



OSP
ODONTOLOGIA
SOCIAL E
PREVENTIVA

UFMG

A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE: POPULAÇÃO, ESTRUTURA OPERACIONAL E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE



Daniele Lopes Leal; Jacqueline Silva Santos; Rafaela da Silveira Pinto;
Thamara Vidal Ferreira

1ª edição
Belo Horizonte
Comissão Editorial FAO-UFMG
2025

Autores: Daniele Lopes Leal, Jacqueline Silva Santos, Rafaela da Silveira Pinto e Thamara Vidal Ferreira.
Alexandre Diniz de Paula Guimarães (organizador), Jaynara Naiany Gonçalves dos Santos (organizadora), Marina Viana Scarpelli Aguiar (organizadora), Sarah Vitória Maciel Moraes (organizadora), Vitor Ribeiro Marinho (organizador), Janice Simpson de Paula (Colaboradora) Rosa Núbia Vieira de Moura (Colaboradora)

A SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE: POPULAÇÃO, ESTRUTURA OPERACIONAL E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Comissão editorial FAO-UFMG
Belo Horizonte
2025



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença
Atribuição 4.0 Internacional

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida. Vice-Reitor: Alessandro Fernandes Moreira.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA. Diretor: João Batista Novaes Júnior. Vice-Diretora: Patrícia Valente Araújo.

Comissão Editorial da Faculdade de Odontologia da UFMG (07/2023-10/2025):

Profa. Fabiana Vargas Ferreira (Titular), Profa. Profa. Sheyla Márcia Auaud (Suplente), Profa. Rafaela da Silveira Pinto (Titular), Profa. Profa. Ivana Márcia Alves Diniz (Suplente), Profa. Francisca Daniele Jardimino (Suplente), Profa. Renata Magalhães Cyrino (Suplente), Sra. Bárbara da Silva Mourthé Matoso (Titular), Sr. Victor Felipe Alves (Suplente), Sra. Miriam Cândida de Jesus (Titular), Sra. Sérgio Barbosa dos Santos (Suplente), Sr. Hebertt Gonzaga dos Santos Chaves (Titular), Sra. Eliane Maria Mascarenhas da Silva (Suplente).

Créditos técnicos:

Conteúdo intelectual: Daniele Lopes Leal, Jacqueline Silva Santos, Rafaela da Silveira Pinto, Thamara Vidal Ferreira

Normalização: Marina Viana Scarpelli Aguiar, Vitor Ribeiro Marinho.

Revisão: Daniele Lopes Leal, Janice Simpson de Paula, Rosa Núbia Vieira de Moura, Rafaela da Silveira Pinto.

Formatação: Alexandre Diniz de Paula Guimarães, Jaynara Naiany Gonçalves dos Santos, Marina Viana Scarpelli Aguiar, Sarah Vitória Maciel Moraes, Vitor Ribeiro Marinho.

S255

A saúde bucal no contexto dos elementos constitutivos da rede [recurso eletrônico]: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde / Daniele Lopes Leal ... [et al.]. – 1. ed. – Belo Horizonte : FAO UFMG, 2025.

45 p. : il.

Modo de Acesso: World Wide Web

ISBN: 978-85-93368-91-2

1. Saúde bucal. 2. Prevenção de doenças. 3.

4. Atenção primária à saúde. I. Leal, Daniele Lopes. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK – D58

Orientadora e Autora



Daniele Lopes Leal
Professora Adjunta do Departamento de
Odontologia Social e Preventiva
UFMG

Autoras



Jacqueline Silva Santos
Coordenadora de Saúde Bucal e Ações
Integradas - Secretaria de Estado de Saúde
de Minas Gerais (SESMG)



Rafaela da Silveira Pinto
Professora Adjunta do
Departamento de Odontologia
Social e Preventiva
UFMG



Thamara Vidal Ferreira
Mestranda
Faculdade de Odontologia
UFMG

Colaboradoras



Janice Simpson de Paula
Professora Adjunta do
Departamento de Odontologia
Social e Preventiva
UFMG



Rosa Núbia Vieira de Moura
Professora Adjunta do
Departamento de Odontologia
Social e Preventiva
UFMG

Organizadores e Revisores



Alexandre Diniz de Paula Guimarães
Graduando
Faculdade de Odontologia
UFMG



Jaynara Naiany Gonçalves dos Santos
Graduanda
Faculdade de Odontologia
UFMG



Marina Viana Scarpelli Aguiar
Graduanda
Faculdade de Odontologia
UFMG



Sarah Vitória Maciel Moraes
Graduanda
Faculdade de Odontologia
UFMG



Vitor Ribeiro Marinho
Graduando
Faculdade de Odontologia
UFMG

Sumário

Apresentação.....	6
2 . OS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL (RASB-MG).....	7
2.1. A POPULAÇÃO.....	7
2.1.1. SB MINAS GERAIS - PESQUISA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO MINEIRA.....	10
2.2. A ESTRUTURA OPERACIONAL.....	20
2.3. OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A PROPOSTA DE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS.....	24
3. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE BUCAL.....	34
REFERÊNCIAS.....	45

Apresentação

Este E-book faz parte de um conjunto de produtos que vêm sendo elaborados por meio da parceria entre a Coordenação de Saúde Bucal e Ações Integradas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (CSBAI/SES-MG) e o Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da UFMG (DOSP/FAO/UFMG).

A construção deste documento se deu a partir da identificação da necessidade do estabelecimento de diretrizes para as ações de saúde bucal a serem ofertadas no âmbito da rede de atenção à saúde bucal (RASB-MG-MG) nos municípios. É fundamental que os profissionais de saúde bucal se reconheçam e dialoguem na RASB-MG-MG, e a comunicação precisa ser efetiva, baseada nas mesmas diretrizes e processos de trabalho.

Assim, este documento reúne as principais informações sobre a organização dos processos de trabalho na RASB-MG, tendo como ponto de partida a cárie dentária, que é a condição bucal mais prevalente na população brasileira. A proposta é construir documentos semelhantes para as demais condições bucais: doença periodontal, lesões de lábio e cavidade bucal, má oclusão e fluorose.

Com este e-book, a CSBAI/DPAPS/SES-MG, em parceria com o DOSP/FAO/UFMG, renova o compromisso de apoiar os(as) gestores(as) a avançarem na garantia do acesso integral à saúde bucal, com qualidade e de acordo com o princípio da equidade.

As autoras.



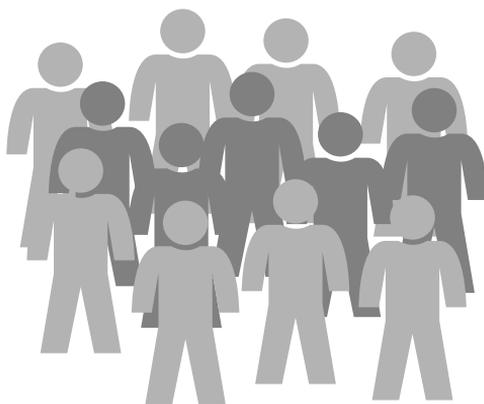
2. OS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL (RASB-MG)

A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB-MG) é estruturada considerando a matriz operacional de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e os seus três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

2.1 A POPULAÇÃO



O primeiro elemento constitutivo das Redes de Atenção à Saúde é uma população definida em territórios sanitários. Ou seja, a rede existe em função de uma população conhecida e vinculada à Atenção Primária à Saúde (APS).



