolo internacional de radiação ionizante, bem como da inscrição "Raios-X - entrada restrita" ou "Raios-X - entrada proibida a pessoas não autorizadas".

b) medidas direcionadas ao usuário:

- utilização de películas radiográficas adequadas para menor tempo de exposição à radiação X;
- distância do filme apropriada em relação à fonte geradora de raios-X;
- escolha adequada da técnica radiográfica correta execução da técnica radiográfica;
- uso de aventais plumbíferos com protetor cervical com, no mínimo, 0,25mm de espessura, estendendo-se desde a mandíbula até a metade das coxas, de modo a proteger a tireóide, o tórax e as gônadas.

c) medidas direcionadas ao operador/equipe:

- uso do avental plumbífero ou barreira protetora com, no mínimo, 0,5mm de chumbo;
- guardar a distância de, no mínimo, dois metros do usuário e do cabeçote gerador de raios X, assegurando uma angulação entre 90 e 135 graus em relação ao feixe primário;
- uso de dosímetro individual.

ATENÇÃO

O avental e protetor de tireóide não devem ser dobrados, pois qualquer fissura, por menor que seja, deixa passar radiação. Assim, é importante que sejam guardados em suportes apropriados para sustentá-los, os quais devem apresentar uma superfície arredondada (a exemplo do cano de 3 polegadas). Uma dica prática é usar o próprio aparelho de raio-X como suporte.





Curiosidade

Condições de radioproteção dos consultórios odontológicos

Em pesquisa realizada no município de Aracaju, Melo e Melo (2008) verificaram que a maioria dos profissionais entrevistados desconhece as normas atuais relacionadas a Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico. No entanto, esses profissionais afirmaram utilizar medidas de proteção, como: películas radiográficas adequadas para menor tempo de exposição à radiação X (70,9%); proteção plumbífera para o usuário (98,1%), técnica adequada para tomada radiográfica (76,8%). Assim, os autores concluíram que, apesar do desconhecimento teórico, algumas medidas corretas são adotadas, muito embora haja a necessidade de uma melhor conscientização por meio de campanhas educativas.

Fonte: MELO, M. F. B.; MELO, S. L. S. Condições de radioproteção dos consultórios odontológicos. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, Sup 2, p.2163-2170, 2008

ATIVIDADE 7



Tipo da atividade: coletiva

Resíduos do Consultório

Com base na prática clínica de vocês e nos conhecimentos construídos, respondam aos questionamentos a seguir.

1. O que vocês fazem com os restos de amálgama? E com os líquidos para processamento radiográfico (revelador, fixador e água para enxágue)?
2. Qual a conduta ideal para esses resíduos?

Riscos Químicos

Mercúrio: na prática clínica, a manipulação do amálgama de prata é a principal fonte de risco químico, devido à presença do mercúrio, o único elemento metálico líquido à temperatura ambiente. O ponto chave a ele relacionado diz respeito à sua volatilidade: a partir dos 20 ºC, o vapor de mercúrio já começa a ser liberado, mas é inodoro e incolor, sendo absorvido principalmente pela via pulmonar. Sua eliminação é parcial, pela urina, mas parte se acumula no organismo e pode provocar os efeitos tóxicos. As medidas de higiene do mercúrio incluem: (1) a coleta dos resíduos de amálgama em frasco de material plástico e inerte, resistente, rígido, com boca larga e que possa ser fechado hermeticamente, contendo uma lâmina d'água suficiente para

cobrir o resíduo; (2) a manutenção do frasco fechado em local de baixa temperatura e isento de luz solar direta; (3) a instalação de superfícies impermeáveis e fáceis de limpar; (4) a existência de adequada ventilação no ambiente de trabalho, com troca de ar fresco e escapes externos, ou, no caso de ambientes climatizados, a troca dos filtros periodicamente; (5) o encaminhamento para reciclagem do mercúrio, entre outros.

Efluentes radiológicos odontológicos: o processamento radiográfico de películas expostas à radiação X fundamenta-se na conversão de uma imagem latente/oculta (cristais expostos de brometo de prata) em uma imagem visível (prata metálica). Nesse processo, os efluentes gerados contêm produtos de reações químicas do revelador com a prata, oxigênio e demais componentes básicos, bem como cristais de brometo de prata não expostos. É essa prata a fonte de risco químico para o meio ambiente, por ser um metal pesado e de alta reatividade e com característica acumulativa no organismo, dando uma coloração cinza azulada permanente à pele, mucosas e olhos; em grandes doses, pode ser fatal. As medidas de proteção envolvem a recuperação da prata desses efluentes por meio de métodos específicos, bem como a neutralização das soluções antes do descarte em esgoto doméstico, como dita a resolução RDC n.º 306 da ANVISA (2004), para gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde



Curiosidade

A recuperação da prata a partir dos efluentes radiológicos odontológicos, incluindo películas já processadas, além de atender à resolução RDC n.º 306 da ANVISA e ter efeito protetor sobre o meio ambiente e seres vivos em geral, é uma fonte de renda, uma vez que esse metal apresenta risco de escassez e possui elevado valor de mercado.

Fonte: BORTOLETTO EC, TAVARES CRG, BARROS MASD, ET AL. Caracterização da geração e da qualidade do efluente líquido gerado no laboratório de raio-X da clínica odontológica do Hospital Universitário de Maringá (HUM). **Anais do VI Congresso Brasileiro de Engenharia Química em Iniciação Científica**. 2005:1–6; Campinas, SP, Brasil; 2005.

Riscos Biológicos

As práticas de vigilância sanitária relacionadas aos riscos biológicos envolvem dois grandes grupos: as medidas de precaução-padrão de controle de infecção, voltadas para a "redução do risco ocupacional e de transmissão de agentes infecciosos nos serviços de saúde" (TEN, 2003. p.166); e as doenças ocupacionais.

ATIVIDADE 8



Tipo da atividade: individual e coletiva

A Vigilância Sanitária em Saúde Bucal

Listem os riscos ocupacionais que são passíveis de ocorrência na área da saúde bucal. Discutam sobre esses riscos e cite quais são os possíveis objetos de ação da vigilância sanitária.

ATIVIDADE 9

Tipo da atividade: coletiva

ABC da Biossegurança

As medidas de vigilância sanitária em termos de riscos biológicos dizem respeito às práticas de biossegurança. Com base nos conhecimentos, desenvolvam a atividade a partir das orientações do docente.

Medidas de precaução-padrão do controle da infecção: essas medidas dizem respeito à obediência a quatro princípios básicos de controle de infecção apontados por Ten (2003):

Princípio 1: os profissionais devem tomar medidas para proteger a sua saúde e da sua equipe (imunizações, lavagem das mãos e evitar acidentes);

Princípio 2: os profissionais devem evitar contato direto com matéria orgânica (uso de barreiras protetoras – luvas, máscaras, protetores oculares, avental, gorro);

Princípio 3: os profissionais devem limitar a propagação de microrganismos (preparo do ambiente com coberturas descartáveis/ filmes plásticos PVC em superfícies de fácil contaminação e difícil descontaminação);

Princípio 4: os profissionais devem tornar seguro o uso de artigos, peças anatômicas e superfícies (cuidados com o instrumental – lavagem, secagem, empacotamento, esterilização, desinfecção, armazenamento, descarte do lixo e resíduos do consultório).

Doenças ocupacionais: algumas posições e movimentos de trabalho podem comprometer certas áreas e/ou funções do organismo, sobretudo algumas alterações

patológicas de ordem inflamatória. Assim, as práticas de vigilância convergem para um planejamento ergonômico do consultório, não só em termos de ambiente em si, mas também quanto aos recursos materiais, humanos e tecnológicos.



ATENÇÃO

O ambiente e os processos de trabalho no âmbito da Odontologia têm sido objeto de estudos e, dada a preocupação com o bem-estar da equipe de saúde bucal, o Conselho Federal de Odontologia aprovou a Resolução CFO-186/93, de 16/4/1993, que estabelece exigências quanto ao ambiente e aos recursos materiais, humanos e tecnológicos a serem cumpridos pelas entidades prestadoras de serviços odontológicos.

3.2.2 Vigilância dos Produtos para Higiene Bucal



No âmbito dos produtos utilizados para higiene bucal a vigilância sanitária volta sua atenção às escovas dentais, aos dentifrícios, aos fios e fitas dentais e aos colutórios, como descritos a seguir.

Escovas dentais: a importância de uma escova com determinadas características fundamenta-se na ideia de permitir uma escovação adequada, sem provocar lesões gengivais e/ou desgastes na região cervical da coroa dos dentes. Nesse sentido, a norma brasileira, por meio da Portaria 89/1996 que especifica os requisitos para escovas dentais de uso geral, a saber:

- comprimento total da escova e largura da cabeça segundo a classificação de indicação (adulto, jovem, infantil ou júnior, bebê);
- característica da extremidade das cerdas, principalmente quanto ao acabamento, podendo ser arredondadas, lisas, plumadas, planas e polidas.

Tal norma, entretanto, não se aplica às escovas especiais, como ortodônticas, unitufo, interdentais e para dentaduras.

ATIVIDADE 10



Tipo da atividade: individual e coletiva

Produtos Falsificados e Vigilância Sanitária

Uma reportagem veiculada na internet apontou um esquema de comercialização de produtos piratas em camelôs e grandes lojas do Brasil. De acordo com a matéria, o caminho da pirataria foi percorrido, desde a fábrica até as prateleiras dos mercados populares. Além do prejuízo para os cofres públicos de cerca de R$ 40 bilhões/ano por causa da indústria ilegal, a falsificação também prejudica a saúde do consumidor brasileiro.

