

**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**  
**ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**

***DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL***

*Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal*



**Secretaria Municipal da Saúde**  
**São Paulo**

**Fevereiro de 2009**

**Prefeito**

**Gilberto Kassab**

**Secretária Municipal da Saúde**

**Januario Montone**

**Coordenadora da Coordenação da Atenção Básica**

**Edjane Maria Torreão Brito**

**Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal**

**Maria da Candelária Soares**

## **Ficha Técnica**

- **Digitação e montagem:**

Doralice Severo da Cruz; Regina Auxiliadora de Amorim Marques, Maria da Candelária Soares. (a primeira versão incluiu Tânia Izabel Bigheti Forni; Fernanda Lúcia de Campos )

- **Tiragem da primeira edição - 2005: 1600 exemplares**
- **Edição revisada e atualizada em fevereiro de 2009**
- **Área Técnica de Saúde Bucal – R. Gal. Jardim, 36 - 5º A – Centro – São Paulo – SP. CEP 01223-010 – Telefone: 3397 2229**

# **COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

## **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**

### ***DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL***

*Crescendo e Vivendo com Saúde Bucal*

#### **GRUPO TÉCNICO RESPONSÁVEL:**

Assessores da Área Técnica de Saúde Bucal

Interlocutores Regionais de Saúde Bucal

Interlocutores das Instituições Parceiras

**Secretaria Municipal da Saúde**

**São Paulo**

**SMS-SP – COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - ÁREA TÉCNICA DE  
SAÚDE BUCAL**

**É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE DOCUMENTO POR PROCESSOS  
FOTOCOPIADORES. AO USÁ-LO, CITE A FONTE.**



## *Apresentação*

*O presente documento tem por finalidade estabelecer as linhas gerais que subsidiarão a organização das ações de saúde bucal na Secretaria Municipal de Saúde, nos diferentes níveis de atenção em que o sistema municipal de saúde é organizado, objetivando precípuamente o cumprimento do princípio constitucional de saúde, enquanto direito de cidadania, assim como dos demais princípios que regem o Sistema Único de Saúde.*

*As proposições nele contidas encontram amparo nas normativas do SUS (como a NOB 1/96; NOAS 1/2002, dentre outras), deliberações de fóruns democráticos, como as Conferências de Saúde, 1ª, 2ª e 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2ª Conferência Municipal de Saúde Bucal, Diretrizes para a Política Estadual de Saúde Bucal e Política Nacional de Saúde Bucal vigente.*

*Resulta também de ações já experimentadas em programas locais de saúde, incluindo a própria cidade de São Paulo; portanto são factíveis, pois não são apenas proposições teóricas; não são novas, mas ainda assim precisam ser reescritas e colocadas efetivamente em prática, experienciadas em toda a rede, conforme as peculiaridades de cada região da cidade.*

*O documento inicialmente construído foi discutido em uma oficina da qual participaram profissionais representando as diferentes coordenarias regionais de saúde, hospitais e pronto socorro, assim como representantes das entidades de classe (Conselho Regional de Odontologia, Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas, Associação Odontológica da Prefeitura de São Paulo), sendo finalizado com a incorporação das sugestões dessa oficina.*

*É relevante ressaltar que o teor deste documento foi apreciado pelo Conselho Municipal de Saúde em sua 79ª reunião, em 14 de julho de 2005, após o que foi disponibilizado para toda a rede municipal de saúde.*

*A presente versão foi revista e atualizada e espera-se, assim, avançar na construção do SUS na Cidade de São Paulo, contribuindo para ampliar o acesso dos cidadãos às ações de saúde bucal, com qualidade e resolutividade.*

*São Paulo, fevereiro de 2009*

*Maria da Candelária Soares*

*Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal*

## Sumário

I. Introdução.....	7
II. Rede de serviços de saúde Bucal.....	8
1. Atenção Básica.....	9
1.1. Ações e Atividades Coletivas – Programa Aprendendo com saúde.....	11
1.1.1. Descrição das Ações e Atividades Coletivas.....	12
1.2 Operacionalização da Atividade coletiva de educação em saúde na comunidade.....	18
1.3. - Ações assistenciais.....	20
1.3.1. Estratégia saúde da família.....	21
1.3.2. Planejamento das ações segundo critérios de risco.....	22
1.3.2.1 Critério de risco familiar.....	22
1.3.2.2 Critério de risco individual.....	23
1.3.3. Princípios para agendamento.....	27
1.3.4. Sistemas de trabalho e parâmetros.....	28
1.3.4.1. Parâmetros de atendimento individual.....	28
1.3.5.Avaliação e sistema de informação.....	37
1.3.6. Responsabilidade técnica.....	37
1.3.7. Humanização, acolhimento do paciente e estabelecimento de vínculo.....	37
1.3.8. Maior resolutividade da atenção básica .....	37
2.Serviços de Urgência Pronto Atendimento e Pronto Socorro.....	38
3. Atenção Especializada.....	39
3.1. Centros de Especialidades Odontológicas .....	39
3.2. Serviços de Atendimento Especializado – DST/AIDS (SAE) .....	39
3.3. Atendimento em Âmbito Hospitalar.....	39
III. Bibliografia consultada.....	41
IV. Anexos.....	43
1.Autorização para participação nas ações coletivas nas escolas.....	44
2.Planejamento das ações coletivas.....	45
3.Relatório Anual das ações coletivas em saúde bucal realizadas pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde.....	46
4.Fluxograma para atenção em saúde bucal.....	47
5.Fluxograma para atendimento das urgências odontológicas.....	48
6.Composição do prontuário.....	49
6.1.Ficha anamnese/clínica – Criança e Adulto.....	50
6.2.Ficha clínica para atendimento em endodontia.....	61
6.3.Ficha clínica para atendimento em periodontia.....	63
6.4.Ficha clínica para atendimento em diagnóstico bucal.....	66
7.Planilha para controle de entrega de convite para triagem.....	69
8.Planilha de triagem.....	70
9.Ficha para atendimento das urgências odontológicas.....	71
10.Protocolos de encaminhamento.....	72
10.1.Observações importantes.....	72
10.2.Diagnóstico bucal-Semiologia.....	74
10.3.Cirurgia Oral Menor.....	75
10.4.Pacientes com necessidades especiais.....	76
10.5.Endodontia.....	77
10.6.Periodontia .....	78
10.7.Prótese Total .....	79
10.8.Prótese Parcial Removível.....	81
10.9.Ortodontia.....	83
11.Unidades de Referência.....	84
11.1.Centros de Especialidades Odontológicas – .....	84
11.2.Unidades de DST/AIDS.....	86
11.3 Hospitais, Prontos Socorros e Prontos atendimentos.....	88

## I -INTRODUÇÃO

Em consonância com os preceitos que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, dentre eles o acesso universal e equânime às ações e serviços de saúde, a integralidade das ações de saúde bem como a hierarquização, a regionalização e a descentralização de serviços, este documento teve como objetivo apontar as Diretrizes de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para o período de 2005 a 2008 e está, agora, sendo atualizado para a gestão de 2009-2012. Foi construído a partir de um documento base proposto pela Área Técnica de Saúde Bucal e discutido por um grupo de profissionais da rede básica e hospitalar do município em oficina com oito horas de duração, em 2005, onde foram incorporadas as sugestões e experiências dos mesmos. Esta versão inclui atualizações de parâmetros derivados de discussão no Fórum de Interlocutores de Saúde Bucal em novembro de 2008, bem como novas proposições da Administração.

A efetivação dos direitos de cidadania, entre os quais a saúde bucal, por meio de políticas públicas que assegurem sua promoção, proteção e recuperação, significando também o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, está garantida pela Constituição Federal da República (1988).

Conforme apontado nas 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal (1986 e 1993), a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra), com o acesso à informação e aos serviços de saúde e, de acordo com a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, as condições bucais podem mostrar sinais significativos de desigualdade.

É preciso compreender que ter saúde bucal significa não apenas ter dentes e gengivas saudáveis. Significa estar livre de dores crônicas e outras doenças e agravos que acometem o aparelho estomatognático. Implica na possibilidade de uma pessoa exercer plenamente funções como mastigação, deglutição e fonação, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento, o que contribuirá para sua saúde geral (PETERSEN 2003; NARVAI 2003; SES SP 2004).

Durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência à criança fossem estas escolares ou não, através de programas curativos voltados para o tratamento da cárie dentária e as atividades preventivas, quando realizadas nas escolas, limitavam-se a um método, o bochecho com solução fluorada.

Os outros grupos populacionais acessavam os serviços para o atendimento em situações de urgência odontológica, ou simplesmente não os acessavam. Tal modelo sempre foi muito criticado em virtude de sua cobertura exígua e por estar centrado em ações curativas, contribuindo para um perfil epidemiológico em saúde bucal muito aquém do desejado.

Por outro lado, políticas públicas como a fluoretação das águas de abastecimento público que é realizada na Cidade de São Paulo desde 1985, com heterocontrole dos teores de flúor que na cidade de São Paulo iniciou-se em 1990, como a realização dos Procedimentos Coletivos (PC) levaram a uma diminuição da incidência da cárie dentária na população em idade escolar.

A partir do banco de dados do levantamento "Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002" realizado em parceria da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES SP) com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e com o Ministério da Saúde (MS), observa-se a seguinte situação na cidade, com relação a algumas doenças bucais:

**Quadro 1 – Dados epidemiológicos dos principais agravos de saúde bucal na Cidade de São Paulo em 2.002.**

Idade/faixa etária				
5 anos	12 anos	15-19 anos	35-44 anos	65-74 anos
53,9% livres de cárie	34,1% livres de cárie	5,3% livres de cárie	55,9% da composição do índice CPO-D são dentes perdidos por cárie	64% da composição do índice CPO-D são dentes perdidos por cárie
média de 2 dentes atacados por cárie (ceo=1,81)	CPO-D=1,75	CPO-D=6,26		
	33,2% apresentam algum grau de fluorose dentária	31,6% apresentam algum grau de fluorose dentária	11,5% são totalmente desdentados	64% são totalmente desdentados
24,5% apresentam algum grau de má-oclusão	53,9% apresentam algum grau de má-oclusão		43% apresentam cálculo e bolsas periodontais	16,4% têm problemas periodontais

A diminuição da cárie dentária na população infantil se caracteriza como um fenômeno denominado polarização, que corresponde ao fato de 25 a 30% da população escolar acumular 80% das necessidades de tratamento, enquanto o restante encontra-se livre ou com baixos índices de cárie (índice CPO-D  $\leq$  3). Esta situação reflete uma desigualdade social, uma vez que são as crianças de famílias de menor condição econômica, que apresentam as maiores necessidades de tratamento. A falta de acesso dos adolescentes e da população adulta aos serviços de saúde bucal gerou um número muito grande de necessidades acumuladas e de maior complexidade das ações resolutivas.