A população está em seu domicílio, que é o primeiro ponto de atenção. O sistema de saúde precisa se organizar para alcançar as pessoas em seu domicílio. Assim, a definição da população para a RASB-MG pode ser feita através do cadastro, realizado pelas equipes de APS e/ou, por meio de parâmetros assistenciais dos levantamentos epidemiológicos nacionais e estadual e/ou por meio de levantamentos de necessidades.

O conhecimento do quadro epidemiológico da população é essencial para organização de um sistema de atenção à saúde. A situação da saúde bucal da população brasileira e do estado de Minas Gerais foi foco de inquéritos epidemiológicos recentes, os quais apontaram para um quadro de grande necessidade de atenção em saúde bucal, em especial em relação à cárie e doença periodontal (BRASIL, 2011; LEAL, 2013; DA SILVEIRA et al, 2018).



Em geral, o quadro epidemiológico de saúde bucal encontrado no Brasil aponta para situações de mutilação e grande necessidade de reabilitação em adultos e idosos, bem como para necessidade de atenção entre crianças e adolescentes. Esse quadro é consequência do histórico da atenção em saúde bucal, configurado pela prestação de uma assistência odontológica com base na oferta e inserida em um sistema de saúde excludente e fragmentado, voltado para as condições agudas e centrado em ações individuais (NARVAI *et al*, 2006; LEAL, 2017).

No item 2.1.1, será apresentado o quadro epidemiológico da população mineira, concebida pelo projeto SB Minas Gerais – Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira. Este projeto foi idealizado e realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, em parceria com secretarias municipais de saúde, entidades de classe e universidades.

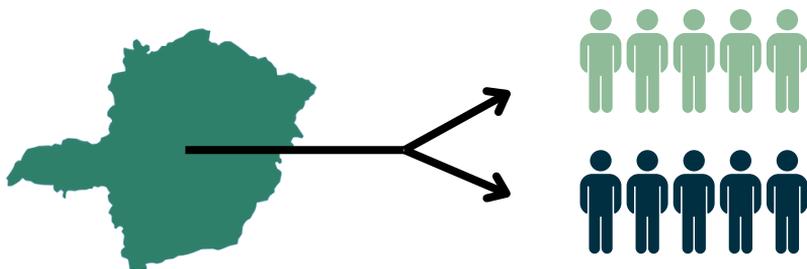


A pesquisa, que foi realizada ao longo do ano de 2012, tomou como base a metodologia do Projeto SBBrasil (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal) conduzida em 2010. Ela surgiu da necessidade de conhecer a realidade da saúde bucal da população do estado de Minas Gerais e, a partir deste diagnóstico, formular ações que contemplem esta população através do desenvolvimento de programas de âmbito estadual e em cumprimento à Política Nacional de Saúde Bucal.



2.1.1 SB Minas Gerais - Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira

Os dados foram obtidos em 57 cidades do interior do estado mais a capital, Belo Horizonte. No interior, os municípios foram divididos em dois blocos, de acordo com a sua situação socioeconômica. Foram examinados e entrevistados, em seus domicílios, crianças de 5 e de 12 anos de idade, adolescentes de 15 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos. Os exames foram realizados por dentistas pertencentes aos serviços de saúde dos municípios participantes.



A amostra, estatisticamente representativa da população mineira, foi de aproximadamente 5 mil pessoas. O Projeto SB Minas Gerais analisou a situação da população mineira com relação à cárie dentária, às doenças da gengiva, necessidades de próteses dentais, condições da oclusão (mordida) e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos.

Cárie Dentária

A cárie dentária é usualmente avaliada em estudos epidemiológicos a partir do índice CPO-D (sigla para “Cariados, Perdidos e Obturados”), composto pela soma dos dentes afetados pela cárie, estejam eles ainda não tratados (cariados) ou tratados mediante uma abordagem conservadora (obturados) ou mutiladora (extraídos/perdidos). Devido ao seu caráter cumulativo ao longo dos anos, o CPO-D é sempre referido em relação à idade e um indicador utilizado internacionalmente é o CPO-D aos 12 anos, pois reflete o ataque de cárie logo no começo da dentição permanente.



No estado de Minas Gerais, o CPO médio aos 12 anos é igual a 1,8, ou seja, pouco menos de 2 dentes estão afetados, em média, pela cárie nestas crianças. Este valor é ligeiramente inferior à média nacional encontrada em 2010 (2,1) e bem próximo do valor encontrado para a região Sudeste (1,7). O valor global do CPO-D é mais baixo que a média nacional, sendo importante destacar que o componente do índice que representa os dentes cariados (portanto, ainda sem tratamento) em Minas Gerais é igual 0,8 (menos de um dente afetado), representando 44% do número de dentes com histórico de cárie, e o restante (56%) representa os dentes perdidos ou obturados.

No Brasil, a média de dentes cariados aos 12 anos é de 1,12, o que equivale a mais da metade (54,1%) de todo o índice de 2,1. Em relação aos obturados, ou seja, os dentes que foram afetados, mas que receberam tratamento conservador, em Minas Gerais, a média deste componente é de 0,9 (metade do valor do índice) enquanto, no Brasil os dentes obturados representam 35% do índice (0,7 dentes). Em outras palavras, isto significa que a severidade da cárie em crianças é menor em Minas, em comparação com o Brasil e há uma maior oferta de tratamento reparador, refletindo na maior proporção de dentes restaurados.



Contudo, estes valores expressam a média geral do Estado, o qual apresenta grandes desigualdades regionais. Desagregando-se estes dados para a capital e os municípios do interior e, nestes, diferenciando-os pela situação socioeconômica, percebe-se um gradiente importante na prevalência e severidade da cárie dentária. A capital do estado tem um CPO aos 12 anos de 1,1, dos quais 0,6 dentes estão cariados e 0,5 restaurados.



No interior, a média passa para 2,1, indicando que estes municípios literalmente “empurram” a média para cima. A diferença do CPO aos 12 anos entre municípios do interior com relação à situação socioeconômica é grande em termos gerais. Os municípios do estrato 1, com uma melhor classificação, apresentam um CPO menor (1,9) do que os municípios do estrato 2, com situação socioeconômica desfavorável (2,4). Contudo, a diferença real se reflete na proporção dos componentes, uma vez que a média de dentes cariados é 50% maior nos municípios mais pobres.



Com relação à cárie dentária em adolescentes (15 a 19 anos), a situação é semelhante, com Minas Gerais apresentando um índice CPO de 3,9 ante uma média nacional de 4,2. A média de dentes cariados, nesta mesma faixa etária, é mais baixa (1,3 em Minas e 1,5 no Brasil). Novamente, se observa a desigualdade na distribuição da doença em adolescentes, uma vez que, a capital apresenta um índice (2,3) o que corresponde a pouco mais da metade daquele encontrado nos municípios do interior do estado (4,3).

Finalmente, com relação à cárie dentária em adultos e idosos, a situação em Minas é semelhante à realidade nacional, onde o maior problema reside não diretamente aos dentes com necessidades de tratamento (cariados) mas ao alto grau de mutilação, representado pelos dentes extraídos. Em mineiros adultos de 35 a 44 anos, 5,3 dentes em média já foram extraídos, estando esta média abaixo da nacional (7,5) e também da média da região Sudeste (6,7). Em idosos na faixa de 65 a 74 anos, a situação é praticamente a mesma do Brasil, em que foi encontrada uma média de 26,3 dentes (quase toda a dentição) já extraídos. A média nacional é muito semelhante, pouco mais de 25 dentes, indicando que a extensa mutilação dentária em idosos brasileiros é bem distribuída em todo o território brasileiro e Minas Gerais não foge a esta regra.