Agora discutam sobre o questionamento a seguir:

A comercialização de produtos pirata é uma prática recorrente, inclusive no nosso Estado. Considerando os riscos que esta pode levar à saúde do consumidor, quais ações vocês julgam viáveis, sendo você um agente promotor de saúde incluído numa equipe de saúde e também um consumidor?

Dentifrícios: também chamados de pastas de dente ou cremes dentais, os dentifrícios apresentam uma formulação padrão, embora sua composição exata varie de acordo com o fabricante. Dentre os componentes, os agentes terapêuticos constituem o alvo de interesse em vigilância sanitária, especialmente o flúor, por sua importância reconhecida na diminuição da incidência da doença cárie, bem como por seu risco de causar fluorose. No Brasil, de acordo com a portaria SNVS nº 22, de 20/12/1989, os fabricantes não são obrigados a incluir o flúor nos dentifrícios; se o fizerem, entretanto, devem respeitar alguns requisitos:

- presença de flúor solúvel, iônico ou ionizável, nas formas de monofluorfosfato de sódio, fluoreto de sódio; fluoreto estanhoso ou fluoreto aminado;
- concentração mínima inicial de 1.000**ppm;**
- teor máximo permitido de 1.500ppm;
- concentração mínima de 600ppm após 12 meses da data de fabricação e, pelo menos, 450ppm no restante do seu prazo de validade;
- presença, no rótulo, da fórmula química do composto de flúor utilizado, sua concentração em ppm, indicações, modo de uso, data de fabricação e prazo de validade.

Partes por milhão, ou ppm, é uma medida de concentração utilizada quando uma solução é muito diluída. Corresponde ao quanto de soluto (no caso, o flúor) há em um quilo ou em um litro de solução.

Os recipientes que armazenam os dentifrícios para comercialização também se constituem alvo da vigilância sanitária, uma vez que as embalagens metálicas podem conter chumbo na composição em uma concentração acima do limite tolerado (7ppm por kg). Por seu efeito cumulativo no organismo humano, esse chumbo pode produzir os efeitos tóxicos. Vale ressaltar que, desde o final dos anos 90, as empresas têm utilizado o plástico para confecção das embalagens, excluindo aquele risco.

Fios e Fitas Dentais: não existe no Brasil uma norma da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) que regulamente as características de fabricação desses produtos, sobretudo em relação à resistência, durabilidade e proteção do produto. No entanto, o produto deve ser regularizado na Gerência Geral de Cosméticos, da Vigilância Sanitária e, se contiver flúor, está sujeito a registro.

Colutórios ou enxaguatórios: da mesma forma que para os dentifrícios, apesar de existirem no mercado vários tipos de colutórios com diferentes agentes químicos terapêuticos, entre eles o cloreto de cetilpiridino, o triclosan e o digluconato de clorexidina, a atenção da vigilância sanitária volta-se para os produtos que contêm flúor na composição por razões semelhantes àquelas mencionadas. Assim, a Portaria SNVS nº 22, de 20/12/1989 estabelece que:

- os compostos de flúor aceitos nos enxaguatórios bucais são o fluoreto de sódio e o monofluorfosfato de sódio;
- a concentração de flúor solúvel, iônico ou ionizável no produto deve ser de, no mínimo 202,5ppm e, no máximo, 247,5ppm;
- o composto de flúor, contido no produto, seja reativo com o esmalte dentário ne/ou a dentina;
- os produtos devem ter estampado no rótulo a fórmula química do composto de flúor, sua concentração em ppm, as indicações como modo de uso, data de fabricação e a ressalva de que não deve ser usado por crianças menores de 6 anos.

ATIVIDADE 11

Tipo da atividade: coletiva

Vigilância Sanitária x Antibióticos



Formem grupos, pesquisem e discutam sobre as novas regras para venda de antibiótico. Discutam também sobre a venda de colutórios à base de clorexidina, um antimicrobiano, sem necessidade de prescrição por parte de um cirurgião-dentista.

3.2.3 Vigilância dos Alimentos, Bebidas e Medicamentos



Mais uma vez a atenção da vigilância sanitária volta-se à presença do flúor nesses produtos, acrescentando-se a presença da sacarose nos medicamentos.

Águas de abastecimento público: a Portaria do Ministério da Saúde n.º 36/1990 aprova as normas e o padrão de potabilidade da água destinada ao consumo humano e a Portaria n.º 635/Bsb de 26 de dezembro de 1975, também do Ministério da Saúde, aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água, tendo em vista a Lei n.º 6050/1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Nesses termos, os limites recomendados para a concentração do íon fluoreto variam entre 0,6 e 1,7 miligramas do íon fluoreto por litro, em função da média das temperaturas máximas diárias do ar em cada região. O teor de flúor acima ou abaixo dos valores estabelecidos para um determinado local caracteriza a água como fora do padrão de potabilidade.

ATENÇÃO

Em muitos locais ainda é uma realidade a inexistência de água de abastecimento público, sendo comum a construção de cisternas para coleta de água da chuva e/ou a escavação de poços para coleta de água de lençóis freáticos. Em ambos os casos, a preocupação com a potabilidade da água e com seu padrão de fluoretação deve ser uma vigilância constante das autoridades sanitárias locais. Quando necessário, medidas adequadas de tratamento, a exemplo da distribuição de hipoclorito de sódio, e suplementação de flúor devem ser disponibilizadas.



Águas minerais: nos últimos anos houve um aumento no consumo de águas engarrafadas, o que desperta o interesse em relação aos teores de flúor nessas bebidas.

No mercado podem ser encontradas águas hipo ou hiperfluoradas e, com isso, a ineficácia para a prevenção da doença cárie ou o risco para o desenvolvimento de fluorose emergem, respectivamente. Diante disso, a Resolução ANVISA - RDC nº 274, de 22 de setembro de 2005 que dispõe sobre o regulamento técnico para águas envasadas e gelo, fixa a identidade e as características mínimas de qualidade a que devem obedecer águas envasadas para consumo humano.

Outras bebidas: apesar de o flúor estar presente nos refrigerantes e no chá preto, os teores de fluoretos não são considerados ao ponto de merecerem cuidados maiores em termos de vigilância sanitária, dada sua insignificância para prevenir a doença cárie ou provocar fluorose (NARVAI, 1998).

ATIVIDADE 12



Tipo da atividade: coletiva

Flúor x Açúcar



Assistam ao vídeo proposto pelo doscente e discutam sobre o questionamento que segue.

De modo geral, a vigilância sanitária, no tocante às bebidas, volta à atenção para a presença do flúor nesses produtos. Entretanto, o teor de açúcar contido nos refrigerantes é muito alto, o que remete à possibilidade de instalação de agravos à condição bucal, principalmente as lesões de cárie e a erosão dentária, dois problemas bucais de relevância crescente. Quais ações podem ser pensadas nesse sentido?

Medicamentos: dentre os integrantes que compõem alguns medicamentos, dois ingredientes merecem atenção da vigilância sanitária: a sacarose e o flúor. A sacarose, usada pra adocicar os produtos na forma líquida, sobretudo aqueles destinados ao consumo infantil, tem uma forte relação com o aumento da incidência de lesões de cárie, principalmente em crianças com problemas crônicos e que fazem uso contínuo ou por tempo prolongado. Já o flúor, presente em muitos polivitamínicos, merece atenção pelo risco de provocar fluorose, especialmente quando a água de abastecimento público já fornece teores adequados desse elemento. As ações de vigilância, em ambos os casos envolvem uma sensibilização das indústrias, dos profissionais e da população quanto ao risco-benefício atrelados a esses ingredientes na condição bucal.

ATIVIDADE 13



Tipo da atividade: coletiva

Vigilância Sanitária e Responsabilidades

De acordo com trechos do texto "O papel do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde" (ANEXO D), discutam sobre como partilhar a responsabilidade em Vigilância Sanitária, considerando seu papel como cidadão e como profissional de uma equipe de saúde.

3.3 Vigilância Ambiental em Saúde Bucal



A vigilância ambiental em saúde bucal atua sobre todos os fatores ambientais de riscos não biológicos que interferem na saúde humana com as interrelações entre o ser humano e o ambiente nos dois sentidos, a saber, a vigilância da água para consumo humano e a vigilância de contaminantes.

3.3.1 Vigilância Ambiental da Água para Consumo Humano

O objetivo da vigilância e controle da qualidade da água de consumo humano em termos ambientais é o mapeamento de áreas de risco território, por meio da vigilância da qualidade da água consumida pela população (potabilidade), independente da procedência (distribuída pelo sistema de abastecimento público e/ou coletada em mananciais superficiais, poços), com vista a assegurar a qualidade da água e evitar o adoecimento das pessoas ocasionado pela presença de patógenos ou outros poluentes presentes nas coleções hídricas.

Quando alguma condição de risco iminente à saúde é detectada, sinalizam-se os setores de saúde responsáveis para que ações de controle sejam realizadas.

3.3.2 Vigilância Ambiental de Contaminantes - Resíduos Tóxicos

As ações nesse âmbito englobam o mapeamento das áreas de risco e sua constante vigilância, a fim de minimizar os riscos decorrentes da exposição do ar, do solo ou das coleções hídricas a poluentes. Em Odontologia, a vigilância ambiental volta-se à orientação profissional quanto aos cuidados com resíduos tóxicos desde sua manipulação, segregação, armazenamento, estocagem, transporte, até a destinação final, incluindo o encaminhamento para reciclagem, se possível, uma vez que o consultório é uma fonte desses contaminantes.



Curiosidade

Na prática odontológica, o mercúrio presente nas restaurações de amálgama é um resíduo químico comum, muito perigoso para o meio ambiente e fonte de intoxicação profissional, sobretudo pela inalação dos seus vapores.