Com isso, faz-se necessária uma mudança no modelo de atenção em saúde bucal com o redirecionamento das ações assistenciais, tanto no que diz respeito ao público alvo contemplado, quanto na sua complexidade, sendo primordial a utilização dos dados epidemiológicos disponíveis no planejamento dos serviços, aliados aos determinantes sócio-econômicos do processo saúde-doença, bem como a sensibilização de todos os profissionais.

Experiências exitosas de unidades com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm demonstrado que a avaliação dos fatores de risco a que a família, núcleo social mais primário, está exposta, assim como a avaliação do risco individual para doenças bucais, são instrumentos valiosos na organização dos serviços, uma vez que permitem garantir um dos princípios do SUS, a equidade.

## **II - REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL**

A atenção integral à saúde inicia-se pela organização do processo de trabalho na rede básica de saúde e soma-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o cuidado à saúde (CECÍLIO e MERHY 2003).

A evolução da rede de serviços da Secretaria Municipal da Saúde, no período de 2005 a 2008, está demonstrada na tabela 1:

**Tabela 1. Número de Unidades de Saúde com atendimento em Saúde bucal e nº de Recursos Humanos existentes em janeiro de 2005 e novembro de 2008.**

<b>Equipamentos/RH</b>	<b>Jan/2005</b>	<b>Nov/2008</b>
Unidade Básica de Saúde com serviços de Saúde Bucal (UBS)	303	342
SAE DST/AIDS *	14	14
Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); Clínica Odontológica Especializada (COE) ou Ambulatórios de especialidades.	17	29
Cirurgiões Dentistas **	1.283	1515
Auxiliares de Consultório Dentário	496	788
Técnico em Higiene Bucal	41	107
Equipe Saúde Bucal habilitada na Estratégia de Saúde da Família	13	125
Hospitais, PA e PS com atendimento odontológico***	19	19

\*SAE DST/AIDS: serviços especializados para o atendimento a portadores de doenças sexualmente transmissíveis e síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS)

\*\*C. Dentistas na Clínica

\*\*\*um hospital conta com tratamento de fissuras lábio-palatinas.

Em relação à complexidade das ações a serem desenvolvidas, cada vez mais se faz necessária a sua ampliação no sentido de se obter maior qualidade e resolutividade, com a dinamização do processo de referência e contra-referência. A Atenção básica é realizada na rede de UBS, o primeiro nível de atenção à saúde bucal.

As ações especializadas ou de maior grau de complexidade devem ser resolvidas em centros de especialidades odontológicas ou em unidades com estrutura para desenvolver este tipo de ação.

A partir da Portaria nº 1570/GM de 29/07/2004 (MS 2004) revogadas pela Portaria 599/2006, que estabeleceu critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de serviços de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias (LRPD), foram criados os centros de especialidades odontológicas (CEO).

O atendimento de urgência e emergência, efetuado nos serviços de Pronto Atendimento, Pronto Socorro e hospitais deve ter sua resolutividade aumentada, frente às necessidades epidemiológicas já apontadas.

Atendimentos de maior complexidade são realizados em âmbito hospitalar por cirurgiões-dentistas especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial.

Esse atendimento necessita também ser dinamizado, incluindo o atendimento a pacientes sob anestesia geral, quando necessário, como suporte à rede especializada ambulatorial, bem como o atendimento para pacientes que pela complexidade do agravo, não tenham condições momentâneas de atendimento ambulatorial ou necessitem de retaguarda hospitalar (ex. pacientes com discrasias sangüíneas, oncológicos, entre outros).

## **1. ATENÇÃO BÁSICA:**

De acordo com a Comissão de Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS):

*"Atenção Básica é um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas sobre a forma do trabalho em equipe e dirigidas a populações de território bem delimitado, pelos quais assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde das populações, de maior frequência e relevância".*

As tecnologias empregadas na Atenção Básica são de menor densidade e maior complexidade, porque se utilizam, por um lado, de recursos de baixo custo, no que se refere a equipamentos diagnósticos e terapêuticos, e, por outro, incorporam instrumentos tecnológicos advindos das ciências sociais (antropologia, sociologia e história) e humanas (economia, geografia etc), na compreensão do processo saúde-doença e na intervenção coletiva e individual (MENDES 1996).

A rede básica de saúde é a grande responsável pelo cuidado em saúde; cuidado significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação da equipe de saúde com os indivíduos, famílias e comunidades. Significa compreender as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural e acolhê-las em suas necessidades em relação ao sistema de saúde de forma humanitária, garantindo a continuidade da atenção à saúde e a participação social.

Conforme a Carta de Sergipe (2003), este nível de atenção deve ser orientado para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificado no sentido de também prover cuidados contínuos para os pacientes portadores de patologias crônicas e portadores de necessidades especiais. É nesse contexto, que se inserem as ações de saúde bucal. Essas ações devem ser de caráter tanto individual quanto coletivo, sendo planejadas levando-se em conta o perfil epidemiológico da população.

A atenção básica é realizada pela rede de unidades básicas de saúde (UBS), englobando unidades com e sem a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na Cidade de São Paulo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) deverão estar organizadas tomando por base o seu território e as necessidades em saúde da população. As equipes das UBS devem planejar suas ações com base no conhecimento da população e do território correspondente à suas áreas de abrangência e de influência. Isto implica em identificar, na área geográfica que a unidade básica de saúde deverá cobrir, seus limites, seus diferentes riscos, barreiras, infraestrutura de serviços e características de habitação, trabalho, espaços sociais, transportes, lazer etc.

Assim sendo, o território deverá ser definido para possibilitar ao município uma referência de serviço de saúde e o trabalho deverá ser desenvolvido prioritariamente, por meio do enfoque familiar. Este aspecto deve ser gradativamente inserido no desenvolvimento das ações de saúde bucal, de forma que sejam abordados os determinantes sócio-econômico-comportamentais do processo saúde-doença bucal. Neste particular, o enfoque étnico/racial deve ser também contemplado.

A Unidade Básica de Saúde é uma unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas por equipe multiprofissional. É fundamental que a saúde bucal esteja inserida nessa equipe, participando do planejamento das ações de forma interdisciplinar, bem como do conselho gestor da unidade. Nas UBS são desenvolvidas ações do nível primário de atenção e de assistência integral, buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados na população, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda tendo, como campo de intervenção, o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente. Desenvolve processos educativos com a população através de grupos comunitários enfocando aspectos da melhoria de saúde e qualidade de vida. Deve garantir a resolutividade tecnológica assegurando referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema, quando necessário.

Embora a Unidade Básica de Saúde que conte com ESF disponha de alguns recursos como o cadastro das famílias, com visita aos domicílios de acordo com prioridade prédefinida, por microárea de risco, isso não descaracteriza o papel de todas as UBS em desencadear uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações de saúde bucal.

A dificuldade de acesso gerada por barreiras geográficas ou de outra natureza implica na adoção de estratégias que assegurem a assistência em saúde bucal aos grupos populacionais excluídos. Uma das estratégias viáveis tem sido a utilização de módulos transportáveis, que podem ser incluídos no planejamento locorregional.

Um dos determinantes do processo saúde-doença é o ambiental. Sendo assim, as ações de vigilância à saúde são uma das atribuições da atenção básica. Cuidados com contaminação do solo, do ar e da água, entre outros, identificação de situações de risco, adoção de medidas de prevenção e controle de doenças infecto-contagiosas e monitoramento de agravos crônicos estão entre as ações de vigilância à saúde.

O desenvolvimento dessas ações implica em um conjunto de medidas que não são exclusivas da área da saúde, havendo o envolvimento de outros setores como meio ambiente, saneamento, transporte e educação, que caracterizam as ações intersetoriais. Estas ações podem ser desenvolvidas por organizações comunitárias formais e informais para atuarem conjuntamente na solução de problemas de saúde.

A responsabilidade em relação à saúde da população da área de abrangência não é exclusiva da UBS. Parcerias com outras instituições, como, por exemplo, instituições de ensino e entidades de classe, são de grande importância. O mais importante é que indivíduos, famílias, espaços sociais e comunidades da área de abrangência tenham esse direito (à saúde) assegurado.

O plano de saúde local deve ser baseado no diagnóstico de saúde da população, programando atividades e reestruturando o processo de trabalho com a participação da comunidade. A cada realidade local corresponde um grupo de prioridades que direcionará tanto as ações de cunho individual quanto as de cunho coletivo. Isto significa que, em qualquer unidade, independentemente de sua equipe e população adstrita, todos devem receber educação em saúde bucal e ter garantido o acesso ao diagnóstico e à prevenção e ao controle da doença e da dor, através de ações coletivas e individuais realizadas pela equipe de saúde bucal.

Além das ações assistenciais e de outras de caráter mais amplo, as ações coletivas devem ser planejadas, realizadas e avaliadas pelas UBS.

### 1.1. AÇÕES E ATIVIDADES COLETIVAS – PROGRAMA APRENDENDO COM SAÚDE

As ações e atividades coletivas incluem os anteriormente denominados Procedimentos Coletivos (PC) e as ações de educação em saúde realizadas com grupos específicos nas UBS, no domicílio ou em outros espaços comunitários.

É relevante lembrar que **os Procedimentos Coletivos (PC)** foram normatizados pelo MS em 1.992 e incluídos nos Procedimentos de Atenção Básica (PAB) pela Portaria 166, de 31/12/97 e Portaria 18, de 21/01/99, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Foram excluídos pela Portaria 95, de 14.01.2006 e substituídos pelas atividades específicas na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Seus componentes receberam códigos específicos sob denominação ação coletiva de escovação dental supervisionada; ação coletiva de bochecho fluorado; ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica; atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica; atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada (essas duas últimas atividades não são exclusivas para o grupo saúde bucal).