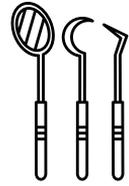
Condições Gingivais

As condições gengivais foram avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário, que indica a presença de sangramento (gingivite), cálculo (tártaro) e bolsa periodontal (uma condição em que a inflamação gengival é de tal magnitude que ocorre rompimento dos ligamentos do dente à gengiva e até mesmo perda óssea). A presença de gingivite e/ou cálculo pode ser mitigada pelo acesso a procedimentos menos complexos, na atenção básica, enquanto a presença de bolsa periodontal requer tratamento especializado.



Em termos populacionais, os problemas gengivais aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Minas indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 62,7% para a idade de 12 anos, 52,6% para a faixa de 15 a 19 anos, 23,9% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 2,2% nos idosos de 65 a 74 anos. É uma situação ligeiramente mais favorável que a brasileira, cujos percentuais foram de 63%, 51%, 18% e 1,8% respectivamente.

Da proporção de indivíduos com algum problema na gengiva, a presença de cálculo e sangramento é mais comum entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), quando se observa uma prevalência de 15,8%, um valor abaixo do nacional (19,4%). Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes.



Necessidade de prótese dentária

Próteses dentais são muito demandadas nos serviços odontológicos, tanto os públicos quanto os privados. Por essa razão, nesta pesquisa a necessidade de próteses dentárias foi estimada, com a finalidade de proporcionar subsídios para o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador. As próteses dentárias referidas foram a parcial (quando há dentes remanescentes) e total (quando todos os dentes da arcada são substituídos). Também se buscou verificar se a necessidade ocorria em um ou nos dois maxilares.



Entre os adolescentes, 7,4% necessitam de próteses parciais em um ou dois maxilares, não havendo registro para necessidade de próteses totais. Este valor é pouco mais da metade do encontrado para o Brasil em 2010 (13,7%). Entre adultos, 57,2% apresentaram necessidade de algum tipo de prótese, sendo a maioria parciais em um ou dois maxilares, embora a necessidade de prótese total (simples ou dupla) já represente 3,2% desta população.



Em idosos o percentual de necessidade é maior (67,7%), contudo a grande maioria (46,6%) é representada por próteses totais. Contabilizando apenas a necessidade de prótese total dupla (em que todos os dentes foram perdidos e não repostos), são 30,1% de idosos nesta situação.

Oclusão dentária

Aos 12 anos, 33,8% apresentam algum problema de oclusão. Em 17,5% dessas crianças, os problemas se expressam na forma mais branda. Mas 9,8% têm oclusopatia severa e 6,5% apresentam oclusopatia muito severa, sendo esta a condição que requer tratamento mais imediato, constituindo-se em prioridade em termos de saúde pública.



Nos adolescentes, as proporções são ligeiramente menores, com 26,7% apresentando algum tipo de problema e, destes, cerca de 6,2% correspondem à forma mais severa da doença.

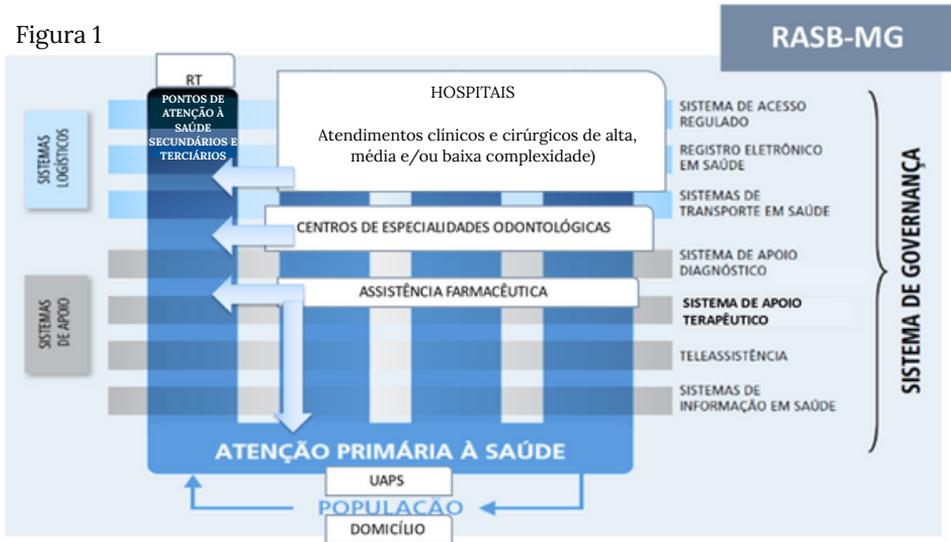
2.2 A estrutura operacional

Adaptado de CADERNO DE SAÚDE BUCAL DE MINAS GERAIS: FERRAMENTAS DE (RE)ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SUS MG, no Prelo

A implementação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB-MG) possui grande relevância para o fortalecimento do Sistema de Saúde. A organização de seus elementos constitutivos e sua configuração no espaço do território sanitário devem obedecer aos critérios de escala, escopo, acesso e resolutividade.

A Figura 1 representa a estrutura operacional da RASB-MG. Faz-se necessário o estabelecimento de um processo de trabalho integrado, por meio da organização de uma rede de cuidados progressivos, conforme as atribuições e competências dos pontos de atenção.

Figura 1



Fonte: Adaptado de MENDES, 2010

No que diz respeito à estrutura operacional da RASB-MG-MG, esta precisa ser bem estruturada e qualificada para responder, de forma resolutiva, às necessidades em saúde bucal da população. É constituída pelos pontos de atenção (APS, pontos de atenção secundários e terciários), pelos sistemas logísticos e de apoio e, ainda, pela governança.

A APS ordena o cuidado para os pontos de atenção secundário e terciário (ambulatoriais e hospitalares). Transversalmente aos pontos de atenção, estão os sistemas de apoio e logístico, que precisam ser organizados dentro do território sanitário. O sistema de governança é o arranjo organizativo que opera os processos de formulação e decisão estratégica que organizam e coordenam a interação entre os pontos de atenção da rede.



OSP
ODONTOLOGIA
SOCIAL E
PREVENTIVA

UFMG

A APS tem papel fundamental na RASB-MG. O conhecimento e a vinculação dos usuários a este nível de atenção, pode garantir a identificação das necessidades de saúde bucal da população e o cuidado, que pode ser resolutivo para aproximadamente 80% destas demandas. Os usuários que apresentam necessidades em saúde bucal precisam ter acesso aos serviços de saúde. O cuidado longitudinal a estes usuários deve ser realizado, inicialmente pelas equipes de saúde bucal da APS nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Nos casos de necessidades em saúde que extrapolam as atribuições da APS, deverá ser realizado um acompanhamento compartilhado destes usuários com as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), preferencialmente, e/ou outros tipos de serviços ambulatoriais de atenção especializada em saúde bucal. Os fluxos para as Unidades Hospitalares também precisam ser garantidos.



A atenção especializada em saúde bucal compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar que visam à produção do cuidado na atenção secundária e terciária em saúde bucal.

Os CEO e as Unidades Hospitalares são exemplos de estabelecimentos de saúde que prestam serviços especializados em saúde bucal. Estes estabelecimentos são responsáveis por garantir o serviço especializado de odontologia a um ou mais municípios, dependendo do tipo de serviço e da sua base populacional.



