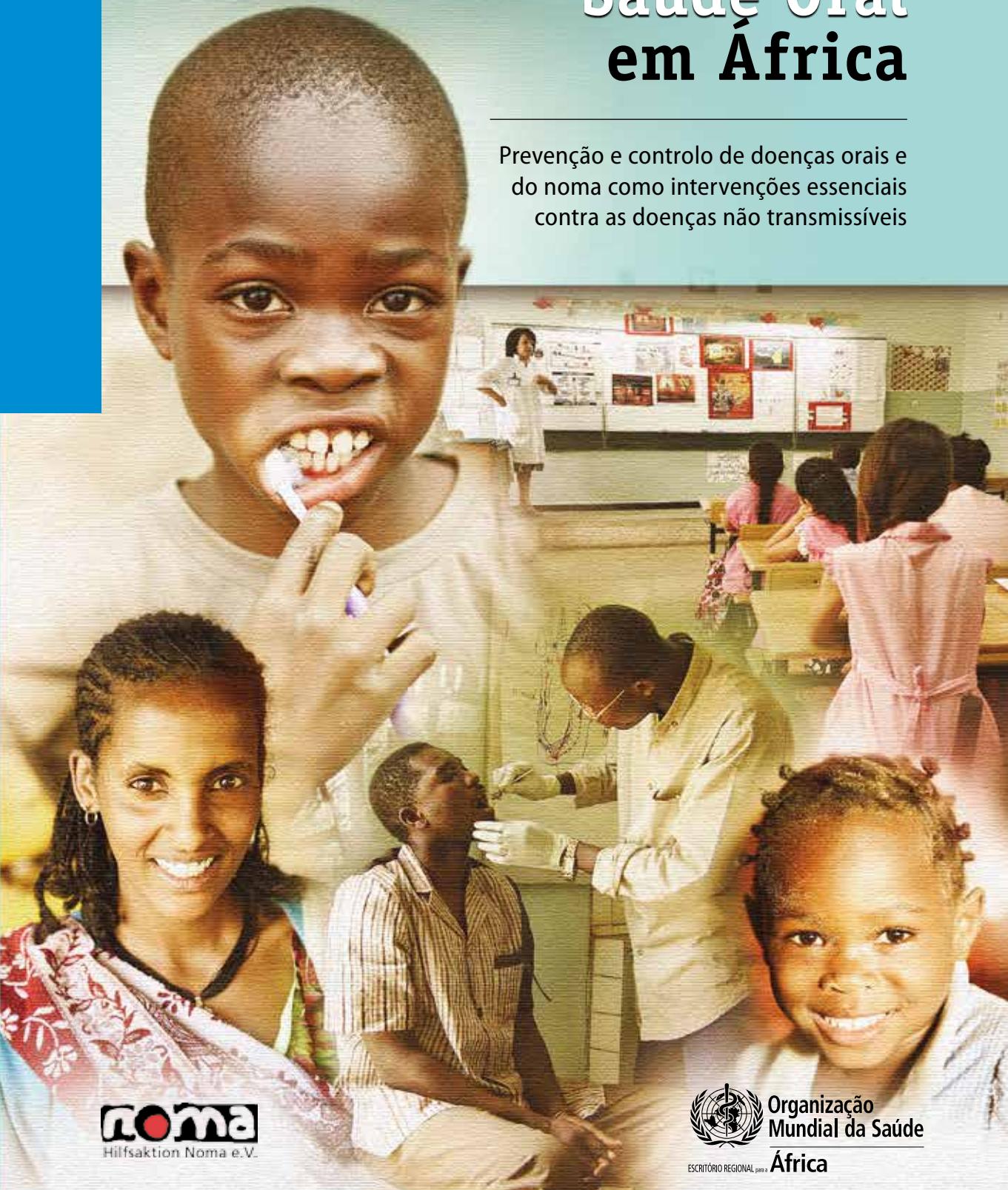


Promover a Saúde Oral em África

Prevenção e controlo de doenças orais e do noma como intervenções essenciais contra as doenças não transmissíveis



Promover a Saúde Oral em África

Prevenção e controlo de doenças orais e
do noma como intervenções essenciais
contra as doenças não transmissíveis

Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca da OMS/AFRO

Promover a saúde oral em África: prevenção e controlo das doenças orais e do noma como intervenções essenciais contra as doenças não transmissíveis

1. Saúde Oral – organização e administração
 2. Doenças da Boca – prevenção e controlo
 3. Noma – prevenção e controlo
 4. Higiene Oral – organização e administração
 5. Promoção da Saúde
- I. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África . Título

ISBN: 978-929034103-1

(Classificação NML: **WU 140**)

Agradecimentos

A criação deste manual foi liderada por Benoit Varenne, Conselheiro Regional para a Saúde Oral do Escritório Regional da OMS para a África. A assistência editorial foi de Andrew Wilson e a coordenação da produção de Leo Vita-Finzi.

O manual foi preparado sob a orientação geral de Francis C. Kasolo, Director do Grupo Orgânico de Prevenção e Controlo de Doenças, e Abdikamal Alisalah, Director Interino do Grupo Orgânico das Doenças Não Transmissíveis do Escritório Regional da OMS para a África.

O Escritório Regional da OMS para a África agradece a todos os especialistas no campo da saúde oral e dos cuidados primários de saúde que contribuíram para a elaboração deste manual. Deve-se um agradecimento especial a:

Habib Benzian (Universidade de Nova Iorque, EUA), Elizabeth Dimba (Universidade de Nairobi, Quênia), Christopher Holmgren (especialista independente em saúde oral, França), Sudeshni Naidoo (Centro de Colaboração da OMS para a Saúde Oral, Universidade de Western Cape, África do Sul), Emmanuel Otoh (Centro Regional para Iniciativas em Investigação e Formação em Saúde Oral para África, Nigéria), Emeria Mugonzibwa (Universidade de Saúde e Ciências Associadas de Muhimbili, República Unida da Tanzânia).

O Escritório Regional da OMS para a África expressa também o seu sincero agradecimento às seguintes pessoas que ajudaram a desenvolver este manual:

Constance Addo-Yobo (Ministério da Saúde, Gana), Denise Baratti Mayer (Universidade de Genebra, Suíça), Souleymane Bougoum (Ministério da Saúde, Burkina Faso), Manon Chatelain (Sentinelles, Suíça), Almoustapha Illo (Ministério da Saúde, Níger), Mamane Kaka (Ministério da Saúde, Níger), Lucina Koyio (Ministério da Saúde, Quênia), Niry Ramaromandray (Santé Sud, Madagascar), Emmanuel Crezoit (Ministério da Saúde, Côte d'Ivoire), Oumarou Djibo (Ministério da Saúde, Níger), Daouda Faye (Ministério da Saúde, Senegal), Ciku Mathenge (Ministério da Saúde, Ruanda), Rachel J.A. Mhaviile (Associação Dentária da Tanzânia, República Unida da Tanzânia), Neil Myburgh (Centro Colaborador da OMS para a Saúde Oral, Universidade de Western Cape, África do Sul), Jocelyne Gare (Ministério da Saúde, Burkina Faso), Mark Topley (Bridge2Aid, República Unida da Tanzânia), Ahadiel R. Senkoro (Ministério da Saúde, República Unida da Tanzânia), Hadissa Tapsoba (especialista em saúde oral, Burkina Faso), Marie-Laure Tchéché (Ministério da Saúde, Côte d'Ivoire), Will Rodgers (Facing Africa, Reino Unido), Margaret N. Wandera (Hospital Universitário de Makerere, Uganda).

Deve-se igualmente um agradecimento às seguintes pessoas pela revisão do conteúdo deste manual:

Mamoudou Amadou (Hilfsaktion Noma e.V., Níger), Bimpe Adebisi (Ministério Federal da Saúde, Nigéria), Marion Bergman (Miracle Corners of the World, EUA), Denis Bourgeois (Universidade de Lyon 1, França), Lois Cohen (Instituto Nacional de Investigação Dentária e Craniofacial, EUA), Nicole Stauff (The Health Bureau Ltd, Reino Unido), Attie J. Louw (Universidade de Western Cape, África do Sul), Eytape Ogunbodede (Universidade de Obafemi Awolowo, Nigéria), Kahabuka F. Kokulengya (Universidade de Saúde e Ciências Associadas de Muhimbili, República Unida da Tanzânia), Bella Monse (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, Filipinas), Juha Ruotoistenmäki (Universidade de Helsinque, Finlândia), Eino Honkala (Universidade do Kuwait, Kuwait), Michel Séminet (Brazzaville, Congo), Jeff Yengopal (Universidade de Witwatersrand, África do Sul).

O manual foi também revisto por representantes do público-alvo, incluindo funcionários da OMS em quatro países da Região (Quênia, Madagascar, Níger e Uganda), que partilharam a sua opinião:

Quénia: Joyce Nato, Elizabeth Onyiego, Loice Gathece, Regina Mutave, Alice K. Limo, Charles Akuru, Florence Ouma e Desmond K'Owino.

Madagáscar: Harinjaka Randrianarivo, Christian Razanakoto, Eva Ranivoharilanto, Noeline Zafisenga, Nirina F. Rakotonomenjanahary, Noëlissoa Rakotondrazaka, Rivoarilala Ratovoninahary, Hantamalala Randrianampy, Verohanitriñiala Raholiarintsoa, Olivier Aimé Rakotoarivony, Renaud Rasolofonirina, Domohina Rakotondrasoan- drazana, Solomon Randriamanantsoa, Tina Madeleine Findrama, Rojolala Ratsimbazafy, Niry Jaoferson, Célestine Razafindramora, Hilarion Raolison Guy, Harinelina Randriamasarijaona, Sahondra Raivonandrianina, Fanja Léonie Rakotoarijaona e Malala Raminoso.

Níger: Habi Gado, Ibrahim Amadou, Bayé Assoumane, Ousseini Halima, Abdoulaye Boubacar, Chekou Koré Hadjo, El Sani Mahamane Mansour, Ibrahima Sita, Haroun Allassan, M. Tsayaba, Hamidou Chaibou, Barou Issa, Hassan Oumarou Awade, Hamsatou Saidou, Bako Hali, Salamatou Abdoulaziz e Hamsatou Boubacar.

Uganda: Hafisa Kasule, Juliet Nabbanja, Charles Mugisha Rwenyonyi, Nsubuga Peter Rock, Rose Kibalizi, John Wobusobozi, Charles Ssali, Patrick Lutakome Ddumba, Gaetti Nakagolo, Margret Kiwumulo, Kayizzi Mubiru, Kasule Mubiru e Katumba Ssentongo.

Por último, os seguintes funcionários da Sede e de escritórios regionais da OMS deram contributos valiosos para o texto:

Emil Jones Asamoah-Odei, Andrea Bruni, Sebastiana Da Gama Nkomo, Jean-Marie Dangou, Saskia Estupinan, Frank John Lule, Charlotte Ndiaye, Hiroshi Ogawa, Ezra Ogwel Ouma, Poul Erik Petersen, Patrick C.W. Kaboré, Yves Turgeon, Simona Minchiotti, Boureima H. Sambo, Steven V. Shongwe, Issa Sanou e Chandralall Sookram.

O Escritório Regional da OMS para a África agradece cordialmente o apoio financeiro prestado para este projecto pela Hilfsaktion Noma e.V., e o incentivo dado pela sua Presidente, Ute Winkler-Stumpf.

Um agradecimento especial ao Prof. Paulo Ribeiro de Melo, da Universidade do Porto, que fez a revisão do texto em português.

Fotografias da capa: OMS/Julie Pudlowski; Benoit Varenne; Pascaline Durand

Layout e composição: Paprika (<http://www.paprika-annecy.com/>)

© Escritório Regional da OMS para a África, 2016

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo n.º 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Biblioteca do Escritório Regional da OMS para a África, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; correio electrónico: afrgoafrolibrary@who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial da Saúde tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Índice

Siglas e acrónimos	viii
Prefácio da Directora Regional	ix
Visão geral	x
Introdução: utilização do manual	xiii
Capítulo 1. Peso e factores de risco das doenças orais	1
Saúde oral – essencial para a saúde geral	2
O peso das doenças orais	3
Doenças não transmissíveis e a saúde oral	4
Factores de risco comuns	4
A evolução dos padrões de risco	4
Combater os factores de risco em comum das doenças orais e das DNT	5
Doenças orais prioritárias	6
Cáries e cavidades dentárias	7
Doenças da gengiva (periodontais)	9
Cancros da cavidade oral	10
Noma (cancrum oris)	11
Manifestações orais do VIH e SIDA	12
Traumatismo orofacial por acidente e violência	14
Lábio leporino e fenda palatina	14
Capítulo 2. Integração da saúde oral nas estratégias para as doenças não transmissíveis ao nível dos cuidados primários de saúde	17
Integração da saúde oral nos cuidados primários de saúde	18
O papel dos agentes de saúde que não são profissionais de saúde oral	20
Elementos essenciais da política de saúde oral	21
Capítulo 3. O Programa Básico de Cuidados de Saúde Oral (PBCSO)	27
Programas de intervenções essenciais de saúde: o uso eficaz de recursos limitados	28
Três componentes fundamentais	29
Pasta dentífrica fluoretada económica (PDFE)	29
Tratamento oral urgente (TOU)	30
Tratamento restaurador atraumático (ART)	30
Condições para uma implementação sustentável do PBCSO	31
Procedimentos de encaminhamento	33
Manutenção de registos e recolha de dados	33

Capítulo 4. Protocolos de intervenções essenciais para as unidades de cuidados primários de saúde	35
PROTOCOLO 1: Exame de Saúde Oral	38
PROTOCOLO 2: Tratamento da dor em tecidos duros da cavidade oral (DENTES)	41
PROTOCOLO 3 : Tratamento da dor em tecidos moles da cavidade oral	43
PROTOCOLO 4: Tratamento das tumefações orais	45
PROTOCOLO 5: Tratamento das úlceras orais e periorais	47
PROTOCOLO 6: Tratamento da pigmentação oral (coloração) vermelha, branca ou cinzenta	49
PROTOCOLO 7: Tratamento do noma	51
PROTOCOLO 8: Tratamento restaurador atraumático (ART)	54
PROTOCOLO 9: Educação básica em saúde oral	56
PROTOCOLO 10: Controlo da infecção	58
Capítulo 5. Promoção da saúde oral nas escolas	71
Escolas: onde começam as competências para uma boa saúde	72
O desafio	72
Oportunidades de colaboração	74
Programa de intervenções essenciais de saúde oral nas escolas	74
Assegurar que a saúde oral é integrada nas políticas de saúde escolar	74
Ambiente e instalações favoráveis à saúde	75
Educação e promoção da saúde oral	76
Escovagem dos dentes em grupo	78
Monitorização participativa	78
Apoiar uma implementação eficaz	79
Promoção da saúde oral na escola	80
Capítulo 6. Promoção da saúde oral e prevenção das doenças na comunidade	83
Programa de intervenções essenciais de saúde oral na comunidade	84
Parcerias locais: interligando sectores e disciplinas	85
Liderança do sector da saúde	85
Quem deve aderir a uma parceria em saúde oral?	85
Promoção da saúde oral	86
Acções na comunidade podem melhorar a saúde oral para todos	86
Como transmitir estas mensagens	87
Formação sobre o PBCSO para todos os profissionais de saúde e agentes de saúde comunitária	88
Competências e serviços essenciais	89
Sensibilização para o noma: um problema prioritário de saúde	90

Capítulo 7. Monitorização e Avaliação	93
Vigilância da saúde oral a nível nacional	94
Vigilância de objectivos a nível local	95
Referências	98
Anexo 1. Medicamentos essenciais para o PCBSO nas unidades de cuidados primários de saúde	102
Anexos	102
Anexo 2. Medicamentos essenciais para o tratamento do noma	105
Anexo 3. Equipamento básico para o PBCSO nas unidades de cuidados de saúde primários	107
Anexo 4. Indicadores essenciais de saúde oral recomendados para a Região Africana	108
Anexo 5. Abordagem faseada da OMS para a vigilância – Módulo de Saúde Oral	110
Anexo 6. Inquérito Global de Saúde a Estudantes em Escolas (GSHS) - Módulo de Higiene	114
Anexo 7. Técnicas de lavagem das mãos	115
Figuras	
Figura 1. Mapa da Região Africana da OMS	3
Figura 2. Factores de risco partilhados pelas doenças orais e as principais DNT.	
Quadros	5
Quadro 1. Lista de verificação para a defesa de políticas de saúde oral	22
Quadro 2. Competências mínimas sugeridas necessárias para TOU e ART	32
Quadro 3. Mensagens de saúde oral essenciais para serem ensinadas na escola	77
Quadro 4. Mensagens de advocacia da saúde oral nas escolas	80
Quadro 5. O que devem saber fazer os agentes de saúde de primeira linha?	89
Quadro 6. Indicadores de vigilância para actividades de saúde oral a nível local	95

Siglas e acrónimos

ART	tratamento restaurador atraumático
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCPO	índice de dentes (D) cariados (C), perdidos (P) e obturados (O)
DNT	doenças não transmissíveis
GIDA	gestão integrada da doença em adolescentes e adultos
GSHS	inquérito global em escolas sobre a saúde dos estudantes
IEC	informação, educação e comunicação
M&A	monitorização e avaliação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS-PEN	programa da OMS de intervenções essenciais para doenças não transmissíveis para cuidados de saúde primários em contextos com poucos recursos
ONG	organização não-governamental
PBCSO	programa básico de cuidados de saúde oral
PDFE	pasta dentífrica fluoretada económica
SIDA	síndrome da imunodeficiência humana adquirida
STEPS	abordagem faseada da vigilância
TOU	tratamento oral urgente
VIH	vírus da imunodeficiência humana

Prefácio da Directora Regional

Uma boa saúde oral é uma das condições essenciais para se viver bem. A saúde oral é fundamental para a capacidade de respirar, comer, engolir, falar e mesmo sorrir. O comprometimento destas funções pode interferir seriamente com a capacidade de interagir com os outros, frequentar a escola e trabalhar. Na Região Africana da OMS, a má saúde oral faz com que milhões de pessoas sofram de dores extremas, aumenta os encargos financeiros para a sociedade, resultantes dos pagamentos directos feitos pelos utentes e afecta gravemente a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas.

As doenças orais estão entre as doenças não transmissíveis (DNT) preveníveis mais comuns do mundo. Todas estas doenças orais têm uma origem multifactorial e compartilham factores de risco modificáveis com as principais DNT. Esses factores de risco incluem o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a alimentação pouco saudável com elevado teor de açúcar, situações que estão a aumentar nesta Região. É essencial abordar estes factores de risco de forma integrada numa estratégia baseada nos cuidados primários de saúde para controlar e prevenir as principais DNT e, assim, melhorar também a saúde oral das populações na Região Africana.

As actividades para prevenir e tratar doenças orais, assim como para promover a saúde oral, devem ser significativamente aumentadas em toda a Região, particularmente a nível local. É necessária uma abordagem baseada na população com boa relação custo-eficácia, que tenha um impacto elevado e sustentável e que inclua uma combinação de cuidados preventivos na população em geral e centrados no doente, que incida claramente na promoção da saúde e na capacitação para um cuidado pessoal eficaz.

Este manual demonstra que a maioria das intervenções necessárias para dar resposta à maior parte das necessidades quotidianas de saúde oral estão comprovadas, são económicas e são viáveis nos lugares onde a população em geral vive. A maioria destas intervenções pode ser feita nas instalações de cuidados primários de saúde, nas escolas ou em contextos comunitários, por pessoal de primeira linha. Quando é necessário o tratamento, os doentes devem ser encaminhados para unidades clínicas.

O manual também alerta para o problema do noma, que tem sido há demasiado tempo uma doença “escondida”, quer literalmente quer em termos de políticas e recursos. Agradeço à nossa parceira, a Fundação Hilfsaktion Noma e.V. pelos seus anos de trabalho contra esta doença cruel e pelo seu generoso financiamento que ajudou a tornar este manual possível.

Este manual vai beneficiar os clínicos, os especialistas em saúde pública e os governos, assim como os parceiros do sector da saúde, em toda a Região. No contexto do reconhecimento emergente da incidência crescente das DNT, espero que reconheçam a utilidade deste manual e que o mesmo sirva para dinamizar os esforços locais e nacionais para melhorar a saúde oral de milhões de africanos.



Dr.^a Matshidiso Moeti
Directora Regional da OMS para a África



Visão geral

O peso das doenças orais e os factores de risco comuns com outras doenças não transmissíveis

As doenças orais estão entre as doenças não transmissíveis (DNT) mais comuns e podem afectar as pessoas ao longo da sua vida, causando dor, desfiguração e até mesmo a morte. Na Região Africana da OMS, onde 80% da população tem um estatuto socioeconómico baixo, estas doenças afectam a saúde e o bem-estar de milhões de pessoas. Além disso, têm um impacto económico negativo na população.

O manual *Promover a saúde oral em África* aborda sete doenças orais e afecções prioritárias que representam grande parte do peso de doenças na Região: cárie dentária, doença periodontal, cancro oral, noma, manifestações orais do VIH e SIDA, traumatismo orofacial e lábio leporino e fenda palatina.

A maioria destas doenças orais é evitável ou tratável na sua fase inicial. Além disso, compartilham factores de risco modificáveis com as principais DNT, como o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e uma alimentação desequilibrada. Consequentemente, a gestão destes factores de risco de forma integrada numa estratégia baseada nos cuidados primários de saúde é fundamental para prevenir e controlar as principais DNT e melhorar a saúde oral.

Devido à distribuição desigual de profissionais de saúde oral e à falta de instalações adequadas e funcionais dentro do sistema de cuidados primários de saúde, a maioria da população não tem acesso ou tem acesso limitado a serviços de saúde oral apropriados. Esta situação resulta numa elevada percentagem de doenças orais por tratar, assim como necessidades e procura significativas por serviços básicos de cuidados de saúde oral, colocando assim desafios aos sistemas de cuidados primários de saúde na Região.

Portanto, é necessária na Região Africana da OMS uma abordagem com base na população com uma boa relação custo-eficácia, que tenha um impacto elevado e sustentável e que inclua uma combinação de medidas preventivas na população em geral e centradas no doente, e que incida claramente na promoção da saúde e na capacitação para cuidados pessoais eficazes.

Integração da saúde oral nas estratégias para as doenças não transmissíveis ao nível dos cuidados primários de saúde

Na Região existem relativamente poucos profissionais de saúde oral e, por isso, não é realista depender de modelos de trabalho que exijam que os profissionais de saúde oral prestem tratamentos em todos os níveis, incluindo nos serviços de cuidados primários de saúde. Devem explorar-se novos modelos para garantir que as pessoas que sofrem de dor e de mal-estar não fiquem sem tratamento. Felizmente, a generalidade das intervenções necessárias para dar resposta à maioria das necessidades diárias de saúde oral está comprovada, é económica e é viável nos locais onde população em geral vive, além de poderem ser realizadas ao nível dos cuidados primários de saúde por outros profissionais sem especialização em saúde oral.

A integração da saúde oral na prevenção e controlo de DNT e na prestação de cuidados primários de saúde permite o desenvolvimento de políticas com uma boa relação custo - eficácia para melhorar a saúde de grupos populacionais pobres e desfavorecidos, tendo em conta as

situações e as prioridades individuais de cada país. O manual *Promover a saúde oral em África* está concebido de forma a ser facilmente adaptável a diferentes contextos nacionais. O seu objectivo é informar e apoiar os decisores políticos e administradores, pessoal de serviços de cuidados primários de saúde, escolas e comunidades locais, a fim de reduzir as consequências negativas das doenças orais. Este manual também pode ser utilizado para apoiar actividades de formação em diferentes níveis do sistema de saúde.

Um programa de saúde para a saúde oral

A conjugação de uma série de intervenções de saúde permite intervenções eficazes para problemas de saúde prioritários específicos. O programa da OMS de intervenções essenciais relativas às doenças não transmissíveis no âmbito de cuidados de saúde primários em contextos com poucos recursos (OMS-PEN) apresenta esta abordagem integrada. O manual *Promover a saúde oral em África* pode ser visto como um suporte para a abordagem do OMS-PEN na área da saúde oral, pois promove o programa básico de cuidados de saúde oral (PBCSO), que tem como objectivo proporcionar uma estrutura para a prevenção e para acções básicas de saúde oral em instalações de cuidados primários de saúde com poucos recursos.

A estrutura do PBCSO para a integração dos cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários inclui a promoção da saúde oral e acções como: 1) a promoção de pastas dentífricas fluoretadas a preços acessíveis para prevenir a cárie dentária; 2) o tratamento oral urgente para aliviar a dor oral e providenciar tratamento de urgência; e 3) o tratamento restaurador atraumático para tratar a cárie dentária existente e evitar uma maior deterioração.

Intervenções essenciais para profissionais de cuidados primários de saúde

Dado que os profissionais de saúde oral são relativamente escassos na Região, a formação em saúde oral a outros profissionais não especializados neste domínio, tais como médicos, enfermeiros, técnicos de saúde e outros profissionais de saúde, pode ajudar a resolver algumas das necessidades por satisfazer ao nível da prevenção e controlo das doenças orais e da prestação de um serviço de saúde oral público.

A fim de ajudar os profissionais de saúde não especializados a realizar o seu trabalho, o manual disponibiliza 10 protocolos para lidar com as principais necessidades e os sintomas orofaciais mais comuns em serviços de cuidados primários de saúde: exame de saúde oral; as cinco intervenções baseadas na sintomatologia para tratar a dor urgente, tumefacções, úlceras e alterações da pigmentação na boca e nos tecidos adjacentes; identificação e tratamento do noma; tratamento restaurador atraumático; educação básica de saúde oral; e procedimentos de controlo da infecção.

Iniciativas de saúde nas escolas e comunidades

Tal como acontece com as intervenções essenciais para profissionais em serviços de cuidados primários de saúde, o manual explica como a abordagem de um programa de saúde básico também pode ser aplicada a escolas e comunidades.

As crianças que sofrem de má saúde oral têm uma probabilidade muito maior de não beneficiarem das actividades educativas. O manual *Promover a saúde oral em África* descreve um programa de intervenções para escolas, incluindo políticas de saúde integradas nas escolas (que incluem a saúde oral); a oferta de um ambiente e condições favoráveis à saúde; a promoção da

saúde oral; a escovagem diária dos dentes em grupo com pasta dentífrica fluoretada; e actividades de monitorização participativa que incluam os pais e a comunidade. Na maior parte da Região, estas intervenções devem focar-se na prevenção de doenças e na promoção da saúde, em vez de no tratamento, devendo as crianças ter um papel activo.

Da mesma forma, a capacitação das comunidades para lidarem com a sua saúde oral pessoal, nomeadamente através de parcerias multisectoriais, inclui o desenvolvimento de um programa de acções ao nível da comunidade, como a formação de parcerias locais com autoridades governamentais e outros sectores ou áreas (incluindo profissionais de saúde oral), a promoção da saúde oral na comunidade e a sensibilização para o noma. O objectivo é permitir que as pessoas controlem e melhorem a sua saúde. Este disponibiliza orientações práticas, intuitivas e adaptáveis para comunidades, que incluem listas de verificação, mensagens de promoção e outras medidas.

Vigilância e Monitorização

As pessoas responsáveis pelos programas e serviços de cuidados de saúde oral precisam de informação de boa qualidade para poderem planear, registar a evolução e medir o impacto, através de uma monitorização e avaliação integradas, com base em sistemas de vigilância consistentes. O manual *Promover a saúde oral em África* propõe um conjunto básico de indicadores para a vigilância de cuidados pessoais orais essenciais e da educação ao nível local, através de inquéritos locais rápidos de pequena escala. A vigilância e a monitorização integradas da saúde oral, utilizando ferramentas existentes, como a abordagem faseada da vigilância (STEPS) e o inquérito global em escolas sobre a saúde dos estudantes (GSHS), são a metodologia fundamental para melhorar as intervenções descritas no relatório.

Adaptação ao futuro

As lições retiradas da implementação das orientações incluídas neste manual serão usadas para elaborar actualizações regulares, de forma a garantir que o manual continue a responder às necessidades das populações africanas e a cumprir o seu objectivo de dinamizar os esforços nacionais e locais para melhorar a saúde oral.

Introdução: utilização do manual

O manual *Promover a saúde oral em África* é a resposta do Escritório da OMS para a África às solicitações de um grande número de pessoas e organizações – profissionais de cuidados de saúde, funcionários superiores e intermédios de ministérios da saúde, organizações não-governamentais (ONG) e parceiros do sector da saúde que contribuem para a saúde oral nos 47 países da Região Africana da OMS – por um manual de referência para a prevenção e o tratamento das doenças da cavidade oral. O manual enfatiza o facto de a melhoria da saúde oral estar incluída nas intervenções essenciais contra as doenças não transmissíveis (DNT) ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

O primeiro passo para a sua criação foi dado em Março de 2012, em Dar es Salaem, no decurso de um seminário regional da OMS aberto por Sua Excelência o Dr. Jakaya Mrisho Kikwete, Presidente da República da Tanzânia na altura. O seminário documentou as melhores práticas para a prevenção e tratamento de doenças da cavidade oral em toda a Região Africana da OMS e constituiu uma plataforma base para a produção de um manual de referência.

Este manual foi concebido para ser facilmente adaptável a diferentes contextos nacionais. Os seus objectivos são:

- Informar e apoiar os decisores políticos e administradores ao nível nacional, distrital e local para reforçarem as políticas de saúde oral no âmbito das vastas políticas das DNT;
- Fornecer aos funcionários de serviços de CSP um conjunto de intervenções eficazes para lidar com as situações clínicas e doenças orais mais frequentes;
- Promover e orientar a criação ou o reforço de programas de saúde oral nas escolas;
- Contribuir para a consciencialização das comunidades sobre as causas das doenças orais e para o modo como as medidas de saúde pública podem ser usadas para as prevenir e tratar.

O manual foi feito com a participação de especialistas da Região Africana da OMS e fora desta. A versão inicial foi revista por representantes do público-alvo de vários países e diferentes estruturas de saúde e educação em África, que fossem especialistas nas diferentes áreas da saúde pública. A OMS prestará assistência técnica para facilitar a adaptação e a implementação das intervenções ao nível dos cuidados primários de saúde. As lições retiradas durante a fase de implementação serão reunidas e integradas em actualizações regulares do manual. Embora se pretenda imprimir uma série de cópias, prevê-se que este manual seja utilizado principalmente em formato electrónico. O manual está disponível em <http://www.afro.who.int/pt/saude-bucodentaria/publications.html>.