A Resolução SS-39 de 16/03/99 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo reafirmou que estes são estratégicos para a promoção, prevenção e controle das principais doenças bucais; essa foi revogada e substituída pela Resolução SS-159, de 23.05.2007 que estabeleceu rotinas de monitoramento das Ações e Atividades Coletivas em Saúde Bucal no âmbito do SUS SP.

Na Cidade de São Paulo, deve ser lembrado que há legislação própria para o atendimento aos pré-escolares e escolares da rede municipal de ensino pela Secretaria Municipal da Saúde (Lei 13.533, de 19.03.2003; Lei 13.780, de 11.02.2004 regulamentada pelo Decreto 45.986, de 16.06.2005 Lei 14.080, de 26.10.2005) (SÃO PAULO 2003, 2004, 2005). Com o Decreto municipal 48.704, de 10.09.2007, o programa Municipal de Atenção à Saúde do Escolar passa a ser denominado ***APRENDENDO COM SAÚDE***, com nova regulamentação. (SÃO PAULO, 2007).

Na cidade de São Paulo, as Ações Coletivas serão implementadas nos grupos cadastrados, a partir da determinação do risco individual e direcionados a uma população previamente definida e acompanhada

durante período de tempo determinado e incluirão atividades de educação e prevenção em saúde bucal, rastreamento das doenças bucais; realização de fluoroterapia intensiva para casos de médio e alto risco de cárie dentária; escovação dentária supervisionada semestral e tratamento restaurador atraumático, que pode ser realizado no próprio ambiente escolar, com encaminhamento dos casos que necessitem de outro tipo de tratamento para as unidades de saúde de saúde.

Por força da legislação municipal já mencionada, os espaços prioritários serão as creches (Centro de Educação Infantil - CEI), que agregam crianças de 0 a 4 anos de idade, as Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI); que estão voltadas a crianças de 5 e 6 anos de idade e as Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), que são frequentadas por crianças de 7 a 14 anos de idade. As Escolas Estaduais de Ensino Fundamental (EEEF) também serão contempladas.

Para os espaços municipais, o Programa Aprendendo com Saúde conta também com equipes volantes. Em Saúde Bucal são 15 equipes, 3 por Coordenadoria Regional de Saúde, contando cada uma com 1 Cirurgião-Dentista, 2 Técnicos em Higiene Dental e 3 Auxiliares de Consultório Dentário.

Os interlocutores de saúde bucal das Coordenações Regionais de Saúde - CRS e das Supervisões Técnicas de Saúde – STS devem auxiliar tecnicamente os cirurgiões dentistas (CD) e as equipes de saúde bucal (ESB) no planejamento das Ações Coletivas. Todas as Unidades Básicas de Saúde do município, incluindo-se aquelas onde está implantada a ESF, deverão cadastrar espaços escolares para realização das Ações Coletivas em saúde bucal.

### 1.1.1 Descrição das Ações e Atividades Coletivas

#### 1.1.1.1. *Ação coletiva de escovação dental supervisionada (código S I A 01.01.02.003.1)*

*Consiste na escovação dental realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde. Ação registrada por pessoa participante, por mês, independente da frequência com que é realizada. .*

Na Cidade de São Paulo será realizada nos espaços escolares, duas vezes no ano (uma no primeiro e outra no segundo semestre), para todas as crianças matriculadas (desde que autorizadas pelos pais ou responsáveis), em grupos de até 12 crianças.

Será realizada também em outros indivíduos e grupos, dentro e fora das unidades de saúde.

Este tipo de ação pode e deve ser realizada nos pacientes que tiveram seu tratamento concluído, nos usuários relacionados na lista de espera, nos usuários dos grupos de educação em saúde e em outros grupos realizados nas unidades de saúde e nos espaços sociais a ela referenciados, não envolvidos em Ações Coletivas em espaços escolares

Sua execução pode ser responsabilidade do Cirurgião-dentista (CD), do Técnico em Higiene Dental – THD, do Auxiliar de Consultório Dentário - ACD, do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou ainda de equipe local com treinamento efetuado pela unidade<sup>1</sup>.

Caberá sempre ao CD o planejamento e supervisão, porém, sendo um procedimento de baixa complexidade, sempre que houver outro recurso humano de menor especialização, deverá ser delegada a este, com exceção do exame epidemiológico, é óbvio.

É importante lembrar que conforme consta no documento “Recomendações sobre o uso de Produtos Fluorados no Âmbito do SUS/SP em Função do Risco de Cárie Dentária” (RSS-95, de 27/06/2000 e RSS-164, de 21/12/2000), que crianças de 2 a 4 anos deglutem, em média, 50% do dentifrício utilizado na escovação, enquanto as crianças de 5 a 7 anos, ingerem menos que 25%. Isto é um fator de risco para fluorose dentária.

<sup>1</sup> Até que a Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria da Saúde da Cidade de São Paulo proceda às modificações de nomenclatura dos cargos de Técnico de Higiene Dental para Técnico de Saúde Bucal e de Auxiliar de Consultório Dentário para Auxiliar de Saúde Bucal, será utilizada a nomenclatura antiga.



Portanto, quando crianças pequenas são envolvidas em escovação supervisionada, este aspecto deve ser observado e reforçado.

Para evitar a ingestão excessiva de flúor deve-se colocar na escova pequena quantidade de dentifrício, sendo recomendada a técnica transversal (RSS-95, fr 27/06/2000 e RSS-164 de 21/12/2000) ou uma quantidade menor que um grão de ervilha.

**1.1.1.2. Ação coletiva de bochecho fluorado** (*código: 01.01.02.002-3*), não será utilizado na Cidade de São Paulo, em virtude do perfil epidemiológico da população escolar, conforme as recomendações para o Uso de produtos fluorados no âmbito do SUS SP (RSS-95, de 27/06/2000 e RSS-164 de 21/12/2000).

**1.1.1.3. Ação coletiva de aplicação de flúor-gel** (*código: 01.01.02.001-5*)

Consiste na aplicação tópica de flúor em gel com concentração de 1,23%, realizada sistematicamente em grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde, utilizando-se escova, moldeira, pincelamento ou outras formas de aplicação.

Para o SUS-SP, os critérios de risco de cárie dentária estabelecidos pela RSS-95, de 27/06/2000, republicada pela RSS-164 de 21/12/2000 e por estas diretrizes deverão ser utilizados para o desenvolvimento das ações coletivas de bochecho fluorado e de aplicação tópica de flúor-gel, bem como para o encaminhamento para assistência individual.

Ao considerar a fluoroterapia, deve-se levar em conta ainda que a maioria da população da Cidade de São Paulo está exposta à água fluoretada e aos dentifrícios fluoretados. Entretanto, se em alguma comunidade esta não for a realidade, as orientações sobre o uso de flúor devem ser redefinidas, consoante o documento "Recomendações sobre o uso de Produtos Fluorados no Âmbito do SUS/SP em Função do Risco de Cárie Dentária" (RSS-164, de 21/12/2000), modificado segundo estas Diretrizes. Para os grupos D, E e F pode-se planejar 4 sessões de gel fluorado em 4 semanas seguidas, como terapia de choque, sendo reduzidas gradativamente para 2 aplicações no mês seguinte e, finalmente, para 1 no terceiro mês. Essa classificação de risco será apresentada no item 2.1 – Critérios de risco. Flexibilizações nessa frequência são possíveis em função da reclassificação do risco do indivíduo. É importante que essas aplicações sejam registradas pela equipe de saúde bucal (ESB). A técnica de aplicação recomendada no documento é a da escova dental (RSS-164 de 21/12/2000).

**1.1.1.4. Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica** (*código: 01.01.02.004-0*)

*Compreende a avaliação de estruturas da cavidade bucal, com finalidade de diagnóstico segundo critérios epidemiológicos, em estudos de prevalência, incidência e outros, com o objetivo de elaborar perfil epidemiológico e/ou avaliar o impacto das atividades desenvolvidas, subsidiando o planejamento das ações para os respectivos grupos populacionais e a comunidade.*

Para o SUS São Paulo, compreende também as triagens de risco às doenças bucais, quer sejam realizadas em espaços escolares ou outros, quer em grupos nas unidades de saúde.

## 1.2 Atividades coletivas

As atividades coletivas podem ser executadas por profissional de nível médio e superior e os códigos não são exclusivos da área de saúde bucal.

Referem-se à Educação em Saúde Bucal, tendo códigos específicos no SIA SUS.

São as seguintes:

**1.2.1. Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica** (*01.01.01.001-1*).

*Consiste nas atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas na unidade ou na comunidade. Recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o número de atividades realizadas/mês.*

### 1.2.2. Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada (01.01.01.002-8)

*Consiste nas atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas na unidade ou na comunidade. Recomenda-se o mínimo de 10 (dez) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o número de atividades realizadas/mês.*

Observações: O apontamento das atividades realizadas no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) deverá ser feito utilizando-se o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) do profissional que executou a ação.

Será considerado como “grupo” o mínimo de **10 participantes**, sem limite máximo (por exemplo: uma ação realizada com 30 pessoas será considerado uma única atividade de educação em saúde, e não três atividades).

Nos espaços escolares deverão ser realizadas, no mínimo duas atividades coletivas de educação (uma no primeiro semestre e outra no segundo semestre).

#### OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES e ATIVIDADES COLETIVAS EM ESPAÇOS SOCIAIS

##### Considerações gerais:

Em todas as unidades de saúde, as equipes de saúde bucal deverão realizar ações e atividades coletivas nos espaços escolares em sua área de abrangência, uma vez por semana, reservando até 20% de sua carga horária semanal para essa finalidade.

Os parâmetros para o planejamento dessas ações/atividades levam em conta a composição da equipe de saúde bucal, bem como os critérios de risco à cárie dentária.

O Quadro 2 mostra o parâmetro e planejamento anual para um Cirurgião-Dentista de 20 horas semanais sem pessoal auxiliar e a estimativa de risco de cárie segundo dados resultantes da pesquisa realizada durante a II Semana de Saúde nas Escolas, em 2006, bem como os parâmetros segundo a composição da equipe de saúde bucal.