O prejuízo causado pelo mercúrio ao meio ambiente e nos seres vivos decorre da contaminação do meio ambiente por descuido na utilização deste metal e seu descarte inadvertido nos lixos, terra, água e ar. Este metal é volátil à baixa temperatura e promove a contaminação das nuvens. As nuvens contaminadas promovem, à longa distância, chuvas tóxicas. Assim, as águas contaminadas depositam-se no solo, nos rios, lagos e oceanos.

Os animais, ao ingerirem alimentos contaminados com mercúrio, ficam intoxicados e, ao se prestarem a alimentos para os humanos, favorecem o desenvolvimento de doenças crônicas. Quando a água de um rio estiver contaminada por mercúrio, os peixes que ali habitam também estarão contaminados e, servindo de alimento aos homens, contaminam-nos.

Fonte: http://www.forp.usp.br/restauradora/lagro/guia_pratico.html

Novo Dia de Atendimento no Consultório Odontológico da CSF do Município de Sorrisópolis

O cirurgião-dentista Paulo, ao observar a agenda de consultas programadas, constata que, dentre os 20 usuários marcados para aquela manhã, há a presença de três crianças de um povoado próximo, aparentemente da família. Inicia-se o atendimento e uma dessas crianças é chamada: Eduardo, um garoto de 8 anos, esperto e bem comunicativo. Ele entra acompanhado pela mãe, Dona Regina, irmã de Sr José dos Santos.

- Bom dia, Dr. Paulo! – apressa-se Eduardo em cumprimentar o dentista, recorrendo ao nome bordado no jaleco.



- Bom dia, Eduardo! Como você está?

- Tudo bem, graças a Deus!

- E essa senhora que está com você, é sua mãe?

- É sim, é minha mãe. O nome dela é Regina.

- Tudo bom, Dona Regina? Garoto esperto esse seu filho, hein?

Tímida que é, Dona Regina responde com um aceno positivo com a cabeça e um leve sorriso.

- E então,Eduardo, parece que hoje é a primeira vez que você vem ao dentista. Em que eu posso lhe ajudar? – Pergunta Paulo.

- É a primeira vez, sim. Mas eu escovo bem meus dentes, não como muito doce e eu mesmo que arranquei esses dentes aqui... – Aponta ele orgulhoso para os incisivos superiores e inferiores, e complementa... – Mas quando nasceram esses dentes grandes, eles vieram com uma mancha branca grande aqui na frente e quando eu passo a língua, sinto como se eles tivessem desbotados. E meus dois primos lá fora também têm isso... E outras crianças lá onde eu moro, também.

Calmamente, Paulo explicou a Eduardo e a sua mãe que a condição em questão trata-se de manchas por fluorose, um defeito na formação do dente por excesso de flúor no organismo. Tranquilizou-os e discutiu sobre a proposta de tratamento aplicável ao caso.

Mais tarde, o cirurgião-dentista Paulo procurou a Secretaria de Saúde de Sorrisópolis e constatou que o povoado onde Eduardo mora e dois outros povoados adjacentes não são abastecidos por água encanada. Toda água utilizada provém de um minadouro natural no entroncamento dos três povoados. Além disso, verificou uma notificação da Secretaria Estadual de Saúde quanto ao número de casos de fluorose acumulados nos últimos seis meses na mesma região.

ATIVIDADE 14

Tipo da atividade: individual e coletiva

Vigilância em Saúde, Água e Fluorose

Após a leitura da situação-problema: "Novo dia de atendimento no consultório odontológico da CSF, do município de Sorrisópolis", analisem individualmente, os elementos apresentados e a relação deles com as competências das instâncias da Vigilância em Saúde. Posteriormente, discutam em grupos os aspectos de vigilância em saúde bucal aplicáveis ao caso.

3.4 Vigilância à Saúde Bucal do Trabalhador

A vigilância das doenças e agravos à saúde do trabalhador está relacionada à identificação precoce e registro dos casos. Consiste também na investigação de determinantes do adoecimento e sua relação com o nexo causal. Diversas são as ocupações que apresentam riscos de desenvolvimento de doenças ou manifestações orais. Por isso, compreendemos a importância da equipe de saúde bucal inserida na vigilância à saúde do trabalhador somada aos demais profissionais de saúde que formam a ESF para investigar as condições de trabalho, além de fazer a relação com o tipo de ocupação, e assim adotar medidas que promovam a saúde dos trabalhadores e melhorem a qualidade de vida dos cidadãos.



ATIVIDADE PRÁTICA 2

Tipo da atividade: individual

Vigilância à Saúde Bucal do Trabalhador



Converse com um trabalhador de sua comunidade. Procure saber como é o seu ambiente de trabalho, se há riscos ocupacionais para o desenvolvimento de doenças ou manifestações orais. Caso não haja, crie um caso de um trabalhador que exerce suas funções laborais em um ambiente que apresenta riscos ocupacionais para o desenvolvimento de doenças ou manifestações orais. Após suas observações, responda:

Quais as medidas para a promoção à saúde bucal deste trabalhador?

A contribuição do ASB/TSB nesse contexto de vigilância em saúde bucal volta-se para o olhar sistêmico crítico do coletivo. Em outras palavras, sua percepção do meio, num raciocínio articulado com os determinantes dos agravos à condição de saúde bucal, permite uma significação quanto ao entendimento do processo saúde-doença, como um mecanismo dinâmico e multidimensional que envolve fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, econômicos, ambientais e políticos. Dessa forma, é fundamental identificar esses fatores para que se estruturem ações específicas, sobretudo em termos de educação em saúde, respeitando, assim, o indivíduo como um cidadão com desejos e necessidades.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K.. O Papel do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, n.1, p.131-138, 2004.

ALBUQUERQUE, M. I. N.; CARVALHO, E. M. F.; LIMA, L. P. Vigilância Epidemiológica: Conceitos e Institucionalização **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v.2, n.1, p.7-14, jan-abril, 2002.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 10 de dezembro de 2004.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 156p.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. **Vigilância Ambiental em Saúde e sua Implantação no Sistema Único de Saúde**. Rev Saúde Pública, v.1, n.40, p.170-177, 2006.

BORTOLETTO EC, TAVARES CRG, BARROS MASD, ET AL. Caracterização da Geração e da Qualidade do Efluente Líquido Gerado no Laboratório de Raio-X da Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Maringá (HUM). **Anais do VI Congresso Brasileiro de Engenharia Química em Iniciação Científica**. 2005:1–6; Campinas, SP, Brasil; 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Ministério do Meio Ambiente. **Gerenciamento dos Resíduos de Mercúrio nos Serviços de Saúde**. Brasília: MMA, 2010. 46 p.

_____. Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975. Brasília, **Diário Oficial da União**, 13 agosto de 1976. Seção 1.(Pt 1), p.10731-3.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília: FUNASA, 2002. 42 p.

_____. Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a obrigatoriedade da fluoretação das águas em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 24 de maio de 1974.

_____. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 13 de março de 2006, seção 1, pág. 45.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 156p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução ANVISA - RDC nº 274, de 22 de setembro de 2005. Dispõe sobre o regulamento técnico para águas envasadas e gelo. Brasília: **Diário Oficial da União**, seção 1, nº 184, 23 de setembro de 2005.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 10 de dezembro de 2004.

_____. **Controle de Infecções e a Prática Odontológica emTempos de AIDS: Manual de Condutas**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2000.

_____. **Guia de Recomendações para o Uso de Fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

_____. **Instrutivo do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. BRASÍLIA, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=93162> Acesso em: 12/11/2011.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, 20 de setembro de 1990.

_____. Portaria 1.125/GM, de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Brasília: **Diário Oficial da União**, 7 de julho de 2005 – Seção 1.

_____. Portaria n° 36/MS/GM, de 19 de janeiro de 1990. Aprova normas e o padrão de potabilidade da água destinada ao consumo humano. Brasília: **Diário Oficial da União**, 23 de janeiro de 1990.

_____. Portaria nº 1.943 de 18 de outubro de 2001. Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional. Brasília: **Diário Oficial da União**, 24 de outubro de 2001.

_____. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 26 de janeiro de 2011.

_____. Portaria nº 3.840 de 07 de dezembro de 2010. Inclui a saúde bucal no monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. Brasília: **Diário Oficial da União**, 10 de dezembro de 2010.

_____. Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação de resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos laboratórios de referência nacional. Brasília: **Diário Oficial da União**, seção 1, nº 135, 15 de julho de 2005.

_____. Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006. Aprova a relação de indicadores da atenção básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Brasília, **Diário Oficial da União**, de 13 de março de 2006, seção 1, p. 45.

_____. Portaria nº 89/96. Brasília: **Diário Oficial da União**, 13 de junho de 1996.

_____. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.92..

_____. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 22, de 20/12/1989. **Diário Oficial da União**, seção I, 22/12/1989.

_____. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. 1. ed., 4.ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Textos de Epidemiologia para Vigilância Ambiental em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002. p.132.

_____. **Vigilância em Saúde no SUS: Fortalecendo a Capacidade de Resposta aos Velhos e Novos Desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.228 .

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 3.120, de 19 de julho de 1998. **Aprova a instrução normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS**. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 14 de julho de 1998.

BRASIL. Portaria n.º 410, de 10 de agosto de 2000. Aprova o regimento interno da Fundação Nacional de Saúde e estabelece, nos artigos 92, 93 e 94, as competências da CGVAM/Cenepi. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 29 de dezembro de 2000.

BRASIL. Portaria N.º 635/Bsb, de 26 de Dezembro de 1975. Aprova normas e padrões sobre a fluoretação da água, tendo em vista a Lei n.º 6050/74. Brasília: **Diário Oficial da União**, 30 de janeiro de 1976.