Utilização deste manual na formação

Sempre que possível, o manual fornece listas de verificação e protocolos que podem ser usados para apoiar funcionários ocupados ao longo do seu dia de trabalho. Estes destinam-se a facilitar a sua aplicação e contribuir para a tomada de decisões e o planeamento a longo prazo.

Embora não seja um livro didáctico, o manual pode ser utilizado para apoiar acções de formação em diferentes níveis do sistema de saúde. Por exemplo, vários capítulos podem ser usados por médicos ou clínicos de saúde oral para aulas em estabelecimentos de ensino superior médicos ou de enfermagem, ou para a formação interna de funcionários que já trabalham em serviços de CSP.

Os formadores são encorajados a combinar diferentes partes do manual.

Estrutura

Este manual está dividido em sete capítulos:

Capítulo 1. Peso e factores de risco das doenças orais descreve resumidamente a prevalência e as causas das doenças **orais** mais comuns na Região e os factores de risco associados.

Capítulo 2. Integração da saúde oral nas estratégias para doenças não transmissíveis ao nível dos cuidados primários de saúde apresenta o enquadramento político necessário para melhorar a saúde oral e coloca a saúde oral no contexto global dos sistemas de saúde. Este capítulo é de especial interesse para os decisores responsáveis pelas políticas e pelo planeamento da saúde.

Capítulo 3. O Programa Básico de Cuidados de Saúde Oral (PBCSO) descreve os componentes de um programa básico para a prevenção e controlo das doenças **orais** que pode ser utilizado no contexto dos CSP. Neste capítulo também se descrevem os recursos humanos e outros indispensáveis, incluindo os medicamentos essenciais. Privilegia um público-alvo constituído por responsáveis pelo sistema de saúde ao nível nacional, distrital e local, assim como directores e clínicos superiores de serviços de CSP.

Capítulo 4. Protocolos essenciais de intervenção para os serviços de cuidados primários de saúde, foi escrito especialmente para profissionais de saúde de CSP que lidam directamente com os doentes que apresentem sinais e sintomas de doenças orais. Este capítulo baseia-se num conjunto de protocolos destinados a apoiar o diagnóstico e o tratamento de determinadas doenças orais.

Capítulo 5. Promoção da saúde oral nas escolas propõe um programa essencial de medidas para a saúde oral nas escolas. Este capítulo é dedicado ao pessoal docente e aos responsáveis pelo sector da educação ao nível nacional e distrital, prevendo-se que seja também do interesse de pais e de membros da comunidade interessados na promoção ou organização de acções para a saúde oral na sua zona.

Capítulo 6. Promoção da saúde oral e prevenção das doenças na comunidade tem em vista apoiar a capacitação das comunidades na gestão dos principais problemas de saúde oral prevalentes na sua zona, principalmente recorrendo a parcerias multisectoriais e a um programa de acções de promoção da saúde oral. Este capítulo foi redigido para ser usado por líderes de comunidades, autoridades de saúde pública e governos locais.

Capítulo 7. Monitorização e avaliação. Este capítulo descreve responsabilidades necessárias para estas actividades essenciais e apresenta algumas orientações gerais para a vigilância do estado da saúde oral a nível nacional e local.



Peso e factores de risco das doenças orais

Este capítulo apresenta uma panorâmica geral dos desafios que a Região enfrenta e as opções clínicas e de saúde pública para os resolver. O capítulo foi redigido para ser usado por todo o tipo de leitores, abordando:

- a importância da saúde oral para a saúde geral;
- a situação geral da saúde oral na Região;
- a relação entre a saúde oral e as DNT, incluindo os principais factores de risco;
- sete doenças ou situações clínicas orais importantes que são actualmente muito preocupantes e a sua prevalência, medidas de prevenção e opções terapêuticas.



Saúde oral – essencial para a saúde geral

A OMS define saúde oral como:

Um estado em que não há qualquer dor crónica oral e facial, cancro na boca ou na garganta, ferida oral, malformação congénita como o lábio leporino e a fenda palatina, doença periodontal (das gengivas), cárie dentária e perda de dentes, nem outras doenças e alterações que afectem a cavidade oral (1).

A saúde oral é um indicador-chave da saúde geral e a sua relação com a saúde geral é sistémica e recíproca. A boca, incluindo os dentes, os músculos mastigadores, a língua, os tecidos moles da mucosa e as glândulas salivares, é a principal entrada de nutrientes do corpo. A boca também pode permitir o acesso de bactérias, vírus, fungos e outros vectores de doenças. É, portanto, o ponto de partida da imunidade e do sistema de defesa do organismo. Quando a saúde oral fica comprometida por doença ou lesão, a saúde geral é afectada. É por esta razão que a Assembleia Mundial de Saúde reconheceu a “relação intrínseca entre a saúde oral, a saúde geral e a qualidade de vida” (resolução WHA60.17). Os factores de risco das doenças orais incluem dentes pouco saudáveis, uso de tabaco, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e má higiene oral. Estes são também factores de risco para as doenças não transmissíveis.

Ao nível mais básico, as doenças e as situações clínicas que afectam a boca e face prejudicam funções vitais como a mastigação, a deglutição, a fala e o sono. Podem, portanto, afectar negativamente a qualidade de vida, as relações sociais, a capacidade de comunicação e a auto-estima. A dor e o desconforto associados a estas doenças dificultam a concentração, levando a que as pessoas afectadas falem à escola e ao trabalho, e podem conduzir ao isolamento social e à redução dos rendimentos.

0 peso das doenças orais

O estudo de 2010 sobre o fardo mundial das doenças, traumatismos e factores de risco (“Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors”) estimou que as patologias orais afectavam 3,9 mil milhões de pessoas e que o peso das doenças orais tinha aumentado quase 21% entre 1990 e 2010. Houve aumentos evidentes na ocorrência de periodontite grave e cárie não tratada; aliás, a cárie não tratada em dentes definitivos foi a doença mais frequente das 291 doenças incluídas no estudo, com uma prevalência mundial de 35% no conjunto de todas as idades (2).

A periodontite grave e a cárie não tratada em dentes decíduos (dentes “de leite”) foram, respectivamente, a sexta e a décima doenças mais prevalentes, afectando aproximadamente 1 em cada dez pessoas, a nível mundial.

Outra maneira de medir o peso da doença é o Ano de Vida Ajustado em função da Incapacidade

(AVAI), que consiste no cálculo de quantos anos se perdem devido a saúde fraca, incapacidade ou morte prematura. O estudo de 2010 estimou que a doenças orais combinadas representavam a nível mundial 15 milhões de AVAI. Os AVAI resultantes de doenças orais aumentaram em 20,8% entre 1990 e 2010, fundamentalmente devido ao crescimento e envelhecimento da população. Os maiores aumentos em AVAI foram observados nas regiões este (51,7%) e central (50,5%) da África Subsaariana.

A Região Africana, uma das seis regiões da OMS, é habitada por mais de 892 milhões de pessoas, ou seja, cerca de um sétimo da população mundial (ver Figura 1). Os 47 países desta Região têm uma incidência particular de má saúde oral e seus factores de risco. Os padrões de doença e a prevalência dos factores de risco nesta Região são diferentes dos do resto do mundo e, na verdade, o estudo sobre o peso mundial das doenças não inclui várias doenças que são especialmente importantes em África¹.

¹ Caso do noma e de traumatismo orofacial.

Figura 1. Mapa da Região Africana da OMS



Doenças não transmissíveis e a saúde oral

As doenças não transmissíveis, ou crónicas, distinguem-se das doenças infecciosas por não serem transmitidas de pessoa para pessoa. Muitas delas são de longa duração e de progressão lenta, embora algumas possam causar uma morte rápida através de episódios como um ataque cardíaco ou um acidente vascular cerebral (AVC).

As quatro principais DNT – doenças cardiovasculares (por exemplo, hipertensão, ataque cardíaco e AVC), diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas (por exemplo, asma e doença pulmonar obstrutiva crónica) – têm recebido muita atenção nos últimos anos, visto que a sua prevenção é uma das medidas de saúde pública disponíveis com melhor relação custo-eficácia. As principais causas destas DNT são o tabagismo, a alimentação pouco saudável, a inactividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Segundo as estimativas da OMS, se estes factores de risco fossem eliminados, pelo menos 40% dos casos de cancro, e 80% dos de doenças cardíacas, AVC e diabetes tipo 2 (início tardio), seriam evitáveis (2).

A nível mundial, o fardo das doenças está actualmente a mudar, das doenças transmissíveis para as não transmissíveis. Calcula-se que em 2030, se nada for feito para inverter esta tendência, as mortes por DNT serão a causa mais comum de mortalidade em África.

Para além das quatro principais DNT, a Região Africana tem dado prioridade a cinco outras DNT, designadamente, doenças orais, a drepanocitose, doenças dos olhos e dos ouvidos, doenças mentais e traumatismo por violência ou acidente, como as resultantes de acidentes de viação.

Factores de risco comuns

As DNT mais comuns partilham muitos factores de risco com as doenças orais (ver Figura 2). Em 2011, uma reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre as DNT exortou o mundo a

reconhecer que as doenças orais, oftálmicas e renais “constituem um problema de saúde significativo em muitos países e que essas doenças têm factores de risco em comum, podendo beneficiar de respostas comuns às DNT” (4).

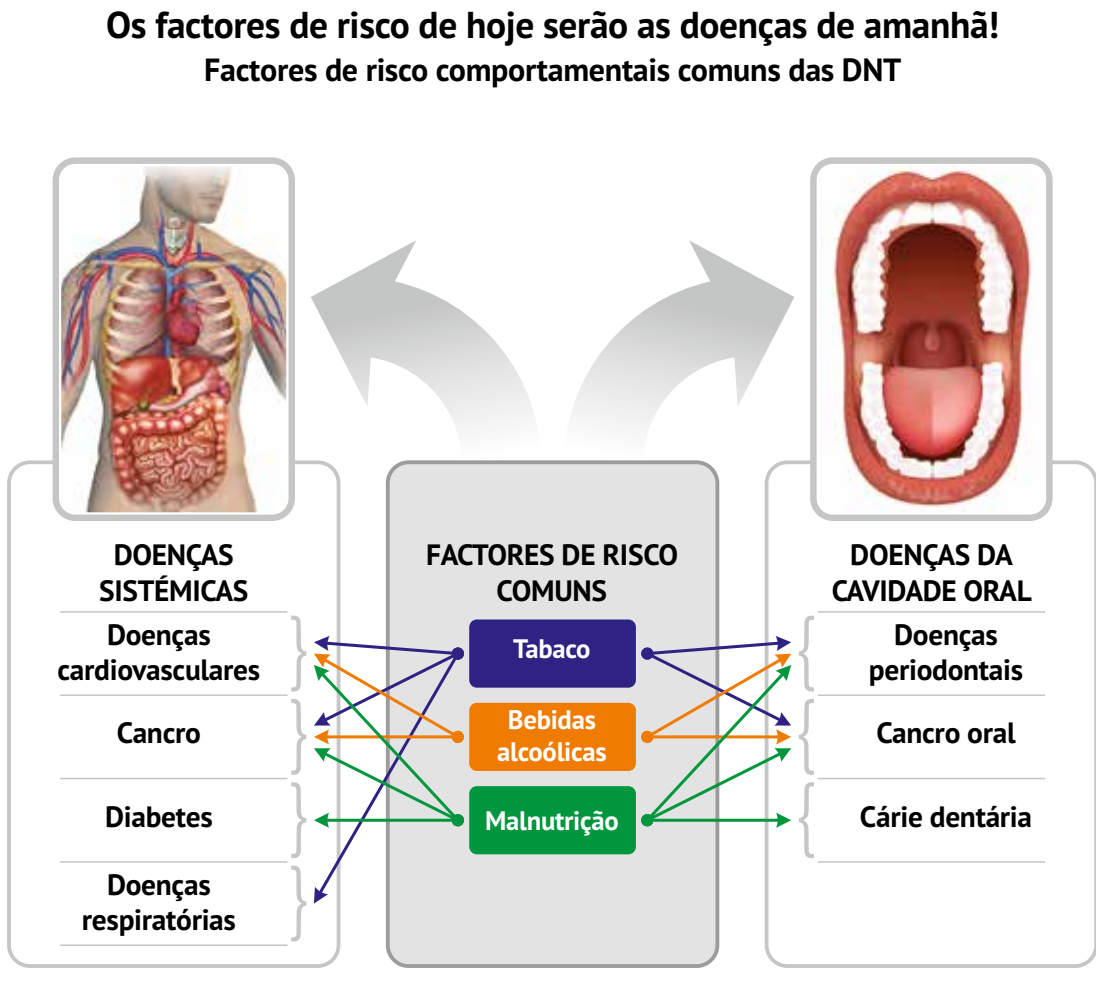
Muitos destes factores de risco são comportamentais e decorrentes do estilo de vida, sendo consequentemente evitáveis. Por exemplo, estima-se que o tabagismo seja a causa inerente de mais de 90% dos cancros da cavidade oral e que esteja também relacionado com a destruição agravada do tecido periodontal, a má higiene oral e a perda prematura dos dentes.

Embora muitos outros factores contribuam para uma má saúde em geral, a pobreza é o factor mais importante (6). Em 2014, 31 dos 47 países da Região Africana foram classificados como dos menos desenvolvidos, de acordo com os critérios estabelecidos pelas Nações Unidas e 80% da sua população era definida como tendo um estatuto socioeconómico baixo. Tal como acontece com outras doenças que pioram a saúde, a maior incidência das doenças orais é frequentemente neste grupo populacional.

Outros factores são mais específicos da situação epidemiológica na Região. Por exemplo, o VIH está vastamente disseminado na Região, frequentemente associado ao cancro oral e a doenças oportunistas na boca e à volta da boca. Do mesmo modo, o noma – que hoje em dia é raramente encontrado noutras regiões do mundo, ocorre em alguns países da África Subsariana, sendo considerado um indicador de pobreza extrema.

A evolução dos padrões de risco

O padrão das doenças na Região está a evoluir, em grande parte como resultado de mudanças socioeconómicas (7). A título de exemplo, na década de 1970, a cárie dentária era menos comum na maioria dos países africanos do que em outras regiões, mas com o aumento da urbanização e de mudanças nas condições de vida, a prevalência de cárie dentária continua a aumentar na Região, principalmente devido ao consumo crescente de açúcares livres e de uma exposição inadequada ao flúor. Para citar outros exemplos:

Figura 2. Factores de risco partilhados pelas doenças orais e as principais DNT.

- A urbanização crescente está associada ao aumento da prevalência de várias doenças orais. Em particular, a urbanização aumenta o acesso a bebidas e alimentos com açúcar, que são dos principais factores de risco da cárie dentária;
- O aumento crescente de alimentação por biberão tem sido associado a percentagens elevadas da cárie dentária conhecida como “síndrome do biberão” ou “cárie precoce da infância”;
- O aumento do consumo de bebidas alcoólicas está associado a uma maior incidência de lesões na face e nos dentes, como consequência de violência e acidentes;
- Níveis cada vez maiores de tabagismo estão associados aos números crescentes de cancro oral.

Combater os factores de risco em comum das doenças orais e das DNT

É vastamente reconhecido que uma abordagem preventiva que vise os factores de risco comuns é a forma mais eficaz de combater as doenças orais no âmbito mais abrangente da prevenção e controlo das DNT, em vez de as tentar resolver

individualmente (8). A iniciativa da OMS “Escolas Promotoras de Saúde” é um exemplo de uma forma eficaz de promover a saúde oral e a saúde geral. A prevenção e o controlo das DNT, estão, portanto, incompletas sem a inclusão de medidas dirigidas às principais doenças orais da Região.

No mundo da medicina, a saúde oral há muito tempo é uma especialidade, com a sua própria história, formação profissional, normas profissionais e investigação contínua.

No entanto, a saúde oral está a ser cada vez mais integrada em abordagens mais holísticas da saúde e o seu lugar entre as DNT está a ser reconhecido. Além disso, tem sido requerida a sua inclusão no conjunto das doenças a serem tratadas ao nível dos cuidados primários de saúde. Apesar da integração progressiva observada em vários países da Região Africana, a saúde oral é ainda demasiado frequentemente negligenciada nos programas de prevenção e controlo das DNT.

Práticas tradicionais e culturais – riscos e benefícios

Em algumas áreas, a vulnerabilidade a doenças orais é maior devido a padrões nutricionais e hábitos sociais específicos do local, embora certas práticas tradicionais possam ser benéficas para a saúde oral. Práticas tradicionais, como a raspagem dos dentes e a remoção intencional de dentes saudáveis ou germes dentários podem levar a complicações graves (9-11). Do mesmo modo, a mastigação de determinadas substâncias, como o *khat* (*Catha edulis*) colocam as pessoas em maior risco de cancro oral e de doenças periodontais (12-14) (ver caixa “Tradições existentes: distinguir o benéfico do nocivo”).

Serviços dentários inadequados

A saúde oral na Região também sofre por causa da falta de serviços de saúde oral básicos nos sistemas de saúde existentes. Várias patologias que podem ser facilmente tratadas nas suas fases iniciais são ignoradas por os profissionais de saúde ao nível dos CSP estarem sobrecarregados, não saberem o que procurar, ou não terem formação nas intervenções básicas que poderiam ajudar a lidar com estas situações. Consequentemente, perde-se

a oportunidade de encaminhar os casos graves. Os recursos atribuídos aos cuidados dentários preventivos e restaurativos também não são os adequados.

É importante realçar que, embora haja dentistas qualificados na Região, a prestação de cuidados de saúde oral à maioria da população é principalmente limitada ao alívio da dor ou ao atendimento de urgência. O número de profissionais de saúde oral que um país requer depende de muitos factores, incluindo a necessidade e a procura. Estima-se que o actual rácio dentista/população na Região seja de cerca de 1 por 150 000 pessoas, em comparação com cerca de 1 por 2000 em países de rendimentos elevados (17). Além disso, os serviços de saúde oral na Região estão em grande parte concentrados em hospitais nos centros urbanos ou em consultórios privados onde os serviços oferecidos não são acessíveis a uma grande parte da população.

Doenças orais prioritárias

Embora haja um elevado número de patologias orais com diferentes sintomas e sinais clínicos, um número relativamente pequeno é responsável pela maior incidência de dor e incapacidade ao nível da população. Felizmente, existem intervenções rentáveis para prevenir e tratar estas doenças de elevada prevalência.

A OMS deu prioridade a sete situações clínicas e doenças orais que representam a maior parte da incidência de doenças orais na Região. Estas doenças estão todas disseminadas e a maioria é evitável ou tratável, nas suas fases iniciais:

- cárie dentária e cavidades dentárias;
- doenças da gengiva (periodontais);
- cancros da cavidade oral;
- noma;
- manifestações orais de VIH e SIDA;
- traumatismo orofacial por acidente e violência;
- lábio leporino e fenda palatina.

Tradições existentes: distinguir o benéfico do nocivo

Diferentes comunidades africanas têm as suas próprias práticas tradicionais de saúde oral, algumas das quais são benéficas, enquanto outras são prejudiciais. Estas devem ser tidas em conta quando se consideram as estratégias comunitárias.

Por exemplo, em alguns lugares, curandeiros tradicionais removem ou danificam dentes por erupcionar de crianças. Estes curandeiros associam incorrectamente

a proeminência visível dos dentes caninos por erupcionar a problemas como a diarreia, a febre e vómitos, que são frequentemente associados ao nascimento dos dentes em crianças. Como o dente removido ainda não calcificou e, portanto, não endureceu, é muitas vezes mostrado aos pais como um “verme”. Os riscos associados a estas práticas vão desde uma infecção causada pelo uso de instrumentos não esterilizados, a defeitos nos dentes e nos maxilares que ocorrem mais tarde. Outra prática nociva é a uvulectomia tradicional, que consiste na remoção parcial ou total da componente mole do palato, a úvula. Isto pode causar múltiplos problemas para a saúde, como anemia, septicemia, gangrena, infecção pelo VIH, hemorragia, dificuldade em engolir e mesmo morte (15).

Por outro lado, algumas práticas tradicionais podem ser benéficas. Um exemplo disso é o uso de ramos de árvores como a árvore de Arak (*S. persica*), muitas vezes denominados “paus de mascar” ou *miswak*. Estes paus de mascar têm sido utilizados para limpar a boca há séculos em algumas regiões de África. Mais recentemente, uma investigação mostrou que o *miswak* contém um agente antibacteriano que poderá ser útil para a higiene oral (16). As comunidades podem ser encorajadas a manter o uso de *miswak* e de outros paus de mascar onde estes estejam facilmente disponíveis, para escovar os dentes em combinação com o uso de pasta dentífrica fluoretada.



Crédito: OMS/Julie Pudlowski

Cada uma destas situações clínicas e doenças prioritárias é descrita mais pormenorizadamente nas páginas seguintes. Para além de uma discussão geral da doença, é apresentada informação sobre a sua prevalência, prevenção e tratamento. A informação é em grande parte adaptada de duas fontes: “IMAI district clinician manual” da OMS (18) e “The oral health atlas” (19).

Cáries e cavidades dentárias

Descrição

A cárie dentária ocorre quando as bactérias do biofilme nos dentes convertem os açúcares dos alimentos e bebidas em ácido e este dissolve o

esmalte dentário e a dentina. Se nenhuma medida for tomada, isso resulta em cavidades. Estas podem causar sensibilidade a alimentos ou bebidas quentes ou frias e evoluir para dor. A invasão bacteriana pode acabar por atingir a polpa (parte interna do dente com terminações nervosas e vasos sanguíneos), resultando numa dor extrema. A infecção pode propagar-se para os ossos da mandíbula e pode causar um abscesso ou outras complicações.

A cárie dentária resulta frequentemente na perda de dentes. Em casos avançados, pode interferir com os hábitos alimentares e, portanto, afectar o estado nutricional, assim como o sono, o trabalho e a frequência escolar.

Medição em saúde oral

A OMS incentiva a utilização de medições padronizadas das doenças e situações clínicas orais. São usadas duas medidas comuns para medir o peso das doenças orais (20):

Cárie dentária. A medida mais amplamente utilizada para a prevalência da cárie dentária é o índice de DCPO, que é utilizado para calcular o número de dentes (D) cariados (C), perdidos (P) e obturados (O). A soma destes três valores forma o valor do DCPO. Por exemplo, um DCPO de 4-3-9=16 significa que 4 dentes estão cariados, 3 dentes foram perdidos por cárie e 9 dentes foram obturados. Um DCPO de 28 (ou 32, caso se incluam os dentes “do siso”) é o máximo possível, significando que todos os dentes foram afectados.

Doenças da gengiva. O Índice Periodontal Comunitário é um procedimento de rastreio diagnóstico que analisa diversos parâmetros, incluindo a hemorragia das gengivas como sinal de inflamação, a presença de cálculo e a perda de inserção gengival do dente.

Além disso, estão a ser testadas novas medidas. Um exemplo destas é o PUFA, um índice usado para avaliar a presença de complicações orais resultantes da cárie dentária não tratada (21). O índice PUFA regista a presença de dentes gravemente cariados com envolvimento pulpar (P) visível, ulceração causada por fragmentos de dentes deslocados (U), fístula (F) e abscesso (A).



Exame de saúde oral de uma criança

Prevalência

A cárie dentária é a doença crónica mais disseminada no mundo. Na Região Africana, os níveis de CPD (ver a caixa “Medição em saúde oral”) variam consideravelmente, desde menos de 1,0 no Gana e na Guiné-Bissau a mais de 4,0 no Gabão e na Maurícia. Além disso, estudos locais evidenciam um rápido aumento da incidência da doença quer nas populações urbanas quer nas rurais. A maioria dos casos de cárie dentária fica por tratar.

Prevenção

Em todos os grupos etários, escovar os dentes duas vezes por dia com pasta dentífrica fluoretada é a medida de prevenção mais eficaz. Reduzir a quantidade e a frequência do consumo de açúcar e hidratos de carbono na alimentação também reduz o risco de desenvolver cárie dentária.

Em crianças pequenas, a alimentação frequente por biberão com líquidos açucarados pode causar cárie precoce da infância (“síndrome do biberão”) a partir do momento em que aparecem os primeiros dentes. A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Após os seis meses devem ser introduzidos alimentos sólidos



Cárie dentária a causar a destruição do esmalte e da dentina

como frutas e vegetais em puré para complementar o aleitamento materno por dois ou mais anos (22). Nos intervalos das refeições deve ser dada água aos bebés.

A fluoretação da água do abastecimento público tem-se mostrado eficaz em muitos países industrializados. A fluoretação da água não deve ser considerada em países que não possuem um sistema de água centralizado de confiança e infra-estruturas de apoio. Da mesma forma, a fluoretação do sal é outra opção para países em que a iodização do sal já tenha sido introduzida com sucesso.

Nos locais onde exista uma infra-estrutura médica adequada e profissionais formados disponíveis, a realização regular de exames orais completos pode ajudar a detectar precocemente as cáries para que possa ser prestado o tratamento adequado. Em certas situações, está indicada a destartarização (remoção de cálculo, o depósito duro que se acumula ao longo do tempo nos dentes) por profissionais de saúde oral.

Tratamento

Um analgésico pode ser suficiente para lidar com o desconforto imediato, mas isso não vai resolver o problema a longo prazo. A detecção e intervenção precoces são essenciais para evitar complicações. Quando disponível e indicado, deve ser prestado o tratamento de restauração. Este tratamento consiste na remoção da parte do dente afectada pela cárie e na inserção de um material obturador na cavidade para restaurar a forma e a função mastigatória (23). No entanto, em muitos serviços de CSP a única opção de tratamento pode ser a drenagem do abscesso ou a extracção do dente afectado, usando os protocolos de controlo da infecção. Não se recomenda a toma regular de antibióticos.

Doenças da gengiva (periodontais)

Descrição

As doenças periodontais são quaisquer doenças que afectem a estrutura de tecido que suporta o dente, incluindo as gengivas. Muitas vezes manifestam-se através de hemorragia ou inchaço das gengivas (gengivite) e por vezes de mau hálito. Na sua forma



Dentes de leite e gengivas saudáveis



Doença periodontal

mais grave, a perda de inserção gengival no dente e do osso de suporte causa “bolsas” e mobilidade dos dentes (periodontite). Se a doença evoluir, pode resultar na perda do dente.

A principal causa de doença periodontal é a presença de bactérias patogénicas na placa dentária, que podem ser removidas com a escovagem regular. Se a placa bacteriana não for removida, endurece (formando o cálculo ou tártaro) e nesta fase só pode ser removida por um profissional formado em saúde oral.

As doenças da gengiva também estão associadas a problemas de saúde sistémicos, nomeadamente, o aumento do risco de doença cardíaca, o nascimento prematuro e com baixo peso e o aumento da gravidade da diabetes. O tabagismo é um dos principais factores de risco para as doenças da gengiva.

Prevalência

A maioria das crianças, a nível mundial, tem sinais de gengivite. Entre os adultos, as fases iniciais das doenças periodontais variam muito geograficamente. A periodontite grave, da qual pode resultar a perda de dentes, observa-se em 5 a 20% dos adultos na maioria das populações, enquanto a periodontite ligeira e moderada afecta a maioria dos adultos (24).

Prevenção

Embora nem todos os casos de gengivite evoluam para periodontite, todas as doenças periodontais começam como gengivite. Os esforços de prevenção devem, portanto, concentrar-se na identificação e no tratamento da gengivite e na redução da sua progressão para periodontite.

A escovagem dos dentes duas vezes por dia com pasta dentífrica fluoretada é a medida preventiva mais eficaz, em todos os grupos etários. A redução do consumo de açúcares e hidratos de carbono também pode ser importante, como o é deixar de ou nunca começar a usar produtos com tabaco (25).

Tratamento

Após ser diagnosticada, a gengivite pode ser tratada pelo próprio através da adopção de bons hábitos de escovagem dos dentes para uma boa higiene oral, incluindo em alguns casos o uso de elixires anti-sépticos orais ou a lavagem regular da boca com água salgada associada a uma escovagem suave e eficaz.

A periodontite pode ser travada com um tratamento periodontal como a remoção da placa bacteriana e do tártaro à volta dos dentes. Esta limpeza profunda ou destartarização, que deve ser feita por um profissional de saúde oral, poderá ser indicada quando o cálculo dificulta a escovagem dos dentes.

Cancros da cavidade oral

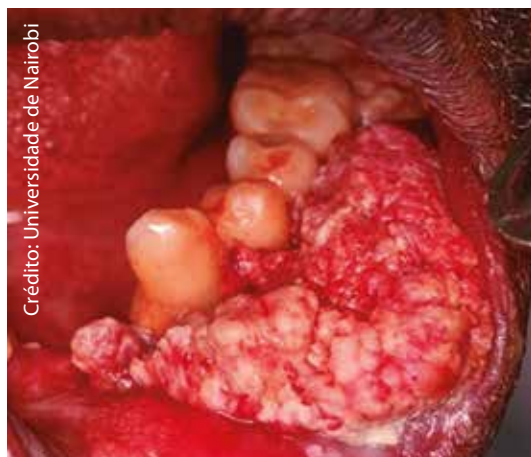
Descrição

Os cancros da orofaringe são tumores (lesões malignas) em qualquer parte da boca ou da garganta. A forma mais comum de cancro da cavidade oral aparece inicialmente como uma ulceração (lesão) ou uma mancha branca ou escura na mucosa oral. Ao longo do tempo, pode causar dor, inchaço, hemorragia ou dificuldade em comer ou falar.

A possibilidade de ter um cancro da orofaringe aumenta consideravelmente quando os dois principais factores de risco – o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas – estão presentes. Factores alimentares, em particular o consumo de nozes de cola e de *khat*, a exposição a outros tipos de substâncias cancerígenas, o baixo consumo de frutas e vegetais e alguns tipos de infecções virais, também têm sido identificados como factores de risco para o cancro da cavidade oral.

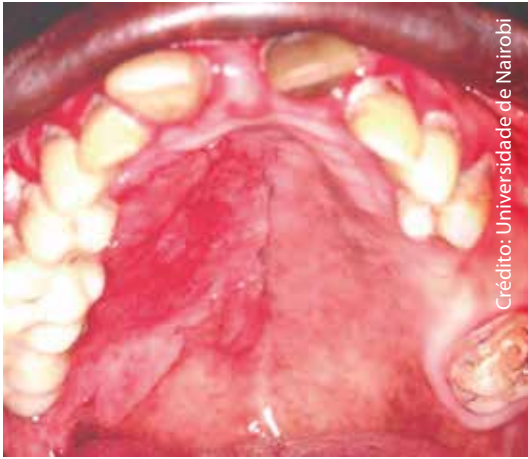
Prevalência

O cancro da orofaringe é, a nível mundial, um dos 10 cancros mais frequentes. É até duas vezes mais prevalente nos homens do que nas mulheres. (26).