No que diz respeito aos Sistemas de Apoio e Logístico em saúde bucal, um bom exemplo de sistema de apoio são os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), responsáveis pela fase laboratorial da confecção de próteses odontológicas. A oferta de próteses odontológicas pela APS pode ampliar o acesso da população a procedimentos de reabilitação e, assim, possibilitar a integralidade da atenção em saúde bucal e responder a uma importante necessidade de saúde, identificada nos estudos epidemiológicos.

Em relação aos Sistemas de Governança, não existem especificidades para a rede de saúde bucal. Entretanto percebe-se a necessidade de que atores importantes da RASB-MG, principalmente gestores, usuários e profissionais, se mobilizem para garantir que sejam contempladas as discussões sobre a Rede de Saúde Bucal nos espaços de governança.



2.3 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E A PROPOSTA DE UM MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA O SUS

Adaptado de: MENDES, E.V. In: Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficinas 1 e 2 – Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009 e MENDES, E. V. - As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2009.

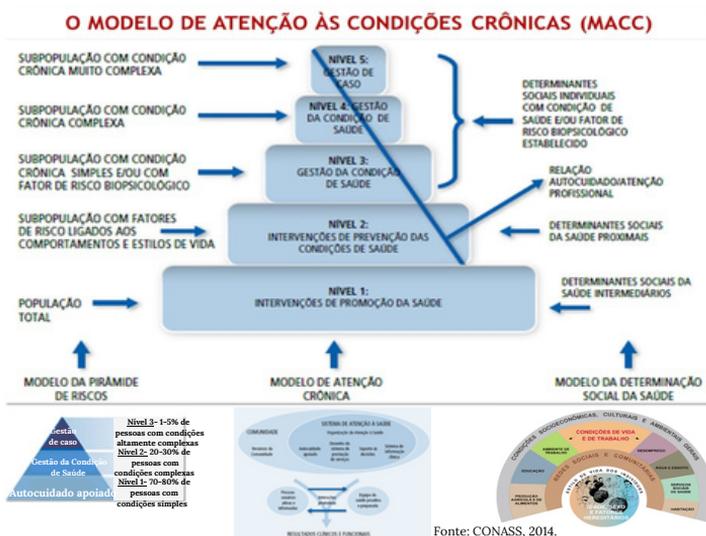
O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, e definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (Mendes, 2009).



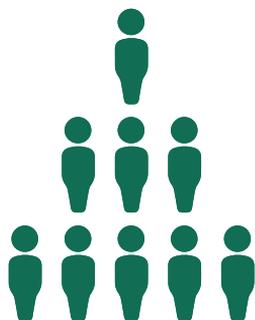
Existem os modelos voltados para a atenção às condições agudas e os modelos voltados às condições crônicas. O modelo de atenção às condições agudas presta-se também à organização das respostas aos eventos agudos pelo sistema de atenção à saúde em rede. Em relação aos modelos voltados às condições crônicas, destacam-se três modelos na literatura: o da atenção crônica Chronic Care Model (WAGNER, 1998), o dos cuidados inovadores para as condições crônicas (OPAS, 2003) e o da Kaiser Permanente.

O modelo seminal é o da atenção crônica do qual derivam quase todos os demais. A partir das semelhanças desses três modelos, Mendes (2009) desenvolveu um modelo de atenção às condições crônicas para ser aplicado no SUS que tem sido discutido na proposta de Redes de Atenção à Saúde de Minas Gerais.

Figura 2



O modelo de atenção às condições crônicas estrutura-se em cinco níveis e em três componentes articulados: a população, os focos das intervenções de saúde e as intervenções de saúde.



No primeiro nível, opera-se com a população total de uma rede de atenção à saúde, com o foco nos determinantes sociais da saúde e por meio de intervenções de promoção da saúde. Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou as características sociais dentro das quais a vida transcorre, ou seja, como as causas

das causas (Commission on Social Determinants of Health, 2007). Os principais determinantes sociais da saúde a serem considerados são: a acumulação de riscos no curso da vida, o emprego, a renda, a educação, a raça/etnicidade, a coesão social, o ambiente, a localização geográfica, os estilos de vida, a violência e a alimentação, tem como pano de fundo a questão da equidade (World Health Organization, 2003; Victora, 2006). As intervenções de promoção da saúde apresentam sinergias entre si, o que significa que devem ser realizadas sob a forma de projetos intersetoriais, sustentados pela vigilância dos determinantes sociais da saúde.





No segundo nível, opera-se com uma subpopulação da população total que está submetida a algum de fator de risco, entendido como uma característica ou atributo cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. As principais intervenções de prevenção das condições de saúde são: a vigilância dos fatores de risco; as medidas de prevenção específica, como as imunizações; o rastreamento de doenças; a vigilância ativa de certas doenças, os exames periódicos de saúde; as intervenções de manejo do estresse; as mudanças de estilo de vida; e o controle de fatores de risco por medicamentos (Porter, 2007).





Até o segundo nível não há uma condição de saúde estabelecida. Somente a partir do terceiro nível do modelo é que se vai operar com uma condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade que apresenta a condição de saúde estabelecida, definirá as intervenções de saúde. Por isso, a partir do terceiro nível exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, o que convoca as tecnologias de gestão da clínica. A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias sanitárias que partem das diretrizes clínicas, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; estruturada em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; efetiva, provida com recursos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, provida de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada. São duas as tecnologias de gestão da clínica utilizadas no modelo: a gestão da condição de saúde e a gestão de caso.

No terceiro nível utiliza-se a gestão da condição de saúde, que é um processo de gerenciamento de uma determinada condição de saúde, já estabelecida e estratificada por riscos, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. No terceiro nível opera-se com uma subpopulação da população total que apresenta uma condição de saúde simples (de baixo ou médio risco), em geral mais de 70% dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. No nível 3 vai-se operar, basicamente, com o autocuidado apoiado.

No quarto nível, opera-se com uma subpopulação com condição de saúde complexa (de alto ou muito alto risco), também por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde, operando-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado multiprofissional. A diagonal que cruza a figura, desde o topo até as intervenções de prevenção das condições de saúde, representa isso; o que fica acima da linha é cuidado multiprofissional, o que fica abaixo é autocuidado apoiado, ou seja, o autocuidado exercido pelo usuário com apoio/acompanhamento da equipe de saúde.



No nível 5, opera-se com uma subpopulação da população total que apresenta uma condição de saúde muito complexa. Essa subpopulação é aquela que, segundo a lei da concentração da severidade das condições de saúde e dos gastos da atenção à saúde, atinge de 1 a 5% da população total e que chega a consumir mais da metade dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde (Berk e Monheint, 1992). As intervenções em relação a essa subpopulação são realizadas por uma outra tecnologia da gestão da clínica, a gestão de caso.

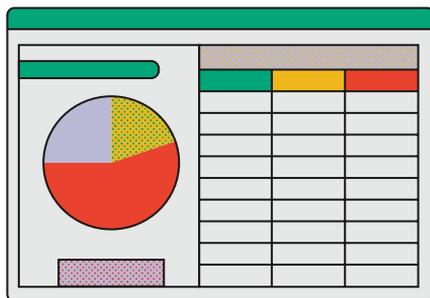
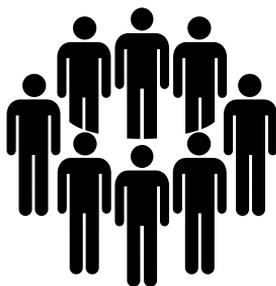


A gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa com uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar a autonomia individual e familiar.

A operacionalização desse modelo de atenção às condições crônicas exige mudanças nos componentes da rede de atenção à saúde.