CASTRO, I. R. R.Vigilância Epidemiológica e Atenção à Saúde. Cap. 3. In: **Vigilância Alimentar e Nutricional: Limitações e Interfaces com a Rede de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p.63-76.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SERGIPE. **Manual de Orientação ao Cirurgião-Dentista**. Sergipe, 32p, [s.d.]. Disponível em: <http://www.crose.com.br/arquivos/manual_orientacao.doc>. Acesso em: 19/11/2011.

FRANCO NETTO, G. A vigilância Ambiental e a Epidemiologia de Serviço. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.12, n.4, dez. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12/11/2011.

FUNESA. Fundação Estadual de Saúde. **Material Didático Pedagógico de Educação Profissional da Escola Técnica do SUS em Sergipe. Módulo I – Livro Texto**. Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Aracaju: FUNESA, 2011.

LACERDA, A.; MELO, S. C. S.; MEZZADRI, S. D.; ZONTA, W. G. Nível de Pressão Sonora de um Consultório Odontológico: Uma Análise Ergonômica. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, n. 26, FCBS 03, p. 17-24, Curitiba, jan. 2002.

MELO, M. F. B.; MELO, S. L. S. Condições de Radioproteção dos Consultórios Odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, Sup 2, p.2163-2170, 2008.

NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (org.) **Trabalho e Tecnologia, Dicionário Crítico**. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade.1997. p.219-224.

NARVAI, P. C. **Vigilância Sanitária e Saúde Bucal**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998. Disponível em <http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/UVigilncia.pdf>. Acesso: 15/10/2011.

NASCIMENTO, E. A. Unidade de Produção Pedagógica IV – Informação e Planejamento em Saúde. In: Melo, C. C. (org.). **Material Didático Pedagógico de Educação Profissional da Escola Técnica do SUS em Sergipe. Módulo I – Livro texto**. 2011. p.179-278.

RAMIRES, I.; BUZALAF, M. A. R. **Manual: Flúor e Fluoretação da Água de Abastecimento Público**. Bauru, 2005. p.155.

TEN, C. Y. Ações de Vigilância Sanitária na Odontologia. In: **Odontologia em Saúde Coletiva**: Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.160-173.

APÊNDICES

APÊNDICE A

REQUISIÇÃO DE MATERIAL ODONTOLÓGICO

Nº	NOME / ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Média mensal	Margem de segurança (30%)	Quantidade necessária	Estoque atual	Quantidade solicitada
	RESTAURAÇÃO DENTÁRIA											
1	BROCA DIAMANTADA (1012/1013/1014/1031/1032/1033/1090 /1091/1092)											
2	RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL A2, A3, A3,5, B2, E C2											
3	CONDICIONADOR ÁCIDO											
4	ADESIVO DENTINÁRIO/ PRIMER											
5	MICROBRUSH (100)											
6	KIT DE POLIMENTO SÉRIE DOURADA											
7	DISCO DE LIXA PARA POLIMENTO											
8	TIRA DE LIXA PARA AMÁLGAMA											
9	TIRA DE LIXA PARA RESINA											
10	TIRA DE POLIÉSTER											
11	MANDRIL PARA DISCO DE LIXA (CONTRA-ÂNGULO)											
12	KIT BROCA MULTILAMINADA PARA ACABAMENTO											
13	PORTA AMÁLGAMA											
14	POTE DAPPEN											
15	MATRIZ METÁLICA 5MM											
16	LIMALHA DE PRATA OU AMALGAMA EM CÁPSULAS											
17	MERCÚRIO VIVO ODONTOLÓGICO											
	CIRURGIA / EXTRAÇÃO DENTÁRIA											
18	AGULHA GENGIVAL LONGA											
19	AGULHA GENGIVAL CURTA											
20	ANESTÉSICO ODONTOLÓGICO COM VASO											
21	ANESTÉSICO ODONTOLÓGICO SEM VASO											
22	ANESTÉSICO TÓPICO											
23	FIO DE SEDA 3.0 COM AGULHA 3 CM (CAIXA)											
24	CLOREXIDINA A 0,12% - 5LT											
25	ALVEOLEX											
26	HEMOSTÁTICO											
27	LÂMINA DE BISTURI Nº 11											

PROFILAXIA E PREVENÇÃO												
28	PEDRA POMES											
29	CREME DENTAL											
30	FLÚOR GEL NEUTRO											
31	ESCOVA DENTAL INFANTIL											
32	FIO DENTAL 100M											
33	ESCOVA DE ROBSON											
34	TAÇA DE BORRACHA											
35	PASTA PROFILÁTICA											
36	MOLDEIRAS PARA APLICAÇÃO DE FLÚOR											
37	SELANTE DE CICATRÍCULAS E FISSURAS											
MATERIAL AVULSO E MEDICAMENTOS AVULSO												
38	IRM / ÓXIDO DE ZINCO (PÓ E LÍQUIDO)											
39	TARTARITE											
40	CIMENTO DE HIDRÓXIDO DE CÁLCIO (DYCAL)											
41	IONÔMERO DE VIDRO											
42	TERGENCAL											
43	PARAMONOCLOROFENICOL											
44	GLUTANORD 14 GL 5L											
45	GLUTANORD 28 II DIAS C 5L											
46	GAZE											
47	ALGODÃO											
48	ÓLEO LUBRIFICANTE PARA CANETA ALTA ROTAÇÃO											
49	MÁSCARA DESCARTÁVEL TRIPLA CAMADA											
50	ÓCULOS PROTETOR											
51	GORRO DESCARTÁVEL											
52	SUGADOR DESCARTÁVEL											
53	LUVA DESCARTÁVEL											
54	CANUDO GRANDE											
55	SACO PLÁSTICO TIPO DE GELADINHO											
56	ROLOPACK (FILME DE PVC)											
RADIOLOGIA												
57	PELÍCULA RADIOGRÁFICA DENTAL											
58	REVELADOR PARA RX ODONTOLÓGICO											
59	FIXADOR PARA RX ODONTOLÓGICO											
60	COLGADURA											

APÊNDICE B

Coluna1	Coluna2
INVENTÁRIO: CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO	
NOME DO MATERIAL/ EQUIPAMENTO	
MARCA/MODELO	
CÓDIGO	
Nº PATRIMÔNIO	
ACESSÓRIOS	
DATA DE AQUISIÇÃO	
DURAÇÃO MÉDIA DO MATERIAL/ EQUIPAMENTO	
PREVISÃO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA	
DEFEITOS APRESENTADOS	
QUANTIDADE EXISTENTE	
QUANTIDADE SOLICITADA PARA 2 ANOS	

ANEXOS

ANEXO A

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.889, DE 24 DE DEZEMBRO DE 2008.

Mensagem de veto

Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º (VETADO)

Art. 2º (VETADO)

Art. 3º O Técnico em Saúde Bucal e o Auxiliar em Saúde Bucal estão obrigados a se registrar no Conselho Federal de Odontologia e a se inscrever no Conselho Regional de Odontologia em cuja jurisdição exerçam suas atividades.

§ 1º (VETADO)

§ 2º (VETADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)

§ 5º Os valores das anuidades devidas aos Conselhos Regionais pelo Técnico em Saúde Bucal e pelo Auxiliar em Saúde Bucal e das taxas correspondentes aos serviços e atos indispensáveis ao exercício das profissões não podem ultrapassar, respectivamente, 1/4 (um quarto) e 1/10 (um décimo) daqueles cobrados ao cirurgião-dentista.

Art. 4º (VETADO)

Parágrafo único. A supervisão direta será obrigatória em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extraclínicas ter supervisão indireta.

Art. 5º Competem ao Técnico em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades, além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal:

I - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

II - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

III - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IV - ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;

V - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

VI - supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;

VII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

VIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

IX - proceder à limpeza e à anfissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;

X - remover suturas;

XI - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XII - realizar isolamento do campo operatório;

XIII - exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

§ 1º Dada a sua formação, o Técnico em Saúde Bucal é credenciado a compor a equipe de saúde, desenvolver atividades auxiliares em Odontologia e colaborar em pesquisas.

§ 2º (VETADO)

Art. 6º É vedado ao Técnico em Saúde Bucal:

I - exercer a atividade de forma autônoma;

II - prestar assistência direta ou indireta ao paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista;

III - realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados no art. 5º desta Lei; e

IV - fazer propaganda de seus serviços, exceto em revistas, jornais e folhetos especializados da área odontológica.

Art. 7º (VETADO)

Art. 8º (VETADO)

Parágrafo único. A supervisão direta se dará em todas as atividades clínicas, podendo as atividades extraclínicas ter supervisão indireta.

Art. 9º Compete ao Auxiliar em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Saúde Bucal:

I - organizar e executar atividades de higiene bucal;

II - processar filme radiográfico;

III - preparar o paciente para o atendimento;

IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;

V - manipular materiais de uso odontológico;

VI - selecionar moldeiras;

VII - preparar modelos em gesso;

VIII - registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle administrativo em saúde bucal;

IX - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

X - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XII - desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;

XIII - realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal; e

XIV - adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

Art. 10. É vedado ao Auxiliar em Saúde Bucal:

I - exercer a atividade de forma autônoma;

II - prestar assistência, direta ou indiretamente, a paciente, sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista ou do Técnico em Saúde Bucal;

III - realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados no art. 9º desta Lei; e

IV - fazer propaganda de seus serviços, mesmo em revistas, jornais ou folhetos especializados da área odontológica.

Art. 11. O cirurgião-dentista que, tendo Técnico em Saúde Bucal ou Auxiliar em Saúde Bucal sob sua supervisão e responsabilidade, permitir que esses, sob qualquer forma, extrapolem suas funções específicas responderá perante os Conselhos Regionais de Odontologia, conforme a legislação em vigor.