**Quadro 2:** – Parâmetros de Procedimentos Coletivos segundo ações e número de participantes, realizados por um Cirurgião-Dentista sem auxiliar.

Ação	Capacidade em 4 h	Tempo para realização	Cronograma	
Triagens	300 crianças por período de 4 h	2 semanas	1ª quinzena de março	
Ação educativa	30 minutos por sala de aula - 6 salas por período de 4 h	600 crianças ocuparão em média 17 salas de aula; portanto em 3 semanas poder-se-á concluir essas salas	março/abril (primeira vez)	agosto/setembro (segunda vez)
Escovações supervisionadas	grupos de 12 crianças; 15 minutos por grupo; em média 12 grupos por período de 4 h	600 crianças serão em média 50 grupos; levar-se-á cerca de 4 semanas para a escovação de 50 grupos	março/abril/maio/ junho (primeira vez)	agosto/ setembro /outubro /novembro (segunda vez)
fluoterapia intensiva	grupo de 12 crianças - 15 minutos cada grupo; em média 12 grupos num período de 4 h	Risco D, E, F - cerca de 35,7% das crianças = 214 crianças = 14 grupos - levar-se-á cerca de 2 semanas para concluir esses grupos	março/abril/maio/ junho	
ART	atendimento individual: 8 crianças/ dia	risco E - cerca de 22% das crianças = 132 crianças	será efetuado de preferência no próprio espaço escolar - 11 semanas em média	
Urgências	individual - 6 crianças/dia	risco F - cerca de 3,7% das crianças = 23 crianças	encaminhamento para a UBS - março/abril/maio/junho	
600 crianças: estimativa de Alto risco: 35,7%	214 crianças	D: 10% = 60 crianças	<b>E: 22% das crianças = 132</b>	
		F = 3,7% = 23 crianças		

**2- Parâmetro para uma equipe de saúde bucal com 1 CD de 20 h e a ACD (ou equipe modalidade 1 da ESF): 900 crianças;**

1CD com uma ACD exclusiva amplia seu rendimento em 50%; esse percentual deve ser aplicado sobre os parâmetros do quadro 2;

**3- Parâmetro para uma equipe de saúde bucal com 1 CD de 20 h 1 a ACD e 1 THD (ou equipe modalidade 2 da ESF): 1.900 crianças;**

Neste caso, várias ações devem ser realizadas concomitantemente; enquanto a triagem é realizada pelo CD e ACD, a THD já inicia as ações educativas; as ações educativas, escovação dental supervisionada e fluoroterapia intensiva ficam exclusivamente por conta do THD que também inserirá o ionômero de vidro; nestes casos, a média para período de 4 horas é de 16 crianças para o ART. **O percentual de ampliação sobre o quadro 2 é de 95%.**

**Obs1:** o retorno para cada espaço escolar é de 2 anos, para ampliar a cobertura das ações coletivas; a meta é de se conseguir, em 5 anos, que todas as cavidades de cárie das crianças em escolas públicas estejam seladas e as urgências resolvidas.

**Obs2:** deverá ser formado um prontuário, por equipe de saúde bucal, onde constará o espaço cadastrado, o cronograma das ações coletivas e os mapas individuais de procedimentos (após os mesmos terem sido condensados pela unidade).

Nas equipes que dispõe de THD, este profissional se incumbirá das ações educativas, escovação supervisionada e fluoroterapia intensiva, auxiliada ou não por ACD.

Nestes casos, o Cirurgião-Dentista, após a triagem e realização do tratamento restaurador atraumático, não mais se deslocará para o espaço escolar; no dia reservado para tanto, concluirá o atendimento das crianças com necessidades de tratamento desses espaços ou, quando concluir estas ações, terá esse dia incluído na agenda de rotina da unidade.

Lembrar que o CD deverá também, planejar suas ações de maneira a realizar o ART em todos os escolares classificados como de risco E para cárie no próprio espaço escolar. Quando dispuser de THD, este profissional fará a inserção do cimento de ionômero de vidro.

**Passo a passo:**

**1) Identificação dos espaços sociais e escolares adstritos a cada Unidade de Saúde.**

Os espaços prioritários serão as creches (Centro de Educação Infantil - CEI), que agregam crianças de 0 a 4 anos de idade, as Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI); que estão voltadas a crianças de 5 e 6 anos de idade e as Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), que são frequentadas por crianças de 7 a 14 anos de idade. As Escolas Estaduais de Ensino Fundamental (EEEF) serão contempladas segundo a disponibilidade de tempo e recursos humanos e materiais. O número de espaços escolares por cirurgião dentista pode variar de acordo com o número total de crianças de 0 a 14 anos matriculadas em cada espaço escolar; a divisão deverá ser acordada em reunião prévia com toda equipe de saúde bucal, observando-se os parâmetros já mencionados. O planejamento dos espaços escolares levará em conta também o cronograma das equipes volantes do Programa Aprendendo com Saúde.

**2) Contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal.**

O período a ser considerado será o ano letivo; as atividades deverão se desenvolver em aproximadamente 30 semanas, sendo 15 em cada semestre. Cada CD deverá cadastrar o número de crianças segundo sua carga horária e composição da equipe, em um ou mais espaços escolares. Cada CD deverá agendar uma reunião com a direção ou com quem a represente na instituição para apresentar a proposta de trabalho para o período letivo, de forma a estabelecer uma relação amistosa e de corresponsabilidade; esse

agendamento poderá ser feito por telefone ou pessoalmente em cada espaço social. Nessa mesma oportunidade solicitar a lista nominal de alunos matriculados e verificar as instalações e os recursos disponíveis (disponibilidade de pátios, bebedouros coletivos, salas de aula ou de vídeo, com recursos projetivos ou audiovisuais, assim como número de funcionários, qualidade e natureza da merenda, existência de cantina e os produtos comercializados na mesma).

### **3. Reunião com diretores, professores, funcionários do espaço escolar para apresentação de cronograma de atividades.**

Agendar reunião com professores e funcionários para participação e esclarecimentos a respeito do trabalho a se desenvolver, e reafirmar a corresponsabilidade de cada um no processo de educação para a saúde; identificação e quantificação de recursos humanos do setor saúde que serão envolvidos na execução das atividades propostas bem como de outros setores, como professores, funcionários de creches, pessoas da comunidade, etc. Apresentar o cronograma e as atividades a serem realizadas verificar se as datas propostas não coincidem com passeios, festas ou outras atividades.

### **4. Capacitação dos professores para o desenvolvimento das ações educativas.**

Promover reunião para discussão e capacitação dos professores em atividades de saúde bucal presentes no currículo transversal.

### **5. Reunião com pais e responsáveis para apresentação das propostas e distribuição de autorizações.**

Providenciar que se obtenha o consentimento por escrito dos pais e/ou responsáveis para a inclusão dos participantes nas Ações Coletivas (AC) (anexo 1) apresentar o cronograma e as atividades a serem realizadas.

Nesta oportunidade promover uma orientação sobre os aspectos preventivos da saúde bucal e a responsabilidade da família no desenvolvimento dos autocuidados.

### **6. Triagem de risco para todos os alunos.**

Iniciar as AC pela triagem de risco, para que as crianças sejam incluídas nos grupos de fluoroterapia e Tratamento restaurador Atraumático. Verificar a possibilidade de que os professores e funcionários da escola auxiliem na organização e fluxo das crianças.

### **7. Desenvolvimento da atividade educativa para todas as faixas etárias.**

Após a triagem de risco, ou concomitante à mesma, devem se realizar as ações de educação em saúde. Nas escolas da rede municipal de ensino verificar a existência de macro modelos enviados pela Secretaria Municipal de Educação - SME e Secretaria Municipal da Saúde – SMS. Se a equipe de saúde bucal contar com THD, enquanto o CD faz a triagem de risco, a THD já pode executar as ações educativas.

### **8. Evidenciação de placa bacteriana e escovação supervisionada para todos os alunos cadastrados.**

Identificadas segundo risco de cárie e instruídas quanto aos cuidados básicos em saúde bucal inicia-se a escovação supervisionada, com entrega de uma escova dental para cada criança e um tubo de creme dental para cada 30 crianças, a cada semestre. Esta escovação deve ser realizada em grupos de 6 a 12 crianças.

### **9. Escovação Supervisionada com flúor para alunos de alto risco segundo as Recomendações para o Uso de produtos fluorados no âmbito do SUS São Paulo em função do risco de cárie dentária.**

Para as crianças de alto risco deve-se planejar 4 sessões de gel fluorado em 4 semanas seguidas (uma aplicação por semana), como terapia de choque (terapia intensiva com flúor), sendo reduzidas gradativamente para 2 aplicações no mês seguinte (uma cada 15 dias) e, finalmente, para 1 no terceiro mês, totalizando 7 aplicações (no próprio espaço escolar). Nesta oportunidade é conveniente ressaltar que as crianças que necessitam de fluoroterapia intensiva, atendidas pelas equipes volantes, devem ter a continuidade das aplicações realizadas pela equipe da UBS a que o espaço escolar é adstrito.

### **10. Distribuição de convocação para os alunos que necessitem de tratamento odontológico.**

As crianças que apresentarem lesões de cárie cavitadas deverão ser tratadas no espaço escolar (ART), preferencialmente, ou encaminhadas para a UBS de referência da escola (estima-se que em torno de 22,0% das crianças apresentem cavitação, levando-se em conta a polarização da doença cárie).

As crianças encaminhadas para a UBS deverão ter prioridade no agendamento em relação a outras crianças. Iniciar o tratamento odontológico pela remoção de focos de infecção, realizando exodontia quando não houver a possibilidade de tratamento endodôntico, remoção de tecido cariado e selamento de cavidades preferencialmente com cimento de ionômero de vidro ou, na falta desse, cimento de óxido de zinco e eugenol.

#### **11. Atividade para encerramento das ações coletivas e avaliação parcial do processo.**

Propor no segundo semestre aos professores que solicitem dos alunos em grupo, por classe ou individualmente a elaboração de um trabalho final para avaliação dos conteúdos apreendidos, pode ser um desenho, colagem, cartaz ou pesquisa em saúde bucal; a mesma deverá ser recolhida e posteriormente devolvida para direção escolar como parte do relatório de encerramento do ano letivo.