Isso significa mudanças nas relações com a comunidade:

- Encorajamento dos usuários das redes para participarem de programas comunitários e as parcerias da rede de atenção à saúde com organizações comunitárias;
- Mudanças na organização da atenção à saúde: o desenvolvimento de uma cultura de integração e de coordenação da atenção à saúde e a institucionalização de incentivos para a qualidade da atenção;
- Mudanças no desenho do sistema de prestação de serviços: a clara definição dos papéis das equipes multiprofissionais na atenção à saúde e a oferta de gestão de casos a portadores de condições de saúde muito complexas;





- Implantação de sistema de apoio às decisões: a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências, a educação permanente para os profissionais, a educação em saúde para os usuários e a integração da atenção primária e especializada;
- Fortalecimento do autocuidado apoiado: a colocação do usuário como o centro da atenção à saúde, a elaboração colaborativa do plano de cuidado pela equipe multiprofissional e o usuário e a utilização de tecnologias de autocuidado apoiado como técnicas de solução de problemas e definição de metas no plano de cuidado e seu monitoramento;
- Mudanças nos sistemas de informações clínicas: implantação de prontuários eletrônicos que incluam planos de cuidados, identificação de subpopulações para o cuidado proativo, provisão de alertas e lembretes para os profissionais de saúde e usuários e compartilhamento das informações entre a equipe multiprofissional e o usuário.



3. Organização da rede de saúde bucal

Para organizar a atenção à saúde bucal, de modo que as necessidades da população sejam respondidas de forma efetiva, é necessário promover uma articulação entre os três componentes da rede de atenção (população e suas necessidades epidemiológicas, a estrutura operacional e o modelo de atenção). Isso significa dizer que o modelo de atenção à saúde tem o papel de organizar o funcionamento da rede, articulando as relações entre a estrutura operacional (e as ações a serem realizadas) levando em consideração a visão prevalente da saúde, as situações demográficas e epidemiológicas e os determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.



Para auxiliar no planejamento e construção desta articulação entre os componentes da rede, será proposta uma ferramenta, utilizando como exemplo a cárie dentária.

Cárie Dentária

EVIDÊNCIAS

- A cárie dentária é considerada um problema de saúde pública devido à sua característica generalizada, ao custo do tratamento e aos efeitos sobre a qualidade de vida da população.
- É descrita como uma doença crônica e infecciosa de etiologia multifatorial ligada diretamente a uma dieta inapropriada, repleta em açúcares, juntamente com a falta de uma boa higienização bucal. Ela é vista como um dos grandes problemas de saúde pediátrica.
- O índice CPO-D é o indicador mais utilizado para levantamentos epidemiológicos, através dele podem ser expressos a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um determinado grupo.
- O contexto socioeconômico, cultural e político em que o indivíduo está inserido explicam hábitos deletérios. Sendo assim, as crianças de mães que receberam pouca educação formal, ingerem sacarose mais cedo, quanto menor a formação da mãe, piores os hábitos alimentares e de higiene oral, o que explica a alta prevalência de cárie dentária.
- Estudos que avaliam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças podem contribuir para o planejamento de políticas públicas de saúde que visam a diminuir as desigualdades sociais e que devem estar pautados no conhecimento das necessidades da população, correlacionando causas.
- A cárie dentária é uma doença multifatorial, progressiva e não transmissível mais frequente no ser humano, caracterizada por uma alteração no ambiente do biofilme dentário, por episódios de exposições aos açúcares. Dessa forma, ocorre alteração da microbiota bucal, que antes era equilibrada e de baixa cariogenicidade.
- A lesão cariiosa é considerada atualmente como a manifestação clínica de uma infecção bacteriana. A atividade metabólica das bactérias provoca queda no pH da placa, a saliva eleva o pH com sua capacidade tampão, e esse processo irá resultar em um contínuo processo de desmineralização e remineralização do tecido dentário. A falta de equilíbrio nesse processo poderá causar uma progressão da desmineralização do dente, até atingir um grau irreversível. Esse processo é influenciado por muitos fatores determinantes, o que faz da cárie dentária uma doença multifatorial.
- A desmineralização-remineralização é um processo dinâmico e sempre há uma batalha entre eles. Ambos os processos podem ocorrer até certo ponto na superfície dos tecidos duros. Portanto, têm um impacto na saúde dos tecidos duros e o ambiente circundante desempenha um papel fundamental na determinação de qual processo vence a batalha. Sendo assim, o objetivo principal seria manter o ambiente que evita a desmineralização, mas incentiva a remineralização.
- Enquanto uma visão tradicional do diagnóstico da cárie dentária considerava a doença a partir da presença de cavidade, considera-se hoje que estágios anteriores existem antes que a cavidade seja formada, e que podem ter caráter reversível a partir das ações de promoção à saúde e prevenção. A abordagem nesse processo deve ser conservadora.
- A saliva possui capacidade de tamponamento, a qual evita que o pH decresça a níveis críticos quando há produção de ácido e faz com que ele volte ao normal mais rapidamente. Isso confere a ela uma ação protetora contra o desenvolvimento da cárie.

Cárie Dentária

- O fluoreto presente na cavidade bucal é capaz de repor parte dos minerais perdidos durante a produção de ácidos na placa, reduzindo a desmineralização do esmalte. Ao ser incorporado ao dente remineralizado forma a fluorapatita, mais resistente que a hidroxiapatita, mineral presente originalmente no esmalte dentário.
- Alguns fatores são cruciais no desenvolvimento dessa patologia, como por exemplo, anatomia da cavidade oral, resistência dentária, composição da saliva, dieta, além do acúmulo de biofilme. Entre os principais determinantes podemos citar a presença de microorganismos (placa bacteriana), a concentração de flúor na cavidade bucal, a frequência de ingestão de açúcar, o fluxo e a capacidade tampão da saliva. Por ser a cárie uma condição crônica, ligada ao autocuidado e hábitos de vida, existe um componente social relacionado à sua prevalência, sendo a mesma mais prevalente em indivíduos pertencentes às classes de risco social.
- É notório o surgimento de novos fatores de risco associados a cárie dentária por ser uma doença complexa e de etiologia multifatorial. Apesar da variedade de fatores associados, conclui-se que os principais fatores predisponentes associados à cárie dentária são os sociodemográficos e comportamentais.
- O controle da doença cárie é, portanto, possível através da ação sobre os fatores determinantes, os quais variam entre os indivíduos e entre as diferentes realidades locais.
- Atualmente, sabe-se que o principal modo de ação do flúor na redução de cárie é o seu efeito pós-eruptivo (tópico) que promove remineralização e inibe a desmineralização do esmalte.
- Em regiões com baixa prevalência de cárie existem muitas lesões não-cavitadas (manchas brancas), com concentração de cavidades nas superfícies oclusais e em uma minoria de pessoas (fenômeno da polarização). Em regiões com prevalência média de cárie as superfícies proximais também são atingidas.
- É possível o controle de cárie na superfície oclusal, pois as lesões desenvolvem-se nas paredes laterais das fissuras, local onde há acesso para a remoção de placa e para a ação do flúor. Isso significa que não existe necessidade do uso indiscriminado de selantes.
- A visão tradicional da doença cárie representada pela cavidade no dente não garante o controle do desenvolvimento da doença, pois sem que haja ações sobre os fatores de risco, novas cavidades se formarão, inclusive em formas de recidivas nas restaurações. O tratamento restaurador da cárie dentária não garante um impacto nos indicadores de prevalência. O componente cariado é substituído pelo componente restaurado, mas a morbidade pela cárie dentária continuará a mesma. O impacto sobre os indicadores de prevalência é obtido a partir do uso de medidas de promoção à saúde e prevenção.
- O uso de dentífrico fluoretado com concentração convencional (1.000–1.500 ppm F) e melhoria da qualidade de vida são considerados os principais fatores ligados à diminuição da prevalência de cárie. Os dois fatores se associam, visto que um maior nível de educação está ligado ao maior uso de medidas preventivas. O dentífrico fluoretado é um dos métodos mais racionais de prevenção (21 a 28% de redução na prevalência de cárie dentária), visto que alia a remoção do biofilme à exposição ao flúor. O efeito protetor aumenta com a frequência de uso, havendo 14% de aumento com a mudança da frequência de escovação de uma para duas vezes ao dia. Apesar de seu uso ser individual, políticas públicas são necessárias para garantir o acesso a toda a população.