Crédito: Universidade de Nairobi

Cancro oral



Crédito: Universidade de Nairobi

Uma úlcera não cicatrizada que persista por mais de duas semanas é provavelmente um cancro da cavidade oral

Prevenção

A redução do uso de tabaco e do consumo de bebidas alcoólicas reduz consideravelmente o risco de desenvolver cancro da cavidade oral.

O cancro da cavidade oral tem uma maior probabilidade de ser tratado com sucesso se for diagnosticado nas suas fases iniciais. Por esta razão, recomenda-se o rastreio regular de cancro da cavidade oral em todos os doentes e o aconselhamento a doentes com hábitos de alto risco pelos profissionais em CSP.

Tratamento

Feridas, manchas brancas ou escuras, dor oral ou hemorragia ou inchaço da boca ou pescoço não diagnosticados devem ser observados numa unidade de cuidados de saúde e os doentes afectados devem ser encaminhados para obterem a opinião e o tratamento por um especialista.

As lesões cancerígenas confirmadas devem ser removidas cirurgicamente, sempre que possível. A quimioterapia e a radioterapia poderão ser necessárias para intervir em cancros em estado avançado.

Noma (cancrum oris)

Descrição

O noma é um tipo grave de estomatite gangrenosa. Geralmente, começa como uma lesão benigna nas gengivas ou na bochecha, antes de destruir rapidamente os tecidos moles e duros da boca e da face. Se não for tratada, progride rapidamente para uma tumefacção, externamente visível, na bochecha ou no lábio. O doente pode ter mau hálito e cuspir frequentemente. À medida que a tumefacção aumenta, aparece uma mancha escura de pele, eventualmente, revelando um centro escurecido com um perímetro bem definido. Os ossos e os dentes podem ficar expostos e, após a crosta ser removida, fica um orifício (27, 28).

Os sobreviventes ficam desfigurados para sempre e muitos incapazes de falar ou comer por causa do dano funcional. As crianças sobreviventes



Crédito: Hilfsaktion Noma e.V.

Uma criança com noma

são muito frequentemente rejeitadas pela sua família e comunidade e recebem poucos ou nenhuns cuidados médicos. A única terapêutica possível após a destruição do tecido facial é a cirurgia reconstrutiva.

Prevalência

Segundo um inquérito realizado em África pela OMS, em 2007, 39 dos 46 Estados-Membros inquiridos tinham tido casos de noma nas décadas mais recentes. No entanto, os países com maior fardo desta doença são Burquina Faso, Etiópia, Mali, Níger, Nigéria e Senegal, formando a “cintura mundial do noma”. Nestes países, estimou-se uma incidência anual de 20 casos por 100 000. Na ausência de tratamento, a taxa de mortalidade é de cerca de 70-90% (29).

O noma agudo é observado predominantemente em crianças entre 1 a 6 anos, embora possam ocorrer fases tardias em adolescentes e adultos (30). O noma em crianças é geralmente precedido por sarampo, paludismo, diarreia grave e gengivite ulcerativa necrosante.

Prevenção

O risco de esta doença ocorrer pode ser reduzido através de medidas de saúde pública significativas, tais como a promoção de boas práticas nutricionais,

a higiene oral e geral, o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, a vacinação contra as doenças transmissíveis prevalentes, o uso de mosquiteiros para prevenir o paludismo e a segregação do gado das áreas de habitação dos humanos.

A educação sobre o noma é crucial, uma vez que este é tratável nas suas fases iniciais. Idealmente, toda a gente da comunidade deve ser capaz de identificar os primeiros sinais de noma (hemorragia espontânea da gengiva, febre, mau hálito e, por vezes, tumefacção facial) e aconselhar a procura de ajuda no serviço local de CSP.

Tratamento

Quando detectado precocemente, o noma pode ser tratado com sucesso com reidratação, antibióticos e uma melhor nutrição (incluindo a suplementação de ferro). Uma grande parte dos cuidados necessários para as crianças com noma pode ser realizada em casa, após o tratamento e aconselhamento recebidos nos serviços de cuidados de saúde ou por um profissional de saúde.

Muitas vezes, infelizmente, a situação está demasiado avançada no momento em que a ajuda médica é procurada. Embora a cirurgia de reconstrução seja possível, é improvável que seja restaurada a aparência facial normal. Embora a cirurgia seja complexa e cara, algumas equipas cirúrgicas especializadas, apoiadas por ONG, realizam o tratamento.

Manifestações orais do VIH e SIDA

Descrição

As lesões orais são uma ocorrência comum nos indivíduos infectados por VIH. Estas lesões podem também ser usadas para prever a evolução da infecção por VIH para SIDA. Os primeiros sinais de infecção por VIH incluem a candidíase oral (vulgarmente chamada de “sapinhos”), as úlceras herpéticas (herpes simples e herpes labial) e o sarcoma de Kaposi (que era uma doença rara). Outras situações clínicas incluem a leucoplasia pilosa oral (uma mancha branca na face lateral da língua com



Crédito: Hilfsaktion Noma e.V.

Uma criança com noma

aparência de ter pêlos). Embora estas situações não sejam por si só motivo para colocar a vida do doente em risco, estão muitas vezes associadas a dores fortes, desconforto e dificuldades em comer, que poderão resultar em malnutrição (31).

As pessoas sob terapêutica anti-retroviral podem sofrer de secura na boca, o que aumenta o risco de cárie dentária e, em estados avançados, causa desconforto crescente (24). Em alguns casos de fases terminais da SIDA, o noma pode ocorrer (ver acima) e degradar gravemente as gengivas, os lábios, a face e os maxilares.

A detecção e o tratamento precoces da infecção por VIH podem evitar a progressão para muitas destas patologias. No entanto, o estigma sobre a infecção por VIH e a SIDA mantém-se. É importante ultrapassar o estigma ligado ao VIH não só para encorajar as pessoas afectadas a procurar tratamento, mas também para garantir aos profissionais de saúde que os procedimentos de saúde oral (incluindo extracções dentárias e cirurgias) podem ser realizados sem perigo, desde que os procedimentos-padrão de controlo da infecção sejam respeitados.

Prevalência

Estima-se que a prevalência de manifestações orais do VIH e da SIDA nos doentes infectados seja de 50 a 60% (32).



Manifestação oral de VIH/SIDA: Sarcoma de Kaposi



Manifestação oral de VIH/SIDA: candidíase pseudomembranosa no palato

Prevenção

O exame oral é rápido e de baixo custo, devendo ser disponibilizado nos serviços de CSP aquando do rastreio de populações com um risco acrescido de infecção pelo VIH.

A primeira linha de defesa consiste em tomar medidas para prevenir a transmissão do VIH. Além disso, o diagnóstico e a monitorização das manifestações orais de

VIH e SIDA podem ser usadas para estimar a evolução da doença e podem ajudar a avaliar a resposta do doente à terapêutica anti-retroviral.

Tratamento

A terapêutica anti-retroviral para reduzir a carga viral de VIH permite às defesas naturais do organismo reforçarem-se e gerirem muitas destas situações. Também são úteis outras medidas para tratar os sintomas do VIH e da SIDA.

Há muitos tratamentos disponíveis para manifestações orais específicas (ver Capítulo 4) após o seu diagnóstico. Por exemplo, um doente com candidíase oral pode ser tratado em ambulatório com medidas como a) bochechar regularmente com água limpa com bicarbonato de sódio, b) aplicar uma solução ou gotas antifúngicas nas lesões grandes; c) tomar suplementos vitamínicos e d) seguir aconselhamentos nutricionais.

Traumatismo orofacial por acidente e violência

Descrição

O traumatismo orofacial é uma das causas mais frequentes da procura de cuidados primários de saúde. O tratamento de traumatismos nos dentes é uma parte significativa dos cuidados dentários pediátricos. Os traumatismos na face e nos dentes podem ter muitas causas, incluindo a violência interpessoal (lutas, violência doméstica), conflitos armados, acidentes de viação, desportos de contacto como o futebol americano ou as artes marciais, e acidentes na escola, em casa e no local de trabalho.

Os problemas mais comuns são as lacerações e hematomas, assim como dentes fracturados, partidos ou perdidos, maxilares deslocados e maxilares e ossos da face fracturados.

Prevalência

Os traumatismos representaram cerca de 9% das mortes e 12% do peso das doenças em todo o mundo em 2000. Muitos destes traumatismos causaram diferentes graus de incapacidade, e os custos do seu tratamento imediato e de acompanhamento são elevados. O peso dos traumatismos é especialmente elevado para o sexo masculino.

O traumatismo orofacial tem uma prevalência generalizada na Região Africana. Embora todos os grupos etários sejam afectados, os traumatismos orofaciais são relativamente comuns em crianças, afectando cerca de uma em cada cinco. Estudos com africanos de idades entre 11 e 13 anos evidenciaram uma prevalência entre 9,8% e 19,1% (33).

Prevenção

A OMS recomenda uma grande variedade de medidas de saúde pública para prevenir a violência e os acidentes (34). Medidas de segurança para reduzir os acidentes de viação e o uso obrigatório de cintos de segurança em veículos e de capacetes para os motociclistas podem ajudar a evitar muitos dos traumatismos mais graves que sobrecarregam os hospitais e as unidades de CSP da Região. Os esforços

para controlar o consumo de bebidas alcoólicas são importantes para reduzir a violência interpessoal, tanto em locais públicos como em casa.

Tratamento

O tratamento do traumatismo orofacial depende da sua gravidade e extensão. Os dentes fracturados podem ser reparados com material restaurador, enquanto os dentes perdidos ou deslocados podem muitas vezes ser reposicionados no seu lugar se o dente for preservado e o tratamento for imediato. Os casos mais complicados devem ser encaminhados para cirurgia oral e outros meios de intervenção.

Lábio leporino e fenda palatina

Descrição

O lábio leporino e a fenda palatina são falhas nas estruturas naturais da face, em resultado do desenvolvimento incompleto ou anormal dos ossos e dos tecidos moles do feto durante a gravidez.

Prevalência

A fenda palatina e o lábio leporino estão entre as malformações congénitas mais comuns. Ocorrem em cerca de um em cada 500-700 nascimentos, e a sua taxa de incidência varia substancialmente entre grupos étnicos e regiões geográficas. As fendas orofaciais parecem ter principalmente causas



Criança com lábio leporino e fenda palatina bilaterais

ambientais. O consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas durante a gravidez, bem como factores nutricionais, estão associados a um maior risco.

Prevenção

Existem evidências de que a toma de suplementos multivitamínicos e de folato nos primeiros meses da gravidez podem ajudar a prevenir estas situações (35). As mulheres, particularmente quando grávidas, devem ser fortemente encorajadas a não fumarem nem consumirem bebidas alcoólicas. A associação entre o consumo de tabaco pela mãe e as fendas orofaciais é suficientemente forte para ser usada nas campanhas contra o tabaco (36).

Tratamento

Existem técnicas cirúrgicas para corrigir o lábio leporino e a fenda palatina, e são eficazes. Na maioria dos casos resultam numa reabilitação completa. No entanto, são relativamente complicadas, exigem instalações adequadas e requerem acompanhamento frequente. Embora tenham um custo que não é comportável para muitas crianças e suas famílias na Região Africana, existem algumas ONG especializadas que oferecem o tratamento sem custos.

Formulario de Registro de Datos de Salud (FDRS) - Versión 1.0

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Fecha de Registro: _____

Ubicación: _____

Estado de Salud: _____

Medicamentos: _____

Exámenes: _____

Observaciones: _____





Capítulo 2

Integração da saúde oral nas estratégias para as doenças não transmissíveis ao nível dos cuidados primários de saúde

Este capítulo apresenta:

- Os benefícios de integrar a saúde oral nos programas dos CSP;
- Cinco áreas de legislação da saúde oral importantes, a serem consideradas a nível nacional.

Este capítulo é de especial interesse para funcionários superiores e intermédios dos ministérios da saúde, ONG, parceiros do sector da saúde e líderes de opinião responsáveis pela criação, implementação e apoio aos programas e intervenções que contribuam para a saúde oral.



Integração da saúde oral nos cuidados primários de saúde

Ao longo dos anos, a Região Africana desenvolveu uma rede de instalações e infraestruturas para apoiar a prestação de CSP. Dependendo do país, esta rede inclui postos de saúde, dispensários, unidades de maternidade rurais e centros de saúde de cuidados primários. Estas unidades oferecem diversos serviços e são os pontos de primeiro contacto a partir dos quais as pessoas que necessitem de cuidados adicionais são encaminhadas para serviços de nível superior, como hospitais distritais e de referência. As unidades de CSP servem cerca de 80% da população, embora geralmente só recebam cerca de 20% dos orçamentos para sistemas de saúde (37).

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, foi a primeira declaração internacional a defender os CSP como a principal estratégia para alcançar o objectivo da OMS da “Saúde para Todos”. Nesta declaração, os CSP foram definidos como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis aos indivíduos e famílias da comunidade, com a sua plena participação e a um custo acessível para a comunidade e para o país em todas as fases do seu desenvolvimento, numa lógica de auto-confiança e de auto-determinação”. Embora se tenham desenvolvido diversas abordagens aos CSP ao longo do tempo, os princípios permanecem válidos e continuam a ser defendidos pela comunidade internacional de saúde.

Em 2007, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou uma resolução que reafirma o seu compromisso de integrar a saúde oral nos CSP (resolução WHA60.17). A resolução enfatizou a necessidade de incorporar a saúde oral na prevenção e controlo de DNT no âmbito da melhoria dos CSP.

A Região Africana da OMS apoiou esta declaração, indicando as suas próprias declarações importantes, e incluiu especificamente a saúde oral como parte da abordagem (ver a caixa “Um compromisso a longo prazo com a saúde oral”). A Declaração de Ouagadougou de 2008 sobre os CSP e os sistemas de saúde em África reafirmou o compromisso da Região com os CSP (41).

Um compromisso a longo prazo com a saúde oral

Ao longo dos anos, a Região Africana da OMS tem repetidamente salientado a importância da saúde oral como parte integrante dos CSP. Em 1980, convidou os Estados-Membros a integrarem a saúde oral nos programas de CSP (resolução AFR/RC30/R4); em 1994, incentivou-os a formularem políticas e planos nacionais de saúde oral com base nos CSP e a desenvolverem programas de formação para profissionais de saúde oral a todos os níveis, em especial ao nível distrital (resolução AFR/RC44/R13).

A estratégia regional a 10 anos para a saúde oral foi publicada em 1998 e também realçava os CSP (38). Esta estratégia foi reafirmada em 2008 na Declaração de Ouagadougou sobre os cuidados de saúde primários e os sistemas de saúde em África, quando o Comité Regional Africano da OMS realçou que: “A estratégia dos cuidados de saúde primários irá continuar a ser o pilar da aceleração da implementação de programas integrados de saúde oral, permitindo assim que as comunidades rurais e os grupos vulneráveis tenham acesso a cuidados básicos de saúde”(39).

A partir de 2011, o crescente impulso a nível mundial para combater as DNT tem proporcionado uma oportunidade única para a comunidade de saúde oral na Região trabalhar no sentido de um maior reconhecimento da importância da saúde oral e, assim, contribuir para os esforços exaustivos para controlar e prevenir as DNT e os seus factores de risco. Neste contexto, entre Novembro de 2011 e Dezembro de 2015, o Escritório Regional da OMS para a África realizou uma análise da situação da saúde oral e levou a cabo várias consultas regionais, que envolveram representantes dos Estados-Membros, associações dentárias nacionais e outras entidades interessadas, a fim de definir novas intervenções prioritárias para a saúde oral no contexto da prevenção e do controlo integrados das DNT.

Os resultados destas consultas formaram a base para a elaboração da estratégia regional para a saúde oral para uma prevenção e controlo das doenças orais integrados nas DNT: 2016-2025. Esta estratégia sugere um conjunto de metas de saúde oral voluntárias e concentra-se em quatro objectivos sinérgicos, que vão de encontro às políticas mundiais e regionais para as DNT. Esta estratégia propõe opções políticas tangíveis para abordar os factores de risco importantes e determinantes das DNT e das doenças orais, através de intervenções essenciais rentáveis, sustentáveis e baseadas na evidência. A estratégia regional para a saúde oral será apresentada aos Estados-Membros para consideração durante a sessão de 2016 do Comité Regional para a África. O presente manual deve ser considerado como uma ferramenta para apoiar a implementação da nova estratégia de saúde oral na Região (40).

Um elemento-chave na prática actual dos CSP é a utilização de *abordagens integradas* na prestação de serviços. Ao contrário de uma abordagem vertical (isto é, orientada para um único factor de risco ou intervenção), uma abordagem integrada inclui um conjunto de intervenções essenciais que podem ser consideradas parte de um “pacote” de cuidados de saúde.

O Pacote da OMS de intervenções essenciais para doenças não transmissíveis nos cuidados de saúde primários em contextos com poucos recursos, OMS-PEN, apresenta este tipo de abordagem

integrada. Basicamente, o OMS-PEN apresenta conjuntos de intervenções com boa relação custo-eficácia com definições de prioridades, que visam a prestação de cuidados com um nível de qualidade aceitável, procurando ao mesmo tempo desenvolver os recursos limitados. As suas orientações e protocolos foram desenvolvidos para capacitar médicos e outros profissionais nos cuidados primários de saúde, com vista a contribuírem para o tratamento de DNT.

Actualmente, o OMS-PEN tem apresentado orientações para a integração e melhoria de

cuidados em casos de doenças cardíacas, AVC, risco cardiovascular, diabetes, cancro, asma e doença pulmonar obstrutiva crónica, em contextos com poucos recursos. Este manual pode ser considerado um complemento da estratégia do OMS-PEN no que respeita à saúde oral.

O Pacote Básico de Cuidados de Saúde Oral (PBCSO), com uma abordagem semelhante focada especialmente em doenças e situações clínicas orais, tem como objectivo a prestação de cuidados básicos de saúde oral e a prevenção em serviços de CSP (42).

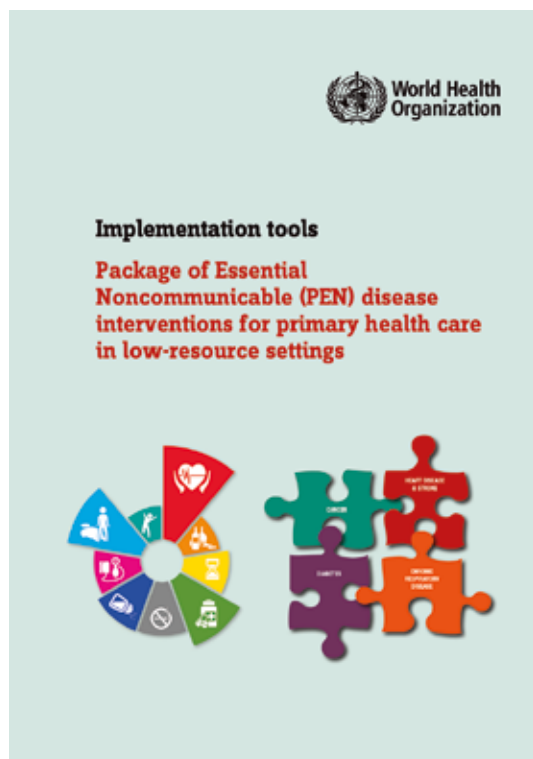
No Capítulo 3 é apresentada uma discussão mais detalhada do PBCSO e da sua implementação nas unidades de CSP.

O papel dos agentes de saúde que não são profissionais de saúde oral

Dado que os profissionais de saúde com formação em saúde oral são relativamente escassos na Região, é irrealista depender de modelos de trabalho que exijam que profissionais de saúde oral prestem cuidados a todos os níveis, incluindo nas unidades de CSP. Devem ser explorados novos modelos para garantir que as pessoas que sofram de dor e mal-estar causados por doenças e situações clínicas orais não fiquem sem tratamento.

A proposta de transferir a responsabilidade por acções de cuidados básicos de saúde oral para profissionais de saúde não especializados em saúde oral é algo controversa. No entanto, na maioria dos lugares, o número de dentistas e assistentes dentários ou terapeutas é relativamente baixo em comparação com o de outros profissionais de saúde. Portanto, uma formação em saúde oral adicional para médicos, enfermeiros, técnicos de saúde e outros profissionais de saúde pode ajudar a responder a parte da procura por serviços de saúde oral que está por satisfazer. Além disso, há evidências de que muitos profissionais de saúde gostariam de ter a oportunidade de receber formação em saúde oral, a fim de servirem melhor os seus doentes (ver caixa “Os pediatras querem aprender mais sobre saúde oral”).

Os agentes de saúde comunitária também têm um grande potencial para apoiar as acções de saúde oral. A maioria dos países da Região tem um número substancial destes agentes, que também são conhecidos por nomes como auxiliares de saúde, assistentes de saúde, promotores de saúde, voluntários de saúde e agentes de saúde locais (44). Estes indivíduos foram formados de modo geral para a) prestar uma ampla gama de serviços, desde a promoção da vacinação infantil ao planeamento familiar, b) tratar situações clínicas e lesões de pouca gravidade e c) identificar e encaminhar os casos mais graves para o nível seguinte de prestação de



A ferramenta OMS-PEN está disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133525/1/9789241506557_eng.pdf?ua=1

Os pediatras querem aprender mais sobre saúde oral

Especialistas de diversas áreas da comunidade médica reconhecem a importância da saúde oral, e estariam dispostos a aprender mais sobre a mesma, caso lhes fosse dada formação.

Em Janeiro de 2011, os pediatras presentes na conferência nacional anual da Associação Pediátrica da Nigéria, em Abuja, participaram num inquérito. Este inquérito avaliou os seus conhecimentos sobre a cárie precoce da infância, os serviços de saúde oral que prestavam e a sua opinião sobre serviços de saúde oral preventivos.

Mais de 90% disseram que tinham recebido várias queixas dentárias dos seus doentes, mas apenas 26% realizavam exames de rastreio oral regularmente. Quando inquiridos acerca do seu nível de conhecimentos, apenas 29% se consideravam adequadamente informados sobre a saúde oral e 87% estavam dispostos a receber formação em cuidados de saúde oral. A maioria concordou que as avaliações e o aconselhamento em saúde oral devem ser incluídas nos exames clínicos pediátricos de rotina e 94% disseram acreditar que o rastreio oral deve ser realizado regularmente.

Os investigadores concluíram que os pediatras poderiam ajudar a aumentar o acesso das crianças a cuidados de saúde oral, e que dever-se-ia disponibilizar formação em saúde oral aos pediatras (43).



Crédito: OMS/Julie Pudlowski

Um pediatra observa uma criança

cuidados de saúde. Com formação adequada dada por médicos ou profissionais de saúde oral, esses agentes têm as capacidades educacionais e clínicas necessárias para promover a saúde oral e prestar certos componentes do PBCSO (45) (ver também Capítulo 6).

Uma actividade central para melhorar a saúde oral é incluir noções de saúde oral nos currículos dos programas de formação básica em saúde, assim como na formação interna de profissionais de saúde a trabalhar numa unidade.

Elementos essenciais da política de saúde oral

O tratamento de uma doença de cada vez implica um esforço dispendioso: apenas uma abordagem integrada, interprofissional e intersectorial pode conseguir progressos significativos a um nível populacional. Ao adicionar a saúde oral aos planos de prevenção e controle das DNT e à prestação de CSP, podem ser desenvolvidas políticas rentáveis para melhorar a saúde de grupos populacionais pobres e desfavorecidos, tendo em conta a situação e as prioridades de cada país.

A publicação *“Writing oral health policy”* (Redigir políticas de saúde oral) (46), disponibiliza conselhos globais detalhados sobre como formular uma política de saúde oral.

O Quadro 1 é uma lista de verificação para a análise e defesa de políticas, que é especificamente adaptada ao contexto da Região Africana. Esta lista

abrange cinco temas principais: (1) incluir a saúde oral no âmbito dos programas de saúde estratégicos; (2) integrar cuidados básicos de saúde oral nos CSP; (3) assegurar programas de saúde oral nas escolas; (4) apoiar abordagens de saúde oral nas comunidades; e (5) melhorar a recolha de dados sobre a saúde oral para o planeamento, a monitorização e a avaliação.

Quadro 1. Lista de verificação para a defesa de políticas de saúde oral

1. Integrar a saúde oral em programas de saúde estratégicos

Visão geral da política: Face à sua prevalência e à sua associação sistémica com outras doenças, a saúde oral deve ser parte de um plano nacional de acção multisectorial para a prevenção e controlo das DNT.

- Pontos de acção a defender:**
- Esclarecer as responsabilidades sobre a saúde oral aos níveis distrital, regional e nacional;
 - Criar ou reforçar departamentos de saúde oral chefiados por um director geral da área da saúde oral ou equivalente. Estes devem ser parte integrante dos departamentos de DNT no ministério da saúde, para que a saúde oral tenha um responsável eleito no governo.
 - Integrar a saúde oral nas estratégias mais amplas para as DNT;
 - Incluir problemas de saúde oral nos principais programas de saúde. Por exemplo, a nutrição, o VIH/SIDA e a saúde materno-infantil.

Quadro 1. Lista de verificação para a defesa de políticas de saúde oral (continuação)

2. Integrar os cuidados essenciais de saúde oral nos cuidados primários de saúde

Visão geral da política: o programa básico de cuidados de saúde oral (PBCSO) deve estar disponível nos CSP em todos os distritos. Embora possam ser necessários recursos financeiros e humanos adicionais para providenciar adequadamente alguns componentes do PBCSO, os benefícios serão significativos, vastamente quantificáveis e responderão às necessidades da população.

- Pontos de acção a defender:**
- Planificar e orçamentar para providenciar alguns ou os três componentes do PBCSO (tratamento oral urgente, pasta dentífrica fluoretada económica, tratamento restaurador atraumático) nos distritos e unidades de CSP.
 - Desenvolver projectos-piloto num pequeno número de unidades de saúde e distritos, com boa relação custo-eficácia, como uma forma de explorar a aplicação do PBCSO antes de o alargar para cobrir um número maior de unidades de saúde e distritos a nível nacional;
 - Providenciar formação inicial e contínua sobre o PBCSO aos funcionários essenciais, incluindo os profissionais de saúde com e sem formação em saúde oral e os agentes de saúde comunitária;
 - Envolver outros ministérios relevantes, por forma a tornar as pastas dentífricas fluoretadas mais baratas e acessíveis, isentando-as de impostos ou integrando-as numa campanha governamental de promoção da saúde oral. Nos casos em que a classificação ajude a reduzir os impostos, as pastas dentífricas fluoretadas devem ser redefinidas como um medicamento essencial em vez de um produto de cosmética.
 - Monitorizar regularmente o teor de flúor das pastas dentífricas, através de um laboratório independente, assegurando que apenas os produtos que respeitam determinados padrões relativamente à biodisponibilidade de flúor possam ser licenciados para venda e beneficiar de um estatuto livre de impostos.

3. Assegurar a disponibilização de programas de saúde oral nas escolas

Visão geral política: As instituições de ensino constituem um dos meios mais eficazes para a promoção da saúde oral e prevenção das doenças orais. A saúde oral deve ser incluída como parte essencial dos planos amplos para a saúde nas escolas, a nível nacional, particularmente nas escolas primárias.

- Pontos de acção a defender:**
- Formalizar a cooperação entre o ministério da saúde e o ministério da educação, estruturas governamentais fundamentais a vários níveis e parceiros (incluindo financiadores e ONG) através de acordos por escrito.
 - Integrar a promoção da saúde oral e a prevenção das doenças orais nos programas curriculares das escolas, como parte da promoção da saúde geral;
 - Reunir evidências e “lições aprendidas” de programas de sucesso noutros países e adaptá-las às condições nacionais.

Quadro 1. Lista de verificação para a defesa de políticas de saúde oral (continuação)

4. Apoiar abordagens comunitárias para promover a saúde oral

Visão geral política: As acções para a saúde oral nas comunidades **são importantes só por si**, mas podem também reforçar os CSP e as intervenções nas escolas. Dado que **a saúde é primordialmente dependente dos comportamentos individuais e** da comunidade e não **é** apenas da responsabilidade das autoridades de saúde, deve-se encorajar o maior número possível de pessoas a adoptar medidas para a prevenção das doenças orais.

Pontos de acção a defender:

- Reforçar os programas de promoção da saúde oral na comunidade, em particular apoiando as acções de informação, educação e comunicação (IEC), para conseguir mudanças de comportamento.
- Promover a colaboração intersectorial em temas como a educação, a água, o saneamento, etc., e partilhar as melhores práticas para a prevenção e detecção precoce das doenças orais.

5. Melhorar a recolha de dados sobre a saúde oral para o planeamento, a monitorização e a avaliação

Visão geral política: Uma vigilância consistente é um notável contributo para a monitorização do progresso da saúde oral a nível comunitário e nacional e para criar, sempre que necessário, um conjunto de evidências de base para a definição de políticas e programas eficazes e adequados (ver também Capítulo 7).

Pontos de acção a defender:

- Desenvolver ou reforçar os sistemas de vigilância já existentes através da integração de indicadores essenciais de saúde oral nos sistemas de informação de saúde e monitorização e avaliação das estruturas.
- Promover a incorporação da vigilância dos casos de noma nos sistemas integrados de vigilância e resposta das doenças nos países em risco.
- Adoptar e implementar o módulo de saúde oral nos inquéritos da STEP (abordagem progressiva para a vigilância) da OMS e o Módulo de Higiene, incluindo a saúde oral no inquérito global em escolas sobre a saúde dos estudantes (ver os Anexos 5 e 6).





Capítulo 3

O Programa Básico de Cuidados de Saúde Oral (PBCSO)

Este capítulo apresenta:

- O conceito de “programas” essenciais de saúde;
- Os componentes do PBCSO recomendados pelo Escritório Regional da OMS para a África;
- Os recursos essenciais necessários para disponibilizar o PBCSO ao nível dos CSP.

O principal público-alvo do PBCSO são os responsáveis pelo sistema de saúde, a nível nacional e local, assim como os directores e os profissionais clínicos superiores dos distritos e das unidades de CSP.



A integração da saúde oral nos distritos e nas unidades de CSP é fundamental para as actividades propostas neste manual. Esta integração significa organizar os serviços para que se foquem nas expectativas e necessidades de saúde gerais das pessoas e das comunidades. Implica também a necessidade de priorizar e reavaliar regularmente o que é incorporado em todos os programas básicos de saúde dos CSP.