#### **12. Consolidação dos dados relativos às ações coletivas.**

Todos os procedimentos realizados no espaço escolar ou na UBS deverão ser registrados nos mapas de produção. Os mapas das ações coletivas deverão ser preenchidos com a consolidação das informações referentes ao número de espaços sociais cadastrados, por tipo de espaço e número de indivíduos inscritos nas AC. Esses mapas deverão ser encaminhados mensalmente para a Supervisão Técnica de Saúde - STS, que por sua vez deve encaminhar para a Coordenadoria Regional de Saúde – CRS (Mapas 1 a 5 de Ações Coletivas). O consolidado das triagens de risco a partir do mapa correspondente deve ser enviado mensalmente, até o 10º dia útil de cada mês, para que sejam consolidados os dados da cidade e possa ser atendida a Resolução SS 159, de 23.05.2007, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (D.O.E de 24.05.2007, Seção I, pag. 24-25).

Tanto a STS quanto a CRS devem apresentar a consolidação das informações referentes aos procedimentos efetivamente realizados com os respectivos cálculos de cobertura alcançada no ano subsequente.

O Consolidado Regional do Planejamento das Ações Coletivas devem ser enviados à área Técnica de Saúde Bucal até o dia 31 de março de cada ano, impreterivelmente, para que a SMS possa informar à Secretaria Municipal e Estadual de Educação os espaços escolares que serão envolvidos nessas ações (Anexo 2).

Por outro lado, o Relatório final das ações efetivamente realizadas por espaço escolar do ano anterior devem ser enviados à Área Técnica de Saúde Bucal até 31 de janeiro do ano seguinte (Anexo 3).

**13. Relatório no final do Ano Letivo:** no encerramento das ações coletivas, a equipe de saúde bucal deixará em cada espaço escolar um resumo das atividades desenvolvidas durante o ano, a partir de seus relatórios mensais, com os comentários que forem pertinentes.

#### **Observações importantes**

- Contato intersecretarias(saúde e educação) deverá ser executado pelas coordenações e supervisões regionais a fim de esclarecer as propostas a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde nos espaços escolares.
- Reunião de planejamento da equipe de saúde bucal para divisão de espaços escolares, horários e responsáveis por cada espaço escolar.
- Serão fundamentais vontade e disponibilidade dos profissionais para que os trabalhos possam ser desenvolvidos apesar de todas as dificuldades encontradas.
- As atividades educativas devem considerar sempre métodos ativos de ensino-aprendizagem e serem adequadas para cada faixa etária ou ano escolar.
- Utilizar de preferência material disponível nas escolas e envolver todos os profissionais do espaço escolar.
- Respeitar o cronograma e a rotina do espaço escolar adequando-se aos horários.

Serão realizados levantamentos epidemiológicos planejados pela equipe do nível central, em conjunto com as regiões de saúde para o acompanhamento dos índices epidemiológicos de cada grupo, segundo a faixa etária (no mínimo os índices ceo, CPO-D e índice de Dean para fluorose dentária) com a periodicidade de 4

anos, conforme Resolução SS-159, de 23.05.2009, da SES SP (RSS-95, de 27/06/2000 e RSS-164, de 21/12/2000).

### **Indicadores para os Procedimentos Coletivos**

#### **Indicadores**

A ação coletiva de educação dental supervisionada é o indicador atualmente pactuado pelos municípios no Pacto pela Saúde e deve ser gradativamente ampliada.

$$\frac{\text{média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada}}{\text{população total da STS, CRS e Cidade}}$$

Além desse indicador, o programa será monitorado pelos seguintes:

#### **Cobertura das Ações Coletivas**

$$\frac{\text{População de 0 a 4 anos inscrita em AC}}{\text{População de 0 a 4 anos da STS, da CRS, da Cidade}} \times 100$$

$$\frac{\text{População de 05 a 14 anos inscrita em AC}}{\text{População de 5 a 14 anos da STS, da CRS, da Cidade}} \times 100$$

#### **Cobertura dos espaços escolares:**

$$\frac{\text{número de espaços escolares cobertos por AC (por tipo de espaço)}}{\text{número de espaços escolares existentes (por tipo de espaço)}} \times 100$$

### **1.2. Operacionalização da Atividade coletiva de educação em saúde na comunidade** (exceto em espaços escolares e nas UBS)

Ações de promoção de saúde em saúde bucal devem favorecer novos padrões de comportamento. Os indivíduos não são totalmente independentes do grupo social ao qual pertencem nas escolhas dos hábitos de vida. Sendo assim, as equipes de saúde bucal devem conhecer o território no qual atuam e de posse deste conhecimento, promover ações que favoreçam a adoção de comportamentos mais saudáveis.

Estas ações poderão realizar-se através da educação em saúde já descrita no item **1.2**, com grupos específicos ou não e que podem ou não ter caráter de continuidade. Também podem ser realizadas nos domicílios pelos ACS devidamente capacitados (neste caso não serão consideradas atividades em grupo, a menos que tenham no mínimo 10 pessoas no grupo domiciliar).

A ESB deve também participar dos grupos organizados que já são realizados nas unidades de saúde, integrando-se efetivamente na equipe multiprofissional, assim como criar outros grupos de orientações específicas de sua área. Os grupos devem ser organizados conforme a necessidade própria de cada unidade e os fatores de risco.

Ao planejar essas atividades, deve-se levar em consideração a abordagem de fatores de riscos comuns a outras doenças que não as doenças bucais. Como exemplo pode-se citar a relação do tabaco e do álcool com a doença periodontal e doenças cardiovasculares; com o câncer bucal e outros (esôfago e estômago); do consumo de carboidratos com a cárie dentária e o diabetes e a obesidade.

#### **Grupos propostos:**

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| ✓ Grupo de atenção às gestantes | ✓ Grupo de adultos  |
| ✓ Grupos de atenção aos bebês   | ✓ Grupo de idosos   |
| ✓ Grupo de pré-escolares        | ✓ Grupos específicos como hipertensos, diabéticos, caminhada etc. |
| ✓ Grupo de escolares            |   |
| ✓ Grupo de adolescentes         | ✓ Outros que a unidade já realiza                                 |

**Gestantes:** devem ser abordados aspectos em relação ao seu cuidado pessoal, incluindo a cavidade bucal e o seu papel na primeira janela de infectividade da cárie dentária. Além disso, deve ser desmistificada a assistência odontológica durante a gestação (estimulando as gestantes para o atendimento odontológico na unidade de saúde), bem como enfatizados os cuidados com a higiene bucal, considerando o aumento da frequência de alimentação e possíveis episódios de vômitos. Aspectos relacionados a alterações gengivais em decorrência de mudanças hormonais também devem ser destacados (ex. sangramento gengival e granuloma gravídico).

O Programa Mãe Paulistana é um programa prioritário da SMS e as ações de saúde bucal devem ser desenvolvidas segundo o constante no documento *Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal: Atenção à saúde bucal da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero)* encontrado no portal: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/bucal/0007>, que é parte integrante destas diretrizes.

**Bebês:** Os cuidados com os bebês devem salientar, sobretudo a importância do aleitamento materno exclusivo como fator de proteção para vários agravos (cárie, oclusopatias e fluorose). A cárie, doença infecciosa e transmissível, passa de mãe para filho não só pela contaminação primária, mas principalmente pela transmissão de hábitos inadequados. Existe, portanto, a necessidade de conscientização dos pais para a instalação de um ambiente familiar favorável, com hábitos de dieta e higiene corretos, que certamente contribuirão para a saúde bucal da criança por toda sua vida. Orientações sobre os malefícios do uso de chupetas e cuidados com a limpeza da cavidade bucal a partir do aparecimento dos primeiros dentes decíduos são fundamentais. As gestantes devem ser orientadas a levar os bebês para a primeira consulta odontológica se possível, no mesmo dia da consulta de puerpério onde deverão receber as primeiras orientações sobre a saúde bucal do bebê. Devem ser abordados, também, com pais ou responsáveis os cuidados com aleitamento artificial que deverá ser evitado assim como os malefícios da amamentação noturna. Destaque deve ser dado aos cuidados durante o período de troca de dentição, sobre a importância da manutenção dos dentes decíduos e sobre o uso correto do flúor.

**Pré-escolares e escolares:** reforçar não somente os cuidados em relação à higiene bucal e hábitos alimentares nocivos, como também aspectos relacionados à prevenção de outros agravos como oclusopatias (hábitos deletérios) e fluorose (quantidade de dentifríco e ingestão do mesmo).

**Adolescentes:** devem ser abordados aspectos relacionados a mudanças de hábitos alimentares e de higiene nessa fase da vida e os cuidados com a saúde bucal. Cuidados com a utilização de aparelhos ortodônticos e “piercings”, bem como alterações gengivais decorridas de mudanças hormonais, precisam ser lembrados. Erosão dentárias (perimólise) devido a episódios de bulimia e provocados pela ingestão de alimentos e bebidas ácidos devem ser considerados.

**Adultos e Idosos:** em relação à mulher, devem ser abordados aspectos relacionados a alterações gengivais devidas a mudanças hormonais (menopausa). Para todos os adultos devem ser discutidos pontos relacionados a alterações mais comuns: retração gengival, cárie radicular, desgaste natural do esmalte ou provocado por escovação vigorosa, traumática e não resolutive em relação às doenças bucais, alterações de paladar e de fluxo salivar, alterações na língua, saburra lingual, halitose, perda de dimensão vertical, lesões bucais e cuidados com próteses.

**Cuidadores:** devem ser abordados aspectos relativos à habilidade funcional da pessoa acamada ou do idoso (independência, dependência parcial ou total). A forma de se comunicar (em caso de dificuldade auditiva), ajustes nas técnicas e meios de higiene por dificuldade motora, estratégias especiais de motivação, utilização de abridores de boca, posição do acamado ou do idoso durante a higiene bucal entre outros aspectos, devem ser considerados.