Cárie Dentária

- Não existe evidência que dentifrícios com baixa concentração de fluoretos (cerca de 500 ppm F) tenham a mesma eficácia anticárie que os de concentração convencional. Portanto, não se recomenda utilização de dentifrícios com baixa concentração de flúor em crianças.
- A escovação noturna é a mais importante do dia, devido à diminuição do fluxo salivar durante o sono.
- A fluoretação da água de abastecimento é considerada um método seguro e eficaz na prevenção da cárie dentária, que atinge toda a população, sem distinção. Em áreas com água fluoretada, há diminuição da diferença na prevalência de cárie entre as classes sociais. Estudos apontam que a eficácia da medida se situa em torno de 60% de redução na ocorrência da cárie dentária. Este é também o impacto admitido por organismos internacionais como a OPAS e a OMS. Em situações em que o efeito da fluoretação das águas de abastecimento público se combina com os efeitos de outras medidas preventivas da cárie, sua eficácia relativa é menor, em torno de 33%. Embora a diferença na prevalência de cárie entre cidades com ou sem água fluoretada tenha diminuído, ainda hoje a fluoretação permanece efetiva no Brasil, principalmente pelo efeito tópico do flúor.
- A utilização de flúor tópico coletivo é indicada para populações de risco. De maneira geral, a eficiência (custo-benefício) do gel fluoretado é maior que a dos bochechos e vernizes, apresentando eficácia e efetividade semelhantes.
- A prescrição de medicamentos fluoretados no período pré-natal não traz nenhum benefício que justifique sua indicação e o pós-natal tem indicação muito limitada.
- Até 2 anos após a erupção do dente o esmalte apresenta-se menos resistente. Com o tempo ele se torna menos propenso às perdas minerais, principalmente quando exposto ao flúor.
- Muitos estudos têm comprovado que o Tratamento Pulpar Indireto com remoção parcial de tecido cariado é uma alternativa terapêutica para lesões profundas de cárie, apresentando sucesso clínico e radiográfico, sem a necessidade de reabertura do dente.
- Com o aumento na expectativa de vida e a melhoria nas condições de saúde bucal, espera-se um aumento no número de pessoas que atingirão a vida adulta e a terceira idade com a manutenção de muitos dentes e, conseqüentemente, com maior probabilidade de desenvolver doenças periodontais e cárie radicular.
- A Odontologia Minimamente Invasiva tem demonstrado efetividade nos tratamentos estabelecidos, deixando claro que o melhoramento dos materiais restauradores, que possuem atribuições para agirem com características adesivas, é de bastante relevância na forma da conduta clínica estabelecida pelo profissional.
- OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO: fatores culturais e socioeconômicos, em especial a baixa escolaridade; falta de acesso ao flúor (principalmente à escovação com dentifrício fluoretado e água fluoretada); dieta cariogênica baseada em um consumo excessivo e frequente de açúcar; xerostomia e experiência prévia de cárie.
- AS PRINCIPAIS MEDIDAS DE PREVENÇÃO: universalização do acesso à água fluoretada; uso de dentifrício fluoretado no mínimo 2 vezes ao dia durante a escovação, especialmente a escovação noturna; higienização com o fio dental; dietas saudáveis, focando no uso moderado de açúcar, principalmente a sacarose, boas condições socioeconômicas e boa relação familiar e de cuidado.
- TRATAMENTO: controle da doença e adequação do meio bucal aliados a educação do paciente quanto a higiene e cuidado bucal.
- REABILITAÇÃO: realização de procedimentos como restaurações, priorizando as formas conservadoras ou minimamente invasivas sempre que possível, confecção de prótese, entre outros, de forma a restabelecer a estética e a função prejudicadas pela doença

Nível e Condição Clínica

O OBJETIVO, NESTE MOMENTO, É DEFINIR O NÍVEL DE ESTRATIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO, A CONDIÇÃO CLÍNICA DEFINIDA PARA ESTE NÍVEL DE ESTRATIFICAÇÃO E O DIAGNÓSTICO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE. ABAIXO, SERÁ APRESENTADO UM EXEMPLO, A TÍTULO DE ENTENDIMENTO.

Nível	Condição Clínica	Diagnóstico
População	Não se aplica	Não se aplica
Grupos de risco	Famílias risco social, Gestantes, UNE, acamados crônicos, usuários sem água de abastecimento fluoretada, usuários que realizam escovação com dentífrico fluoretado menos de 2 vezes ao dia, usuários em fase de erupção dentária (crianças de 2 a 14 anos)	Não se aplica
Condição de baixa complexidade	Usuários com atividade de cárie e sem lesão cavitada	Manchas brancas e rugosas nos dentes
Condição de média complexidade	Usuários com lesão cavitada sem comprometimento pulpar irreversível e com indicação para restauração plástica	Lesões ativas e lesões inativas
Condição de alta complexidade	Usuários com lesão cavitada com comprometimento pulpar irreversível e/ou indicação para restauração unitária protética e/ou com dente (s) com extensa perda dentária por cárie inviabilizando a reabilitação do (s) mesmo (s), e/ou com perdas dentárias e necessidade de reabilitação	Lesões com comprometimento pulpar onde não é possível realizar o capeamento e dente com indicação de exodontia

Fluxo de atendimento na rede de atenção

CONSIDERANDO O NÍVEL DE ESTRATIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO, CONFORME ACONDICÃO DE SAÚDE, DEFINE-SE O LOCAL DE ATENÇÃO, CONFORME EXEMPLO.

Nível	Ponto de atendimento
População	Usuários pertencentes à área de abrangência da UBS
Grupos de risco	Unidade Básica de Saúde
Condição de baixa complexidade	Unidade Básica de Saúde
Condição de média complexidade	Unidade Básica de Saúde
Condição de alta complexidade	Unidade Básica de Saúde + CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)

Mapeamento do Cuidado

CONSIDERANDO O NÍVEL DE ESTRATIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO, CONFORME A CONDIÇÃO DE SAÚDE, E O LOCAL DE ATENDIMENTO, DEFINE-SE AS AÇÕES A SEREM REALIZADAS. ABAIXO, SERÁ APRESENTADA ALGUMAS DESSAS POSSÍVEIS AÇÕES.

Nível	Ponto de atendimento	Ações
População		<ul style="list-style-type: none"> Averiguar presença de risco social nas famílias através do cadastro familiar; Encaminhar ações intersetoriais que incentivem políticas públicas ligadas à criação de ambientes que conduzam à saúde - emprego, educação, saneamento, habitação, lazer, ambiente e segurança no trabalho e políticas nutricionais que incentivem uma alimentação saudável, em parceria equipe de saúde, comunidade e demais profissionais que apoiam a APS; Realizar ações educativas de abordagem populacional voltadas para práticas saudáveis; Incentivo à fluoretação da água e monitoramento dos teores de flúor para manutenção da fluoretação nos níveis desejados; Desenvolver ação coletiva de escovação supervisionada para toda a população adscrita/cadastrada/cadastrada de forma gradual nos ambientes da unidade de saúde e nas escolas, com vistas à autonomia do cuidado.