Em última instância, o objectivo é disponibilizar serviços de saúde seguros de alta qualidade, através dos quais “as pessoas tenham continuamente acesso a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, acompanhamento da doença, reabilitação e serviços de cuidados paliativos, através dos diferentes níveis e locais de atendimento do sistema de saúde e de acordo com as suas necessidades ao longo vida”(47).

Programas de intervenções essenciais de saúde: o uso eficaz de recursos limitados

Um programa de intervenções de saúde essenciais consiste, muitas vezes, numa lista limitada de intervenções clínicas e de saúde pública a serem prestadas ao nível dos cuidados primários de saúde e/ou secundários. Juntar num programa uma série de intervenções de saúde permite focar intervenções eficazes em problemas de saúde prioritários. Assim, os programas de intervenções de saúde visam concentrar recursos escassos em intervenções eficazes que proporcionem a melhor utilização possível do dinheiro disponível.

Por exemplo, o programa OMS-PEN, que é discutido no Capítulo 2, concentra-se nas principais DNT e factores de risco relacionados: doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes. Os programas essenciais de saúde também têm o potencial de atingir objectivos mais amplos, como a melhoria da equidade, a capacitação das comunidades e a responsabilização.

O desenvolvimento bem-sucedido de um programa de intervenções de saúde essenciais requer discussões detalhadas sobre o seu objectivo, desenho e decisões sobre o financiamento e o sistema

de implementação. Este programa terá de ser adaptado ao longo do tempo, à medida que se vão retirando lições e as condições mudam. Além disso, é necessário um apoio político: a OMS alerta para o facto de, “sem adaptação nacional adequada, é pouco provável que um programa essencial de saúde venha a ser implementado - independentemente de quão popular seja junto dos financiadores” (48).

Três componentes fundamentais

O PBCSO é um programa essencial de saúde especialmente dirigido para a saúde oral. Foi concebido pelo antigo Centro de Colaboração da OMS para o Planeamento e Futuros Cenários dos Cuidados de Saúde Oral na Universidade de Radboud em Nijmegen, nos Países Baixos (42).

Destinado a instalações com poucos recursos, o PBCSO disponibiliza uma estrutura para a integração de acções de prevenção e cuidados básicos de saúde oral no programa de serviços dos CSP. Integra três tipos de acções:

- a promoção de pastas dentífricas fluoretadas económicas (PDFE) para prevenir a cárie dentária;
- o tratamento oral urgente (TOU), que visa aliviar a dor oral e prestar tratamento de urgência;

- o tratamento restaurador atraumático (ART) para prevenir cárie dentária futura e tratar a existente.

Este programa também inclui a promoção da saúde oral como um instrumento para apoiar os componentes do PBCSO e melhorar o controlo das pessoas sobre a sua própria saúde oral.

Pasta dentífrica fluoretada económica (PDFE)

O uso de pasta dentífrica fluoretada é o meio mais importante e eficaz de prevenção da cárie dentária. Pode ser disponibilizado à maioria da população, incluindo aqueles que têm baixos rendimentos ou vivem em áreas remotas.

No entanto, existe uma série de obstáculos. Para muitas famílias, as pastas dentífricas fluoretadas de boa qualidade têm um preço de mercado demasiado elevado, quando localmente disponíveis. Em muitos países, as pastas dentífricas estão sujeitas a impostos semelhantes aos dos produtos cosméticos, o que aumenta significativamente o seu preço.

Outro problema preocupante é a prevalência de pastas dentífricas falsificadas, sem flúor ou com uma quantidade insuficiente.

Para que as acções associadas à PDFE sejam eficazes, é necessário respeitar determinadas condições:

- a pasta dentífrica deve estar facilmente acessível e ter um custo reduzido;



Crédito: OMS/Julie Pudlowski

Frequentemente, não há controlo sobre a qualidade ou o teor de flúor nas pastas dentífricas



Crédito: Depositphotos.com

Uma pasta dentífrica fluoretada de boa qualidade

- a pasta dentífrica deve estar devidamente embalada, indicando a concentração de flúor, os outros ingredientes, o prazo de validade e instruções para o seu uso correcto;
- o teor de flúor nas pastas dentífricas vendidas em lojas deve ser regularmente monitorizado por um laboratório independente para garantir que a pasta dentífrica é eficaz na prevenção da cárie dentária.

A fim de promoverem estas condições, os governos devem ser encorajados a isentarem as PDPE de impostos ou integrarem a sua distribuição num programa de promoção de saúde oral governamental.

Ao nível dos CSP, as acções para PDPE devem focar-se em promover a escovagem dos dentes duas vezes ao dia com pasta dentífrica fluoretada. Isto pode ser integrado nas outras acções de promoção da saúde nos CSP, em colaboração com autoridades de saúde ao nível da comunidade e das escolas (ver os Capítulos 5 e 6).

Tratamento oral urgente (TOU)



Tratamento oral urgente

O TOU é um serviço disponibilizado por necessidade de prestação de cuidados orais básicos urgentes. Por estar previsto para ser adaptado às necessidades e procura da população local, o seu conteúdo

detalhado será diferente de país para país e, possivelmente, de região para região dentro do mesmo país.

Os três elementos fundamentais do TOU são:

1. alívio da dor;
2. primeiros socorros para infecções orais e traumatismos da boca e da face;
3. encaminhamento de casos complicados para o hospital ou profissional de saúde oral mais próximo.

As intervenções específicas do TOU são apresentadas em maior pormenor no Capítulo 4.

Tratamento restaurador atraumático (ART)

O tratamento restaurador atraumático inclui duas actividades. A primeira consiste num procedimento para preparar as cavidades nos dentes cariados, removendo a cárie com instrumentos manuais. Segue-se o preenchimento da cavidade e de sulcos e fissuras do dente com um material adesivo que contenha flúor, geralmente um ionómero de vidro. Este tratamento é conhecido como uma restauração de ART (42).

O uso de selantes no ART está indicado na presença de sulcos e fissuras que correm o risco de cariar ou quando há cárie precoce não cavitada (quando a cárie é reversível).

O mesmo material adesivo usado na restauração por ART pode ser usado para selar sulcos e fissuras para prevenir futuras cáries.

A disponibilidade de ART não está limitada às clínicas dentárias, já que não é necessária uma cadeira de dentista, uma broca dentária, água canalizada ou electricidade. Além disso, a dor é rara durante o ART, não sendo geralmente necessária anestesia.

Embora idealmente o ART deva ser prestado por um profissional ou assistente de saúde oral, a experiência mostra que os profissionais de saúde locais com formação adequada podem também realizar o ART eficazmente.

O ART também é descrito com maior detalhe no Capítulo 4.



Tratamento restaurador atraumático

Condições para uma implementação sustentável do PBCSO

Embora seja relativamente simples do ponto de vista técnico, a implementação e manutenção do PBCSO ao nível dos cuidados primários de saúde exige o cumprimento de uma série de condições. Embora algumas destas sejam consideradas pré-condições, em termos práticos podem ter de ser concretizadas

por fases ou adaptadas à medida que as acções são implementadas. Estas condições incluem:

Compreender as necessidades, a procura e as preferências locais. Os serviços são mais eficazes e eficientes se forem baseados numa compreensão profunda do perfil da população local, dos factores socioeconómicos e das características geográficas e contextos institucionais.

Esta compreensão pode ser conseguida de múltiplas formas, incluindo inquéritos formais ou projectos de investigação caso se encontre um parceiro adequado (ou seja, uma faculdade de medicina ou de saúde pública, um centro de investigação ou uma ONG especializada) para ajudar a realizar o projecto ou o inquérito.

Recursos Humanos. Como foi acima discutido no Capítulo 2, o recurso a agentes de saúde que não sejam profissionais de saúde oral será muitas vezes a única maneira de prestar determinados componentes do PBCSO. Contrariamente à PDPE, que é implementada ao nível da população ou de um grupo, o TOU e o ART têm de ser providenciados pessoalmente, o que tem consequências em termos de disponibilização de pessoal, apoio, equipamento e consumíveis.

Dado que as regulamentações e a organização do pessoal de saúde variam entre países, os requisitos para a disponibilização de pessoal são definidos em termos de competências básicas. O nível adequado de profissionais de saúde para um país pode ser assim definido e a sua formação pode ser realizada conforme o necessário.

Os distritos e as unidades de CSP por vezes terão que satisfazer as necessidades de recursos humanos para a prestação do PBCSO através do recrutamento de novos funcionários ou pela formação interna de pessoal da unidade na gama das actividades do PBCSO. As competências necessárias para que os agentes de saúde que não são profissionais de saúde oral possam prestar TOU e ART devem ser definidas localmente, mas provavelmente incluirão os elementos contidos no Quadro 2.

Quadro 2. Competências mínimas sugeridas necessárias para TOU e ART

Tratamento Oral Urgente (TOU)	
Competências	<p>Conhecimentos básicos da anatomia e das patologias orais pertinentes para o nível de cuidados a serem prestados;</p> <p>Diagnosticar correctamente as patologias orais, incluindo cárie, os traumatismos e lesões dos tecidos moles;</p> <p>Realizar correctamente métodos de higiene, controlo da infecção e eliminação de resíduos médicos;</p> <p>Tratar correctamente a dor, infecção e os traumatismos, de acordo com os protocolos de TOU*;</p> <p>Fazer a manutenção de equipamento e materiais dentários;</p> <p>Manter correctamente os registos dos doentes em dia.</p> <p>Reconhecer as suas próprias limitações e estar preparado para encaminhar os doentes, quando possível.</p>
Condições das unidades de CSP necessárias para apoiar as competências dos profissionais de saúde	<p>Avaliação e supervisão regulares para assegurar que todas as competências são mantidas e praticadas;</p> <p>Formação para manter as competências e as capacidades do pessoal;</p> <p>Disponibilização regular e consistente de equipamentos e materiais.</p>
Tratamento Restaurador Atraumático (ART)	
Competências	<p>As mesmas competências necessárias para os TOU, para além das descritas abaixo;</p> <p>Seleccionar correctamente as cavidades adequadas para restaurações por ART, respeitar as técnicas do tratamento e usar materiais de restauração dentária*;</p> <p>Reparar restaurações em falência ou defeituosas, sempre que possível;</p> <p>Proceder à manutenção do equipamento dentário necessário para realizar o ART</p>

* Nota: Recomenda-se que a formação prática seja realizada num ambiente de prestação de serviços semelhante aquele onde o pessoal irá trabalhar.

Formação contínua e gestão da qualidade.

Manter a qualidade dos serviços é essencial para o sucesso a longo prazo do PBCSO. Um plano de formação, com participação em cursos apropriados ou consultas periódicas de profissionais médicos ou de saúde oral qualificados, pode garantir que o pessoal mantém as capacidades existentes e tem a

oportunidade de aprender novas técnicas. Os planos de formação interna no serviço e os procedimentos de gestão da qualidade já deveriam fazer parte dos procedimentos operativos normalizados padrão de todas as unidades de CSP, mas, se assim não for, a introdução de certos componentes do PBCSO pode ser um bom começo.

Recursos financeiros. A implementação do PBCSO exige recursos financeiros não apenas para o arranque das actividades, mas também para os custos da sua manutenção. A orçamentação deve, portanto, ter em consideração os recursos a cobrir:

- custos de formação e incentivos;
- equipamentos, instrumentos e consumíveis essenciais;
- fármacos essenciais;
- manutenção e monitorização dos registos.

Fármacos essenciais. A lista de fármacos essenciais pode variar entre lugares de acordo com o perfil clínico local, mas deve incluir anestésicos, analgésicos, antibióticos e desinfectantes locais. O Anexo 1 disponibiliza uma lista modelo de medicamentos essenciais para o PBCSO em unidades de CSP. O Anexo 2 apresenta uma lista dos medicamentos essenciais para o tratamento do noma.

Equipamentos essenciais. Não é necessária uma cadeira de dentista especializada para a prestação de TOU e ART. Para o TOU, o doente deve estar sentado direito numa cadeira normal enquanto para o ART é recomendado que o doente esteja na posição horizontal, deitado, numa marquesa ou mesa. Em ambos os casos, o doente deve estar numa posição que facilite o exame, com o apoio de uma boa iluminação. No entanto, são essenciais alguns equipamentos, instrumentos e consumíveis. Estes encontram-se listados no Anexo 3.

Procedimentos de encaminhamento

É essencial que os profissionais dos serviços de CSP saibam reconhecer os limites das suas competências e que devem encaminhar os casos complicados. Esta é uma componente fundamental do PBCSO. Isto requer procedimentos formais desenvolvidos com base em protocolos e acordos por escrito com outras unidades de saúde e, sempre que disponíveis, com profissionais de saúde oral qualificados e com clínicas dentárias ou instalações médicas.

Manutenção de registos e recolha de dados

Tal como acontece com a formação e gestão da qualidade, a actualização e manutenção de registos médicos e a sua análise contínua devem ser parte dos procedimentos operativos normalizados das unidades de CSP. Como ponto de partida, a implementação do PBCSO deve incluir a integração de indicadores de saúde oral no sistema geral de recolha de dados de saúde de uma unidade de saúde. Se mantidos consistentemente ao longo do tempo, os dados recolhidos podem possibilitar a avaliação ou análise formal, ou contribuir para o tipo de vigilância da saúde oral na comunidade descrita no Capítulo 6.





Capítulo

4

Protocolos de intervenções essenciais para as unidades de cuidados primários de saúde

Este capítulo apresenta protocolos para 10 intervenções essenciais em saúde oral que as unidades de CSP devem ter a capacidade de fazer regularmente como parte do PBSCO. Os protocolos abrangem:

- Procedimentos para serem seguidos no exame a adultos e crianças;
- Intervenções com base em 5 quadros sintomáticos para o tratamento da dor aguda, tumefacção, úlceras e alterações da pigmentação da boca e dos tecidos circundantes;
- Identificação e tratamento do noma;
- Procedimentos para o tratamento restaurador atraumático;
- Educação básica em saúde oral;
- Procedimentos de controlo da infeção.

Este capítulo é particularmente destinado aos profissionais e gestores ao nível dos CSP.



Conforme descrito no capítulo anterior, a ênfase dos componentes do PBCSO recai em intervenções simples e eficazes que possam ser realizadas por pessoal treinado nas unidades de CSP, em regime de ambulatório. A promoção da pasta dentífrica fluoretada económica é uma medida de saúde pública mais ampla e deve ser realizada não só nas unidades de CSP, mas também pelas autoridades de saúde na educação, na comunidade e governamentais (ver Capítulos 5 e 6).

No âmbito do PBCSO, o Escritório Regional da OMS para a África recomenda que as unidades de CSP na Região providenciem as seguintes 10 intervenções:

1. Exame de saúde oral;
2. Tratamento da dor em tecidos duros da cavidade oral (dentes);
3. Tratamento da dor nos tecidos moles da cavidade oral;
4. Tratamento das tumefacções orais;
5. Tratamento das úlceras orais e periorais;
6. Tratamento das pigmentações vermelhas, brancas ou cinzentas na cavidade oral (coloração);
7. Tratamento do noma;
8. Tratamento restaurador atraumático (ART);
9. Educação básica em saúde oral;
10. Controlo da infecção.

Este capítulo disponibiliza protocolos para lidar com os sintomas orofaciais mais comuns observados nas unidades de CSP, incluindo os procedimentos que devem ser seguidos no exame dos doentes. As intervenções essenciais propostas são o mínimo para melhorar os cuidados de saúde oral ao nível dos cuidados primários de saúde e devem ser aplicáveis em todos os países. No entanto, os protocolos de tratamento podem precisar de ser adaptados à situação local, dependendo dos recursos humanos, tecnologia e fármacos disponíveis. Estas intervenções são consistentes com a abordagem do OMS-PEN e com o manual do médico distrital para a GIDA (18).

Nota: Estes protocolos são para serem usados apenas por profissionais dos CSP e outros profissionais de saúde que tenham tido formação prática dispensada por um médico, médico dentista ou enfermeiro superior devidamente qualificado.

PROTOCOLO 1: Exame de Saúde Oral

Todos os doentes que se queixam de problemas de saúde oral, ou quem o profissional de saúde achar que pode beneficiar de uma consulta de saúde oral, devem ser examinados segundo uma lista básica de observações e perguntas. Os registos médicos ou o documento de saúde do doente também devem ser lidos.

Em todos os casos, o doente deve estar sentado ou deitado sob uma boa luz e o profissional de saúde deve usar um espelho dentário esterilizado ou um depressor de língua descartável e luvas descartáveis. Deve-se examinar a boca toda.



Crédito: Benoît Varenne

Observação da cavidade oral

Lista de verificação para o exame da cavidade oral

Sinais (ver) e sintomas (sentir)

- Tumefacção facial (externa) à volta da boca ou maxilar
- Bolhas nos lábios
- Danos nos dentes
- Danos nas gengivas, incluindo tecidos mortos ou necrosados, vermelhidão, tumefacções, hemorragia fácil
- Pus, vermelhidão, calor, dor na boca
- Amígdalas inchadas e vermelhas com pus
- Úlceras na boca, incluindo na língua e debaixo da língua
- Manchas brancas no interior da boca
- Sinais de uma má higiene oral

Perguntas a fazer:

- Tem dificuldade em falar, comer ou beber?
- Há quanto tempo tem os problemas detectados?
- Sente dor ou desconforto quando mastiga ou ingere alimentos ou bebidas quentes ou frios?
- O doente teve febre?
- Quais são as práticas de higiene oral do doente?
- Quais são os hábitos alimentares do doente (consumo de açúcares)?
- O doente toma medicação de forma continuada para tratar doenças sistémicas, ou toma a pílula anticoncepcional? (risco de gengivite ou boca seca)
- O doente consome bebidas alcoólicas, tabaco, noz de bétela ou *khat*? (risco de periodontite e cancro oral) Protocolo 1, continuação

Adaptado de *Integrated oral disease prevention and management module III* (49)

Protocolo 1, continuação

Examinar crianças

Sempre que uma criança com idade entre os 18 meses e os 8 anos faça um exame geral de saúde, deve ser feito regularmente um exame da cavidade oral (no entanto, deve estar sempre presente um adulto quando a criança é examinada). Os profissionais de saúde devem estar particularmente atentos a quaisquer sinais de noma, particularmente se os seguintes factores primários de risco estiverem presentes nos registos médicos ou na história social da criança:

- **Malnutrição.** Os profissionais de saúde devem procurar sinais de malnutrição em todas as crianças, incluindo história de crescimento lento, abdómen ou pernas inchadas, enfraquecimento muscular, persistência de falta de energia, etc. De igual modo, uma criança que seja levada a uma unidade dos CSP por diagnóstico de malnutrição deve receber um exame oral geral e tratamento para doenças dos dentes e da boca, que possam coexistir com a malnutrição.

- **Sarampo e malária.** Se a criança vem à consulta por sarampo ou por paludismo, deve ser-lhe feito um exame oral geral. Se for diagnosticada alguma doença, a criança deve também receber tratamento para doenças da boca e dos dentes, para além do tratamento do sarampo ou do paludismo.

- **Más práticas de higiene e de saneamento.** Os profissionais de saúde devem documentar quais os métodos usados (escovar os dentes, mastigar paus, cotonetes, uso de pasta dentífrica fluoretada) e a frequência da limpeza dos dentes. O exame da cavidade oral deve incluir a verificação de placa bacteriana ou cálculo (tártaro) à volta dos dentes. No caso de uma criança apresentar um risco de noma, os profissionais de saúde devem inquirir se existem animais domésticos como ovelhas, cabras ou vacas perto do local onde as pessoas dormem ou vivem.

Os profissionais de saúde devem também estar atentos a:

- **Doenças congénitas.** Quando se examina uma criança com lábio leporino ou fenda palatina, o defeito no lábio ou céu-da-boca poderá causar problemas funcionais. A criança pode ter dificuldade em mamar e pode ocasionalmente inalar líquidos em vez de os engolir normalmente. As consequentes infecções respiratórias e deficiências nutricionais podem levar a um atraso no crescimento. Por vezes, devido à discriminação associada a estas doenças, os pais poderão evitar trazer a criança nesta situação para exames orais. Se os profissionais de saúde ouvirem falar de um caso, devem encorajar os pais da criança a trazê-la, para terem uma conversa geral sobre saúde oral, as causas da doença e os serviços disponíveis para um tratamento reconstrutivo.

Protocolo 1, continuação

- **Trauma orofacial.** As principais causas de traumatismo orofacial são as quedas e choques, os acidentes de viação, as lesões relacionadas com desportos e a violência física. Cerca de 50% das lesões por agressão ocorrem na face e na boca (50). As crianças que vão repetidamente às unidades de CSP com lesões faciais podem estar a ser vítimas de maus-tratos infantis. Todas as unidades de saúde devem ter políticas para gerir os casos em que o profissional de saúde suspeita que uma criança foi intencionalmente magoada e necessita de protecção. Essas políticas incluem, tipicamente, procedimentos de contacto com a autoridade legal responsável pelo bem-estar das crianças, a polícia ou os serviços sociais locais.

PROTOCOLO 2: Tratamento da dor em tecidos duros da cavidade oral (dentes)

Protocolo de actuação baseado nos sintomas

Observações: A dor na cavidade oral tem frequentemente origem nos dentes ou nos maxilares em vez de nos tecidos moles adjacentes. As suas causas mais frequentes são a cárie e os traumatismos, mas também pode surgir de infecções.



PERGUNTAR

A dor tem origem nos dentes ou nos maxilares?
Sente dor ou desconforto quando mastiga ou ingere alimentos e bebidas quentes ou frios?



TESTAR / AVALIAR

1. Duração, local e intensidade
2. Número de dentes envolvidos
3. Sensibilidade à percussão
4. Dentes que facilitem a acumulação de restos alimentares e tenham cavitação



DIAGNOSTICAR

A Cárie dentária

Os seguintes elementos contribuem para um diagnóstico provável de cárie dentária:

- Coloração dentária
- Buraco no dente ou dente partido
- Dor causada por calor, frio ou açúcar
- Dor espontânea
- Infecção associada:
 - Abscesso / fistula
 - Febre

B Lesão dentária traumática

Os seguintes elementos contribuem para o diagnóstico provável de lesão dentária traumática:

- Fractura que afecta apenas o esmalte dentário
- Fractura que afecta a dentina ou a polpa
- Subluxação – ligeira mobilidade do dente
- Avulsão – dente completamente fora do alvéolo
- Intrusão – dente afundado para dentro do alvéolo
- Extrusão – dente parcialmente fora do alvéolo dentário
- Dente partido

C Dor maxilar e articular

Os seguintes elementos contribuem para o diagnóstico provável de dor maxilar e articular:

- Infecção dentro do osso
- Patologias intra-ósseas
- Dor na articulação temporo-mandibular
- Dor muscular
- Dor por infecções no ouvido – otite média

Protocolo 2, continuação



TRATAR

Em caso de infecção: antibióticos e analgésicos, passar qualquer contaminação por água pura, fazer uma incisão e drenar se houver algum abscesso.

A

Grandes cavidades: extracções simples
Pequenas cavidades: técnica de restauração atraumática (ver Protocolo 8)
Tratamento preventivo: selagem dos sulcos e fissuras dentários (ver Protocolo 8)

B

Dente fracturado: preenchimento temporário
Luxação (dente móvel): reposição suave do dente
Intrusão (dente afundado): sem intervenção
Avulsão (dente completamente fora do alvéolo): passagem do dente por água e reinserção no alvéolo sem tocar na raiz, no espaço de uma hora

C

Tratamento da dor: analgésicos



ENCAMINHAR

A

Extracções complexas e tratamento de restauração

B

Encaminhar todos os casos de traumatismo para tratamento adicional

C

Encaminhar para investigação e tratamento adicionais



ACONSELHAR

- Instruções para a higiene oral
- Escovagem dos dentes com pasta dentífrica com flúor duas vezes ao dia
- Evitar a aplicação directa de medicamentos sobre a área afectada

A

Reduzir a ingestão de açúcar para prevenção da cárie dentária

B

Dieta de alimentos moles (fáceis de mastigar e de engolir)

C

Dieta de alimentos moles (fáceis de mastigar e de engolir)

Protocolo 3 : Tratamento da dor em tecidos moles da cavidade oral

Protocolo de actuação baseado nos sintomas

Observações: a dor na boca pode ter origem na mucosa, gengivas, periodonto (tecidos de suporte que rodeiam os dentes), lábios, língua e faringe, para além da dor de dentes.



PERGUNTAR

Sente a dor em algum outro local da boca para além dos dentes?
Sofreu algum acidente ou outra situação que tenha causado traumatismo?
A dor está associada a algum estímulo?
Tem alguma queixa sistémica associada, por exemplo, paludismo?



TESTAR / AVALIAR

1. Duração, local e intensidade; perda funcional
2. Tumefacção, alterações da cor, hemorragia, feridas (úlceras)
3. Envolvimento dos tecidos adjacentes (dentes/osso)



DIAGNOSTICAR

A Lesões traumáticas dos tecidos moles

Os seguintes elementos contribuem para o diagnóstico provável de lesões traumáticas dos tecidos moles:

- Lesões físicas: hematomas, hemorragias e cortes
- Lesões térmicas: queimaduras superficiais e profundas
- Lesões químicas: queimaduras por tratamento, queimaduras por ingestão

B Periodontite

Os seguintes elementos contribuem para o diagnóstico provável de periodontite:

- Hemorragia das gengivas frequente
- Recessão gengival
- Perda de osso alveolar
- Irritação ou dor à volta do dente
- Acumulação de placa bacteriana ou tártaro
- Mobilidade dos dentes
- Infecção associada: abscesso ou fístula

C Outras patologias dos tecidos moles

Os seguintes elementos contribuem para o diagnóstico provável de outras patologias dos tecidos moles:

- Dor típica (orgânica): doenças dos tecidos dentro e à volta da boca (situações difíceis de compreender)
- Dor atípica: dores intensas episódicas sem patologia orgânica evidente

Protocolo 3, continuação

**TRATAR**

Em caso de infecção: antibióticos e analgésicos, passagem de qualquer contaminação por água pura, fazer uma incisão e drenar na presença de abscesso.

A

Tratamento da ferida
Toxóide tetânico, se necessário

B

Apenas devem ser removidos os dentes
com muita mobilidade

C

Tratamento da dor: analgésicos

**ENCAMINHAR****A**

Extracções complexas e tratamento de
restauração

B

Extracções complexas e tratamento
periodontal

C

Investigação e tratamento adicionais

**ACONSELHAR**

- Instruções de higiene oral
- Evitar a aplicação directa de medicamentos sobre a área afectada
- Dieta insípida: evitar ou reduzir gradualmente o consumo de alimentos picantes (por exemplo, piripíri) e ácidos (por exemplo, frutos não maduros como ananás e laranja)

A

Precauções adequadas de segurança

B

Parar de fumar

C

Reforçar a necessidade de consultas
médicas adicionais

PROTOCOLO 4: Tratamento das tumefacções orais

Protocolo de actuação baseado nos sintomas

Observações: Embora as infeções dentárias sejam a causa mais frequente de tumefacções orais e periorais, várias outras lesões podem estar também envolvidas. Os profissionais de saúde devem estar atentos a casos com novas tumefacções persistentes com uma história de rápido crescimento.



PERGUNTAR

Como apareceu?
A tumefacção tem crescido com que rapidez?
Onde se localiza?
Existem outros sinais e sintomas associados?



TESTAR / AVALIAR

1. Duração, localização inicial, dimensão, pigmentação, dor ou sensibilidade
2. Associação com febre, corrimento (purulento ou não purulento), calor
3. Associação com perda funcional ou incapacidade do local afectado
4. Consumo tabaco, bebidas alcoólicas, noz de bétele ou *khat*
5. Saídas das glândulas salivares (boca seca ou inflamação podem indicar doença glandular)
6. Próteses ou qualquer outro tipo de dentes artificiais

Protocolo 4, continuação



DIAGNOSTICAR

A Tumefacção aguda (tecido mole)

Os seguintes elementos contribuem para o diagnóstico provável de tumefacção aguda:

- Infecções orais: secundárias a cárie dentária, periodontite, traumatismo e outras doenças orais
 - Tumefacção generalizada (celulite)
 - Tumefacção purulenta localizada (abcesso)
 - Boca seca se as glândulas salivares estiverem afectadas
 - Nódulos linfáticos inchados e febre
- Neoplasias malignas: tumefacção persistente por mais de duas semanas; padrão de crescimento agressivo; invasão das estruturas adjacentes; perda de função

B Tumefacção crónica (tecido mole)

Os seguintes elementos contribuem para o diagnóstico provável de tumefacção crónica:

- Quistos: tumefacções com conteúdos líquidos que podem rebentar e reaparecer
- Neoplasias benignas: tumefacções persistentes por mais de 5 dias, com crescimento não invasivo
- Tumores reactivos: frequentes nas gengivas, associados a uma má higiene oral e ao uso de alguns medicamentos
- Tumores congénitos: desenvolvem-se no nascimento ou na primeira infância

C Tumefacção do maxilar

Os seguintes elementos contribuem para o diagnóstico provável de tumefacção do maxilar:

- Quistos: tumefacções com conteúdo líquido
- Tumores: benignos ou malignos
- Fracturas dos maxilares: história de traumatismo, deslocamento ósseo, hematoma dos tecidos moles, incapacidade de morder correctamente, abertura limitada da boca (trismo) ou incapacidade de fechar a boca
- Infecção: tumefacção óssea e corrimento purulento dos seios nasais



TRATAR

- Em caso de infecção: antibióticos e analgésicos, passar qualquer contaminação por água pura, fazer uma incisão e drenar na presença de abcessos
- Se não: encaminhar de imediato ao especialista



ENCAMINHAR

Encaminhamento urgente ao profissional de saúde oral ou investigação e tratamento complementares



ACONSELHAR

- Instruções de higiene oral
- Evitar aplicar medicamentos directamente na área afectada
- Aconselhar a deixar de consumir tabaco, bebidas alcoólicas, noz de bétela e *khat*

PROTOCOLO 5: Tratamento das úlceras orais e periorais

Protocolo de actuação baseado nos sintomas

Observações: As úlceras podem estar limitadas à boca ou resultar de doenças sistémicas como o herpes ou o VIH/SIDA. Uma úlcera solitária e persistente, sem sinais de remissão passados 10-14 dias, deverá ser acompanhada de perto e monitorizada regularmente. Enquanto as úlceras traumáticas tendem a desaparecer em 2 semanas, as úlceras malignas não desaparecem e continuam a desenvolver-se.



PERGUNTAR

- Há quanto tempo surgiu a lesão? É só uma ou são várias?
- Já tinha aparecido alguma anteriormente? Tem febre? Nota algum caroço no pescoço?
- Tem outros sintomas ou sinais?