Art. 12. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 24 de dezembro de 2008; 187º da Independência e 120º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Carlos Lupi
José Gomes Temporão

ANEXO B

CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA
Aprovado pela Resolução CFO-118/2012

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. O Código de Ética Odontológica regula os direitos e deveres do cirurgião-dentista, profissionais técnicos e auxiliares, e pessoas jurídicas que exerçam atividades na área da Odontologia, em âmbito público e/ou privado, com a obrigação de inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas.

Art. 2º. A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto.

Art. 3º. O objetivo de toda a atenção odontológica é a saúde do ser humano. Caberá aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

Art. 4º. A natureza personalíssima da relação paciente/profissional na atividade odontológica visa demonstrar e reafirmar, através do cumprimento dos pressupostos estabelecidos por este Código de Ética, a peculiaridade que reveste a prestação de tais serviços, diversos, portanto, das demais prestações, bem como de atividade mercantil.

CAPÍTULO II
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Art. 5º. Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas:

I - diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da Ciência e sua dignidade profissional;

II - guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções;

III - contratar serviços de outros profissionais da Odontologia, por escrito, de acordo com os preceitos deste Código e demais legislações em vigor;

IV - recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres;

V - renunciar ao atendimento do paciente, durante o tratamento, quando da constatação de fatos que, a critério do profissional, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional. Nestes casos tem o profissional o dever de comunicar previamente, por escrito, ao paciente ou seu responsável legal, fornecendo ao cirurgião-dentista que lhe suceder todas as informações necessárias para a continuidade do tratamento;

VI - recusar qualquer disposição estatutária, regimental, de instituição pública ou privada, que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, bem como recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal; e,

VII - decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente ou periciado, evitando que o acúmulo de encargos, consultas, perícias ou outras avaliações venham prejudicar o exercício pleno da Odontologia.

Art. 6º. Constitui direito fundamental das categorias técnicas e auxiliares recusarem-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, ética e legal, ainda que sob supervisão do cirurgião-dentista.

Art. 7º. Constituem direitos fundamentais dos técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal:

I - executar, sob a supervisão do cirurgião-dentista, os procedimentos constantes na Lei nº 11.889/2008 e nas Resoluções do Conselho Federal;

II - resguardar o segredo profissional; e,

III - recusar-se a exercer a profissão em âmbito público ou privado onde as condições de trabalho não sejam dignas, seguras e salubres.

CAPÍTULO III
DOS DEVERES FUNDAMENTAIS

Art. 8º. A fim de garantir a fiel aplicação deste Código, o cirurgião-dentista, os profissionais técnicos e auxiliares, e as pessoas jurídicas, que exerçam atividades no âmbito da Odontologia, devem cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, e com discrição e fundamento, comunicar ao Conselho Regional fatos de que tenham conhecimento e caracterizem possível infringência do presente Código e das normas que regulam o exercício da Odontologia.

Art. 9º. Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética:

I - manter regularizadas suas obrigações financeiras junto ao Conselho Regional;

II - manter seus dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional;

III - zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

IV - assegurar as condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Odontologia, quando investido em função de direção ou responsável técnico;

V - exercer a profissão mantendo comportamento digno;

VI - manter atualizados os conhecimentos profissionais, técnico-científicos e culturais, necessários ao pleno desempenho do exercício profissional;

VII - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

VIII - resguardar o sigilo profissional;

IX - promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado;

X - elaborar e manter atualizados os prontuários na forma das normas em vigor, incluindo os prontuários digitais;

XI - apontar falhas nos regulamentos e nas normas das instituições em que trabalhe, quando as julgar indignas para o exercício da profissão ou prejudiciais ao paciente, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes;

XII - propugnar pela harmonia na classe;

XIII - abster-se da prática de atos que impliquem mercantilização da Odontologia ou sua má conceituação;

XIV - assumir responsabilidade pelos atos praticados, ainda que estes tenham sido solicitados ou consentidos pelo paciente ou seu responsável;

XV - resguardar sempre a privacidade do paciente;

XVI - não manter vínculo com entidade, empresas ou outros desígnios que os caracterizem como empregado, credenciado ou cooperado quando as mesmas se encontrarem em situação ilegal, irregular ou inidônea;

XVII - comunicar aos Conselhos Regionais sobre atividades que caracterizem o exercício ilegal da Odontologia e que sejam de seu conhecimento;

XVIII - encaminhar o material ao laboratório de prótese dentária devidamente acompanhado de ficha específica assinada; e,

XIX - registrar os procedimentos técnico-laboratoriais efetuados, mantendo-os em arquivo próprio, quando técnico em prótese dentária.

CAPÍTULO IV
DAS AUDITORIAS E PERÍCIAS ODONTOLÓGICAS

Art. 10. Constitui infração ética:

I - deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou auditor, assim como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência;

II - intervir, quando na qualidade de perito ou auditor, nos atos de outro profissional, ou fazer qualquer apreciação na presença do examinado, reservando suas observações, sempre

fundamentados, para o relatório sigiloso e lacrado, que deve ser encaminhado a quem de direito;

III - acumular as funções de perito/auditor e procedimentos terapêuticos odontológicos na mesma entidade prestadora de serviços odontológicos;

IV - prestar serviços de auditoria a pessoas físicas ou jurídicas que tenham obrigação de inscrição nos Conselhos e que não estejam regularmente inscritas no Conselho de sua jurisdição;

V - negar, na qualidade de profissional assistente, informações odontológicas consideradas necessárias ao pleito da concessão de benefícios previdenciários ou outras concessões facultadas na forma da Lei, sobre seu paciente, seja por meio de atestados, declarações, relatórios, exames, pareceres ou quaisquer outros documentos probatórios, desde que autorizado pelo paciente ou responsável legal interessado;

VI - receber remuneração, gratificação ou qualquer outro benefício por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou auditor;

VII - realizar ou exigir procedimentos prejudiciais aos pacientes e ao profissional, contrários às normas de Vigilância Sanitária, exclusivamente para fins de auditoria ou perícia; e,

VIII - exercer a função de perito, quando:

a) for parte interessada;

b) tenha tido participação como mandatário da parte, ou sido designado como assistente técnico de órgão do Ministério Público, ou tenha prestado depoimento como testemunha;

c) for cônjuge ou a parte for parente, consangüíneo ou afim, em linha reta ou colateral até o segundo grau; e,d) a parte for paciente, ex-paciente ou qualquer pessoa que tenha ou teve relações sociais, afetivas, comerciais ou administrativas, capazes de comprometer o caráter de imparcialidade do ato pericial ou da auditagem.

CAPÍTULO V
DO RELACIONAMENTO
SEÇÃO I
COM O PACIENTE

Art. 11. Constitui infração ética:

I - discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto;

II - aproveitar-se de situações decorrentes da relação profissional/ paciente para obter vantagem física,emocional, financeira ou política;

III - exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica;

IV - deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento;

V - executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado;

VI - abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e que deverá ser informado ao paciente ou ao seu responsável legal de necessidade da continuidade do tratamento;

VII - deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro cirurgião-dentista em condições de fazê-lo;

VIII - desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente;

IX - adotar novas técnicas ou materiais que não tenham efetiva comprovação científica;

X - iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência;

XI - delegar a profissionais técnicos ou auxiliares atos ou atribuições exclusivas da profissão de cirurgião-dentista;

XII - opor-se a prestar esclarecimentos e/ou fornecer relatórios sobre diagnósticos e terapêuticas, realizados no paciente, quando solicitados pelo mesmo, por seu representante legal ou nas formas previstas em lei;

XIII - executar procedimentos como técnico em prótese dentária, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e auxiliar em prótese dentária, além daqueles discriminados na Lei que regulamenta a profissão e nas resoluções do Conselho Federal; e,

XIV - propor ou executar tratamento fora do âmbito da Odontologia.

SEÇÃO II
COM A EQUIPE DE SAÚDE

Art. 12. No relacionamento entre os inscritos, sejam pessoas físicas ou jurídicas, serão mantidos o respeito, a lealdade e a colaboração técnico-científica.

Art. 13. Constitui infração ética:

I - agenciar, aliciar ou desviar paciente de colega, de instituição pública ou privada;

II - assumir emprego ou função sucedendo o profissional demitido ou afastado em represália por atitude de defesa de movimento legítimo da categoria ou da aplicação deste Código;

III - praticar ou permitir que se pratique concorrência desleal;

IV - ser conivente em erros técnicos ou infrações éticas, ou com o exercício irregular ou ilegal da Odontologia;

V - negar, injustificadamente, colaboração técnica de emergência ou serviços profissionais a colega;

VI - criticar erro técnico-científico de colega ausente, salvo por meio de representação ao Conselho Regional;

VII - explorar colega nas relações de emprego ou quando compartilhar honorários; descumprir ou desrespeitar a legislação pertinente no tocante às relações de trabalho entre os componentes da equipe de saúde;

VIII - ceder consultório ou laboratório, sem a observância da legislação pertinente; e,

IX - delegar funções e competências a profissionais não habilitados e/ou utilizar-se de serviços prestados por profissionais e/ou empresas não habilitados legalmente ou não regularmente inscritos no Conselho Regional de sua jurisdição.

CAPÍTULO VI
DO SIGILO PROFISSIONAL

Art. 14. Constitui infração ética:

I - revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão;

II - negligenciar na orientação de seus colaboradores quanto ao sigilo profissional; e,

III - fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir paciente, sua imagem ou qualquer outro elemento que o identifique, em qualquer meio de comunicação ou sob qualquer pretexto, salvo se o cirurgião-dentista estiver no exercício da docência ou em publicações científicas, nos quais, a autorização do paciente ou seu responsável legal, lhe permite a exibição da imagem ou prontuários com finalidade didático-acadêmicas.