<p>Grupos de risco</p>	<p>UBS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as famílias de risco social, gestantes, UNE e acamados crônicos através do cadastro familiar; • Identificar usuários sem acesso à escova e dentífrico fluoretado através da <i>Ficha A modificada</i>; • Identificar usuários que realizam escovação com dentífrico fluoretado menos de 2 vezes ao dia através do instrumento de vigilância em saúde bucal; • Implementar política de entrega de escova e dentífrico fluoretado e fio dental com vistas à universalização do acesso com priorização por risco social; • Priorização dos grupos de risco para Estratificação de Risco • Verificar situação da fluoretação da água de abastecimento • Realizar ações coletivas de escovação dental supervisionada e de aplicação tópica de flúor quando indicado; • Realizar inquérito epidemiológico (CPOD crianças de 12 anos e 6 anos) para determinar necessidade de ação coletiva de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor; • Desenvolver ações educativas em grupo para grupos de risco, incluindo grupos de autocuidado apoiado.
<p>Condição de baixa complexidade</p>	<p>UBS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar usuários com sinais/sintomas de cárie (busca ativa) em ações de vigilância e exames clínicos com participação de toda a equipe de saúde; • Realizar Primeira Consulta Odontológica Programática; • Identificar as causas ligadas à atividade de cárie: <ul style="list-style-type: none"> - escovação com dentífrico fluoretado com frequência menor do que 2 x ao dia; - consumo excessivo de açúcar diagnosticado através de recordatório alimentar; - presença de xerostomia (técnica do espelho) • Realizar controle da atividade da doença, envolvendo ações de acordo com a necessidade encontrada; • Realizar ações coletivas de escovação dental supervisionada e de aplicação tópica de flúor na UBS; • Realizar abordagem familiar para controle da ingestão de açúcar e estímulo à escovação dental; • Realizar atividades educativas em grupo na unidade de saúde para usuários com atividade de doença com elaboração de plano de autocuidado apoiado em conjunto equipe/família/usuário.
<p>Condição de média complexidade</p>	<p>UBS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar usuários com sinais/sintomas de cárie (busca ativa) em ações de vigilância e exames bucais com participação de toda a equipe de saúde; • Realizar Primeira Consulta Odontológica Programática; • Em usuários com atividade de doença, realizar seu controle; • Realizar tratamento clínico necessário; • Realizar atendimento às situações de urgência.

<p>Condição de alta complexidade</p> <p>↓</p>	<p>UBS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar usuários com sinais/sintomas de cárie (busca ativa) em ações de vigilância com participação de toda a equipe de saúde; • Realizar Primeira Consulta Odontológica Programática; • Realizar diagnóstico da condição bucal; • Em usuários com atividade de doença, realizar controle da atividade da doença, envolvendo ações de promoção à saúde e preventivas coletivas e individuais, abordagem familiar e elaboração de plano de autocuidado (vide condição de baixa complexidade); • Realizar acesso à polpa dentária com medicação, curativo de demora ou pulpotomia quando não houve condição de reverter o processo patológico com proteção pulpar direta ou indireta; • Realizar exodontias de dentes deciduos e permanentes quando indicado; • Realizar moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária e instalação e adaptação de prótese dentária removível, quando necessário; • Encaminhar para a atenção secundária para tratamento retratamento endodôntico, selamento de perfuração radicular, tratamento cirúrgico de fistula intra/ extraoral, curetagem periapical e apicectomia com ou sem obturação retrógrada, implante dentário osteointegrado, realização de prótese fixa, reembasamento e conserto de protese dentária, exodontia múltipla com alveoplastia por sextante, aprofundamento de vestibulo oral (por sextante), correção de bridas musculares, correção de irregularidades de rebordo alveolar e correção de tuberosidade do maxilar, de acordo com critérios de encaminhamento disponibilizados; • Realizar ações da atenção primária antes de realizar os encaminhamentos para a atenção secundária; • Realizar procedimentos reabilitadores (indicação de ionômero, resina, amálgama) quando indicado, após tratamento na atenção especializada; • Realizar atendimento às situações de urgência.
	<p>CEO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada; • Realizar atendimento de usuários a partir do encaminhamento pela atenção primária • Realizar tratamento endodôntico de dentes deciduos poderia ser feita na atenção primária?; • Realizar tratamento endodôntico de dentes permanentes uni, bi e tri-radulares instrumentação com rotatórios indicada; • Realizar retratamento endodôntico de dentes permanentes uni, bi e tri-radulares; • Realizar selamento de perfuração radicular, tratamento cirúrgico de fistula intra/ extraoral, curetagem periapical e apicectomia com ou sem obturação retrógrada; • Realizar moldagem/adaptação de prótese fixa; • Realizar reembasamento e conserto de protese dentaria deveria ser atenção primária; • Realizar implante dentário osteointegrado; • Realizar aprofundamento de vestibulo oral (por sextante), correção de bridas musculares, correção de irregularidades de rebordo alveolar e correção de tuberosidade do maxilar; • Realizar exodontia múltipla com alveoplastia por sextante • Contra-referenciar para a atenção primária; • Encaminhar plano de cuidado para a atenção primária e apoiá-la no desenvolvimento do mesmo; • Realizar tratamento de urgências endodônticas advindas do tratamento em curso no CEO ou encaminhadas pela atenção primária de acordo com critérios de encaminhamento disponibilizados.

Alta clínica, ações de auto cuidado e manutenção

CONSIDERANDO O NÍVEL DE ESTRATIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO, CONFORME A CONDIÇÃO DE SAÚDE, SERÁ ESTABELECIDO A CONDIÇÃO PARA ALTA CLÍNICA, AS AÇÕES DE AUTO CUIDADO E MANUTENÇÃO. AS ESPECIFICIDADES DE CADA USUÁRIO DEVERÁ SER CONSIDERADA NESTE CONTEXTO.

Nível	Alta clínica	Ações de autocuidado	Manutenção
População		Escovação com dentífrico fluoretado no mínimo 2 vezes ao dia	
Grupos de risco		Escovação com dentífrico fluoretado no mínimo 2 vezes ao dia	
Condição de baixa complexidade	Usuário sem atividade de cárie	<p>Ações voltadas para o controle da causa de atividade de doença, entre elas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escovação dental com dentífrico fluoretado no mínimo 2 vezes ao dia • Controle da ingestão de açúcar • Estímulo ao fluxo salivar 	Pode ser feito o controle de sinais e sintomas com medidas de vigilância e visitas domiciliares.
Condição de média complexidade	Usuário reabilitado e com ausência de atividade de doença	<p>Ações voltadas para o controle da causa de atividade de doença, entre elas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escovação dental com dentífrico fluoretado no mínimo 2 vezes ao dia; 2. Controle da ingestão de açúcar; 3. Estímulo ao fluxo salivar. 	Pode ser feito o controle de sinais e sintomas com medidas de vigilância e visitas domiciliares.
Condição de alta complexidade ↓	<p>Usuário reabilitado e com ausência de atividade de doença</p> <p>Reabilitação com prótese removível: acompanhar o usuário até que a prótese esteja adaptada e não causando lesões ou desconforto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ações voltadas para o controle da causa de atividade de doença, entre elas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Escovação dental com dentífrico fluoretado no mínimo 2 vezes ao dia 2. Controle da ingestão de açúcar 3. Estímulo ao fluxo salivar <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados com a prótese fixa; 	Pode ser feito o controle de sinais e sintomas com medidas de vigilância, visitas domiciliares avaliação semestral com exame clínico e radiográfico, se necessário.