TESTAR / AVALIAR

1. Localização inicial e gravidade; perda de função
2. Estado nutricional de TODAS as crianças (peso, altura, IMC)
3. Nos adultos, consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, noz de bétele e *khat*



DIAGNOSTICAR

A Úlceras recorrentes

- Úlceras aftosas:
 - Úlcera única superficial <5 mm (menor)
 - Úlcera profunda >5 mm (maior)
 - Úlceras múltiplas <5mm (herpetiforme)
- Doenças sistémicas:
 - Doenças auto-imunes
 - Deficiência em vitamina B
 - Neutropenia

B Úlceras não recorrentes – crianças

Estádios do noma (cancrum oris):

1. Gingivite necrosante aguda
2. Estádio edematoso ou tumefacção facial
3. Estádio gangrenoso ou gangrena vermelha ou preta
4. Estádio de cicatrização
5. Estádio das sequelas

NB1: Associado a mau hálito intenso, causado pela infecção anaeróbica
NB 2: Também observado em alguns adultos com VIH/SIDA

C Úlceras não recorrentes – adultos

- Úlceras agudas:
 - Traumatismo agudo
 - Malignidade (características típicas: bordos enrolados, base necrótica, nódulos linfáticos satélites fixos)
- Úlceras crónicas:
 - Traumatismo crónico
 - Úlceras infecciosas (bordos planos, gânglios linfáticos aumentados)

Protocolo 5, continuação



TRATAR

A

Tratar a dor: analgésicos

B

- Iniciar administração de solução de reidratação oral quando necessário
- Antibioterapia agressiva (ver Anexo 1)
- Tratamento da área necrótica em ferida
- Suporte nutricional a longo prazo

C

Tratar a dor: analgésicos



ENCAMINHAR

A

Tratamento de longo prazo

B

Encaminhamento URGENTE para tratamentos complementares

C

Encaminhamento URGENTE para investigação e tratamento complementares



ACONSELHAR

- Instruções de higiene oral
- Evitar aplicar medicamentos directamente sobre a área afectada
- Dieta insípida: evitar alimentos picantes (por exemplo, piripíri) e ácidos (por exemplo, ananás)
- Aconselhar a parar o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, noz de bétele e *khat*

PROTOCOLO 6: Tratamento da pigmentação oral (coloração) vermelha, branca ou cinzenta

Protocolo de actuação baseado em sintomas

Observações: As manchas de coloração podem ser causadas por várias patologias. Algumas, como a candidíase oral, podem indicar a presença de infecção pelo VIH. A pigmentação patológica caracteriza-se por ser assimétrica e surgir acompanhada por outros sinais, como tumefacção, hemorragia e nódulos linfáticos aumentados.



PERGUNTAR

Surgiu algum sintoma ou sinal desde que notou a coloração?
Quando notou pela primeira vez?



TESTAR / AVALIAR

1. Duração, local e intensidade
2. Consumo de tabaco
3. Próteses ou dentes artificiais quando presentes

Protocolo 6, continuação



DIAGNOSTICAR

A Pigmentação branca

Os seguintes elementos contribuem para um diagnóstico provável de pigmentação branca:

- Candidíase oral
 - Sapinhos / manchas brancas que podem ser removidas deixando uma superfície em carne viva
- Imunossupressão
- História de toma prolongada de antibióticos
- Leucoplasia
 - Mancha branca persistente que não se consegue remover
 - História de tabagismo
- Queimadura química – lesão da mucosa causada pela aplicação directa de um medicamento junto a um dente com dor

B Pigmentação vermelha

Os seguintes elementos contribuem para um provável diagnóstico de pigmentação vermelha:

- Alterações vasculares: tumores, hemorragia
- Candidíase oral
 - Vermelhidão sob uma prótese
- Imunossupressão
- Eritroplasia: mancha vermelha persistente em doentes com história de tabagismo
- Mucosite: Alergia/reacção de hipersensibilidade

C Pigmentação preta/castanha

Os seguintes elementos contribuem para um provável diagnóstico de pigmentação negra / castanha:

- Coloração extrínseca
 - Material estranho implantado nos tecidos moles, por exemplo, tatuagens de amálgama, grafite de lápis
- Coloração intrínseca
 - Actividade excessiva dos melanócitos: causada por tabaco, VIH ou reacção a fármacos
 - Melanoma maligno



TRATAR

A

- Antifúngicos no caso de candidíase
- Analgésicos no caso de queimaduras químicas

B

- Antifúngicos no caso de candidíase
- Analgésicos no caso de dor

C

Remoção cuidadosa de qualquer objecto estranho



ENCAMINHAR

A

Todos os casos persistentes e de leucoplasia

B

Todos os casos persistentes e de eritroplasia

C

Todos os casos com aumento rápido de coloração intrínseca



ACONSELHAR

- Instruções de higiene oral
- Evitar a aplicação de medicamentos directamente nas áreas afectadas
- Aconselhar a cessação tabágica, se necessária

PROTOCOLO 7: Tratamento do noma

Observações: Os doentes surgem muitas vezes com sintomas como febre, desidratação, malnutrição, hipersalivação e diarreia. É urgente iniciar reidratação e correcção das alterações hidroelectrolíticas, dado que as disenterias parasitárias coexistem frequentemente com o noma. Nos casos moderados, a reidratação pode ser via oral, mas nos casos graves é indispensável o tratamento endovenoso. Nas fases 3 a 5 (ver abaixo) aconselha-se o encaminhamento imediato.



PERGUNTAR

Há quanto tempo apresenta sintomas?
Febre? Condições de vida difíceis?
Infecções ou doenças parasitárias anteriores ou actuais?



TESTAR / AVALIAR

Avaliar o estado nutricional da criança, assim como quaisquer outras complicações

Protocolo 7, continuação



DIAGNOSTICAR

A Estádio pré-noma

Os seguintes elementos contribuem para um diagnóstico provável de pré-noma:

- Gengivite simples
- Hemorragia nas gengivas ao toque ou durante a escovagem, gengivas vermelhas ou vermelho-roxo, gengivas edematosas

B Estádios 1 e 2 do noma

Os seguintes elementos contribuem para um diagnóstico provável de estádios 1 e 2 do noma:

Estádio 1. Gengivite necrosante aguda.

Halitose ou hálito fétido, ulceração dolorosa das gengivas, hemorragia gengival espontânea, ulceração envolvendo uma ou mais papilas interdentárias, salivação excessiva

Estádio 2. Estádio edematoso.

Face tumefacta ou com edema, dificuldade em comer, halitose ou hálito fétido, rápida extensão da ulceração gengival e da mucosa oral, lábios e bochechas dolorosas, febre alta, salivação excessiva, boca dorida, anorexia, linfadenopatia.

C Estádios 3 a 5 do noma

Os seguintes elementos contribuem para um diagnóstico provável de estádios 3 a 5 do noma:

Estádio 3. Estádio gangrenoso.

Extensa destruição dos tecidos moles e duros da cavidade oral, lesão com um contorno bem delimitado, com um centro necrótico escuro, separação do tecido morto deixando um buraco na face, coloração preto-azulado na superfície facial externa correspondente da bochecha ou dos lábios, dificuldade em comer, rápida perfuração da bochecha, exposição dos dentes e ossos, secagem progressiva da gangrena facial, anorexia, apatia.

Estádio 4: Estádio de cicatrização

Pode ocorrer trismo, dependendo da localização das lesões, sequestração de dentes e exposição óssea, início da formação da cicatriz.

Estádio 5. Estádio de sequela

Desfiguração facial, pode surgir trismo dependendo da localização das lesões, perda de dentes, dificuldades na alimentação, dificuldades na fala, perda de saliva, deslocação de dentes, anarquia dentária, fusão dos ossos do maxilar e da mandíbula, regurgitação nasal.

Protocolo 7, continuação



TRATAR

A

- Lavar a boca em casa com água salgada morna, previamente fervida.
- Não utilizar antibióticos nesta fase; é preferível assegurar um acompanhamento de perto.
- Reabilitação nutricional, incluindo suplementos alimentares (vitaminas, ferro) e dietas com alto teor proteico de baixo custo, como feijão.
- Acompanhamento (assinalar qualquer progressão rápida da doença)

B

Reidratação oral e alimentação rica em proteínas; amoxicilina; metronidazol; complexo multivitamínico; paracetamol; tratamento das infeções relacionadas; desinfecção da boca 3 vezes ao dia com solução salina morna; acompanhamento próximo (anotar qualquer progressão rápida da doença)

C

Igual aos estádios 1 e 2



ENCAMINHAR

A

Encaminhar para destartarização após concluído o acompanhamento

B

Encaminhar para destartarização

C

Encaminhar imediatamente para um serviço especializado (hospital distrital ou ONG)



ACONSELHAR

A

Os cuidados podem ser prestados no domicílio pela família ou outros cuidadores

B

Cuidado ambulatorio na unidade de cuidados primários de saúde

C

Hospitalização

PROTOCOLO 8: Tratamento restaurador atraumático (ART)

Observações: O ART deve ser realizado apenas por profissionais treinados dos CSP, dispondo dos instrumentos e consumíveis adequados. Consiste em duas actividades: (i) colocação de um material de enchimento para restaurar dentes cariados com cavidades; e (ii) selagem de sulcos e fissuras em risco de cárie precoce não cavitada.



PERGUNTAR

Detalhes de tratamentos dentários anteriores?
Dor ou sensibilidade nos dentes?



TESTAR / AVALIAR

As cavidades a serem obturadas:

1. Duração, local, gravidade e número de dentes envolvidos
2. Sensibilidade à percussão suave
3. Dentes que facilitem a retenção de alimentos e com cavitação



DIAGNOSTICAR

A Dentes saudáveis

Dentes são sem risco de cárie

B Dentes com cavidades pequenas

Pequenas cavidades dentárias e qualquer sulco e fissura adjacente

C Dentes com cavidades grandes

- Cárie profunda ou cárie que já esteja a causar dor (inflamação ou infecção da polpa)
- Grandes cavidades envolvendo duas superfícies
- Tumefacção (abcesso) ou fístula (aberta a partir do abcesso para a boca) próxima do dente cariado
- Acesso difícil com instrumentação manual

Protocolo 8, continuação



TRATAR

A

Sem tratamento

B

- Colocar o doente em posição horizontal (supina) sobre uma mesa ou banco com uma almofada sob o pescoço;
- Isolar o dente com algodão de cada lado do dente;
- Secar o dente com algodão;
- Utilizar cuidadosamente uma sonda dentária para avaliar a extensão da cavidade;
- Aceder à cavidade com um escavador;
- Remover a cárie mole da parede e a base da cavidade com um escavador (NÃO EXPOR A POLPA NAS CAVIDADES PROFUNDAS);
- Lavar e secar a cavidade e examinar se a cárie foi completamente removida;
- Acondicionar a cavidade;
- Preparar a mistura de cimento de ionómero de vidro (CIV) segundo as instruções do fabricante e preencher a cavidade e os sulcos e fissuras adjacentes (NB: Se não estiver disponível CIV, usar um material restaurador temporário e procurar substituí-lo assim que possível. Os materiais reatauradores temporários são mais fracos e não protegem o dente contra futuras cáries);
- Aplicar uma pequena quantidade de vaselina na ponta de um dedo com luva para pressionar o material restaurador para a cavidade, os sulcos e fissuras;
- Remover o excesso de material restaurador antes que endureça;
- Testar a altura da restauração mandando morder o papel de articular ou papel químico e ajustar, se necessário.

C

Ver protocolos de tratamento da dor nos tecidos moles e duros da cavidade oral



ACONSELHAR

Aconselhar sobre a manutenção de uma boa higiene oral.

PROTOCOLO 9: Educação básica em saúde oral

As consultas são oportunidades excelentes de educação acerca de uma boa saúde oral. Qualquer utente que recorra à consulta por problemas de saúde oral, ou familiares de crianças que têm doenças ou situações clínicas orais, devem receber a informação básica que se descreve abaixo.



PERGUNTAR

Recebeu hoje algum tratamento de saúde oral?
No passado, teve problemas ou preocupações de saúde oral?
Tem alguma pergunta a fazer sobre os dentes e a boca?

Adulto com consulta ou tratamento de saúde oral hoje

- O doente recebeu conselhos sobre como lidar com a sua situação?
- O doente compreendeu os conselhos ou tem dúvidas a esclarecer?

Criança com consulta ou tratamento de saúde oral

- A criança e a família receberam conselhos sobre como lidar com o seu problema?
- A criança e a família compreenderam os conselhos ou têm dúvidas a esclarecer?

Criança ou adulto que não recebeu tratamento ou consulta hoje,

mas foi encaminhado por outro membro da equipa de saúde para educação em saúde oral



AVALIAR

Se a resposta foi NÃO a qualquer uma das perguntas:

- Rever a secção "Aconselhar" do protocolo indicado com o doente
- Assegurar que o aconselhamento foi compreendido e todas as dúvidas foram esclarecidas
- Assegurar que as recomendações de acompanhamento e encaminhamento foram compreendidas

- Avaliar o nível de conhecimentos sobre a saúde oral
- Avaliar a prática da saúde oral
- Avaliar o nível de educação: pode ser entregue informação por escrito ou um panfleto para o doente levar para casa?

Protocolo 9, continuação



ACONSELHAR

Higiene oral

Demonstrar ou utilizar material impresso para demonstrar a técnica correcta de escovagem dos dentes, incluindo todas as superfícies, e como escovar suavemente a língua

Informar que:

- Os dentes devem ser lavados duas vezes ao dia, com uma escova de dentes ou um pau de mascar
- A escovagem deve ser feita com pasta dentífrica com flúor
- Para limpar entre os dentes, usar fita dentária ou palitos

Os pais devem ser informados que:

- Os dentes dos bebés devem ser limpos com cotonetes

Dieta saudável• Evitar comer alimentos pouco saudáveis entre as refeições, como alimentos açucarados (doces, biscoitos, bolos, etc.) e bebidas com açúcar (refrigerantes, sumos não naturais, bebidas energéticas, etc.), “comida de plástico” que possa ter “açúcares escondidos” (por exemplo, batatas fritas, molho de tomate, etc.)

- Incentivar a manter uma dieta equilibrada com o consumo de cereais, legumes, lacticínios, fruta e proteínas

As mães devem ser aconselhadas a:

- amamentar pelo menos até aos 6 meses do bebé;
- evitar a alimentação dos bebés com biberão com leites artificiais e outras bebidas açucaradas

Hábitos saudáveis

- Incentivar todos os não fumadores a não iniciar o consumo de tabaco
- Aconselhar os fumadores a deixarem de fumar e dar-lhes apoio nos seus esforços
- Aconselhar os consumidores de outros produtos de tabaco (por exemplo, rapé) ou outras substâncias, como o khat, a deixarem o seu uso
- O consumo excessivo de bebidas alcoólicas deve ser fortemente desencorajado

Protecção geral

- Exame dentário uma vez por ano, mesmo quando não há queixas
- Usar sempre capacete com protecção da boca quando anda de mota
- Usar sempre o cinto de segurança quando conduz ou viaja de automóvel

Os pais devem ser aconselhados a:

- Assegurar que as crianças usam um protector de boca para proteger os dentes quando praticam desporto

PROTOCOLO 10: Controlo da infecção

As medidas de prevenção e controlo da infecção visam assegurar a protecção daqueles que podem ser vulneráveis a adquirir uma infecção, quer na comunidade, quer ao receberem cuidados por problemas de saúde, numa variedade de situações. Os procedimentos de controlo da infecção descritos neste protocolo abordam o ambiente seguro no qual os cuidados de saúde oral devem ser prestados ao nível dos CSP e fora deles, e são necessários para minimizar o risco de infecção. A prevenção e o tratamento da infecção são da responsabilidade de todos os profissionais que trabalham em ambientes de prestação de cuidados de saúde. Cada elemento da prática descrita deve ser visto como parte de uma abordagem global para reduzir os riscos dos doentes.

Este protocolo foi desenvolvido pela AOI, uma ONG internacional francesa que trabalha há mais de 30 anos em todo o mundo no campo da saúde pública oral para populações desfavorecidas, (<http://www.aoi-fr.org>).

Para se prestarem cuidados de saúde em condições ideais, é necessário o controlo da infecção relacionado com a prestação de cuidados, o qual consiste em:

1. Avaliação do doente

2. Protecção pessoal

3. Reprocessamento de instrumentos

4. Tratamento do ambiente de trabalho

5. Gestão dos resíduos

6. Gestão da exposição ao sangue

7. Definição de protocolos

Protocolo 10, continuação

1. Avaliação do doente

Muitas doenças crónicas, como o cancro, a diabetes, a SIDA e algumas doenças genéticas afectam as defesas imunitárias do organismo. A malnutrição também pode diminuir as defesas imunitárias do organismo. As respostas dos doentes a questões iniciais cuidadosamente estruturadas pelo médico podem ajudar na definição das opções terapêuticas.

2. Protecção individual

Todos os profissionais de saúde devem ser vacinados contra a hepatite B, a tuberculose, etc. A protecção individual do profissional de saúde e do doente exigem a lavagem das mãos e a utilização de uma bata, luvas e máscara facial. Fazendo a sua própria protecção individual, os profissionais de saúde estão a proteger os seus doentes.

2.1 Lavagem das mãos

Lavar as mãos é um dos passos mais importantes que podem ser tomados para prevenir as infecções. Entre 60 a 80% das contaminações cruzadas relacionadas com infecções por cateteres resultam de contaminação transmitida pelas mãos.

A lavagem das mãos deve ser feita com sabão líquido; as mãos devem ser lavadas com água limpa e depois secas, de preferência com toalhas de papel descartáveis.

As jóias, como anéis, relógios e pulseiras, devem ser retirados antes da lavagem. As unhas devem estar curtas, limpas e sem verniz.

○ Como deve lavar as suas mãos (<http://www.who.int/gpsc/Smay/enl>)

- com uma mão, abra a torneira (e mantenha a água a correr);
- molhe uma mão e ponha um pouco de sabão líquido;
- molhe a outra mão;
- esfregue as mãos durante 40 a 60 segundos, com particular atenção às unhas, a ambos os pulsos e aos espaços entre os dedos;
- passe bem as mãos por água;
- seque as mãos com uma toalha seca e lavada ou use uma folha de papel absorvente descartável (uma toalha por doente);
- feche a torneira usando a toalha.

Protocolo 10, continuação

o Quando deve lavar as mãos

- quando chega e sai do trabalho;
- antes e depois de prestar cuidados a um doente, e entre doentes;
- antes de colocar as luvas e depois de as retirar.
- Usar luvas não é uma desculpa para não lavar as mãos.

Ver no Anexo 7 um guia visual sobre como lavar as mãos

2.2 Usar luvas

Usar luvas protege simultaneamente o profissional de saúde e o doente. As luvas são usadas quando existe um risco de haver contacto directo com o sangue ou com líquidos orgânicos, como a saliva.

As luvas devem ser mudadas entre doentes.

As luvas devem ser usadas apenas uma vez, e não podem ser lavadas para serem reutilizadas. A lavagem causa alterações microscópicas na composição do látex, tornando as luvas permeáveis, pelo que deixam de ser uma barreira contra os agentes patogénicos.

2.3 Outras medidas de protecção pessoal

O uso de uma bata lavada é necessário pois ajuda a proteger a roupa de se sujar.

No caso de possibilidade de salpicos, é recomendado o uso de uma máscara facial, e mesmo de óculos.

3. O reprocessamento de instrumentos

Todos os instrumentos que perfurem a pele ou atravessem uma membrana mucosa devem ser esterilizados ou, em alternativa, sujeitos a uma desinfecção de alto nível.

As agulhas e as lâminas de bisturi devem ser estéreis e usadas uma única vez.

Após usados, estes dispositivos devem ser colocados em caixas especialmente preparadas para receber objectos cortantes.

O reprocessamento de instrumentos é feito em várias fases. A regra de ouro do manuseio da instrumentação é respeitar o princípio do movimento para diante. O movimento para diante no reprocessamento da instrumentação significa ir do sujo para o limpo. Neste processo, os instrumentos sujos nunca podem cruzar os limpos, não podendo haver retrocessos no processo.



3.1 Pré-desinfecção

A pré-desinfecção é realizada quando instrumentos sujos são reprocessados pela primeira vez. As soluções de limpeza são boas nesta fase para desfazer resíduos (provenientes de matérias orgânicas ou estranhas). Este passo essencial deve ser feito logo após o cuidado de saúde ter tido lugar. Assim, minimiza-se a contaminação inicial e facilita-se a limpeza subsequente. Os instrumentos sujos nunca devem ser deixados a secar ao ar. Por esta razão, devem ser colocados numa solução de limpeza (feita com sabão líquido, por exemplo), durante pelo menos 15 minutos. Os detergentes em pó nunca devem ser usados.

Nota: Nesta fase, não se deve usar lixívia; a lixívia é um desinfectante e não tem propriedades de limpeza. O seu uso nesta fase iria ligar as proteínas aos instrumentos e tornar a limpeza posterior menos eficaz. Além disso, a lixívia é um agente fortemente corrosivo. Não deve, portanto, ser usada no reprocessamento de instrumentos.

Os instrumentos devem ser colocados numa solução de limpeza:

- O mais próximo possível do lugar da sua utilização;
- O mais cedo possível.

Na prática:

- Colocar água num recipiente reservado para imergir os instrumentos, coloque o produto e misture;
- Mantenha os instrumentos completamente imersos no recipiente por um período mínimo de 15 minutos.

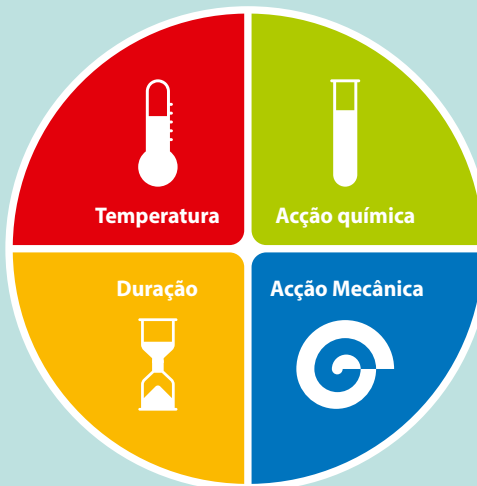
Protocolo 10, continuação

3.2 Lavar e enxaguar

A lavagem é uma fase muito importante, na qual a sujidade que ainda permanece nos instrumentos é eliminada e a carga patogénica inicial é reduzida. Esta operação baseia-se em quatro factores representados no Círculo de Sinner:

- a actividade química do produto usado;
- a acção mecânica (esfregar e escovar);
- a temperatura;
- a duração.

Pega-se em cada instrumento e lava-se cuidadosamente, usando uma escova não metálica (de plástico); a pessoa que lava deve usar luvas domésticas espessas para se proteger de resíduos, picadas e lesões provocadas por objectos cortantes. O enxaguamento é feito imergindo os instrumentos lavados num segundo recipiente cheio de água e depois esvaziando a água.

O Círculo de Sinner

Protocolo 10, continuação

3.3 Secagem

É feita com um pano limpo (lavado e seco) que é unicamente usado para secar instrumentos. A secagem deve ser activa, isto é, envolvendo uma acção mecânica, para remoção de detritos que ainda permaneçam.

3.4 Empacotamento

O empacotamento precede a esterilização ou uma desinfecção de alto nível e protege os instrumentos contra qualquer recontaminação. O empacotamento deve ser impermeável aos micro-organismos, mas permeável aos agentes esterilizantes.

O empacotamento pode ser feito de várias formas:

- em bolsas e papel crepe para usar na esterilização em autoclave (pode ser usado também um pano);
- num pano e em caixas de metal para usar na desinfecção de alto nível.

Na prática:

- secar adequadamente os instrumentos;
- verificar que estão limpos;
- verificar que os instrumentos estão em condições de serem usados;
- empacotar os instrumentos nos materiais disponíveis.

3.5 Esterilização

O método de primeira escolha para a esterilização é o vapor. O agente esterilizante é o vapor saturado.

A fim de matar os germes, deve ser mantida uma temperatura de 121°C durante 20 minutos. Para atingir este “nível de calor” deve ser mantida uma pressão de 2 bars (1 bar acima da pressão atmosférica).

Onde não haja autoclave, recomenda-se o recurso à desinfecção de alto nível, utilizando calor húmido.

3.6 Desinfecção de alto nível por calor húmido

Onde não há autoclave, temos de recorrer a soluções secundárias que podem ser empregues para atingir uma desinfecção de alto nível.

o **O esterilizador All American com empacotamento, um manómetro e purga de baixo rendimento é uma solução**

Este método usa-se para instrumentos enrolados em tecido ou colocados em caixas metálicas.

- Remover o cesto e verter no esterilizador 3 litros de água.
- Recolocar o cesto e colocar nele os instrumentos num pano ou numa caixa metálica aberta (a fim de deixar o vapor de água passar).
- Cobrir o cesto com um pano (para reduzir a condensação final).
- Prender a cobertura e ligar o calor.
- Quando a válvula de descompressão começar a libertar vapor continuamente, fechar a válvula.
- Deixar a pressão subir para 1 bar e depois abrir a válvula (posição vertical); esperar até que a pressão caia para 0,2 bar.
- Repetir o processo duas vezes.
- Quando a pressão descer aos 0,2 bar pela terceira vez, fechar a válvula e deixar subir a pressão aos 2 bar; quando nesta pressão, não abra a válvula; em vez disso, controlar a fonte de calor de forma a manter a pressão entre 1 bar e 1,5 bars.
- A “esterilização” está então a começar; esperar 20 minutos.
- Verificar repetidamente se a pressão de esterilização se mantém.
- Uma vez decorrido o tempo de esterilização, desligar a fonte de calor.
- Então, abrir a válvula e deixar o vapor sair.
- Quando a pressão baixar para 0 bars, retirar a cobertura da autoclave e retirar o pano que cobre os instrumentos.
- Deixar os instrumentos arrefecerem durante 15 minutos.

Protocolo 10, continuação

o A panela de pressão

A panela de pressão é usada para instrumentos embalados em recipientes de metal.

- Colocar os instrumentos já lavados no(s) recipiente(s).
- Colocar o(s) recipiente(s) aberto(s) no cesto da panela de pressão.
- Despejar água para dentro da panela de pressão; verificar que a água fica abaixo do fundo do cesto e que os instrumentos a esterilizar não tocam na água.
- Colocar o cesto dentro da panela de pressão.
- Fechar a panela hermeticamente e ligar o calor.
- Logo que a válvula de descompressão começar a libertar vapor continuamente, contar 20 minutos.
- Decorridos os 20 minutos, desligar o calor, abrir a válvula para deixar a pressão baixar e então abrir a cobertura.
- Deixar a cobertura entreaberta para que os instrumentos sequem bem.
- Preparar os recipientes.
- Se não houver electricidade, usar um fogão a gás.

3.7 Armazenamento estéril

Os instrumentos são guardados num armário de vidro e fechados. Estes armários devem ser limpos regularmente

3.8 Organização da sala de tratamentos

O lugar onde os instrumentos são lavados e desinfectados deve estar afastado daquele em que os doentes são atendidos.

A sala deve estar dividida em duas áreas separadas: a de pré-desinfecção e limpeza e a de empacotamento, esterilização ou desinfecção de alto nível. É importante manter este fluxo lógico de um só sentido, assegurando que não há contacto cruzado possível entre os instrumentos sujos e os limpos.

Protocolo 10, continuação

4. Cuidar do ambiente de trabalho**4.1 Chão**

Para cuidar do chão são necessários dois passos: limpeza e desinfecção. Uma vez por semana, o chão deve ser lavado com um detergente e seguidamente desinfetado com uma lixívia desinfetante.

O chão deve ser limpo diariamente, após o último doente ter saído. Deve ser usado o método dos dois baldes, com uma esfregona de torcer. A limpeza deve começar na área limpa e caminhar para a mais suja, devendo terminar na porta de entrada.

- Encha o primeiro balde com uma solução de limpeza com detergente diluído.
- Ponha uma pequena quantidade de solução de limpeza no segundo balde.
- Molhe a esfregona no primeiro balde.
- Esfregue o chão.
- Torça a esfregona no segundo balde.
- Repita o processo.

O mesmo procedimento é seguido para a desinfecção.

Diluir uma embalagem de 250 ml de lixívia em 5 litros de água.

Nota: Se o agente de limpeza usado diariamente for um detergente desinfetante, a lavagem deve ser feita uma vez por semana.

4.2 Outras superfícies

As superfícies estão constantemente a ser contaminadas por instrumentos sujos, salpicos durante o tratamento e mesmo pelas mãos do profissional de saúde. Após cada doente, estas superfícies devem ser limpas e desinfetadas.

Há produtos médicos específicos que podem ser usados; existem sprays ou toalhetes com detergentes desinfetantes ou, em lugar destes, qualquer outro produto doméstico contendo um detergente com álcool.

5. Tratamento dos resíduos

Todo o profissional de saúde é responsável pelos resíduos contaminados que produz como resultado da sua actividade. A prática médica produz dois tipos de resíduos que causam risco:

1. Resíduos resultantes de cuidados de saúde, que podem estar contaminados com sangue ou outros fluidos orgânicos.
2. Objectos cortantes que possam ser causa de picadas ou cortes.

Os resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde nunca devem ser misturados, em qualquer circunstância, com o lixo doméstico.

Os resíduos contaminados resultado de cuidados de saúde devem ser sempre incinerados.

- Os resíduos sujos ou que tenham sido contaminados com sangue, como gaze, algodão, etc., podem causar infecção. Esses resíduos devem ser colocados em recipientes estanques impermeáveis e incinerados.
- **Os objectos cortantes que colocam o risco de picada ou de corte** devem ser colocados em recipientes resistentes e fechados que devem estar na área de trabalho e devem ser também levados para incineração.
- **Os resíduos considerados como lixo doméstico** devem ser retirados e separados dos resíduos que podem causar infecções, ser adicionados ao lixo doméstico e tratados no respeito das regras ambientais.
- **Os consumíveis descartáveis.** As embalagens da administração de anestesia usadas devem ir para o lixo após cada doente, mesmo se não tiverem sido usadas completamente. Embalagens, agulhas, gaze e fios de sutura são de uso único. Todos estes produtos devem ser colocados em caixotes de lixo, cujo conteúdo deve ser posteriormente incinerado.

Protocolo 10, continuação

6. Gestão da exposição ao sangue

Embora as lesões acidentais sejam muito frequentes, são sempre evitáveis. Apesar do uso cuidadoso de barreiras protectoras (luvas, óculos, etc.) e da precaução no manuseio dos instrumentos, os acidentes podem acontecer.