Parágrafo único. Compreende-se como justa causa, principalmente:

I - notificação compulsória de doença;

II - colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;

III - perícia odontológica nos seus exatos limites;

IV - estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos; e,

V - revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

Art. 15. Não constitui quebra de sigilo profissional a declinação do tratamento empreendido, na cobrança judicial de honorários profissionais.

Art. 16. Não constitui, também, quebra do sigilo profissional a comunicação ao Conselho Regional e às autoridades sanitárias as condições de trabalho indignas, inseguras e insalubres.

CAPÍTULO VII
DOS DOCUMENTOS ODONTOLÓGICOS

Art. 17. É obrigatória a elaboração e a manutenção de forma legível e atualizada de prontuário e a sua conservação em arquivo próprio seja de forma física ou digital.

Parágrafo único. Os profissionais da Odontologia deverão manter no prontuário os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, nome, assinatura e número de registro do cirurgião-dentista no Conselho Regional de Odontologia.

Art. 18. Constitui infração ética:

I - negar, ao paciente ou periciado, acesso a seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionem riscos ao próprio paciente ou a terceiros;

II - deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou por seu representante legal;

III - expedir documentos odontológicos: atestados, declarações, relatórios, pareceres técnicos, laudos periciais, auditorias ou de verificação odontolegal,

sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade;

IV - comercializar atestados odontológicos, recibos, notas fiscais, ou prescrições de especialidades farmacêuticas;

V - usar formulários de instituições públicas para prescrever, encaminhar ou atestar fatos verificados na clínica privada;

VI - deixar de emitir laudo dos exames por imagens realizados em clínicas de radiologia; e,

VII - receitar, atestar, declarar ou emitir laudos, relatórios e pareceres técnicos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação, inclusive com o número de registro no Conselho Regional de Odontologia na sua jurisdição, bem como assinar em branco, folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos odontológicos.

CAPÍTULO VIII
DOS HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

Art. 19. Na fixação dos honorários profissionais, serão considerados:

I - condição socioeconômica do paciente e da comunidade;

II - o conceito do profissional;

III - o costume do lugar;

IV - a complexidade do caso;

V - o tempo utilizado no atendimento;

VI - o caráter de permanência, temporariedade ou eventualidade do trabalho;

VII - circunstância em que tenha sido prestado o tratamento;

VIII - a cooperação do paciente durante o tratamento;

IX - o custo operacional; e,

X - a liberdade para arbitrar seus honorários, sendo vedado o aviltamento profissional.

Parágrafo único. O profissional deve arbitrar o valor da consulta e dos procedimentos odontológicos, respeitando as disposições deste Código e comunicando previamente ao paciente os custos dos honorários profissionais.

Art. 20. Constitui infração ética:

I - oferecer serviços gratuitos a quem possa remunerá-los adequadamente;

II - oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza;

III - receber ou dar gratificação por encaminhamento de paciente;

IV - instituir cobrança através de procedimento mercantilista;

V - abusar da confiança do paciente submetendo-o a tratamento de custo inesperado;

VI - receber ou cobrar remuneração adicional de paciente atendido em instituição pública, ou sob convênio ou contrato;

VII - agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, paciente de instituição pública ou privada para clínica particular;

VIII - permitir o oferecimento, ainda que de forma indireta, de seus serviços, através de outros meios como forma de brinde, premiação ou descontos;

IX - divulgar ou oferecer consultas e diagnósticos gratuitos ou sem compromisso; e,

X - a participação de cirurgião-dentista e entidades prestadoras de serviços odontológicos em cartão de descontos, caderno de descontos, "gift card" ou "vale presente" e demais atividades mercantilistas.

Art. 21. O cirurgião-dentista deve evitar o aviltamento ou submeter-se a tal situação, inclusive por parte de convênios e credenciamentos, de valores dos serviços profissionais fixados de forma irrisória ou inferior aos valores referenciais para procedimentos odontológicos.

CAPÍTULO IX
DAS ESPECIALIDADES

Art. 22. O exercício e o anúncio das especialidades em Odontologia obedecerão ao disposto neste capítulo e às normas do Conselho Federal.

Art. 23. O especialista, atendendo a paciente encaminhado por cirurgião-dentista, atuará somente na área de sua especialidade requisitada.

Parágrafo único. Após o atendimento, o paciente será, com os informes pertinentes, restituído ao cirurgião-dentista que o encaminhou.

Art. 24. É vedado infiltrar-se especialista sem inscrição da especialidade no Conselho Regional.

Art. 25. Para fins de diagnóstico e tratamento, o especialista poderá conferenciar com outros profissionais.

CAPÍTULO X
DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Art. 26. Compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições.

Art. 27. As atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normatizações pertinentes.

Art. 28. Constitui infração ética:

I - fazer qualquer intervenção fora do âmbito legal da Odontologia; e,

II - afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro cirurgião-dentista encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

CAPÍTULO XI
DAS ENTIDADES COM ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA

Art. 29. Aplicam-se as disposições deste Código de Ética e as normas dos Conselhos de Odontologia a todos àqueles que exerçam a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam pessoas físicas ou jurídicas, tais como: clínicas, policlínicas, cooperativas, planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamento, administradoras, intermediadoras, seguradoras de saúde, ou quaisquer outras entidades.

Art. 30. Os profissionais inscritos prestadores de serviço responderão, nos limites de sua atribuição, solidariamente, pela infração ética praticada, ainda que não desenvolva a função de sócio ou responsável técnico pela entidade.

Art. 31. Constitui infração ética a não observância pela entidade da
obrigação de:

I - indicar um responsável técnico de acordo com as normas do Conselho Federal, bem como respeitar as orientações éticas fornecidas pelo mesmo;

II - manter a qualidade técnico-científica dos trabalhos realizados;

III - propiciar ao profissional condições adequadas de instalações, recursos materiais, humanos e tecnológicos que garantam o seu desempenho pleno e seguro;

IV - manter auditorias odontológicas constantes, através de profissionais capacitados, desde que respeitadas a autonomia dos profissionais;

V - restringir-se à elaboração de planos ou programas de saúde bucal que tenham respaldo técnico, administrativo e financeiro;

VI - manter os usuários informados sobre os recursos disponíveis para atendê-los; e,

VII - atender as determinações e notificações expedidas pela fiscalização do Conselho Regional, suspendendo a prática irregular e procedendo as devidas adequações.

Art. 32. Constitui infração ética:

I - apregoar vantagens ilegais visando a estabelecer concorrência com entidades congêneres;

II - oferecer tratamento abaixo dos padrões de qualidade recomendáveis;

III - anunciar especialidades sem constar no corpo clínico os respectivos especialistas, com as devidas inscrições no Conselho Regional de sua jurisdição;

IV - anunciar especialidades sem as respectivas inscrições de especialistas no Conselho Regional;

V - valer-se do poder econômico visando a estabelecer concorrência desleal com entidades congêneres ou profissionais individualmente;

VI - deixar de manter os usuários informados sobre os recursos disponíveis para o atendimento e de responder às reclamações dos mesmos;

VII - deixar de prestar os serviços ajustados no contrato;

VIII - oferecer serviços profissionais como bonificação em concursos, sorteios, premiações e promoções de qualquer natureza;

IX - elaborar planos de tratamento para serem executados por terceiros, inclusive na forma de perícia prévia;

X - prestar serviços odontológicos, contratar empresas ou profissionais ilegais ou irregulares perante o Conselho Regional de sua jurisdição;

XI - usar indiscriminadamente Raios X com finalidade, exclusivamente, administrativa em substituição à perícia/auditoria e aos serviços odontológicos;

XII - deixar de proceder a atualização contratual, cadastral e de responsabilidade técnica, bem como de manter-se regularizado com suas obrigações legais junto ao Conselho Regional de sua jurisdição; e,

XIII - constitui infração ética a participação de cirurgiões-dentistas como proprietários, sócios, dirigentes ou consultores dos chamados cartões de descontos, assim como a comprovada associação ou referenciamento de cirurgiões-dentistas a qualquer empresa que faça publicidade de descontos sobre honorários odontológicos, planos de financiamento ou consórcio.

CAPÍTULO XII
DO RESPONSÁVEL TÉCNICO E DOS PROPRIETÁRIOS INSCRITOS

Art. 33. Ao responsável técnico cabe a fiscalização técnica e ética da instituição pública ou privada pela qual é responsável, devendo orientá-la, por escrito, inclusive sobre as técnicas de propaganda utilizadas.

§ 1º. É dever do responsável técnico, primar pela fiel aplicação deste Código na pessoa jurídica em que trabalha.

§ 2º. É dever do responsável técnico, informar ao Conselho Regional, imediatamente, por escrito, quando da constatação do cometimento de infração ética, acontecida na empresa em que exerça sua responsabilidade.

CAPÍTULO XIII
DO MAGISTÉRIO

Art. 34. No exercício do magistério, o profissional inscrito exaltará os princípios éticos e promoverá a divulgação deste Código.

Art. 35. Constitui infração ética:

I - utilizar-se do paciente e/ou do aluno de forma abusiva em aula ou pesquisa;

II - eximir-se de responsabilidade nos trabalhos executados em pacientes pelos alunos;

III - utilizar-se da influência do cargo para aliciamento e/ou encaminhamento de pacientes para clínica particular;

IV - participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos;

V - permitir a propaganda abusiva ou enganosa, de cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização;

VI - aproveitar-se do aluno para obter vantagem física, emocional ou financeira;

VII - aliciar pacientes ou alunos, oferecendo vantagens, benefícios ou gratuidades, para cursos de aperfeiçoamento, atualização ou especialização;

VIII - utilizar-se de formulário de instituições de ensino para atestar ou prescrever feitos verificados em consultórios particulares; e,

IX - permitir a prática clínica em pacientes por acadêmicos de Odontologia fora das diretrizes e planos pedagógicos da instituição de ensino superior, ou de regular programa de estágio e extensão, respondendo pela violação deste inciso

o professor e o coordenador da respectiva atividade.