Para o desenvolvimento dessas ações a abordagem multiprofissional e interdisciplinar vai permitir maior probabilidade de sucesso. Assim, a participação de médicos (pediatras, ginecologistas e clínicos gerais) e outros profissionais da unidade no planejamento e desenvolvimento das mesmas é muito importante.



As ações de saúde bucal devem contemplar pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes, depressão, ansiedade, transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas).

Participar de ações educativas deve ser pré-requisito para os indivíduos ingressarem na ação assistencial. Os grupos operativos para as ações educativas efetuadas nas UBS deverão ser constituídos por no mínimo 10 pessoas sendo adequado que cada indivíduo receba essa ação pelo menos em três momentos diferentes. Outros espaços comunitários também poderão ser considerados, para essa finalidade..

Os parâmetros para cálculo devem levar em conta a presença ou não de ACD. Para um CD de 20 horas semanais, deve ser reservada uma hora quinzenal para esse tipo de atividade.

O cálculo da cobertura dessas ações pode ser feito da seguinte maneira:

$$\frac{\text{Número de indivíduos inscritos para ação educativa (segundo faixa etária)}}{\text{População (segundo faixa etária) da área de abrangência}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de gestantes participantes de grupos de saúde bucal}}{\text{Número de gestantes inscrita no programa Mãe Paulistana}} \times 100$$

### 1.3. AÇÕES ASSISTENCIAIS

As ações de menor complexidade e de maior abrangência populacional, com caráter de promoção da saúde bucal, devem ocorrer em todas as unidades, mesmo naquelas que não contam com recursos humanos e materiais específicos de saúde bucal. O objetivo é manter fora do risco a população aparentemente saudável e reverter para esse grupo, a população em risco de adoecer.

As ações de maior complexidade, que pressupõem a utilização de equipamentos, insumos e recursos humanos especializados, inicialmente devem ocorrer nas unidades que já possuem consultório/módulo odontológico, podendo ser incorporado o recurso dos módulos transportáveis instalados em equipamentos sociais como estratégia para melhorar o acesso e aumentar a cobertura oferecida de serviços.

O estabelecimento de metas e parâmetros para o desenvolvimento de um modelo de atenção voltado às reais necessidades e ao acesso universal da população não pode ser desvinculado do conhecimento das reais condições dos serviços, mesmo entendendo que seja imprescindível incorporar a ESB o trabalho a quatro ou seis mãos.

A disponibilidade de recursos humanos é variada, pois há serviços com CD, THD e ACD e serviços onde o CD ainda realiza o atendimento sem pessoal auxiliar. Para a elaboração de parâmetros de atendimento deve-se ter como base as diferentes composições das equipes de saúde bucal, segundo os recursos humanos disponíveis. Para a otimização dos recursos disponíveis é importante que, onde a equipe esteja presente, se priorize o sistema de trabalho incorporando a técnica a quatro e seis mãos.

Na perspectiva da universalização das ações algumas estratégias para organização da demanda devem ser adotadas. O tipo de estratégia a ser escolhida considera fatores demográficos, capacidade instalada (recursos humanos e materiais) além dos indicadores epidemiológicos, ponderando a representação dos diversos grupos etários, mas garantindo assistência a todos os ciclos de vida.

O plano de tratamento deve prioritariamente ser realizado por quadrante, em todos os grupos etários. Este procedimento propicia um aumento de rendimento por consulta, com conseqüente diminuição do seu número a cada Tratamento Concluído (TC). Assim, a abertura de novas vagas ocorrerá com maior frequência, diminuindo desta forma o número de retornos e faltas.

Dois tipos de TC podem ser realizados dependendo da relação CD/habitante em cada região e da cobertura possível: Tratamento Concluído (TC) convencional e Tratamento Concluído em CDB (controle das doenças bucais).



O Tratamento Concluído (TC) convencional implica na possibilidade de conclusão do tratamento necessário num número máximo de 2 consultas para crianças até 14 anos e em no máximo 4 (quatro) consultas para adolescentes e adultos.

Na impossibilidade de se realizar um TC convencional com o número máximo de consultas acima recomendado deve-se concluir o tratamento por meio de Tratamento Restaurador Atraumático - TRA. O tratamento será considerado concluído em CDB (controle de doenças bucais) e o usuário será orientado para retorno anualmente.

Dependendo da demanda, dos recursos humanos e materiais, a região e ou a unidade de saúde devem estabelecer o tratamento em duas fases; isso é particularmente indicado para regiões onde se iniciará a Estratégia de Saúde da Família- PSF.

1. Primeira fase: não serão realizados os TC convencionais, mas sim o Controle das Doenças Bucais - CDB por meio de eliminação de focos, tratamento periodontal e a utilização da Técnica de Restauração Atraumática –TRA (*Atraumatic Restorative Treatment –ART*) possibilitando um TC em CDB, num número mais reduzido de sessões, ressaltando-se a possibilidade de restaurações estéticas anteriores, quando necessário, o que permitirá maior abrangência populacional.
2. Segunda fase: quando já se estiver em situação de controle, serão realizadas as restaurações convencionais. Cabe ressaltar que a realização de restaurações também não garante o caráter “definitivo” do procedimento.

Ressalte-se que o Tratamento Restaurador Atraumático – TRA foi desenvolvido para ser realizado em ambientes que não dispõem de condições para instalação e funcionamento de equipamento odontológico. O TRA foi aprovado e recomendado pela Organização Mundial da Saúde- OMS e pela Federação Dentária Internacional – FDI, organismos internacionais que congregam grandes autoridades da comunidade científica internacional. Sendo assim avarias em equipamentos odontológicos não constituem argumento, motivo ou justificativa para a não realização de atendimento odontológico. Portanto, a agenda do Cirurgião-Dentista não deve ser nunca anulada por “quebra de equipamento”.

### **1.3.1. A Estratégia da Saúde da Família**

A ESF é estruturante da atenção básica e tem papel importante na reorganização dos serviços, pois busca o atendimento integral à família com: adstrição da população/territorialização; programação e planejamento descentralizados; integralidade da assistência; abordagem multiprofissional, estímulo à ação intersetorial e com a participação e o controle social; educação permanente dos profissionais e adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação, conforme os princípios doutrinários e organizacionais do SUS.

As UBS com ESF possuem o instrumento básico de reconhecimento da realidade do território, o cadastro de famílias de cada unidade, sendo recomendável que todos os profissionais se apropriem dessas informações antes de iniciar o planejamento de seu trabalho. Nele estão contidas informações fundamentais sobre as condições de vida de cada família e sua inserção social (Ficha A).

Esses dados subsidiam o planejamento ao indicarem marcadores de risco para os mais diversos agravos, sejam agudos ou crônicos. As informações contidas no cadastro são essenciais para que as ações planejadas para intervir na realidade da saúde das famílias sejam direcionadas ao que de fato se revele como problema.

Uma estratégia recomendável para as ESB é a da realização de triagens a partir das informações do cadastro. Estas, juntamente com aspectos biológicos ligados ao risco individual, possibilitarão a classificação de risco dos indivíduos e das famílias de cada micro área, orientando a organização da demanda assistencial e das ações coletivas.

As UBS sem ESF utilizam um prontuário de cada pessoa inscrita na unidade que, embora com menor número de informações, substitui parcialmente o cadastro familiar e pode, juntamente com informações advindas de uma anamnese cuidadosa, dar indicações do grau de risco familiar.

A partir da identificação de um caso de alto risco, podem-se criar mecanismos de abordar os demais componentes da família, inserindo-os em atividades educativas e ações preventivas e assistenciais, de forma a se interferir nos determinantes sócio-econômico-comportamentais do processo saúde-doença bucal.

Para que se contemple o princípio de equidade, garantindo atenção privilegiada onde e para quem ela se verifique necessária, aos dados do cadastro/prontuário devem ser somadas informações epidemiológicas da população adstrita à área de abrangência da unidade, levando-se em consideração os critérios de risco às doenças bucais propostos neste documento.

A abordagem étnico-racial também deve ser considerada, devido às especificidades próprias e o quesito cor (autodeclarada) foi inserido nos instrumentos de coleta de informação (prontuário e ficha odontológica).

### **1.3.2. Planejamento das ações segundo critérios de risco**

A abordagem da população-alvo quanto às ações de saúde bucal deve ser planejada segundo cada contexto local (capacidade instalada e perfil epidemiológico da população adstrita, número e tipo de espaços sociais entre outros).

Este enfoque deve considerar três objetivos populacionais a serem atingidos concomitantemente:

- 1) interromper a livre progressão da doença nos grupos populacionais, evitando o surgimento de casos novos (diminuir incidência ou incremento);
- 2) detectar lesões e sinais reversíveis mediante diagnóstico precoce e empregar tecnologias não invasivas (diminuir prevalência);
- 3) reabilitar, através de procedimentos restauradores, os doentes e/ou portadores de sequelas, tanto em atenção primária como secundária e terciária, através de um sistema de referência e contra-referência eficiente, considerando a possibilidade de incluir a oferta de prótese dentária mediante serviços próprios ou contratados.

Para garantir a eficácia e a eficiência dessa abordagem, as UBS com ESF contam com os agentes comunitários de saúde (ACS) que, após treinamento problematizador, estarão capacitados a intervir junto a cada núcleo familiar, buscando a adesão das famílias à proposta.

A própria ESB, envolvida com os demais profissionais da unidade, assume este papel nas UBS sem ESF, seja na orientação dada na recepção humanizada, no acolhimento da demanda, nas ações educativas em grupo ou individuais, nas ações preventivas e assistenciais na unidade e no planejamento de ações educativas que realiza na comunidade.

Segundo boletim da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e do Comitê Latino Americano de Perinatologia (CLAP) define-se *risco como o resultado desfavorável de um dano ou fenômeno indesejado*.

#### **1.3.2.1. Critérios de risco familiar**

Considerando os determinantes sócio-econômico-culturais do processo saúde-doença e a integralidade das ações, um dos fatores a considerar é o risco familiar, com a finalidade de se obter um mapeamento das famílias do território de abrangência das unidades de saúde, através da identificação de famílias com maior risco biológico, social e ambiental.

Como família considera-se, neste documento, o núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, por um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas, ou não, por laços consanguíneos. O objetivo da adoção destes critérios é priorizar as intervenções das ESF e redirecionar as ações de saúde, viabilizando desta forma o diagnóstico epidemiológico como estratégia fundamental ao planejamento, garantindo o acesso à assistência de maneira equânime e universal.