Uma ferida resultante de um objecto pontiagudo ou cortante pode expor acidentalmente o profissional ao sangue do doente. O maior perigo está presente quando se volta a encapsular uma agulha com as duas mãos, após esta ter sido usada. O recolocar da tampa numa agulha deve ser feito no estrito respeito do procedimento definido:

- colocar a seringa, com a agulha, sobre a superfície de trabalho;
- colocar a tampa da agulha junto à seringa;
- deslizar a agulha para dentro da tampa;
- agarrar a tampa e a seringa, com a tampa do lado de cima e fechar, cobrindo a agulha;
- soltar a agulha segurando a tampa.

Em nenhuma circunstância se deve encapsular uma agulha com uma mão a segurar a agulha, e a outra a segurar a tampa. Em caso de acidente com exposição ao sangue, o maior risco é o da transmissão de uma infecção viral, como a hepatite B, a hepatite C ou a SIDA.

Se se picar acidentalmente:

- nunca provoque hemorragia;
- lave de imediato com um sabão suave e água;
- enxágue com muita água;
- desinfecte a área afectada com solução de Dakin (cloro activo a 5%), com álcool a 70% ou com lixívia diluída com 0,5% de cloro activo.

7. Definir protocolos

Um protocolo consiste em:

- escrever o que se planeia fazer;
- fazer o que se escreveu;
- avaliar o que foi feito.

Os protocolos descrevem:

- a lavagem das mãos;
- o reprocessamento dos instrumentos;
- o tratamento do chão e outras superfícies;
- a gestão dos resíduos.

Estes protocolos devem ser redigidos, validados, assinados e revistos regularmente.





Capítulo

5

Promoção da saúde oral nas escolas

Este capítulo apresenta a fundamentação lógica geral para as iniciativas de saúde em ambientes escolares e recomenda um programa básico de actividades de saúde oral nas escolas. Estas incluem:

- Encorajar a integração da saúde oral nas políticas de saúde escolar;
- Tornar instalações e ambientes favoráveis à saúde;
- Promover a saúde oral;
- Promover a escovagem dos dentes em grupo, utilizando pasta dentífrica com flúor;
- Promover meios participativos de monitorização, que incluam os pais e a comunidade.

Este capítulo também aborda as estruturas administrativas e medidas que são necessárias para apoiar as actividades atrás referidas.

O seu público-alvo são as autoridades locais de educação, os professores e o pessoal administrativo das escolas. Será também útil para os pais e membros da comunidade, interessados em organizar ou defender a prestação de actividades de saúde oral nas suas escolas.



Escolas: onde começam as competências para uma boa saúde

Da mesma forma que a saúde oral ao nível dos CSP deve ser integrada nos planos mais abrangentes das DNT, a saúde oral nas escolas deve ter em conta os planos mais abrangentes da saúde escolar.

Uma educação com sucesso e uma boa saúde estão intimamente ligadas. Os estudantes saudáveis têm uma maior frequência da escola, assim como uma melhor capacidade de concentração e melhor desempenho escolar. As crianças que sofrem de uma má saúde oral têm uma probabilidade consideravelmente maior que as outras crianças de faltarem às actividades educativas ou perderem muitos dos benefícios delas resultantes. Milhões de horas de escola são perdidas, todos os anos, devido a problemas de saúde oral. Isto afecta não só o desempenho escolar das crianças, como pode também reduzir as possibilidades de sucesso na sua vida futura (51).

O desafio

As crianças passam uma grande parte do seu tempo em ambientes educativos, como a pré-primária, os jardins-de-infância ou as escolas. Consequentemente, as escolas têm um enorme potencial para desempenharem um papel na promoção da saúde (incluindo a saúde oral) e na prevenção da doença. As escolas são, muitas vezes, os centros da vida das comunidades, envolvendo pais, professores e a comunidade em geral em múltiplas actividades. Um elevado número de crianças, de diferentes proveniências socioeconómicas, podem ser abrangidas de uma forma estruturada e organizada.

Lamentavelmente, há uma série de dificuldades para implementar os programas de saúde oral nas escolas. A falta de financiamentos sustentáveis e a escassez de pessoal formado são os problemas práticos mais comuns, a que se associa, a nível político, o facto de as prioridades dos directores das escolas, das autoridades da educação e da saúde e dos governos locais não serem tidas em consideração por

Programar a saúde escolar: um contributo essencial para a educação

Algumas iniciativas internacionais têm sido criadas para apoiar intervenções para apoiar a saúde escolar e dar orientações aos governos nacionais, particularmente aos ministérios da educação e da saúde. Por exemplo, a iniciativa global para a educação básica “Educação para Todos”, valoriza ambientes seguros e saudáveis como condição básica para a aprendizagem. Redes como as “Escolas Promotoras de Saúde”, promovida no âmbito da Iniciativa Global para a Saúde na Escola da OMS, e a iniciativa de múltiplas agências “Focar Recursos para uma Saúde Escolar Eficaz” (FRESH) têm recebido um vasto apoio internacional (52, 53).

A rede FRESH propõe quatro componentes-chave:

1. Definir políticas de saúde na escola: a definição de uma política de saúde na escola, envolvendo os sectores da saúde e da educação, é o fundamento para intervenções de saúde e de saúde oral eficazes e sustentáveis nas escolas. Todas as escolas devem ter a sua própria política de saúde, ou estarem sob uma política distrital ou regional. As acções relacionadas com a redução da exposição ao risco, assim como as que possibilitam alterações no ambiente escolar, devem ser definidas numa política de saúde escolar que integre um conjunto prático de medidas para serem implementadas em todas as escolas. Devem ser postas em prática apenas as intervenções que sejam baseadas nas evidências, que tenham uma boa relação custo-eficácia e um elevado impacto em doenças prioritárias.

2. Água potável, instalações sanitárias e um ambiente saudável: Melhorar o ambiente da escola pelo acesso a água potável e casas de banho e pela construção de instalações sanitárias adaptadas às crianças, que sejam funcionais e fáceis de manter, é essencial para a criação de um ambiente em que os hábitos saudáveis possam ser postos em prática. As instalações devem começar por ser muito simples e serem melhoradas ao longo do tempo, dependendo da disponibilidade de recursos, tendo como objectivo respeitar os padrões nacionais de Água, Saneamento e Higiene nas Escolas (WASH).

3. Educação para desenvolver competências em saúde: A educação baseada em competências é mais eficaz do que a educação para a saúde unicamente teórica. Fomenta os estilos de vida saudáveis e tem o potencial de influenciar a adopção de comportamentos saudáveis ao longo da vida. A tónica deve recair nas actividades que levem as crianças a desenvolverem competências práticas e hábitos diários de higiene. A título de exemplo, a experiência internacional sugere que a escovagem dos dentes em grupo é uma forma prática de organizar um programa e de reduzir o trabalho dos professores. As actividades em grupo são não apenas divertidas para as crianças, como também contribuem para o reforço mútuo da adopção de normas sociais saudáveis.

4. Serviços de saúde e nutrição nas escolas: Intervenções básicas de saúde, focadas principalmente na prevenção e na promoção da saúde, mais do que no tratamento, podem ser efectivamente postas em prática no ambiente escolar. A título de exemplo, para além das actividades baseadas em competências, como a de escovar os dentes, programas de alimentação escolar podem ser a porta de entrada para a promoção de hábitos de alimentação saudáveis e assim prevenir as doenças orais e outras DNT.

Estes quatro componentes foram desenvolvidos como recomendações globais e constituem uma valiosa contribuição para as políticas e para a criação de programas na Região Africana.

todas as partes ou até entrarem em conflito umas com as outras. Por fim, as exigências concorrentes de programas curriculares já muito preenchidos é

razão para uma relutância por parte dos professores em incluírem a saúde oral no seu ensino.

Oportunidades de colaboração

Apesar destes desafios, a saúde escolar é uma área ideal para a colaboração entre os sectores da educação e da saúde. O sector da educação deve ter a responsabilidade de liderar o programa, tendo o sector da saúde um papel de apoio. Os profissionais da educação devem ter um papel fundamental na implementação do programa. Os pais e a comunidade têm geralmente papéis de relevo a desempenhar na tomada de decisões relacionadas com a escola. O seu envolvimento nas actividades de saúde (oral) das escolas promove apoio, apropriação e transparência, e contribui para a sua sustentabilidade. O papel das próprias crianças não deve ser esquecido. Nas actividades de capacitação em saúde nas escolas (seguidamente apresentadas) as crianças têm um papel activo, na sua execução e supervisão diárias.

Programa de intervenções essenciais de saúde oral nas escolas

À semelhança das intervenções descritas anteriormente neste manual, a metodologia do programa de intervenções essenciais em saúde pode também ser aplicada nas escolas. Na maioria da Região, as intervenções nas escolas devem ser preferencialmente focadas na promoção da saúde e na prevenção, em lugar de tratamentos, a não ser que entre o pessoal haja profissionais treinados em cuidados de saúde oral.

O programa de actividades essenciais de saúde oral, que deve ser levado a cabo nas escolas, é constituído pelo seguinte:

- políticas de saúde escolar integradas que incluam a saúde oral;
- instalações e ambiente favoráveis à saúde;
- promoção da saúde oral;

- escovagem diária dos dentes em grupo com pasta dentífrica fluoretada;
- actividades participativas de monitorização que incluam os pais e a comunidade.

O facto de que muitas das intervenções se sobreponham a outras actividades escolares não deve ser visto como um problema. Na realidade, as actividades de saúde oral fortalecem-se quando firmemente integradas na programação global da saúde escolar.

Assegurar que a saúde oral é integrada nas políticas de saúde escolar

Como descrito anteriormente, é necessária uma política de saúde escolar para enquadrar formalmente as intervenções nas escolas. As políticas devem ser “documentos vivos” que estão visíveis e acessíveis aos funcionários e aos pais e que devem ser revistos regularmente, a fim de se manterem actualizados. A saúde oral deve ser parte desse documento, em lugar de ter um documento próprio. No entanto, se não houver uma política de saúde escolar, uma política “isolada” de saúde oral escolar deve ser, entretanto, criada.

Para além de objectivos ou declarações de princípios, a componente de saúde oral de uma política de saúde escolar deve incluir medidas práticas para serem implementadas, bem como os outros componentes essenciais do programa descrito neste capítulo. A pasta dentífrica fluoretada económica (ver Capítulo 3) deve ter um papel de relevo entre essas medidas.

As políticas devem ser desenvolvidas com contributos de todas as partes interessadas (pais, professores, estudantes, enfermeiros escolares, profissionais de saúde oral, agentes de saúde comunitária, etc.). Além disso, a integração das intervenções de saúde oral no ambiente escolar deve ser feita da forma o mais simples possível para os professores, de forma a não os sobrecarregar nas suas tarefas diárias.

Quando possível, a escola e os serviços de saúde locais devem organizar, em conjunto, rastreios orais para os estudantes, preferencialmente na escola.

Um programa integrado de saúde escolar

A prestação de cuidados de saúde oral nas escolas é muitas vezes mais eficaz se fizer parte de um “programa”. Nas Filipinas, o Programa Multisseccional de Cuidados de Saúde Essenciais usa três intervenções simples baseadas na evidência, que podem ser concretizadas com baixo custo nas escolas primárias:

- 1) lavagem diária, supervisionada, das mãos com sabão;
- 2) escovagem diária, supervisionada, dos dentes com pasta dentífrica fluoretada;
- 3) desparasitação bianual.

Embora as três intervenções tenham sido usadas isoladamente nas Filipinas durante muitos anos, o número de crianças que delas beneficiou foi limitado e fragmentado, particularmente nas áreas remotas e rurais. A clarificação das responsabilidades de cada parceiro foi crucial, começando por um memorando nacional assinado em Maio de 2009 entre o Departamento da Educação, a Liga das Províncias das Filipinas e a ONG *Fit for School*. O Departamento de Educação tornou obrigatória a construção de instalações sanitárias para actividades em grupo em todas as escolas primárias públicas e a responsabilização de todos os professores para supervisionarem as actividades em grupos, como parte das suas responsabilidades diárias.

Actualmente, o programa abrange cerca de 3 milhões de crianças. Em mais de 20 das 42 províncias que actualmente implementam o programa EHCP – tendo o país um total de 80 províncias –, foram atribuídos orçamentos regulares que cobrem a maioria dos custos dos materiais usados.

O envolvimento da comunidade é o aspecto central do programa, dado que as organizações de pais e professores são parceiras fortes na sociedade civil nas Filipinas. Foram também recebidos contributos do sector privado e de ONGs. O programa está actualmente a ser implementado em três outros países do Sudeste Asiático.

Em 2010, um estudo revelou que os custos (incluindo os materiais e o trabalho de criação e manutenção das instalações sanitárias) foram de 0,50 dólares americanos por criança. O Departamento de Educação é o principal financiador, cobrindo 65% dos custos (maioritariamente os salários dos professores). Os governos locais contribuem com 12% e o Departamento da Saúde com 0,4% (para a aquisição dos medicamentos desparasitantes). O contributo da comunidade é de 9%. Os dadores internacionais contribuem com os restantes custos económicos.

Fonte: (54).



Crianças a lavar os dentes na escola

Ambiente e instalações favoráveis à saúde

O acesso a água potável e a instalações sanitárias são pré-requisitos para um ambiente favorável à saúde, e deve fazer parte de todas as políticas de

saúde escolar. Medidas específicas relacionadas com a saúde oral, incluem:

- As escolas devem ter instalações sanitárias suficientemente grandes para poderem acolher 15 alunos a lavarem os dentes ao mesmo tempo.

As instalações não devem ficar muito longe das salas de aula. As instalações sanitárias podem também ser usadas para a lavagem diária normal das mãos e do rosto com sabão.

- As instalações sanitárias podem ser simples e não necessitam de ter água canalizada, podendo usar outras fontes de água (por exemplo, cisternas, ou torneiras accionadas pelo pé, economizadoras de água). Podem também ser construções sólidas, de maior custo, dependendo dos materiais locais e dos recursos disponíveis.
- A construção e a manutenção das instalações sanitárias devem ser participativas e incluir os pais e os membros da comunidade.
- A limpeza e a manutenção devem ser organizadas, incluindo um orçamento para cobrir os custos de manutenção e funcionamento.

Para além das alterações físicas nas instalações, devem existir regras para reduzir a exposição a riscos comuns de saúde e DNT, a fim de tornar o ambiente escolar o mais saudável possível.

São exemplos:

- Tornar a escola uma zona sem tabaco e sem bebidas alcoólicas. Com a colaboração das autoridades governamentais locais, poderá ser possível estender esta medida para a proibição da venda de produtos relacionados perto da escola.
- Banir a venda de refrigerantes e alimentos doces nas escolas, e definir políticas que não permitam à escola e aos professores ganharem dinheiro vendendo alimentos e bebidas não saudáveis.
- Se a escola providenciar refeições, estas devem ser nutricionalmente equilibradas, segundo a orientação nutricional nacional.

Dado que muitas crianças em África compram a sua refeição principal a vendedores de rua e em lojas próximos da escola, a escola ou a autoridade de educação local devem implementar acções de divulgação para encorajar esses vendedores a não usarem quantidades desnecessárias de sal, açúcar e gordura nos seus produtos, e dar-lhes a conhecer formas saudáveis de cozinhar e os produtos saudáveis que podem vender. Em alguns países,



Lavagem supervisionada das mãos, com sabão.

as autoridades proibiram a venda de certos alimentos próximo das escolas.

Educação e promoção da saúde oral

Os programas curriculares das escolas devem incluir a educação e a promoção da saúde, adaptadas à idade, as quais devem integrar uma componente de saúde oral. No Quadro 3 é apresentada uma lista básica de mensagens de promoção da saúde que devem ser ensinadas nas escolas. Deve-se ter em mente que a educação da saúde oral pode ter um efeito positivo reduzido caso não seja acompanhada da educação baseada em competências (55), como a escovagem dos dentes em grupo.

A promoção da saúde oral requer formação e materiais de formação. Estes devem incluir:

- orientações simples e instruções de como escovar os dentes, apoiadas por imagens;
- manuais de formação, vídeos de instrução, etc., para os funcionários, sobre os diferentes aspectos da promoção da saúde oral.

É importante que os professores sejam exemplos positivos para um estilo de vida saudável. Assim, os professores devem ser encorajados a não fumarem e não consumirem bebidas alcoólicas nos locais da escola. Sempre que possível, devem também participar em actividades, como a escovagem dos dentes em grupo, e promoverem uma boa higiene pessoal. As mensagens de saúde (incluindo as de saúde oral) que integrem o programa curricular devem ser observadas e vividas, para que todos os professores sejam vistos como um bom exemplo pelos alunos e pelos pais.

Quadro 3. Mensagens de saúde oral essenciais para serem ensinadas na escola**Objectivo geral: os alunos devem ter o conhecimento adequado à idade e a motivação para:**

1. Terem uma dieta saudável e evitarem comer entre as refeições.
2. Lavarem os dentes duas vezes ao dia com pasta dentífrica fluoretada.
3. Fazerem regularmente exames orais de controlo.

Alimentação saudável**O QUE EVITAR:**

1. Comer entre as refeições comida não saudável, como por exemplo alimentos com açúcar (doces, biscoitos, bolos, etc.) e bebidas açucaradas (refrigerantes, sumos artificiais, bebidas energéticas, etc.).
2. Alimentos e bebidas que possam conter “açúcares livres” (fritos doces ou salgados, pastelaria, sumos açucarados, etc.).

O QUE COMER:

1. Uma dieta equilibrada composta por cereais, vegetais, lacticínios, fruta e proteínas. A OMS recomenda cinco porções de vegetais e fruta diariamente.
2. Comer entre as refeições alimentos saudáveis que dêem protecção contra a cárie (lacticínios, fruta).
3. De acordo com as orientações da OMS, as crianças e os adultos devem reduzir o seu consumo diário de açúcares livres para menos de 10% do seu consumo total de energia. Uma posterior redução para menos de 5%, ou aproximadamente 25 gramas (6 colheres de chá) por dia trará benefícios adicionais para a saúde (56).

FUMAR E BEBER:

1. Informar as crianças das razões por que fumar é perigoso para a sua saúde, incluindo para a sua saúde oral.
2. Esclarecer as crianças de que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode prejudicar a sua saúde e outros aspectos das suas vidas.

Limpeza dos dentes**O QUE DEVE SER USADO PARA LIMPAR OS DENTES?**

1. Escova de dentes ou “paus de mascar”.
2. Pasta dentífrica fluoretada.
3. Fita dentária ou palitos para limpar entre os dentes.

COMO DEVE SER FEITA A LIMPEZA DOS DENTES?

1. Os dentes devem ser limpos duas vezes ao dia - depois do pequeno-almoço e antes de deitar, sempre usando pasta dentífrica fluoretada.
2. Todas as superfícies, incluindo a língua, devem ser limpas.
3. A boca não deve ser enxaguada após escovada.
4. Deve ser dada atenção à escova de dentes que deve ser substituída regularmente.
5. Antes de lavar os dentes, as mãos devem ser lavadas com sabão.

Quadro 3. Mensagens de saúde oral essenciais para serem ensinadas na escola (continuação)

COMO PODEMOS PROTEGER MELHOR OS DENTES E A BOCA?

1. Usando um protector de boca para proteger os dentes quando praticamos desporto.
2. Usando um capacete que cubra a boca quando andamos de mota.
3. Usando cinto de segurança quando andamos de automóvel.

COMO PODEMOS AJUDAR OS OUTROS A TEREM UMA BOA HIGIENE ORAL?

1. Mostrar aos pais, aos irmãos e aos amigos como escovar correctamente os dentes.
2. Dizer aos membros da família o que se aprendeu na escola acerca da importância da saúde oral e como conseguiu-la.

Fazer exames orais gerais regularmente (se disponível)

1. Fazer regularmente exames orais gerais, se houver meios disponíveis, mesmo se os dentes não causarem problemas.
2. Os pais devem falar com um médico dentista ou com um profissional da unidade de saúde local sobre quais as medidas eficazes e de baixo custo para protegerem os dentes dos seus filhos.

Escovagem dos dentes em grupo

A intervenção baseada em competências mais importante para a saúde oral nas escolas é a escovagem dos dentes em grupo. A esta podem ser associadas outras actividades como lavar as mãos (uma medida eficaz para reduzir as infecções respiratórias e as diarreias) e lavar a cara. Recomenda-se que:

- Todas as crianças escovem os seus dentes com uma pasta dentífrica fluoretada todos os dias durante dois minutos, como actividade de grupo. O ideal é que isto seja feito depois do almoço ou do recreio. Se não for possível, escolher outro momento adequado.
- A boca não deve ser enxaguada depois de lavar os dentes para permitir a optimização do efeito protector da pasta dentífrica fluoretada.
- As escovas de dentes devem ser guardadas na escola, em embalagens feitas localmente que permitam que a escova seque ao ar e não toque nas outras escovas. As embalagens devem ter etiquetas com o nome da criança visível.
- A escovagem dos dentes deve ser controlada por alunos mais velhos ou pelos professores e o pessoal docente deve ter a responsabilidade

de assegurar que as escovagens têm lugar como planeado e são feitas correctamente.

- As crianças devem ser incentivadas a praticarem em casa e a motivarem os seus pais e irmãos a também escovarem os dentes.

Em apoio desta actividade, deve ser assegurado o fornecimento de escovas de dentes e pastas dentífricas fluoretadas. Dependendo das condições locais, estes consumíveis devem ser adquiridos pela escola ou pelo governo local, o que permite fazer aquisições em quantidade junto de fornecedores fiáveis. De acordo com os princípios de PDFE (ver Capítulo 3), a pasta dentífrica fluoretada deve conter pelo menos 1000 ppm de flúor para ser eficaz.

Monitorização participativa

Monitorizar as actividades de saúde escolar é essencial para a sua sustentabilidade e contínua qualidade. O processo de monitorização deve ser participativo, com a intervenção das partes interessadas, como os funcionários da escola, os pais (incluindo membros de associações de pais e de professores, se existirem a nível local), representantes do governo local e as autoridades da educação e da saúde.

O processo de monitorização deve ser feito regularmente, com formulários de monitorização simples e normalizados e orientações para cada passo do procedimento. Deve incluir a verificação da qualidade contínua e da funcionalidade das instalações existentes, a observação das actividades em grupo, a disponibilidade de consumíveis, o acesso à água, etc. Os resultados devem ser discutidos com todas as partes interessadas e as opiniões devem ser dadas sob a forma de um plano de acção, para responder aos desafios colocados.

Apoiar uma implementação eficaz

O sucesso das intervenções depende não só da sua qualidade técnica e da sua cobertura, mas também de uma boa administração e da supervisão da organização. As medidas práticas políticas e administrativas devem dar prioridade à saúde escolar e facilitar a integração da saúde oral, e incluem as seguintes medidas:

Criar uma comissão de saúde escolar ou um grupo de trabalho técnico a diferentes níveis da governação (nacional, provincial/distrital, local). Onde não exista ainda uma estrutura apropriada, uma comissão intersectorial ou um grupo de trabalho técnico que integre as principais entidades interessadas deve ficar com a tarefa de desenvolver e coordenar os programas de saúde oral nas escolas, definir os papéis e as responsabilidades dos parceiros e supervisionar a monitorização. A advocacia pode ser uma das actividades centrais dessa comissão ou grupo de trabalho (ver mais à frente). Esta comissão ou grupo deve, também, encorajar a escola e a unidade local de saúde a, em conjunto, organizarem exames de saúde gerais regulares aos estudantes.

Atribuir papéis e responsabilidades aos diferentes agentes. O envolvimento do pessoal docente na supervisão quotidiana das actividades de saúde, tais como a escovagem dos dentes em grupo, deverá ser especificado nas descrições do trabalho e nos sistemas de classificação do desempenho ou de incentivos. Isto ajuda à



Crédito: Benoit Varenne

Escovar os dentes com uma pasta dentífrica fluoretada é essencial

motivação dos professores e apoia a sustentabilidade. Onde ainda não haja instalações adequadas, poderá ser possível pedir os pais e outros membros da comunidade que ajudem a construir umas instalações sanitárias básicas, ou que contribuam com dinheiro para a sua construção. Quem também pode ter um papel muito útil são as ONG especializadas, se puderem contribuir disponibilizando especialistas localmente inexistentes ou responsabilizando-se por tarefas que ninguém mais tem conhecimentos ou tempo para fazer.

Consagrar acordos por escrito. Memorandos de entendimentos ou outros acordos formais ajudam a clarificar e a estabelecer papéis e responsabilidades entre os departamentos do governo local e a escola, etc.; por exemplo, no que concerne às aquisições e a distribuição dos materiais.

Incluir a saúde oral na formação inicial e na formação interna dos professores. Familiarizar professores com os conceitos da saúde oral na sua formação inicial básica e na formação contínua contribui para a sua capacitação e motivação na implementação dos programas de saúde oral.

Promoção da saúde oral na escola

Embora muitos pais, líderes da comunidade e funcionários governamentais concordem, se interrogados, que a disponibilização de actividades de saúde oral nas escolas é “uma coisa

boa”, pode ser necessária uma advocacia contínua para se conseguir chegar à acção. Essa advocacia pode ser feita de múltiplas formas, desde reuniões públicas à “pressão” activa junto dos governos. As mensagens de advocacia têm de ser positivas, claras e baseadas em evidências, como se demonstra no Quadro 4 (ver também a discussão sobre mensagens de promoção da saúde oral no Capítulo 6).

Quadro 4. Mensagens de advocacia da saúde oral nas escolas

Proteger os sorrisos das nossas crianças!

A criação de programas de saúde oral nas escolas é uma das intervenções de saúde pública mais rentáveis do mundo. Alargar algumas actividades simples e de baixo custo a todas as crianças nas escolas da área pode ter imensos benefícios, não apenas para elas, mas para todos nós.

A cárie dentária tem consequências graves na educação. A cárie dentária (cavidades nos dentes) é a doença mais frequente da infância. A cárie não tratada leva à infecção, tumefacção, dor, dificuldade em comer, dormir, etc. A dor de dentes é uma causa comum do absentismo escolar.

Os hábitos saudáveis ficam para a vida. Os programas de saúde oral nas escolas chegam às crianças numa idade em que elas são vulneráveis a doenças, mas também receptivas a adquirirem hábitos saudáveis e de prevenção, tais como escovar os dentes diariamente. Dado que elas passam muito do seu tempo na escola, é importante que ganhem competências necessárias para um comportamento saudável que dure ao longo da vida.

Reduzir factores de risco para a saúde oral também previne outras doenças crónicas. Abordar os factores de risco das doenças orais com as crianças nas escolas, tais como alimentos e bebidas com muito açúcar e consumo futuro de tabaco e bebidas alcoólicas, contribui para reduzir doenças frequentes como a obesidade, a diabetes e o cancro.

Os pais e a comunidade também beneficiam. A comunidade e os pais devem ter um papel activo num programa de saúde oral nas escolas. Os pais e outros membros da família ganham por aprenderem como melhorar a sua saúde oral, directamente pelos seus filhos.

Os programas de saúde oral nas escolas ajudam a melhorar a infra-estrutura da escola. O acesso a água potável, o saneamento e as instalações sanitárias para grupos são essenciais para a escovagem dos dentes em grupo. Ao se disponibilizarem essas infra-estruturas básicas, melhora-se o ambiente escolar, o que contribui para o objectivo primordial de uma educação de qualidade para as crianças.





Capítulo 6

Promoção da saúde oral e prevenção das doenças na comunidade

Este capítulo tem como objectivo ajudar a capacitar as comunidades para gerirem a sua própria saúde oral, particularmente através de parcerias multisectoriais. Um programa de actividades nas comunidades inclui:

- Parcerias locais com as autoridades governamentais e com outros sectores ou disciplinas (incluindo os profissionais de saúde oral);
- Promoção da saúde oral na comunidade;
- Formação em saúde oral para todos os profissionais de saúde que recebem doentes na comunidade;
- Conhecer o noma é um problema prioritário de promoção da saúde.

O público visado são as autoridades governamentais locais e distritais, os representantes da saúde e da educação e os membros da comunidade interessados em acções de prevenção da doença e promoção da saúde oral, nas suas áreas de responsabilidade.



As comunidades são grupos de pessoas que partilham interesses, problemas ou identidades comuns. No contexto dos CSP na Região Africana, e deste manual, a palavra comunidade refere-se geralmente a pessoas dentro de uma mesma área geográfica, como uma aldeia, um município ou um distrito. A capacitação de uma comunidade refere-se ao processo de permitir que as pessoas aumentem o controlo sobre as decisões e os factores que condicionam a sua saúde nos locais onde vivem, trabalham e convivem.

Programa de intervenções essenciais de saúde oral na comunidade

A promoção da saúde é uma parte importante da abordagem dos CSP, descrita no Capítulo 2, e é um dos pilares da acção contra as DNT. Embora o termo promoção da saúde seja muitas vezes considerado como uma via única de comunicação da informação em saúde (ou seja, de cima para baixo, dos especialistas ou autoridades da saúde para os beneficiários), é muito mais do que isto: de facto, é sobre dar capacidade às pessoas para aumentarem o seu controlo sobre, e para melhorarem, a sua saúde (57). O seu foco vai para além do comportamento individual, estende-se para incluir uma vasta gama de intervenções sociais e ambientais. As comunidades são então capacitadas para tratarem dos seus próprios problemas, segundo as suas próprias preferências e prioridades.

- Recorrendo à abordagem do programa básico de saúde, este capítulo recomenda as seguintes actividades como esforços realizáveis e valiosos para aumentar o controlo das comunidades sobre a sua saúde oral:
- parcerias locais com autoridades do governo e com outros sectores e disciplinas (incluindo os profissionais de saúde oral);
- promoção da saúde oral na comunidade e de outras actividades de literacia em saúde;

- sensibilização para o noma;
- formação em saúde oral para todos os agentes de saúde que atendem doentes e trabalham na comunidade;
- recolha de dados para monitorização e avaliação.

Parcerias locais: interligando sectores e disciplinas

A saúde dos indivíduos e das comunidades não é apenas determinada pelas actividades do sector da saúde, mas por uma série de factores económicos e sociais que vão além do mandato do sector da saúde. Consequentemente, este necessita de trabalhar em proximidade e com criatividade com outros sectores e melhorar a consciência dos benefícios que podem ser conseguidos através de parcerias.

Liderança do sector da saúde

Parceria não significa que todos tenham de contribuir ao mesmo nível: diferentes sectores e indivíduos têm forças e vantagens diferentes. O papel primordial do sector da saúde será o de ter a liderança na mobilização da comunidade para acções para a saúde geral e a saúde oral. Este sector tem a autoridade formal, motivação, conhecimento e capacidade de organização para assumir a liderança na mobilização da acção da comunidade para a saúde geral e para a saúde oral.