CAPÍTULO XIV
DA DOAÇÃO, DO TRANSPLANTE E DO BANCO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E BIOMATERIAIS

Art. 36. Todos os registros do banco de ossos e dentes e outros tecidos devem ser de caráter confidencial, respeitando o sigilo da identidade do doador e do receptor.

Art. 37. Constitui infração ética:

I - descumprir a legislação referente ao banco de tecidos e dentes ou colaborar direta ou indiretamente com outros profissionais nesse descumprimento;

II - utilizar-se do nome de outro profissional para fins de retirada dos tecidos e dentes dos bancos relacionados;

III - deixar de esclarecer ao doador, ao receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos e tecidos; e,

IV - participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos.

CAPÍTULO XV
DAS ENTIDADES DA CLASSE

Art. 38. Compete às entidades da classe, através de seu presidente,
fazer as comunicações pertinentes que sejam de indiscutível interesse público.

Parágrafo único. Esta atribuição poderá ser delegada, sem prejuízo da responsabilidade solidária do titular.

Art. 39. Cabe ao presidente e ao infrator a responsabilidade pelas infrações éticas cometidas em nome da entidade.

Art. 40. Constitui infração ética:

I - servir-se da entidade para promoção própria, ou obtenção de vantagens pessoais;

II - prejudicar moral ou materialmente a entidade;

III - usar o nome da entidade para promoção de produtos comerciais sem que os mesmos tenham sido testados e comprovada sua eficácia na forma da Lei; e,

IV - desrespeitar entidade, injuriar ou difamar os seus diretores.

CAPÍTULO XVI
DO ANÚNCIO, DA PROPAGANDA E DA PUBLICIDADE

Art. 41. A comunicação e a divulgação em Odontologia obedecerão ao disposto neste Código.

§ 1º. É vedado aos técnicos em prótese dentária, técnicos em saúde bucal, auxiliares de prótese dentária, bem como aos laboratórios de prótese dentária fazerem anúncios, propagandas ou publicidade dirigida ao público em geral.

§ 2º. Aos profissionais citados no § 1º, com exceção do auxiliar em saúde bucal, serão permitidas propagandas em revistas, jornais ou folhetos especializados, desde que dirigidas aos cirurgiões-dentistas, e acompanhadas do nome do profissional ou do laboratório, do seu responsável técnico e do número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia.

§ 3º. Nos laboratórios de prótese dentária deverá ser afixado, em local visível ao público em geral, informação fornecida pelo Conselho Regional de Odontologia da jurisdição sobre a restrição do atendimento direto ao paciente.

Art. 42. Os anúncios, a propaganda e a publicidade poderão ser feitos em qualquer meio de comunicação, desde que obedecidos os preceitos deste Código.

Art. 43. Na comunicação e divulgação é obrigatório constar o nome e o número de inscrição da pessoa física ou jurídica, bem como o nome representativo da profissão de cirurgião-dentista e também das demais profissões auxiliares regulamentadas. No caso de pessoas jurídicas, também o nome e o número de inscrição do responsável técnico.

§ 1º. Poderão ainda constar na comunicação e divulgação:

I - áreas de atuação, procedimentos e técnicas de tratamento, desde que precedidos do título da especialidade registrada no Conselho Regional ou qualificação profissional de clínico geral. Áreas de atuação são procedimentos pertinentes às especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal;

II - as especialidades nas quais o cirurgião-dentista esteja inscrito no Conselho Regional;

III - os títulos de formação acadêmica *stricto sensu* e do magistério relativos à profissão;

IV - endereço, telefone, fax, endereço eletrônico, horário de trabalho, convênios, credenciamentos, atendimento domiciliar e hospitalar;

V - logomarca e/ou logotipo; e,

VI - a expressão "clínico geral", pelos profissionais que exerçam atividades pertinentes à Odontologia decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso de graduação ou em cursos de pós-graduação.

§ 2º. No caso de pessoa jurídica, quando forem referidas ou ilustradas especialidades, deverão possuir, a seu serviço, profissional inscrito no Conselho Regional nas especialidades anunciadas, devendo, ainda, ser disponibilizada ao público a relação destes profissionais com suas qualificações, bem como os clínicos gerais com suas respectivas áreas de atuação, quando houver.

Art. 44. Constitui infração ética:

I - fazer publicidade e propaganda enganosa, abusiva, inclusive com expressões ou imagens de antes e depois, com preços, serviços gratuitos, modalidades de pagamento, ou outras formas que impliquem comercialização da Odontologia ou contrarie o disposto neste Código;

II - anunciar ou divulgar títulos, qualificações, especialidades que não possua, sem registro no Conselho Federal, ou que não sejam por ele reconhecidas;

III - anunciar ou divulgar técnicas, terapias de tratamento, área de atuação, que não estejam devidamente comprovadas cientificamente, assim como instalações e equipamentos que não tenham seu registro validado pelos órgãos competentes;

IV - criticar técnicas utilizadas por outros profissionais como sendo inadequadas ou ultrapassadas;

V - dar consulta, diagnóstico, prescrição de tratamento ou divulgar resultados clínicos por meio de qualquer veículo de comunicação de massa, bem como permitir que sua participação na divulgação de assuntos odontológicos deixe de ter caráter exclusivo de esclarecimento e educação da coletividade;

VI - divulgar nome, endereço ou qualquer outro elemento que identifique o paciente, a não ser com seu consentimento livre e esclarecido, ou de seu responsável legal, desde que não sejam para fins de autopromoção ou benefício do profissional, ou da entidade prestadora de serviços odontológicos, observadas as demais previsões deste Código;

VII - aliciar pacientes, praticando ou permitindo a oferta de serviços através de informação ou anúncio falso, irregular, ilícito ou imoral, com o intuito de atrair clientela, ou outros atos que caracterizem concorrência desleal ou aviltamento da profissão, especialmente a utilização da expressão "popular";

VIII - induzir a opinião pública a acreditar que exista reserva de atuação clínica em Odontologia;

IX - oferecer trabalho gratuito com intenção de autopromoção ou promover campanhas oferecendo trocas de favores;

X - anunciar serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza ou através de aquisição de outros bens pela utilização de serviços prestados;

XI - promover direta ou indiretamente por intermédio de publicidade ou propaganda a poluição do ambiente;

XII - expor ao público leigo artifícios de propaganda, com o intuito de granjear clientela, especialmente a utilização de imagens e/ou expressões antes, durante e depois, relativas a procedimentos odontológicos;

XIII - participar de programas de comercialização coletiva oferecendo serviços nos veículos de comunicação; e,

XIV - realizar a divulgação e oferecer serviços odontológicos com finalidade mercantil e de aliciamento de pacientes, através de cartão de descontos, caderno de descontos, mala direta via internet, sites promocionais ou de compras coletivas, telemarketing ativo à população em geral, stands promocionais, caixas de som portáteis ou em veículos automotores, plaqueteiros entre outros meios que caracterizem concorrência desleal e desvalorização da profissão.

Art. 45. Pela publicidade e propaganda em desacordo com as normas estabelecidas neste Código respondem solidariamente os proprietários, responsável técnico e demais profissionais que tenham concorrido na infração,na medida de sua culpabilidade.

Art. 46. Aplicam-se, também, as normas deste Capítulo a todos àqueles que exerçam a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam pessoas físicas ou jurídicas, tais como: clínicas, policlínicas, operadoras de planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamentos ou quaisquer outras entidades.

SEÇÃO I
DA ENTREVISTA

Art. 47. O profissional inscrito poderá utilizar-se de meios de comunicação para conceder entrevistas ou palestras públicas sobre assuntos odontológicos de sua atribuição, com finalidade de esclarecimento e educação no interesse da coletividade, sem que haja autopromoção ou sensacionalismo, preservando sempre o decoro da profissão, sendo vedado anunciar neste ato o seu endereço profissional, endereço eletrônico e telefone.

Art. 48. É vedado ao profissional inscrito:

I - realizar palestras em escolas, empresas ou quaisquer entidades que tenham como objetivo a divulgação de serviços profissionais e interesses particulares, diversos da orientação e educação social quanto aos assuntos odontológicos;

II - distribuir material publicitário e oferecer brindes, prêmios, benefícios ou vantagens ao público leigo, em palestras realizadas em escolas, empresas ou quaisquer entidades, com finalidade de angariar clientela ou aliciamento;

III - realizar diagnóstico ou procedimentos odontológicos em escolas, empresas ou outras entidades, em decorrência da prática descrita nos termos desta seção; e,

IV - aliciar pacientes, aproveitando-se do acesso às escolas, empresas e demais entidades.

SEÇÃO II
DA PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA

Art. 49. Constitui infração ética:

I - aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome na co-autoria de obra científica;

II - apresentar como seu, no todo ou em parte, material didático ou obra científica de outrem, ainda que não publicada;

III - publicar, sem autorização por escrito, elemento que identifique o paciente preservando a sua privacidade;

IV - utilizar-se, sem referência ao autor ou sem sua autorização expressa, de dados, informações ou opiniões coletadas em partes publicadas ou não de sua obra;

V - divulgar, fora do meio científico, processo de tratamento ou descoberta cujo valor ainda não esteja expressamente reconhecido cientificamente;

VI - falsear dados estatísticos ou deturpar sua interpretação; e,

VII - publicar pesquisa em animais e seres humanos sem submetê-la à avaliação prévia do comitê de ética e pesquisa em seres humanos e do comitê de
ética e pesquisa em animais.