Para as unidades com ESF, o risco familiar pode ser um dos critérios a serem considerados no planejamento, mormente quando a relação entre o número de equipes de saúde bucal com as demais for

muito baixa (**por exemplo, uma equipe de SB para 4 ou mais equipes nucleares de ESF**); a identificação será efetuada a partir da ficha A do SIAB. As famílias de alto risco deverão ser as primeiras a receber as ações educativas e a participar da triagem, para serem logo inseridas nos grupos de controle e assistência. Deve ser enfatizada também a questão do recorte étnico-racial.

Alguns aspectos, quando identificados, devem ser considerados pelo seu potencial de aumentar a vulnerabilidade de qualquer ser humano: habitação de risco; habitação em áreas de risco (enchentes, áreas de encosta e lixo); trabalho infantil; prostituição infantil; criança em idade escolar fora da escola; mãe ou cuidador analfabeto; pessoa com incapacidade funcional para realizar atividades de vida diária (AVD) sem cuidador; renda *per capita* inferior (mensal) a R\$ 90,00; violência intrafamiliar (abuso físico, psicológico, sexual; negligência etc); risco de agressão física e ou mental fora da família; fome; densidade familiar (*adensamento excessivo: na definição do limite aceitável de pessoas por domicílio é utilizado o indicador "moradores por dormitório" e define-se como "congestionado" todo domicílio com presença de mais de três pessoas por dormitório*); crianças abaixo de 5 anos com cuidadores domiciliares abaixo de 12 anos de idade; não ter documentos, entre outros (FUNDAÇÃO ZERBINI - PSF 2003).

A associação das condições bucais (risco individual), com a consideração de um ou vários aspectos citados anteriormente pode facilitar o processo de busca ativa das famílias de maior risco nas unidades onde não tenha sido implantado a ESF.

Importante observar que em unidades onde a ESF está implantada, a identificação do risco familiar poderá preceder a identificação do risco individual, (principalmente onde a relação ESB equipes de Saúde da Família for igual ou maior que quatro); entretanto, em unidades sem cadastro familiar, será a identificação do risco individual que trará indícios desse paciente pertencer a uma família de alto risco. O envolvimento do Conselho Gestor da UBS pode auxiliar na identificação de risco social e familiar.

### 1.3.2.2. Critérios de risco individual

A avaliação do risco é uma ferramenta ímpar para a identificação precoce, controle e prevenção das doenças bucais e buscar a equidade na atenção em saúde bucal.

Desta forma, para o planejamento das atividades preventivas e educativas (coletivas ou individuais) e atividades curativas, os indivíduos serão classificados segundo os critérios especificados a seguir, quer nas triagens de risco prévias ao tratamento nas unidades de saúde, quer nos espaços sociais reconhecidos e cadastrados para grupos de Ações Coletivas.

Os critérios de risco dividem-se, classicamente, em três:

- **baixo risco:** sem sinais de atividade de doença e sem história pregressa de doença;
- **risco moderado:** sem sinais de atividade de doença, mas com história pregressa de doença;
- § **alto risco:** com presença de atividade de doença, com ou sem história pregressa de doença.

O indivíduo será sempre classificado pela pior condição que apresentar. Por exemplo, se tiver um dente com dor ou abscesso, será classificado como de alto risco de cárie, ou se tiver um sextante com bolsa maior que 6 mm, será de alto risco para doença periodontal. Deve-se lembrar que quando um elemento dental apresenta sinais da doença, significa que o indivíduo está doente, e deve assim ser tratado.

Sabidamente, a população adulta está exposta a maior risco de desenvolver doença periodontal e lesões de tecidos moles, enquanto as crianças apresentam maior risco para a cárie dentária. Assim, para se estabelecer o risco individual para fins de planejamento das ações, pode ser considerado o agravo mais significativo para o grupo populacional a ser examinado e classificado.

#### 1.3.2.2.1. Critérios de risco de cárie

As pesquisas têm apresentado claramente a diferença entre a doença cárie e suas seqüelas, as cavidades de cárie. A capacidade de diferenciar as lesões ativas das inativas é essencial para diferenciar o indivíduo doente que deve ser submetido a um tratamento específico para controlar a doença, do indivíduo

com sequelas de uma doença que ocorreu em outro momento. Os indivíduos serão classificados por risco, segundo a situação individual mostrada no Quadro 3:

**Quadro 3 – Classes de risco de cárie dentária e critérios para inclusão segundo a situação individual.**

Classificação	Grupo	Situação individual
Baixo risco	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Risco moderado	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Alto risco	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	F	Presença de dor e/ou abscesso

#### 1.3.2.2.2. Critérios de risco para oclusopatias

Alterações na posição dos dentes e na interrelação de maxilares deverão ser registradas de modo a se estimar o perfil de necessidades de intervenção em ortodontia e ou ortopedia funcional de maxilares da população até 19 anos de idade.

Os códigos e critérios adotados são os seguintes:

**Quadro 4: classificação de risco quanto à condição oclusal**

Código	Classificação	Condição
N	Normal	Classe I de Angle (normo oclusão)
L	Leve	mordida cruzada unilateral, apinhamento
M	Moderada	mordida cruzada bilateral, Classe II de Angle, mordida aberta, mordida cruzada de primeiro molar permanente
S	Severa	Classe III de Angle, mordida aberta com oclusão apenas de molares, mordida profunda

Essa classificação baseou-se no critério preconizado pelo Manual de Levantamento Epidemiológico da Organização Mundial de Saúde de 1987, modificado por um grupo de ortodontistas do Programa Aprendendo com Saúde da SMS em março de 2008

#### 1.3.2.2.3. Critérios de risco periodontal

Tomando por base o índice de Russell modificado, examina-se e classifica-se apenas os dentes-índice para cada sextante ou, na ausência do elemento índice, o adjacente no mesmo sextante.

14	11	26
46	31	34

O índice leva em conta a unidade dente e atribui, a cada dente-índice, um código, conforme os sinais de doença periodontal presentes, sendo classificado segundo os critérios apresentados no Quadro 3. O indivíduo será então classificado pelo código de seu pior sextante.

**Quadro 5– Classificação do sextante segundo critérios de risco para doença periodontal.**

<b>Classificação</b>	<b>Código</b>	<b>Crítérios</b>
<b>Baixo risco</b>	<b>0</b>	Elemento com periodonto sadio
	<b>X</b>	Ausência de dentes no sextante
<b>Risco moderado</b>	<b>1</b>	Elemento com gengivite
	<b>2</b>	Elemento com cálculo supra gengival
	<b>B</b>	Seqüela de doença periodontal anterior
<b>Alto risco</b>	<b>6</b>	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade
	<b>8</b>	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função

**1.3.2.2.4. Critérios de risco em tecidos moles**

A observação dos tecidos moles, no momento da triagem, obedece a classificação apresentada no Quadro 6.

**Quadro 6 – Classificação do indivíduo segundo critérios de risco para tecidos moles.**

<b>Classificação</b>	<b>Código</b>	<b>Crítérios</b>
<b>Baixo risco</b>	<b>0</b>	Tecidos normais
<b>Risco moderado</b>	<b>1</b>	Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código 2
<b>Alto risco</b>	<b>2</b>	Alterações com suspeita de malignidade. Úlceras com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa ou não, bordas elevadas ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo eritroplasia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas.

Para as crianças até 14 anos de idade, somente será utilizado o critério de risco para a cárie dentária e oclusopatias. As informações obtidas durante o processo de triagem durante as AC em espaços sociais e no atendimento individual deverão ser anotadas em fichas específicas.

As ações básicas são planejadas de acordo com a realidade encontrada nas triagens de risco.

Para a ESF a prioridade para triagem é das micro-áreas e, dentro destas, das famílias de risco. Uma vez feita triagem, a prioridade para tratamento é dada para os indivíduos e grupos de alto risco, sem deixar de lado os demais, que deverão ser incluídos em ações coletivas (ações de educação e prevenção) até que possam também receber o tratamento individual necessário.

Os principais grupos de ações estão contidos no Quadro 7:

**Quadro 7– Ações de saúde bucal, conforme grupo de risco.**

Ação	Risco														
	Cárie						Periodontal						Tecidos moles		
	B	M		A			B	M		A		B	M	A	
	A	B	C	D	E	F	0/X	1/2	B	6	8	0	1	2	
Educação em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Escovação supervisionada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Aplic.tóp.fluor seriada				X	X	X									
Prioridade 1 p/ tratamento						X					X			X	
Prioridade 2 p/ tratamento					X					X			X		
Prioridade 3 p/ tratamento			X					X	X						

B: baixo risco M: risco moderado A: alto risco

Estabelecidos os grupos de risco, as ações básicas de tratamento individual serão planejadas de acordo com a realidade local e organizadas a partir das necessidades encontradas, das maiores e mais graves para as menores e de menor gravidade. A presença de dor e/ou abscesso é o critério de prioridade para a cárie dentária e para a doença periodontal, ou seja, dentro do grupo de alto risco, os primeiros a receber tratamento são os do grupo F e o grupo 8, respectivamente. Eventualmente, o grupo 6 (com abscesso pelo critério de doença periodontal) conforme sua necessidade acumulada. Seguem como 2ª prioridade, os classificados no grupo E para a cárie dentária.

O grupo C (para a cárie) é a 3ª prioridade de ação curativa, tendo em vista a necessidade de reabilitação dental, mas a ausência de atividade de doença (cavidades crônicas). Seguindo o mesmo raciocínio, os grupos 2 e B, segundo os critérios de doença periodontal, exigem atenção individual (respectivamente, raspagem e avaliação, eventualmente cirurgia periodontal).

Os grupos com estágios reversíveis da doença - grupos D (cárie), 1 e 2 (doença periodontal) - devem receber atenção individual ou em grupos pequenos; sempre que possível essa ação deve ser efetuada pela THD ou ACD, controlando os fatores de risco e revertendo o quadro para saudável, cabendo ao CD reavaliá-los após a terapêutica estabelecida ter sido realizada. Assim, ao grupo D pode-se planejar terapia intensiva com gel fluorado enquanto condições de alto risco forem detectadas.