Esta liderança pode ser baseada numa instituição em particular, como o departamento distrital de saúde, uma unidade de CSP, um hospital, uma clínica dentária ou uma ONG. A parceria será ainda mais proveitosa se esta instituição tomar a responsabilidade de funções administrativas, tais como organizar reuniões e circular a informação. Quando possível, estas funções não devem ser simplesmente acrescidas a uma já pesada lista de responsabilidades, mas reconhecidas como uma actividade separada, com o seu próprio orçamento e os seus próprios objectivos.

Em lugares onde os profissionais de saúde oral têm consultórios ou clínicas, mas não estejam actualmente envolvidos na promoção da saúde, deve ser uma prioridade conseguir a sua cooperação na promoção e formação da saúde.

Em alguns casos, um único indivíduo com um interesse particular num problema de saúde específico – normalmente um profissional de saúde, como um médico, um médico dentista, um terapeuta ou um enfermeiro, e por vezes mesmo um antigo doente ou um familiar preocupado, torna-se na força motora para a criação de uma parceria local em saúde oral. Isto pode ser exactamente o que uma parceria local em saúde oral precisa para “arrancar”. Um líder reconhecido chama a atenção para uma parceria, nos seus passos iniciais, e pode mobilizá-la com a sua paixão, rede de contactos e vontade de participar no difícil trabalho de motivar os outros e de organizar actividades. No entanto, é preciso assinalar que a dependência de uma só pessoa tem os seus perigos, incluindo a possibilidade de a parceria se tornar um “espectáculo pessoal” e poder acabar se a pessoa adoecer ou partir.

As parcerias devem ter isto em conta ao organizarem-se e os seus participantes devem usar algum do seu tempo a pensar sobre como distribuir as responsabilidades de liderança através de mecanismos como uma rotação da presidência.

Quem deve aderir a uma parceria em saúde oral?

As parcerias podem beneficiar de uma grande diversidade de participantes. Quando se consideram quais os agentes fora do sector da saúde que devem ser convidados a juntar-se a uma parceria, é geralmente útil considerar sectores que tenham uma influência na saúde, tais como a educação, a agricultura, o ambiente, a habitação e o transporte. É também útil considerar quem tem influência na comunidade, incluindo os líderes religiosos, empresários importantes, responsáveis de governos locais e representantes da sociedade civil (incluindo organizações activistas comunitárias, culturais, de caridade ou desportivas).

Visto que nos planos desses potenciais parceiros a saúde oral deve estar longe de ser uma

prioridade, quando estes são contactados devem ser usadas mensagens de promoção da saúde oral básica. Os potenciais parceiros devem também ser orientados sobre como as actividades de saúde oral podem contribuir para atingirem os seus próprios interesses, e ao mesmo tempo melhorar a saúde em geral.

Exemplos da colaboração intersectorial podem incluir trabalhar com:

- líderes locais e religiosos para conseguir o seu apoio para efectuar campanhas de promoção da saúde oral, ou permitir actividade de Informação, Educação e Comunicação (IEC) nos seus edifícios;
- trabalhadores do sector privado para financiarem actividades de promoção de saúde oral ou permitirem rastreios de saúde oral nas suas instalações;
- polícia e autoridades de segurança pública para fazerem cumprir o uso de cinto de segurança e resolverem as condições dos “pontos quentes” em que há acidentes de viação;
- autoridades reguladoras governamentais locais, fornecedores e comerciantes para garantirem que as pastas dentífricas falsificadas (ou seja, que afirmam falsamente conter flúor ou não o contêm na concentração recomendada) não são vendidas no comércio local;
- departamentos do governo local responsáveis pelos serviços de água e saneamento para assegurar que as escolas têm água suficiente para possibilitar as actividades de escovagem dos dentes em grupo e a lavagem das mãos.

A partilha de recursos e outros tipos de colaboração também devem ser explorados. Isto não se limita aos recursos financeiros, mas inclui também a partilha de forças de trabalho, equipamentos, competências em relações públicas e logística, como transporte. Em áreas onde há ONG a desenvolver trabalho comunitário, estas podem querer colaborar com a promoção da saúde oral e prestação de serviços.

Promoção da saúde oral

A comunicação tem um papel vital na capacitação da comunidade (58) e, logo, na promoção da saúde. Um dos objectivos chave da promoção da saúde é aumentar a “literacia em saúde”. Este tipo de literacia é muito mais do que saber ler panfletos e tirar notas. Na verdade, trata-se de adquirir conhecimentos, competências e atitudes necessárias para aceder, compreender e usar a informação, a fim de se manter saudável. Isto está perfeitamente de acordo com as recomendações da OMS para as DNT e com as actividades do Escritório Regional da OMS para a África para melhorar a saúde oral na Região Africana.

Acções na comunidade podem melhorar a saúde oral para todos

Uma vez compreendida a situação da saúde oral e as possibilidades de agir, as pessoas devem ser encorajadas a pensar nas medidas que podem tomar e como envolverem-se nas decisões que afectam a saúde da sua comunidade. Embora as comunidades sejam diferentes entre si, devem trabalhar para os seguintes objectivos comuns:

- assegurar que o PBCSO está disponível na unidade de saúde local;
- estabelecer educação e acções sobre a saúde oral, particularmente a escovagem dos dentes em grupo, nas escolas locais;
- definir regulamentação local para reduzir a venda local de bebidas alcoólicas e de tabaco e evitar que menores de idade adquiram estes produtos;
- trabalhar com o governo local e com a polícia na redução dos traumatismos resultantes dos acidentes de viação (por exemplo, aumentar o uso de cinto de segurança, incentivar o uso de capacetes pelos motociclistas e seus passageiros, melhorar as condições das estradas nos locais de maior sinistralidade, aplicar multas e penalizações aos condutores alcoolizados, etc.).

Mensagens principais

É importante concentrar a comunicação para a promoção da saúde num reduzido número de conceitos fortes. Um bom conhecimento de como as doenças e situações clínicas orais ocorrem e como podem ser prevenidas e tratadas pode ajudar os membros da comunidade a decidirem quais as prioridades locais e, consequentemente, as necessidades de informação e educação, que poderão ajudar as pessoas a adquirirem competências e fazerem escolhas mais saudáveis. A promoção da saúde oral a nível da comunidade deve enfatizar as mensagens seguintes, que evoluem logicamente da informação para a acção:

As doenças e situações clínicas orais são muito frequentes. As principais doenças e situações clínicas e os seus sintomas característicos devem ser conhecidas o mais amplamente possível, como foi discutido no Capítulo 1. Esta mensagem deve ser suportada por dados locais, se disponíveis, ou, caso contrário, por dados nacionais. Os factores de risco para uma má saúde oral devem ser compreendidos por todos, incluindo as suas ligações às DNT, como foi discutido no Capítulo 2. Deve ser feito um esforço particular para aumentar o conhecimento local sobre os sintomas e as consequências do noma (ver abaixo).

As doenças e situações clínicas orais podem ser prevenidas desde a infância. As comunicações acerca da prevenção devem sempre incluir a discussão das medidas de prevenção que podem ser tomadas ao nível da comunidade, designadamente através da disponibilidade do PBCSO nas unidades de saúde locais, da promoção das PDFE, das actividades de saúde oral nas escolas locais e das parcerias locais (ver abaixo).

A prevenção das doenças orais começa em casa. A informação básica para os indivíduos e para as famílias acerca da higiene oral e da escovagem dos dentes com pasta dentífrica fluoretada deve ter a mais vasta divulgação possível, com esforços particulares para alcançar públicos remotos, com pouca educação e com maior propensão para serem vulneráveis. Estas informações podem ser dadas isoladamente, ou associadas a outras mensagens de promoção da saúde básica, salientando-se a alimentação saudável e comportamentos favoráveis à saúde.

Grande parte dos tratamentos pode, e deve ser feito localmente. Tendo sido familiarizados com os sintomas e as causas das doenças e situações clínicas orais, os membros da comunidade devem ser encorajados a ir ao centro de saúde local ou procurar ajuda junto de profissionais de saúde qualificados quando os sintomas aparecem. Os membros da comunidade devem estar preparados para exigir que certos componentes do PBCSO estejam disponíveis nas suas unidades de saúde locais (idealmente, estes devem ser integrados no já existente programa essencial de saúde) e que os sistemas de encaminhamento das situações mais complicadas estejam funcionais para possibilitar o tratamento, fora da comunidade.

Como transmitir estas mensagens

As mensagens sobre saúde oral podem e devem ser divulgadas de múltiplas formas, usando uma grande variedade de acções de IEC. Cada uma destas acções deve ser cuidadosamente considerada quanto ao conteúdo da mensagem a divulgar e ao público a atingir:

- Nas reuniões de informação pública, em ocasiões especiais como o dia da saúde oral e nas apresentações em mercados e outros acontecimentos sociais pode-se chegar a pessoas que não sabem ler ou que raramente se deslocam a áreas mais povoadas. Encenações e peças educacionais podem ser apresentadas em reuniões públicas ("barazas" locais).

- Meios impressos tradicionais, como cartazes e pósteres colocados em locais públicos podem ser materiais de apoio eficazes em ocasiões específicas, como reuniões ou campanhas na comunidade, como os dias da saúde oral. Folhetos informativos disponíveis nas unidades de saúde podem ajudar a reforçar as mensagens já dadas pelos profissionais de saúde.
- Meios de comunicação social como os jornais, a televisão e as rádios das comunidades locais podem significar oportunidades de divulgação, quer através de anúncios, quer através de estratégias de comunicação, como comunicados de imprensa, disponibilização de artigos para publicação e adquirir contactos com jornalistas individuais.
- Também têm sido usados vídeos e informação *online* com sucesso (59). As redes sociais têm sido usadas com êxito noutras actividades de promoção da saúde (por exemplo, no controlo do consumo de tabaco), em diversos países, e serão cada vez mais importantes, à medida que mais pessoas têm acesso à Internet, inclusive através dos telemóveis.
- Em alguns locais de trabalho, particularmente aqueles com muitos empregados do sector público e privado, são formalmente disponibilizadas oportunidades para a promoção da saúde e há a possibilidade de os profissionais de saúde darem palestras sobre saúde no local de trabalho. Como foi descrito no capítulo anterior, as escolas constituem provavelmente os melhores locais para se fazer a promoção da saúde, atingindo não apenas as crianças, mas também, indirectamente, as suas famílias.



Uma farmácia comunitária

Formação sobre o PBCSO para todos os profissionais de saúde e agentes de saúde comunitária

Uma importante função das parcerias locais é promover ou facilitar a formação sobre o PBCSO para todos os funcionários de saúde de primeira linha, ou seja, os funcionários de saúde com que os doentes contactam quando procuram ajuda do sistema de cuidados de saúde pela primeira vez. Os agentes de saúde de primeira linha são geralmente médicos ou enfermeiros que trabalham em unidades de saúde, mas podem ser também agentes de saúde comunitária.

Os agentes de saúde comunitária já estão formados para prestar uma grande variedade de serviços (vacinação infantil, planeamento familiar, promoção da saúde, etc.) e para tratar situações ou lesões pouco graves. Assim, têm a educação de base e as competências clínicas necessárias para aprender e promover o PBCSO (44). Frequentemente, têm um conhecimento aprofundado da comunidade, o que lhes permite obter apoio das famílias, amigos e organizações, e oferecer cuidados continuados.

Competências e serviços essenciais

É importante que as comunidades conheçam os tipos de competências e serviços que podem ser providenciados, mesmo em áreas relativamente isoladas e empobrecidas, com o PBCSO. Isto encorajará a promoção e procura local, começando os membros da comunidade a pedir um serviço, em lugar de passivamente aceitarem apenas o que lhes é dado.

O Quadro 5 descreve o conjunto básico de competências e conhecimentos sobre saúde oral que os profissionais de saúde das unidades de

CSP devem ter. Estes devem não só permitir-lhes aconselhar e tratar os doentes que procuram ajuda pela primeira vez para doenças e situações clínicas orais (ver Capítulo 4), mas também fazer trabalho de divulgação nas escolas e dirigir sessões de promoção da saúde em locais onde os membros da comunidade se reúnem. Tais lugares podem incluir salas de reunião, escolas, edifícios religiosos, locais de trabalho e quaisquer outros lugares adequados para actividades de IEC focadas em alterar comportamentos para conseguir uma boa higiene oral, uma alimentação nutricionalmente equilibrada e hábitos saudáveis.

Quadro 5. O que devem saber fazer os agentes de saúde de primeira linha?

Promover a saúde oral e prevenir doenças orais:

- ☒ fazer exames orais e dentários de rotina durante as consultas no centro de saúde;
- ☒ fazer exames orais e dentários de rotina durante as visitas às escolas;
- ☒ incentivar cuidados regulares de higiene geral e oral;
- ☒ promover uma alimentação saudável e um estilo de vida activo;
- ☒ fazer sessões de IEC acerca da escovagem dos dentes com pasta dentífrica fluoretada;
- ☒ fazer sessões de IEC sobre os efeitos nocivos do tabaco e das bebidas alcoólicas;
- ☒ divulgar conhecimentos acerca do noma (em ambientes de risco), os seus sintomas iniciais e a mensagem “não adie!”.

Tratar as doenças orais comuns:

- ☒ tratar as urgências dentárias, incluindo o tratamento da dor e das infecções orais;
- ☒ tratar a doença periodontal;
- ☒ reconhecer e estabilizar problemas simples (fazer os procedimentos e a prescrição) e encaminhar casos específicos;
- ☒ controlar as infecções cruzadas pela implementação eficaz das recomendações de higiene e medidas de desinfecção;
- ☒ saber como reconhecer os casos que necessitam de encaminhamento para um nível superior e ter as ligações e os meios para o fazer.

Sensibilização para o noma: um problema prioritário de saúde

Como foi descrito no Capítulo 1, a prevalência do noma separa a Região Africana do resto do mundo. Conhecido como “a face da pobreza”, o noma é causado por uma combinação de factores que incluem a falta de higiene, particularmente da higiene oral, a malnutrição e várias doenças infecciosas, todas elas enfraquecendo as defesas imunitárias. A situação torna-se mais complexa em condições de vida precárias, características das comunidades muito pobres, em particular as que têm um acesso limitado a cuidados de saúde, falta de informação e conhecimentos e uma saúde materna geralmente má.

A fim de controlar o noma nas regiões com maior probabilidade de a população ser afectada, é necessário desenvolver esforços particulares para sensibilizar as comunidades para o que é o noma e o que se pode fazer. Lutar contra a discriminação é crucial. As mensagens chave para dar a conhecer o noma à comunidade, que devem integrar campanhas de promoção da saúde, são:

- a natureza do noma e as condições nas quais é mais frequente;
- o noma é evitável, pode ser prevenido e tratado, e não se transmite de uma pessoa para outra;

- como identificar os seus sintomas nas fases iniciais;
- “não adie!”, leve a criança com estes sintomas imediatamente a uma unidade de saúde;
- como reduzir o risco do noma (por exemplo, uma alimentação saudável, aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, vacinação contra doenças transmissíveis, boas práticas de higiene oral, afastar o gado das habitações das pessoas).

A prevenção e a detecção precoce do noma também exigem que os líderes da comunidade e as autoridades locais governamentais e da saúde compreendam a doença e tomem medidas concretas para a controlar.

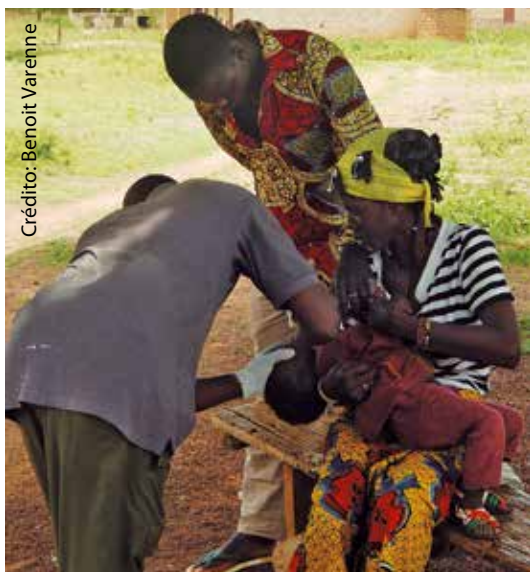
Segundo as recomendações do programa regional da OMS para o controlo do noma, as seguintes acções devem ser discutidas e adoptadas no planeamento local de cuidados de saúde:

1. Formar os agentes de saúde. Deve ser dada formação para a prevenção e o tratamento do noma aos agentes de saúde comunitária e aos profissionais dos centros de saúde. Deve-se incidir particularmente nos agentes a trabalhar em áreas remotas, nas quais existe uma maior possibilidade de ocorrerem casos de noma. Os cursos devem também estar disponíveis para aqueles que no sector público e na sociedade civil (por exemplo, em grupos, associações e ONG) estão de alguma forma activos na saúde da comunidade. Finalmente, o controlo do noma deve ser integrado na formação formal dos profissionais de saúde de todo o tipo (formação de base ou formação contínua): médicos, médicos dentistas, cirurgiões, enfermeiros, parteiras, etc.

2. Detecção precoce de casos e primeiros socorros. As acções devem incluir rastreios, inspecção sistemática da boca e tratamento de feridas na boca, quer na população em geral, quer particularmente nos grupos mais vulneráveis, como as crianças entre os 2 e os 6 anos de idade. Os rastreios podem ser feitos pelos agentes de saúde comunitária e pelos profissionais dos centros de saúde, embora possam também ser organizados por voluntários da comunidade.



Profissionais de saúde rurais formados



Crédito: Benoit Varenne

Um agente de saúde comunitária a fazer uma inspecção à boca

3. Mobilização social para lutar contra a discriminação e aumentar a consciencialização.

O sucesso no controlo do noma na Região apenas será conseguido quando as comunidades e os indivíduos se tornarem partes interessadas na luta contra a doença e contra as condições em que ela se desenvolve. Actividades para informar e mobilizar as populações incluem a organização de campanhas locais, regionais e nacionais através de meios de comunicação (teatros educativos, rádios locais, imprensa, televisão, cinema ambulante, etc.), e nas ocasiões especiais. Estas actividades podem ser levadas a cabo por várias entidades interessadas na saúde, como ONG, departamentos de saúde de universidades e outras organizações com experiência que trabalhem com as autoridades da saúde em muitos níveis.

5850 7800 964 7351
 1135 7949 6066 100
 51 86 90 100
 6000 8000 1109 6066
 20 77 93 90
 5684 7625 920 7603
 6130 5984 1176 4140

REMARK

AS * 2005

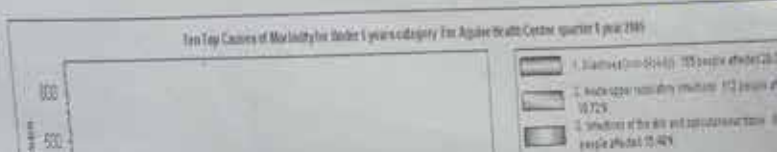
17/11/54 A-URTI
 48/12/72 DYSPEPSIA
 1/14/15 DISEASE OF PARASITE
 82/3/18 SKIN INFECTION
 1/6/18 MIS DYSEASE
 5/6/17 TROUMA
 28/4/20 DISEAS OF THE EYE
 13/9/20 UTI
 2/21/46 DENTAL AND GUM DISEASE
 9/3/17 DIARRHEA

TEN TOP DISEASES

1st QUARTER		2nd Quarter	
MORBIDITY	NO. OF Cases	MORBIDITY	NO. OF Cases
URTI	311	URTI	28
SKIN INFECTION	169	TRAUMA	16
TRAUMA	155	SKIN INFECTION	11
MALARIA	93	DISEASES OF MUSKULO SK. SYSTEM	7
DYSPEPSIA	86	DYSPEPSIA	7
PARASITIC DISEASE	55	PARASITIC DISEASES	62
MUSKULO SKELETAL DISEASES	53	MALARIA	58
	51	UTI	46
DENTAL CARIES	35	EYE DISEASE	34
DISEASES	10	DENTAL CARIES	31

2005

Crédito: OMS/Julie Pudlowski



1. put **A** when the given range of time on the due date.
2. put **✓** when the mo report is incomplete

3 rd QUARTER			4 th QUARTER
MORBIDITY	NO OF cases	MORBIDITY	
URTI	423	URTI	
DYSPEPSIA	126	DYSPEPSIA	
TRAUMA	161	PARASITIC DISEASES	
SKIN INFECTION	102	SKIN INFECTION	
PARASITIC DISEASES	90	TRAUMA	
DISEASE OF MUSKULO SKEL ETAL	35	MUSKULO SKEL ETAL DISEASE	
UTI	51	EYE DISEASES	
MALARIA	43	UTI	
DENTAL CARIES	31	DENTAL CARIES	
EYE DISEASES	27	DIARRHOEA	

Capítulo

7

Monitorização e Avaliação

Este capítulo descreve:

- A importância de monitorizar e avaliar os programas de saúde oral;
- As orientações gerais para a vigilância nacional do estado da saúde oral;
- Actividades de vigilância que podem ser executadas como o apoio a iniciativas locais para a saúde oral;

O seu público principal são os responsáveis do sistema de saúde a nível local, distrital e nacional, assim como os directores e profissionais clínicos superiores das unidades de CSP.



Os responsáveis por programas e serviços de saúde oral necessitam de informação de boa qualidade, a fim de poderem fazer planos, registar progressos e, eventualmente, medir o impacto dos programas. A monitorização e avaliação (M&A) devem ser uma parte desses esforços, baseados em sistemas de vigilância consistentes.

Como referido no Capítulo 2 (ver Quadro 1), os indicadores essenciais de saúde oral devem ser integrados nos sistemas existentes de vigilância em saúde, incluindo informação sobre o noma. Este deve ser um objectivo chave dos directores de departamentos de saúde oral (ou seus equivalentes), se a integração ainda não tiver sido aplicada, e estes também devem assegurar-se de que qualquer sistema de vigilância da saúde oral proposto seja perfeitamente coerente com os planos de M&A do sistema nacional de saúde.

Para além de ter a responsabilidade da qualidade dos dados recolhidos, o director do departamento de saúde oral deve-se assegurar de que são criados um plano de M&A ou uma estrutura para a saúde oral, para definir os principais componentes que têm de existir, assim como o calendário das actividades de M&A e a consequente apresentação dos resultados.

Vigilância da saúde oral a nível nacional

A vigilância envolve a recolha, análise e interpretação contínuas de dados sobre a saúde da população e a comunicação atempada desses dados aos utilizadores. A vigilância do estado da saúde oral exige esforços consistentes durante um longo período. Também exige métodos normalizados de recolha, tratamento e apresentação dos dados específicos do país.

Informação detalhada sobre a recolha e a análise de dados de saúde oral pode ser encontrada na publicação *Standardization of oral health information in the African Region* (Normalização da informação sobre saúde oral na Região Africana) (60), a qual disponibiliza uma lista com os indicadores essenciais de saúde oral recomendados para a Região Africana (ver Anexo 4). Outro instrumento útil é o método de abordagem à vigilância passo a passo “STEP” da OMS, um método padronizado para a recolha, análise e disseminação de dados, que permite não só monitorizar as evoluções dentro do país, mas também fazer comparações

entre países (61). Foi criado um módulo específico de saúde oral, com duas páginas, com perguntas sobre saúde oral e áreas relacionadas (ver Anexo 5).

Vigilância de objectivos a nível local

Visto que podem não estar disponíveis dados fiáveis sobre a saúde oral de fontes nacionais, podem ser utilizados inquéritos locais rápidos e de pequena

escala sobre problemas de saúde oral, para orientar o planeamento ao nível das comunidades ou das aldeias. As parcerias locais sobre a saúde oral (ver Capítulo 6) ou com as autoridades de saúde podem ser capazes de pedir ajuda a especialistas do governo, faculdades de saúde pública, medicina ou medicina dentária nas universidades ou ONG especializadas.

O quadro seguinte apresenta um conjunto básico de indicadores para a vigilância da saúde oral a nível local, com referência ao início e aos objectivos a serem atingidos num período de tempo específico.

Quadro 6. Indicadores de vigilância para actividades de saúde oral a nível local

Indicador	Início (ano)	Objectivo %	Atingido (ano)
% de crianças com menos de 18 anos sem cáries			
% de crianças com menos de 18 anos com má higiene oral e estado periodontal			
% de crianças com menos de 18 anos que escovam os dentes com pasta dentífrica fluoretada duas vezes ao dia			
% de crianças que referem comer doces ou refrigerantes diariamente			
% de crianças com menos de 18 anos que têm acesso e usam dispositivos protectores na prática de desporto			
% de crianças com menos de 18 anos que foram afectadas por lesões traumáticas na face, nos maxilares ou nos dentes			
% da população capaz de identificar comportamentos prejudiciais que possam levar a lesões da face, dos maxilares ou dos dentes (acidente de viação, violência interpessoal, etc.).			
% de escolas com espaços de recreio seguros			
% da população capaz de indicar o nome de factores de risco modificáveis frequentes relacionados com as DNT, incluindo doenças orais (consumo de tabaco, alimentação pouco saudável e consumo excessivo de bebidas alcoólicas)			
% de adultos capaz de indicar o nome de quatro sinais precoces de noma (febre, mau hálito, hemorragia gengival e possível edema da face) e de saber onde levar uma criança com suspeita de noma			

Quadro 6. Indicadores de vigilância para actividades de saúde oral a nível local (continuação)

Indicador	Início (ano)	Objectivo %	Atingido (ano)
% da população que afirmou ter necessidade de cuidados de saúde oral e tem acesso aos serviços de cuidados primários de saúde oral			
% de unidades de cuidados de saúde primários com capacidade de prestar tratamento oral urgente em segurança			
% de unidades de cuidados de saúde primários que recolhe e apresenta dados sobre as doenças orais, como parte de um Sistema de Gestão da Informação Sanitária			

Referências

1. Oral health [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/topics/oral_health/en/, accessed 2 December 2015).
2. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990–2010. A systematic analysis. *J Dent Res*. 2013;92(7):592–7.
3. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1, accessed 2 December 2015).
4. Assembleia Geral da ONU. Reunião de Alto Nível sobre as Doenças Não Transmissíveis. United Nations; 2011 (<http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/ncdiseases.shtml>, acessado a 2 de Dezembro de 2015).
5. What is the burden of oral disease? [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/oral_health/disease_burden/global/en/, accessed 2 December 2015).
6. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, accessed 2 December 2015).
7. Thorpe S. Oral health issues in the African Region: Current situation and future perspectives. *J Dent Educ*. 2006 Jan 11;70(11 suppl):8–15.
8. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000 Dec;28(6):399–406.
9. Barbieri P, Focardi M, Pradella F, Garatti S. Infant oral mutilation (IOM). *Journal of forensic odonto-stomatology*. 2013;31(Suppl 1):156.
10. Barbieri P, Focardi M. Dental ritual mutilations. *Journal of forensic odonto-stomatology*. 2013;31 (Suppl 1):161.
11. Edwards PC, Levering N, Wetzel E, Saini T. Extirpation of the primary canine tooth follicles: a form of infant oral mutilation. *JADA*. 2008 Jan 4;139(4):442–50.
12. Bissessur S, Naidoo S. Areca nut and tobacco chewing habits in Durban, KwaZulu Natal. *SADJ*. 2009 Nov;64(10):460–3.
13. Al-Kholani AI. Influence of Khat chewing on periodontal tissues and oral hygiene status among Yemenis. *Dent Res J (Isfahan)*. 2010;7(1):1–6.
14. Avon SL. Oral mucosal lesions associated with use of quid. *J Can Dent Assoc*. 2004 Apr;70(4):244–8.
15. Adoga AA, Nimkur TL. The traditionally amputated uvula amongst Nigerians: Still an ongoing practice. *ISRN Otolaryngology*. 2011; 2011: 704924.
16. Sukkarwalla A, Ali SM, Lundberg P, Tanwir F. Efficacy of miswak on oral pathogens. *Dent Res J (Isfahan)*. 2013;10(3):314–20.
17. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ*. 2005 Sep;83(9):661–9.
18. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. Geneva: World Health Organization;

- 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77751/1/9789241548281_Vol1_eng.pdf?ua=1 (Volume 1), http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77751/3/9789241548290_Vol2_eng.pdf?ua=1 (Volume 2), accessed 14 December 2015).
19. The Challenge of oral disease – A call for global action. The oral health atlas. 2nd ed. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015 (www.fdiworldental.org/media/77552/complete_oral_health_atlas.pdf, accessed 2 December 2015).
 20. Petersen PE, Baez RJ. Oral health surveys: basic methods (fifth edition). Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.icd.org/content/publications/WHO-Oral-Health-Surveys-Basic-Methods-5th-Edition-2013.pdf>, accessed 2 December 2015).
 21. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Holmgren C, van Palenstein Helderman W. PUFA – An index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(1):77–82.
 22. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of the expert consultation, Geneva, Switzerland, 28–30 March 2001. Geneva: World Health Organization; 2002 (WHO/NHD/01.09; WHO/ FCH/CAH/01.24; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf?ua=1, accessed 2 December 2015).
 23. Holmgren CJ, Roux D, Doméjean S. Minimal intervention dentistry: part 5. Atraumatic restorative treatment (ART) – a minimum intervention and minimally invasive approach for the management of dental caries. *Br Dent J.* 2013 Jan;214(1):11–8.
 24. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global burden of severe periodontitis in 1990–2010: A systematic review and meta-regression. *J Dent Res.* 2014 Nov;93(11):1045–53.
 25. Lula EC, Ribeiro CC, Hugo FN, Alves CM, Silva AA. Added sugars and periodontal disease in young adults: an analysis of NHANES III data. *Am J Clin Nutr.* 2014 Oct;100(4):1182–7.
 26. Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. In: Population fact sheets [website]. Lyon: International Agency for Cancer Research (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx, accessed 2 December 2015).
 27. Enwonwu CO. Noma — The ulcer of extreme poverty. *N Engl J Med.* 2006;354(3):221–4.
 28. Dickson M. Where there is no dentist. 1st edition, 13th updated printing. 2010 edition. Palo Alto (CA): Hesperian Foundation; 2012.
 29. Saúde oral e dentária [website]. Brazzaville: Escritório Regional da OMS para a África; 2014 (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/non-communicable-diseases-managementndm/programme-components/oral-health.html>, accessed 2 de Dezembro de 2015).
 30. Baratti-Mayer D, Gayet-Ageron A, Hugonnet S, François P, Pittet-Cuenod B, Huyghe A, et al., for the Geneva Study Group on Noma (GESNOMA). Risk factors for noma disease: a 6-year, prospective, matched case-control study in Niger. *Lancet Glob Health.* 2013 Aug;1(2):e87–e96 (http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/actualites/2013_tlgh_noma_july_2013.pdf, accessed 14 December 2015).
 31. Yengopal V, Naidoo S. Do oral lesions associated with HIV affect quality of life? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008 Jul;106(1):66–73.
 32. Coogan MM, Greenspan J, Challacombe SJ. Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus. *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83(9):700–6.