- Cuidados com a prótese removível:
 1. Retirá-la pelo metal em caso de prótese parcial;
 2. Escová-la cuidadosamente todos os dias com água e sabão;
 3. Escovar sobre recipiente macio para evitar quebra em caso de queda;
 4. Remoção noturna dependendo da escolha do usuário, sendo ideal retirá-la.

Apoios diagnóstico, farmacêutico e protético necessários

CONSIDERANDO O NÍVEL DE ESTRATIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO, CONFORME ACONDIÇÃO DE SAÚDE, ESTABELECE-SE O APOIO DIAGNÓSTICO, FARMACÊUTICO E PROTÉTICO NECESSÁRIO.

Nível	Apoio diagnóstico	Apoio farmacêutico	Apoio protético
População			
Grupos de risco			
Condição de baixa complexidade	Instrumental clínico (espelho bucal e sonda de ponta romba) jato de ar da seringa tríplice e foco de luz, luvas de procedimento.	Escova dental, dentifrício fluoretado flúor para bochecho e aplicação tópica, saliva artificial para casos de xerostomia comprovada	Não é necessário nesta etapa
Condição de média complexidade	<ul style="list-style-type: none"> • Rx periapical e interproximal em caso de dúvida no diagnóstico de cárie e/ou comprometimento pulpar. • Teste de sensibilidade pulpar térmico (Endo ice, guta-percha bastão), teste elétrico pulpar. • Instrumental clínico (espelho bucal e sonda de ponta romba), jato de ar da seringa tríplice e foco de luz, luvas de procedimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicação analgésica • Em caso de atividade de cárie: Escova dental Dentifrício fluoretado Saliva artificial para casos de xerostomia comprovada 	Casos de envolvimento da lesão cariiosa em faces dentárias, avaliar a necessidade de confecção de prótese fixa cimentada inlay ou onlay, como também coroa total.

<p>Condição de alta complexidade</p>	<p>APS</p> <ul style="list-style-type: none"> Rx periapical e interproximal em caso de dúvida no diagnóstico de cárie e/ou comprometimento pulpar. Teste de sensibilidade pulpar térmico (Endo ice, guta-percha bastão), teste elétrico pulpar. Consultório odontológico completo (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor) 	<ul style="list-style-type: none"> Medicação analgésica e/ou anti-inflamatória; Em caso de atividade de cárie: Escova dental Dentifrício fluoretado Saliva artificial para casos de xerostomia comprovada 	<p>0701070110 - PROTESE TEMPORARIA 0701070129 - PROTESE TOTAL MANDIBULAR 0701070137 - PROTESE TOTAL MAXILAR</p>
	<p>CEO</p> <ul style="list-style-type: none"> Aparelho de RX dentário; canetas de alta e baixa rotação; fotopolimerizador, compressor compatível com os serviços; consultório odontológico completo (cadeira, unidade auxiliar, equipo e refletor) 	<p>Medicação analgésica e/ou anti-inflamatória e/ou antibiótico de acordo com o caso</p>	<p>0701070048 - COROA DE ACO E POLICARBOXILATO 0701070056 - COROA PROVISORIA 0701070145 - PROTESES CORONARIAS / INTRA-RADICULARES FIXAS / ADESIVAS (POR ELEMENTO) 0701070099 - PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL 0701070102 - PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL 0701070129 PROTESE TOTALMANDIBULAR 0701070137 - PROTESE TOTAL MAXILAR</p>

Referências

- ALMEIDA, R. V. D.; PADILHA, W. W. N. **Clínica integrada**: é possível promover saúde numa clínica de ensino odontológico? Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, p. 23–30, 2000.
- BARROS, N. F. **Medicina complementar**: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Saúde de A a Z**: Sistema Único de Saúde. Brasília, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: clínica ampliada e compartilhada. Série B. Textos Básicos de Saúde. 1. ed. Brasília, 2009.
- CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. **Prontuário eletrônico do paciente**: conhecendo as experiências de sua implantação. Journal of Health Informatics, v. 6, n. 2, 24 jun. 2014. Disponível em: <https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/289>. Acesso em: 26 nov. 2023.
- C.F. Melo; F. C. Silva; CALDEIRA, F. I. D.; RODRIGUEZ, L. S. Multidisciplinary integration in dentistry: the challenge of integrated clinic. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 14, n. 1, Pub. 8, fev. 2021.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O MACC na APS**. Brasília: CONASS, 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/liace/wp-content/uploads/2014/10/O-MACC-NA-APS-4.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2025.
- CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp, 2004. São Paulo: Hucitec, 2010.
- DECETY, J. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. **The American Journal of Medicine**, v. 133, n. 5, jan. 2020.
- GODOY, Daniele Cristina. **O ensino da clínica ampliada na atenção primária à saúde**: percepções e vivências de alunos de graduação médica. 2013. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013.
- GRAFF, V. A.; CERIOTTI TOASSI, R. F. Produção do cuidado em saúde com foco na clínica ampliada: um debate necessário na formação em odontologia. **Revista da ABENO**, v. 17, n. 4, p. 63–72, 8 jan. 2018. Disponível em: <https://www.abeno.org.br>. Acesso em: 19 nov. 2021.
- LIMA, E. A. C. de; SOUZA, V. K. S. de; SILVA, E. A. da. Análise crítica da aplicação da telessaúde no campo da enfermagem na atenção primária à saúde durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19. **APS em Revista**, v. 4, n. 2, p. 104–121, 2022. DOI: 10.14295/aps.v4i2.237. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/237>. Acesso em: 26 nov. 2023.
- MALDONADO, J. M. S. de V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00155615, 2016.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.
- OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. de. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1801–1811, 1 mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9QPwFdcDdPTSb633rbJVBq/?lang=pt>. Acesso em: 3 fev. 2022.
- PINOCHET, L. H. C. Tendências de tecnologia de informação na gestão da saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 382–394, 2011. DOI:10.15343/0104-7809.2011354382394.
- SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 479–503, nov. 2011.
- SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 4, p. 1079–1097, dez. 2010.
- THIESEN, A. et al. Revisão sistemática sobre a busca e a efetividade das práticas de medicina integrativa e complementar em diferentes áreas da medicina convencional. **Anais do 19º Encontro Científico Cultural Interinstitucional - 2021**. Disponível em: https://www2.fag.edu.br/coopex/inscricao/arquivos/ecci_2021/08-10-2021--20-02-42.pdf. Acesso em: 11 abr. 2025.
- VALENTIJJN, P. P. et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. **International Journal of Integrated Care**, v. 13, n. 1, p. e010, 2013.



O eBook "A Saúde Bucal no Contexto dos Elementos Constitutivos da Rede" reúne as principais informações sobre a organização dos processos de trabalho na RASB-MG, tendo como ponto de partida a cárie dentária, que é a condição bucal mais prevalente na população brasileira.

Também apresenta uma proposta de abordagem para a cárie dentária a partir do modelo de atenção às condições crônicas (MACC).

Palavras-chave: Saúde bucal, prevenção, acesso, desigualdade, atenção primária.

Faculdade de Odontologia da UFMG

Comissão Editorial

Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901