CAPÍTULO XVII
DA PESQUISA CIENTÍFICA

Art. 50. Constitui infração ética:

I - desatender às normas do órgão competente e à legislação sobre pesquisa em saúde;

II - utilizar-se de animais de experimentação sem objetivos claros e honestos de enriquecer os horizontes do conhecimento odontológico e, conseqüentemente, de ampliar os benefícios à sociedade;

III - desrespeitar as limitações legais da profissão nos casos de experiência *in anima nobili*;

IV - infringir a legislação que regula a utilização do cadáver para estudo e/ou exercícios de técnicas cirúrgicas;

V - infringir a legislação que regula os transplantes de órgãos e tecidos *post-mortem* e do "próprio corpo vivo";

VI - realizar pesquisa em ser humano sem que este ou seu responsável, ou representante legal, tenha dado consentimento, livre e esclarecido, por escrito, sobre a natureza das consequências da pesquisa;

VII - usar, experimentalmente, sem autorização da autoridade competente, e sem o conhecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, qualquer tipo de terapêutica ainda não liberada para uso no País;

VIII - manipular dados da pesquisa em benefício própria ou de empresas ebou instituições; e,

IX - sobrepor o interesse da ciência ao da pessoa humana.

CAPÍTULO XVIII
DAS PENAS E SUAS APLICAÇÕES

Art. 51. Os preceitos deste Código 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 indireta ou omissa, às seguintes penas previstas no artigo 18, da Lei nº. 4.324, de 14 de abril de 1964:

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; e,

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

Art. 52. 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 consequências.

Art. 53. 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 pessoa jurídica, ilegal, inidônea ou irregular;

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

V - ultrapassar o estrito limite da competência legal de sua profissão;

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

VII - veiculação de propaganda ilegal;

VIII - praticar infração ao Código de Ética no exercício da função de dirigente de entidade de classe odontológica;

IX - exercer ato privativo de profissional da Odontologia, sem estar para isso legalmente habilitado;

X - praticar ou ensejar atividade que não resguarde o decoro profissional;

XI - ofertar serviços odontológicos de forma abusiva, enganosa, imoral ou ilegal; e,

XII - ofertar serviços odontológicos em sites de compras coletivas ou similares.

Art. 54. A alegação de ignorância ou a má compreensão dos preceitos deste Código não exime de penalidade o infrator.

Art. 55. São circunstâncias que podem agravar a pena:

I - a reincidência;

II - a prática com dolo;

III - a inobservância das notificações expedidas pela fiscalização, o não comparecimento às solicitações ou intimações do Conselho Regional para esclarecimentos ou na instrução da ação ética disciplinar;

IV - qualquer forma de obstrução de processo;

V - o falso testemunho ou perjúrio;

VI - aproveitar-se da fragilidade do paciente; e,

VII - cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função.

Art. 56. São circunstâncias que podem atenuar a pena:

I - não ter sido antes condenado por infração ética;

II - ter reparado ou minorado o dano; e,
III - culpa concorrente da vítima.

Art. 57. 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.

§ 1º. O aumento da pena pecuniária deve ser proporcional à gravidade da infração.

§ 2º. Em caso de reincidência, a pena de multa será aplicada em dobro.

CAPÍTULO XIX
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 58. O profissional condenado por infração ética à pena disciplinar combinada com multa pecuniária, também poderá ser objeto de reabilitação, na forma prevista no Código de Processo Ético Odontológico.

Art. 59. As alterações deste Código são da competência exclusiva do Conselho Federal, ouvidos os Conselhos Regionais.

Art. 60. Este Código entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2013.

ANEXO C

Doenças de notificação compulsória, compulsória imediata e compulsória em unidades sentinelas

Lista nacional de agravos de notificação compulsória	
1. Acidentes por animais peçonhentos; 2. Atendimento antirrábico; 3. Botulismo; 4. Carbúnculo ou Antraz; 5. Cólera; 6. Coqueluche; 7. Dengue; 8. Difteria; 9. Doença de Creutzfeldt-Jakob; 10. Doença Meningocócica e outras Meningites; 11. Doenças de Chagas Aguda; 12. Esquistossomose; 13. Eventos Adversos Pós-Vacinação; 14. Febre Amarela; 15. Febre do Nilo Ocidental; 16. Febre Maculosa; 17. Febre Tifóide; 18. Hanseníase; 19. Hantavirose; 20. Hepatites Virais; 21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical; 22. Influenza humana por novo subtipo; 23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);	24. Leishmaniose Tegumentar Americana; 25. Leishmaniose Visceral; 26. Leptospirose; 27. Malária; 28. Paralisia Flácida Aguda; 29. Peste; 30. Poliomielite; 31. Raiva Humana; 32. Rubéola; 33. Sarampo; 34. Sífilis Adquirida; 35. Sífilis Congênita; 36. Sífilis em Gestante; 37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS; 38. Síndrome da Rubéola Congênita; 39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino; 40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV); 41. Tétano; 42. Tuberculose; 43. Tularemia; 44. Varíola; e 45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

Fonte: BRASIL, 2011.

Lista nacional de agravos de notificação compulsória imediata

I. Caso suspeito ou confirmado de:

1. Botulismo;

2. Carbúnculo ou Antraz;

3. Cólera;

4. Dengue nas seguintes situações:

- Dengue com complicações (DCC),

- Síndrome do Choque da Dengue (SCD),

- Febre Hemorrágica da Dengue (FHD),

- Óbito por Dengue,

- Dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo.

5. Doença de Chagas Aguda;

6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no Anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mormo, Encefalites Eqüinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras;

7. Febre Amarela;

8. Febre do Nilo Ocidental;

9. Hantavirose;

10. Influenza humana por novo subtipo;

11. Peste;

12. Poliomielite;

13. Raiva Humana;

14. Sarampo;

15. Rubéola;

16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);

17. Varíola;

18. Tularemia; e

19. Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).

II. Surto ou agregação de casos ou óbitos por:

1. Difteria;

2. Doença Meningocócica;

3. Doença Transmitida por Alimentos (DTA) em embarcações ou aeronaves;

4. Influenza Humana;

5. Meningites Virais;

6. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:

a. Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar no Anexo I desta Portaria;

b. Doença de origem desconhecida;

c. Exposição a contaminantes químicos;

d. Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS;

e. Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA;

f. Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU;

g. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;

h. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em conseqüência evento.

III. Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destaca-se entre outras classes de animais:

1. Primatas não humanos

2. Eqüinos

3. Aves

4. Morcegos

Raiva: Morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: vôos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes.

5. Canídeos

Raiva: canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente para raiva. Leishmaniose visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie Leishmania chagasi.

6. Roedores silvestres

Peste: Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

Fonte: BRASIL, 2011.

Lista nacional de agravos de notificação compulsória em Unidades Sentinelas
1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
2. Acidente de trabalho com mutilações;
3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;
4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios Ostemusculares Relacionados ao Trabalho (DORT);
8. Influenza humana;
9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho;
10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
11. Pneumonias;
12. Rotavírus;
13. Oxoplasmose adquirida na gestação e congênita;
14. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

Fonte: BRASIL, 2011.

ANEXO D

O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde

(...)

A reorganização das práticas de saúde

Entre os modelos alternativos de saúde, um de particular interesse é o da Vigilância da Saúde, entendida não apenas como uma justaposição das três vigilâncias, mas sim como uma forma de organização tecnológica do processo de prestação de serviços em saúde, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços com distinta complexidade (Paim, 1999).

Esse modelo se pauta no entendimento de que a saúde é um bem construído socialmente, reconhecendo a importância das condições de vida sobre as condições de saúde.

Uma das principais diferenças em relação aos modelos médico-assistencial e sanitarista é a inclusão de novos sujeitos. Aos atores tradicionais da saúde incorpora-se a população como sujeito na construção desse modelo, dirigindo a atenção para danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e da saúde e não apenas para o atendimento de queixas e doenças. Sua prática transcende os espaços institucionais do setor e expande-se a outros órgãos governamentais ou não, envolvendo diversos grupos sociais em uma prática intersetorial (TEIXEIRA et al., 1998).

Para tanto, é necessário que ao arsenal tecnológico médico-sanitário tradicional também se incorporem outras tecnologias, como a comunicação social, o planejamento e a programação local. Com isso, as ações desenvolvidas se pautam pela pactuação de demandas e de necessidades identificadas pela equipe de saúde e população.

Para a melhoria da qualidade de vida da população, resultado desejado, essa nova prática requer uma atitude de co-responsabilidade. Isso é, por um lado os profissionais de saúde são responsáveis pelos moradores do território onde atuam e não apenas por aqueles que buscam os serviços de saúde; por outro, é necessário que os cidadãos assumam a responsabilidade pela defesa de sua própria saúde e a da coletividade.

(...)

Vigilância da saúde

Tradicionalmente, as práticas de vigilância foram estruturadas e orientadas pela demanda espontânea e pontual, tendo um forte componente autoritário e fiscalizador. Em geral, faz-se vigilância "sobre" os profissionais e não "com" a participação ativa deles e, como conseqüência, os programas perdem eficiência e efetividade. Por essa razão, é imprescindível a estruturação de um projeto de atuação cuja metodologia inclua a educação em saúde como ferramenta na mudança de comportamentos profissionais, melhorando a informação e motivando a compreensão da necessidade de um novo comportamento perante velhos hábitos. As atitudes e a formação dos profissionais da vigilância têm grande influência na aceitação das orientações pelo setor regulado.

(...)

Fonte: AERTS; ABEGG; CESA. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, n.1. 131-138, 2004.

ETSUS
Escola Técnica do SUS

FUNESA

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE

GOVERNO DE
SERGIPE
PRESENTE E FUTURO