33. Glendor U, Andersson L. Public health aspects of oral diseases and disorders: Dental trauma. In: Pine C, Harris R, editors. Community oral health. London: Quintessence Publishing; 2007.
34. WHO global status report on road safety 2015: Supporting a decade of action. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/189242/1/9789241565066_eng.pdf?ua=1, accessed 2 December 2015).
35. Wehby G, Murray JC. Folic acid and orofacial clefts: A review of the evidence. Oral Dis. 2010 Jan;16(1):11–9.
36. Little J, Cardy A, Munger RG. Tobacco smoking and oral clefts: a meta-analysis. Bull World Health Organ. 2004 Mar;82(3):213–8.
37. Relatório da revisão dos cuidados primários de saúde na Região Africana. Brazzaville: Escritório Regional da OMS para a África; 2008 (http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3806, Acedido a 14 de Dezembro de 2015).
38. Saúde oral na Região Africana: Estratégia regional 1999 – 2008. Brazzaville: Escritório Regional da OMS para a África; 2000 (http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2507&Itemid=2593).
39. Implementação da estratégia regional de saúde oral: Actualização e perspectivas. Relatório do Director Regional. Brazzaville: Escritório Regional da OMS para a África (AFR/RC58/9; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/19988>, acedido a 2 de Dezembro de 2015).
40. Varenne B. Integrating oral health with non-communicable diseases as an essential component of general health: WHO's strategic orientation for the African Region. J Dent Educ. 2015;79(5 Suppl):S32-7.
41. Declaração de Ouagadougou sobre os Cuidados primários de saúde e Sistemas de Saúde em África: Alcançar uma Melhor Saúde para África no Novo Milénio. Aprovada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Ouagadougou, Burkina Faso, 28 a 30 de Abril de 2008 (<http://www.who.int/management/OuagadougouDeclarationEN.pdf>, acedido a 2 de Dezembro de 2015).
42. Frencken JE, Holmgren CJ, Helderma WHP. Basic package of oral care. Nijmegen: WHO Collaborating Centre for Oral Health Care Planning and Future Scenarios; 2002.
43. Agbaje MO, Adeniyi AA, Salisu MA, Animashaun AB, Ogunbanjo BO. Dental caries in children – an assessment of the knowledge of Nigerian paediatricians. Afr J Med Med Sci. 2013 Jun; 42(2):157–63.
44. WHO, Global Health Workforce Alliance. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwreport/en/>, accessed 2 December 2015).
45. Chher T, Hak S, Courtel F, Durward C. Improving the provision of the Basic Package of Oral Care (BPOC) in Cambodia. Int Dent J. 2009 Feb;59(1):47–52.
46. Elaborar uma política de saúde oral: Manual para gestores de saúde oral na Região Africana da OMS. Brazzaville: Escritório Regional da OMS para a África; 2005 (http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6922&Itemid=2593, acedido a 2 de Dezembro de 2015).
47. Health systems service delivery [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/en/>, accessed 2 December 2015).

48. Essential health packages: What are they for? What do they change? World Health Organization; 2008 (draft technical brief No. 2, 3 July 2008; http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_ehp.pdf, accessed 2 December 2015).
49. Integrated oral disease prevention and management module III. Adolescents 13–18 years old. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2011.
50. Integrated oral disease prevention and management module I. Children 0–5 years old. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2011.
51. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):677–85.
52. Global school health initiative. In: School and youth health [website]. Geneva: World Health Organization; 1995 (http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/, accessed 2 December 2015).
53. Focusing resources on effective school health [website]. United Nations Children's Fund; 2001 (http://www.unicef.org/lifeskills/index_7262.html, accessed 2 December 2015).
54. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development. Keeping children 'Fit for School': Simple, scalable and sustainable school health in the Philippines. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ); 2012 (http://health.bmz.de/good-practices/GHPC/Fit_for_school/FIT_EN_long.pdf, accessed 2 December 2015).
55. Skills for health: Skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42818>, accessed 2 December 2015).
56. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
57. Milestones in health promotion: Statements from global conferences. Geneva: World Health Organization; 2012 (<http://www.who.int/healthpromotion/milestones.pdf>, accessed 2 December 2015).
58. Track 1: Community empowerment. 7th Global Conference on Health Promotion: Track themes [website]. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>, accessed 2 December 2015).
59. Olubunmi B, Olushola I. Effects of information dissemination using video of indigenous language on 11-12 years children's dental health. *Ethiop J Health Sci.* 2013 Nov;23(3):201–8.
60. Standardization of oral health information in the African Region. Regional Workshop, Brazzaville, Republic of Congo, 30-31 May 2005. Final report. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2005 (http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6925&Itemid=2593, accessed 2 December 2015).
61. STEPS optional modules. In: Chronic diseases and health promotion [website]. Geneva: World Health Organization; 2005 (<http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>, accessed 2 December 2015).

Anexo 1. Medicamentos essenciais para o PCBSO nas unidades de cuidados primários de saúde

MEDICAMENTO	NOME	INDICAÇÕES	EMBALAGEM	DOSE DE ADULTO	DOSE DE CRIANÇA	
					1 – 6 ANOS	6 – 12 ANOS
Analgésicos	Aspirina	Dor ligeira a moderada Reduz a tumefacção	Comprimidos 250 mg	Comprimidos 500 mg 3xd*	125 mg 3xd	250 mg 3xd
	Paracetamol	Dor ligeira a moderada	Comprimidos 500 mg	1000 mg 3xd	250 mg 3xd	500 mg 3xd
	Ibuprofeno**	Dor moderada a severa Reduz a tumefacção	Xarope 200 mg/5 ml		5 ml 3xd	10 ml 3xd
			Comprimidos 200 mg	400 mg 3xd	100 mg 3xd	200 mg 3xd
	Lidocaína + adrenalina	Anestesia local	Xarope 125 mg/5 ml		5 ml 3xd	10 ml 3xd
			Anestubo 1,8–2,2 ml, diluição 1:80.0000	1–4 anestubos(para infiltração)	0,5–2 anestubos	
	Gel de lidocaína	Anestesia tópica	Tubo 50 mg	Aplicar directamente na mucosa ou na gengiva		

* 3xd = para ser tomado 3 vezes ao dia

** Não usar em crianças com menos de 3 meses

Anexo 1. Medicamentos essenciais para o PCBSO nas unidades de cuidados primários de saúde (continuação)

MEDICAMENTO	NOME	INDICAÇÕES	EMBALAGEM	DOSE DE ADULTO	DOSE DE CRIANÇA	
					1 – 6 ANOS	6 – 12 ANOS
Medicamentos antibacterianos orais	Penicilina	Infecções orais	Comprimidos 250 mg	500 mg 3xd	125 mg 3xd	250 mg 3xd
			Xarope 125 mg/5 ml		5 ml 3xd	10 ml 3xd
	Amoxicilina	Infecções orais Cancrum oris	Comprimidos 250 mg	500 mg 3xd	125 mg 3xd	250 mg 3xd
			Xarope 250 mg/5 ml		5 ml 3xd	10 ml 3xd
	Eritromicina	Nos doentes alérgicos à penicilina	Comprimidos 250 mg	500 mg 3xd	125 mg 3xd	250 mg 3xd
			Xarope 125 mg/5 ml		5 ml 3xd	10 ml 3xd
	Metronidazol	Infecções Anaeróbicas Cancrum oris	Comprimidos 200 mg	400 mg 3xd	100 mg 3xd	200 mg 3xd
			Xarope 200 mg/5 ml		2,5 ml 3xd	5 ml 3xd
Medicamentos antibacterianos injectáveis	Ampicilina	Infecções orais	Frasco 500 mg em 100 ml	15 mg/kg dose de ataque; 7,5 mg/kg	ENCAMINHAR	
			Frasco 500 mg ou 1 g	50 mg/kg		
	Penicilina cristalina	Infecções disseminadas	Frasco 1.000.000 unidades por ml	3 ml 4xd***	1 ml 4xd	1,5 ml 4xd
			Frasco 40 mg/ml	5 0 –7,5 mg/kg	ENCAMINHAR	

*** 4xd = para ser tomado 4 vezes ao dia

Anexo 1. Medicamentos essenciais para o PCBSO nas unidades de cuidados primários de saúde (continuação)

MEDICAMENTO	NOME	INDICAÇÕES	EMBALAGEM	DOSE DE ADULTO	DOSE DE CRIANÇA	
Antifúngicos	Nistatina	Infecções superficiais	Suspensão/xarope 100.000 IU/ml	4–6 ml 4xd	1–2 ml 4xd	
	Violeta de genciana	Infecções superficiais	Solução diluída a 0,25%	Uma aplicação tópica por dia		
	Antivirais	Aciclovir	Infecções virais	Comprimidos 200 mg	400 mg 3xd	100 mg 3xd
Gel 5%				Aplicação tópica 3xd		
Xarope 200 mg/5 ml					5 ml 3xd	10 ml 3xd

Anexo 2. Medicamentos essenciais para o tratamento do noma

Medicação Oral

Medicação	Duração	Peso ou idade	Dosagem
Solução de reidratação oral	PRN (conforme necessário)	0–2 anos: 50–100 ml > 2 anos 100–200 ml	1 pacote por litro
Amoxicilina 250 mg	14 dias	0–1 semana (< 2 kg)	22
		1 semana–2 meses (2–5 kg)	42
		2–12 meses (5–9 kg)	64
		1–4 anos (10–19 kg)	84
Metronidazol 250 mg	14 dias	2 meses a 11 meses (4–10 kg)	¼
		1 ano a 4 anos (10–19 kg)	½
Clindamicina	5 dias	5–10 kg	50 mg via oral ou 60 mg injectável
		10–17 kg	100 mg via oral ou 130 mg injectável
		17–25 kg	150 mg via oral ou 225 mg injectável
		mais de 25 kg	250 mg via oral ou 333 mg injectável
Sulfato ferroso 200 mg	14 dias	0–3 anos: 50 mg (1/4 comp.) 3 vezes por dia	23
		3–6 anos: 100 mg (1/2 comp.) 3 vezes por dia	46
		> 6 anos: 200 mg (1 comp.) 3 vezes por dia	92
Xarope de fumarato ferroso (100 mg por 5 ml)	Uma dose por dia por 14 dias	2–4 meses (4–6 kg)	1,0 ml (<1/4 colher de chá)
		4–12 meses (6–10 kg)	1,25 ml (1/4 colher de chá)
		1–3 anos (10–14 kg)	2,0 ml (<1/2 colher de chá)
		3–5 anos (14–19 kg)	2,5 ml (1/2 colher de chá)

Anexo 2. Medicamentos essenciais para o tratamento do noma (continuação)

Medicação Parenteral

Medicação	Duração	Idade ou peso	Dosagem	
Ampicilina 50 mg por kg. (Adicionar 1,3 ml de água estéril a um frasco de 250 mg – 250 mg/1,5 ml)	5 dias	0–2 meses (1,0–1,5 kg)	0,4 ml	
		0–2 meses (1,5–2,0 kg)	0,5 ml	
		0–2 meses (2,0–2,5 kg)	0,7 ml	
		0–2 meses (2,5–3,0 kg)	0,8 ml	
		0–2 meses (3,0–3,5 kg)	1,0 ml	
		0–2 meses (3,5–4,0 kg)	1,1 ml	
		0–2 meses (4,0–4,5 kg)	1,3 ml	
Ampicilina (Adicionar 2,1 ml de água estéril num frasco de 500 mg – 500 mg/2,5 ml para injeção intramuscular)	5 dias	2–4 meses (4–6 kg)	1 ml	
		4–12 meses (6–10 kg)	2 ml	
		1–3 anos (10–14 kg)	3 ml	
		3–5 anos (14–19 kg)	5 ml	
Gentamicina (frasco não diluído com 2 ml contendo 20 mg = 2 ml a 10 mg/ml OU Adicionar 6 ml de água estéril a frasco de 2 ml com 80 mg = 8,0 ml a 10 mg/ml)	5 dias		Idade < 7 dias. Dose 5 mg/kg	Idade > 7 dias. Dose 7,5 mg/kg
		0–2 meses (1,0–1,5 kg)	0,6 ml	0,9 ml
		0–2 meses (1,5–2,0 kg)	0,9 ml	1,3 ml
		0–2 meses (2,0–2,5 kg)	1,1 ml	1,7 ml
		0–2 meses (2,5–3,0 kg)	1,4 ml	2,0 ml
		0–2 meses (3,0–3,5 kg)	1,6 ml	2,4 ml
		0–2 meses (3,5–4,0 kg)	1,9 ml	2,8 ml
		0–2 meses (4,0–4,5 kg)	2,1 ml	3,2 ml
Gentamicina. Usar frasco não diluído de 2 ml (40 mg/ml para injeção intramuscular)	5 dias	2–4 meses (4–6 kg)	0,5–1,0 ml	
		4–12 meses (6–10 kg)	1,1–1,8 ml	
		1–3 anos (10–14 kg)	1,9–2,7 ml	
		3–5 anos (14–19 kg)	2,8–3,5 ml	

Anexo 3. Equipamento básico para o PBCSO nas unidades de cuidados de saúde primários

Conjunto para diagnóstico	Conjunto para emergência	Conjunto para pequena cirurgia oral	Conjunto para ART
<ul style="list-style-type: none"> - Depressor de língua em madeira - Espelhos dentários - Sondas dentárias 	<ul style="list-style-type: none"> - Adrenalina - Hidrocortisona - Diazepam - Glucose oral - Solução de dextrose a 50% - Cânulas IV - Pacotes Hemostáticos - Solução de reidratação oral 	<ul style="list-style-type: none"> - Porta lâminas - Afastador de tecido - Porta agulhas - Tesouras cirúrgicas - Alavancas rectas - Alavancas da ponta da raiz - Alavancas de Cryer - Conjunto de boticões 	<ul style="list-style-type: none"> - Escavador de dentina - Pinças - Condensadores dentários - Aplicadores de cimento ou espátulas
Equipamento	Consumíveis		
<ul style="list-style-type: none"> • Autoclave ou Panela de pressão • Fonte de água potável • Recipientes para resíduos pontiagudos • Bandeja de instrumentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Máscaras faciais descartáveis • Luvas descartáveis • Seringas descartáveis • Seringas dentárias • Agulhas descartáveis • Agulhas dentárias descartáveis • Lâminas cirúrgicas • Fios de sutura • Gaze estéril ou algodão • Material de restauração temporário • Material de restauração para ART: cimento de ionómero de vidro 		

Anexo 4. Indicadores essenciais de saúde oral recomendados para a Região Africana

INDICADORES ESSENCIAIS DE SAÚDE ORAL RECOMENDADOS PARA A REGIÃO AFRICANA

Os 34 indicadores são descritos em três categorias como indicadores para a monitorização da saúde oral de crianças e de adolescentes, da população em geral e de sistemas de saúde oral.

A lista para a monitorização da saúde oral em crianças e adolescentes contém indicações prioritárias específicas para crianças e adolescentes. Deve ser tido em consideração que também existe uma série de indicadores na Parte B, que também podem ser utilizados para avaliar a saúde oral em crianças.

A. INDICADORES PARA A MONITORIZAÇÃO DA SAÚDE ORAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A.1. DETERMINANTES

- A.1.1. Procura de cuidados preventivos por mulheres grávidas
- A.1.2. Conhecimento por parte das mães sobre quando procurar cuidados para as cáries das crianças
- A.1.3. Conhecimentos das mulheres sobre a etiologia e os sintomas precoces do noma
- A.1.4. Conhecimentos das mães sobre a pasta dentífrica fluoretada e a prevenção da cárie dentária
- A.1.5. Escovagem dos dentes diária com pasta dentífrica fluoretada e escova de dentes tradicional ou “paus de mascar”

A.2. PROCESSO

- A.2.1. Programas de prevenção para a saúde oral em jardins-de-infância
- A.2.2. Serviços com um sistema para identificação e referência de crianças com lábio leporino, fenda palatina e noma
- A.2.3. Cobertura do programa de rastreio de saúde oral
- A.2.4. Cobertura da prevenção para a saúde oral da mãe e da criança
- A.2.5. Centros de saúde nas escolas com um componente de saúde oral

A.3. RESULTADOS

- A.3.1. Existência de cárie nos primeiros molares definitivos das crianças
- A.3.2. Prevalência (incidência) de casos detectados de noma
- A.3.3. Crianças de cinco anos com pelo menos três abscessos dentários

INDICADORES ESSENCIAIS DE SAÚDE ORAL RECOMENDADOS PARA A REGIÃO AFRICANA

B. INDICADORES PARA A MONITORIZAÇÃO DA SAÚDE ORAL NA POPULAÇÃO EM GERAL

B.1. DETERMINANTES

B.1.1. Conhecimento de práticas de prevenção relacionadas com a saúde oral

B.2. PROCESSO

B.2.1. Acesso geográfico aos cuidados de saúde oral

B.2.2. Acesso aos serviços de cuidados primários de saúde oral

B.2.3. Saúde oral integrada em outros programas de saúde nos centros de saúde

B.2.4. Prestadores de cuidados de saúde competentes para diagnosticar e tratar lesões orais do VIH

B.3. RESULTADOS

B.3.1. Sem cárie

B.3.2. Gravidade da cárie dentária

B.3.3. Prevalência da cárie não tratada

B.3.4. Avaliação da saúde periodontal

B.3.5. Manifestações na saúde oral do VIH/SIDA

B.3.6. Cancro da cavidade oral

B.3.7. Prevalência de falta de dentes

B.3.8. Fracturas faciais por acidentes de viação

B.3.9. Dor física consequente ao estado da saúde oral

C. INDICADORES PARA A MONITORIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORAL

C.1. DETERMINANTES

C.1.1. Médicos dentistas e outros profissionais de cuidados de saúde oral

C.1.2. Custo dos serviços de saúde oral

C.1.3. Existência de uma política de saúde oral (ou como parte de uma política de saúde geral)

C.1.4. Ida sistemática à medicina tradicional como primeira escolha para cuidados de saúde oral

C.2. PROCESSO

C.2.1. Estruturas de saúde locais com um serviço de cuidados dentários

C.2.2. Médicos em formação e outros estudantes paramédicos com uma componente curricular de saúde oral

C.2.3. Distritos com um sistema de recolha sistemática de dados de saúde oral

C.2.4. Escolas com programas para profissionais de saúde oral adoptarem uma lista comum de competências de classificação

Fonte: (60).

Anexo 5. Abordagem faseada da OMS para a vigilância – Módulo de Saúde Oral

Saúde Oral

As perguntas seguintes são sobre a sua saúde oral e comportamentos relacionados.

Pergunta	Resposta		Código
Quanto s dentes naturais tem?	Sem dentes naturais	1 <i>se não tem, ir para O4</i>	O1
	1 a 9 dentes	2	
	10 a 19	3	
	20 ou mais	4	
	Não sei	77	
Como descreve o estado dos seus dentes ?	Excelente	1	O2
	Muito Bom	2	
	Bom	3	
	Médio	4	
	Mau	5	
	Muito Mau	6	
Como descreve o estado das suas gengivas ?	Não sei	77	O3
	Excelente	1	
	Muito Bom	2	
	Bom	3	
	Médio	4	
	Mau	5	
Tem alguma prótese removível ?	Muito Mau	6	O4
	Não sei	77	
	Sim	1	
	Não	2 <i>Se não, ir para O6</i>	

Anexo 5. Abordagem faseada da OMS para a vigilância – Módulo de Saúde Oral (continuação)

Pergunta	Resposta		Código
Qual das seguintes próteses removíveis tem? (ASSINALE CADA UMA)			
Prótese no maxilar superior	Sim	1	O5a
	Não	2	
Prótese do maxilar inferior	Sim	1	O5b
	Não	2	
Noa últimos 12 meses os seus dentes ou a sua boca causaram dor ou desconforto?	Sim	1	O6
	Não	2	
Há quanto tempo não é visto por um médico dentista?	Menos de 6 meses	1	O7
	6-12 meses	2	
	Mais de 1 ano e menos de 2 anos	3	
	2 ou mais anos e menos de 5 anos	4	
	5 ou mais anos	5	
	Nunca recebi cuidado dentário	6 <i>Se nunca, ir para O9</i>	
	Consulta / conselho	1	
Qual a razão principal da sua última ida ao médico dentista?	Dor ou problema nos dentes, nas gengivas ou na boca	2	O8
	Tratamento / Tratamento de acompanhamento	3	
	Tratamento geral de rotina	4	
	Outro	5 <i>Se outro, ir para O8</i>	
	Outro (por favor especifique)	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	

Anexo 5. Abordagem faseada da OMS para a vigilância – Módulo de Saúde Oral (continuação)

Pergunta	Resposta		Código
Com que frequência limpa os seus dentes?	Nunca	1 <i>Se nunca, ir para O13a</i>	O9
	Uma vez por mês	2	
	2-3 vezes por mês	3	
	Uma vez por semana	4	
	2-6 vezes por semana	5	
	Uma vez por dia	6	
	Duas ou mais vezes por dia	7	
Usa pasta dentífrica para lavar os dentes?	Sim Não	1 2 <i>Se não, vá para. O12a</i>	O10
Usa pasta dentífrica com flúor ?	Sim Não Não sei	1 2 77	O11
Usa algum dos seguintes materiais para limpar os seus dentes ? (ASSINALE CADA UMA)			
Escova de dentes	Sim Não	1 2	O12a
Palitos de madeira	Sim Não	1 2	O12b
Palitos de plástico	Sim Não	1 2	O12c
Fio (fita dentária)	Sim Não	1 2	O12d
Carvão	Sim Não	1 2	O12e
Pau de mascar ou <i>miswak</i>	Sim Não	1 2	O12f
Outro	Sim	1 <i>Se Sim, ir para O12 outro</i>	O12g
	Não	2	
Outro (por favor especifique)	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		O12outro

Anexo 5. Abordagem faseada da OMS para a vigilância – Módulo de Saúde Oral (continuação)

Pergunta	Resposta		Código
Sofreu algum dos seguintes problemas nos últimos 12 meses devido ao estado dos seus dentes? (ASSINALE CADA UMA)			
Dificuldade em mastigar alimentos	Sim	1	O13a
	Não	2	
Dificuldade em falar ou em pronunciar palavras	Sim	1	O13b
	Não	2	
Sentiu-se tenso por causa de problemas nos dentes ou boca	Sim	1	O13c
	Não	2	
Sentiu-se envergonhado pelo aspecto dos dentes	Sim	1	O13d
	Não	2	
Evitou sorrir por causa dos dentes	Sim	1	O13e
	Não	2	
Sono frequentemente interrompido	Sim	1	O13f
	Não	2	
Faltou ao trabalho por causa dos dentes ou boca	Sim	1	O13g
	Não	2	
Dificuldade a fazer actividades usuais	Sim	1	O13h
	Não	2	
Menor tolerância ao cônjuge ou pessoas próximas	Sim	1	O13i
	Não	2	
Participação reduzida em actividades sociais	Sim	1	O13j
	Não	2	

Fonte: (61).

Anexo 6. Inquérito Global de Saúde a Estudantes em Escolas (GSHS) - Módulo de Higiene

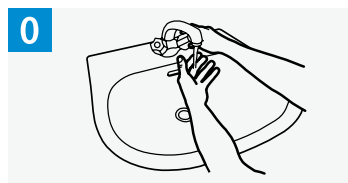
Saúde Oral

- | | |
|---|--|
| <p>17. Como classificas a saúde dos teus dentes?</p> <p>18. Excelente</p> <p>s. Muito Boa</p> <p>t. Boa</p> <p>u. Média</p> <p>v. Má</p> <p>w. Muito má</p> | <p>18. Como classificas a saúde das tuas gengivas?</p> <p>a. Excelente</p> <p>b. Muito Boa</p> <p>c. Boa</p> <p>d. Média</p> <p>e. Má</p> <p>f. Muito má</p> |
| <p>19. Nos últimos 12 meses tiveste uma dor de dentes que te tenha feito faltar à escola?</p> <p>a. Sim</p> <p>b. Não</p> | <p>20. Nos últimos 12 meses, com que frequência tiveste dor de dentes ou sentiste desconforto na boca por causa dos teus dentes?</p> <p>a. Nunca</p> <p>b. Raramente</p> <p>c. Por vezes</p> <p>d. A maior parte do tempo</p> <p>e. Sempre</p> |
| <p>21. Usas pasta dentífrica fluoretada?</p> <p>a. Sim</p> <p>b. Não</p> <p>c. Não sei</p> | <p>22. Quando foi a última vez que foste ao médico dentista para uma avaliação de rotina, um exame, para limpar os dentes ou outro cuidado dentário?</p> <p>a. Nos últimos 12 meses</p> <p>b. Foi entre há 12 e 24 meses</p> <p>c. Foi há mais de 24 meses</p> <p>d. Nunca</p> <p>e. Não sei</p> |

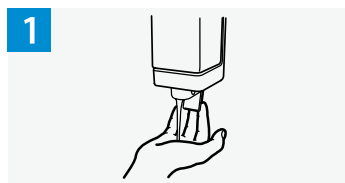
Fonte: <http://www.who.int/chp/gshs/methodology/en/>

Anexo 7. Técnicas de lavagem das mãos

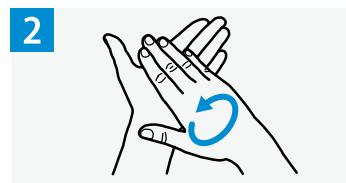
 **Duração do procedimento completo: 40 a 60 segundos**



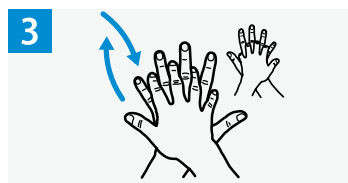
0 Molhe as mãos com água



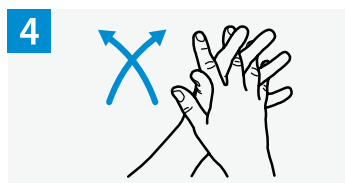
1 Aplique suficiente sabão para cobrir toda a superfície das mãos



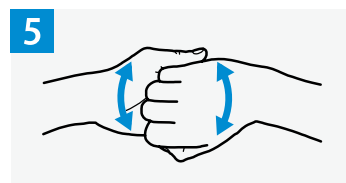
2 Esfregue as mãos palma contra palma



3 Esfregue a palma da mão direita sobre as costas da mão esquerda, com os dedos entrelaçados, e vice-versa



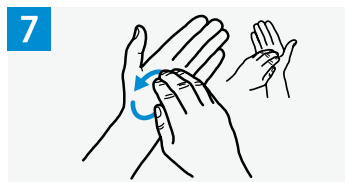
4 Esfregue as palmas das mãos com os dedos entrelaçados



5 Esfregue a parte de trás dos dedos de uma mão contra a palma da mão oposta



6 Esfregue rodando o polegar esquerdo dentro da mão direita fechada e vice-versa



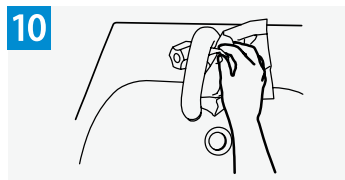
7 Esfregue rodando a ponta dos dedos da mão direita na palma da mão esquerda, de trás para a frente, e vice-versa



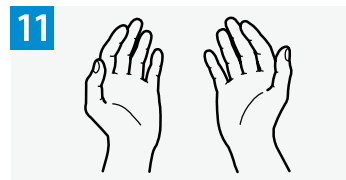
8 Enxágue as mãos com água



9 Seque as mãos completamente com uma toalha de papel descartável



10 Use a toalha para fechar a torneira



11 As suas mãos estão agora lavadas

Fonte: http://www.who.int/gpsc/clean_hands_protection/en/

Promover a Saúde Oral em África

A prevenção e o controlo das doenças orais e do noma como parte das intervenções essenciais para doenças não transmissíveis

Todos os dias em África, as pessoas procuram alívio para a dor ou desconforto que afectam a sua capacidade de falar, de comer e de participar em todas as rotinas de uma vida normal. Em muitos casos, podem ser ajudados com intervenções básicas e com boa relação custo-eficácia; sem tais intervenções milhões de pessoas continuarão a sofrer desnecessariamente e, em alguns casos, a morrer.

O manual Promover a Saúde Oral em África é a resposta do Escritório Regional da OMS para a África aos pedidos vindos dos 47 países da Região por um manual de referência para ajudar a prevenir e tratar as doenças orais ao nível dos cuidados primários de saúde. O manual apresenta orientações claras e directas para os profissionais de saúde, para as comunidades e para os responsáveis governamentais sobre como lidar com estas doenças. Para além das situações mais frequentes, como a cárie dentária e as doenças das gengivas, este manual também aborda o noma, uma “doença oculta” que pode causar a morte e desfiguração grave.

Este manual tem como objectivo a prevenção das doenças orais e a promoção de uma boa saúde oral. Enfatiza o facto de que a melhoria da saúde oral é uma componente essencial do programa essencial de intervenções contra as doenças não transmissíveis ao nível dos cuidados primários de saúde. Promover a Saúde Oral em África propõe um Programa Básico de Cuidados de Saúde Oral e inclui um conjunto de 10 protocolos escritos especialmente para os profissionais dos cuidados primários de saúde, para os ajudar a diagnosticar e a tratar certas doenças orais. O manual apresenta um fundamento lógico global para as iniciativas de saúde a desenvolver nos ambientes da escola e da comunidade, e recomenda um conjunto de acções em ambos os níveis.

Promover a Saúde Oral em África foi elaborado com a participação de especialistas de Região Africana da OMS e de fora. As lições aprendidas durante a implementação das orientações contidas neste manual serão usadas para actualizações regulares, assegurando que o manual continua a responder às necessidades da população de África e cumpre o seu objectivo de reactivar os esforços nacionais e locais para melhorar a saúde oral.



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL para a

África

Organização Mundial de Saúde (OMS)

Escritório Regional para a África

Grupo Orgânico das Doenças Não Transmissíveis (DNT)

Cité du Djoué, Caixa Postal 6

Brazzaville, República do Congo

<http://www.afro.who.int/>