Para todos os grupos acima, a participação em atividades educativas e em escovação supervisionada para controlar melhor a placa bacteriana está indicada.

Para os grupos B (risco moderado de cárie) e A (baixo risco de cárie), bem como 0 (baixo risco de doença periodontal), além da atenção básica e reforço educativo dos ACS em domicílio ou nas UBS, em grupos operativos, o acompanhamento e controle deve ser a cada 2 anos

Quando se considera o risco de tecidos moles, deve-se priorizar o grupo 2 para ações diagnósticas e/ou terapêuticas, seguindo para o grupo 1. A ação preventiva baseia-se no incentivo do autoexame por meio do contato inicial com a ESB e reforçado pelas visitas domiciliares dos ACS ou pela participação em grupos.

Os retornos dos usuários para a manutenção do tratamento seguirá, pois o disposto no quadro 8, de forma sintética, e serão agendados para grupos operativos, nos quais serão reforçadas as orientações e verificada a necessidade ou não de encaminhamento para agendamento individual. Considerar o bom senso para agendar os retornos, para que critérios clínicos e de anamnese não sejam sobrepuidos pelas orientações aqui descritas.

**Quadro 8 - Programação de retornos conforme a classificação de risco.**

Agravo	Grupo de Risco	Classificação	Retorno programado
<b>Cárie</b>	Baixo e moderado	<b>A, B e C</b>	A cada 2 anos
	Alto	<b>D</b>	Após 12 meses
	Alto	<b>F e E</b>	Após 12 meses
<b>Doença periodontal</b>	Baixo e moderado	<b>0 e X</b>	A cada 2 anos
	Moderado	<b>1, 2 e B</b>	Após 12 meses
	Alto	<b>6 e 8</b>	Após 12 meses
<b>Tecidos moles</b>	Baixo	<b>0</b>	Anual
	Moderado	<b>1</b>	Após 6 meses
	Alto	<b>2</b>	Após 3 meses

**1.3.3. Princípios para agendamento**

Considerando-se as prioridades constitucionais, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a legislação municipal vigente sobre o atendimento às crianças pré-escolares e escolares, 40% das vagas nas UBS devem ser destinadas às crianças de 0 a 14 anos. As demais vagas devem ser distribuídas aos maiores de 14 anos, levando-se em conta algumas prioridades como o controle ou a manutenção dos usuários que tiveram seu tratamento concluído até os 15 anos, os idosos, os pacientes com doenças crônicas como diabetes, hipertensos, portadores de HIV e outros encaminhados pela equipe multiprofissional ou aqueles identificados nas atividades grupais da própria unidade, lembrando, não obstante, a garantia constitucional de universalidade do acesso às ações e serviços de saúde.

As gestantes deverão ser especialmente consideradas e orientadas sobre a possibilidade de realizar tratamento odontológico durante a gestação e puerpério, integrando as ações de saúde bucal às ações do Programa Mãe Paulistana de acordo com o documento Nascendo e Crescendo com Saúde Bucal ([http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/bucal/0007/nascendo\\_cresc\\_viv.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/bucal/0007/nascendo_cresc_viv.pdf)).

Os idosos devem ter suas vagas asseguradas, tendo em vista a legislação específica que protege este grupo, muitas vezes aliado dos serviços de saúde. Os usuários atendidos como urgências também poderão ser agendados para tratamento, conforme os critérios de risco e organização da unidade de saúde.

A organização das prioridades para agendamento individual (Quadro 9) se dará conforme a triagem de risco realizada em grupos conforme descrito no item 1.3.4.1.

**Quadro 9: Agendamento para a equipe de saúde bucal, segundo o risco encontrado**

Condição	Patologia	Risco	RH	Abordagem
<b>Baixo risco</b>	<b>Cárie</b>	<b>A</b>	<b>ACD</b>	<b>-Grupos de orientação</b> de no mínimo 12 pessoas com duração de no mínimo 30 minutos. Retorno em um ano em grupos com a ACD. <b>-Escovação supervisionada preferencialmente no dia da triagem</b> <b>-Retorno em 1 ano em grupos com a ACD</b>
	<b>Doença periodontal</b>	<b>0</b>		
	<b>Tecidos moles</b>	<b>0</b>		
<b>Risco moderado</b>	<b>Cárie</b>	<b>B, C</b>	<b>ACD THD</b>	<b>-Grupos de orientação</b> de no mínimo 12 pessoas com duração de no mínimo 30 minutos. Retorno em um ano em grupos com a ACD. <b>-Escovação supervisionada preferencialmente no dia da triagem</b> <b>-Retorno em 1 ano em grupos com a ACD ou THD</b>
	<b>Doença periodontal</b>	<b>B</b>		
	<b>Tecidos moles</b>	<b>1</b>	<b>CD</b>	<b>-A critério do cirurgião-dentista</b>
<b>Alto risco</b>	<b>Cárie</b>	<b>D</b>	<b>CD THD</b>	<b>-Grupos de orientação</b> de no mínimo 12 pessoas com duração de no mínimo 30 minutos preferencialmente no dia da triagem. <b>-Fluoroterapia intensiva a cargo do CD ou THD</b> <b>-Retorno em 8 meses - grupos</b>
	<b>Doença periodontal</b>	<b>1, 2</b>		
	<b>Cárie</b>	<b>E, F</b>	<b>CD THD</b>	<b>-Grupos de orientação</b> de no mínimo 12 pessoas com duração de no mínimo 30 minutos preferencialmente no dia da triagem. <b>-Prioridade para atendimento clínico que deverá ser feito por hemi-arco.</b> <b>-Retorno em 4 meses - grupos</b>
	<b>Doença periodontal</b>	<b>6, 8</b>		
	<b>Tecidos moles</b>	<b>2</b>	<b>CD</b>	<b>Encaminhamento imediato para o CEO</b>

O número de indivíduos agendados dependerá da composição da equipe de Saúde Bucal, conforme os quadros 10 e 11 do item 1.3.4.1 - *Parâmetros de atendimento individual*.

Em qualquer período, as faltas correspondentes ao agendamento deverão ser substituídas pela procura do dia ou urgências. Em unidades com número elevado de faltosos, poderão ser agendadas uma ou duas consultas a mais para garantir a plena utilização do equipamento e o rendimento da equipe.

*Geralmente a tolerância de faltas às consultas agendadas é de no máximo duas faltas no decorrer do tratamento.* Os usuários deverão ser bem orientados e o controle ser rigoroso, para o serviço não correr o risco de ficar *ocioso*.

**O agendamento deve ser efetuado por hora marcada com utilização obrigatória da agenda local do Sistema SIGA Saúde.**

Especial atenção deve ser dada às urgências odontológicas. Como urgência pressupõe-se um estado agudo de dor, como abscessos dento alveolares, alveolites hemorragias alveolares, traumas dentais, dentre outros que requeiram atendimento imediato. Os casos caracterizados como urgência pelo profissional do período são prioritários e para sua avaliação devem ser intercalados entre as consultas agendadas. Podem suprir os faltosos do dia e, se necessário, o tempo destinado às consultas agendadas será diminuído, realizando-se menos procedimentos, nesta hipótese. Num dia em que eventualmente o número de urgências seja excepcionalmente elevado, pode-se reagendar para outro dia algum dos demais usuários previamente agendados. Se essa for uma realidade constante na unidade, pode-se pensar numa programação com um menor número de agendados, mas apenas nessa hipótese.

O *Fluxograma de atendimento para os casos de urgências odontológicas* – (anexo 5) – deve ser do conhecimento não apenas da equipe de saúde bucal, mas de toda unidade, em particular da recepção e da equipe de enfermagem.

A *consulta de retorno ou subsequente* deverá ser entre 2 e 5 dias úteis no máximo, para que os tratamentos se iniciem e se concluam em curto espaço de tempo, evitando o abandono do tratamento e, com isso, diminuindo os índices de atrição.

#### **1.3.4. Sistemas de trabalho e parâmetros**

O MS destacou em 1.999 que as ESB devem ser preparadas para desenvolver ações coletivas e prestar assistência individual e que essas atividades terão maior produtividade e melhor qualidade quando realizadas com a participação de todos os membros da equipe. Dessa forma, evitar o tradicional “gabinete dentário” e utilizar trabalho odontológico a quatro, seis e oito mãos, vai assegurar essa produtividade e qualidade, sendo que isso deve ser desenvolvido em ambientes coletivos ou clínicas modulares, fixas ou transportáveis, com três ou mais cadeiras odontológicas. Assim, a constituição ideal da equipe deveria obedecer aos seguintes critérios, além dos anteriormente expostos, considerando-se a jornada de 40 horas semanais:

Clínica modular com 3 equipamentos: 01 CD – 2 THD – 4 ACD

Clínica modular com 2 equipamentos: 01 CD – 1 THD – 3 ACD

Clínica com 1 equipamento: 01 CD – 1 ACD

*Nas unidades coma Estratégia de Saúde da Família, é recomendável que uma ou mais equipes sejam modalidade II, mesmo que não haja a cadeira exclusiva para o THD, principalmente naquelas unidades onde a relação equipe de saúde bucal /equipe mínima for de 1 para 3 ou mais. Isto para possibilitar maior amplitude das ações coletivas, liberando maior tempo do Cirurgião-Dentista para as atividades clínicas e a utilização desse profissional em tratamento restaurador atraumático em espaços comunitários.*

##### **1.3.4.1. Parâmetros de atendimento individual**

O Agendamento, e os parâmetros de procedimentos variam segundo a composição das equipes de saúde bucal e observam os princípios da economicidade e biossegurança, bem como a qualidade das consultas e atendimentos. Consideram ainda que o número de consultas e o rendimento dependem das



necessidades de tratamento acumuladas na população alvo, conforme os indicadores epidemiológicos oficiais e as triagens de risco realizadas.

Além disso, deve ser lembrado, quanto aos parâmetros propostos, que

*"o número de procedimentos realizados é mais importante do que o número de pacientes atendidos. Assim, o sistema de atendimento, além de buscar uma racionalização do trabalho, permite que o mesmo se efetue com menor esforço físico, por parte da ESB, com mais qualidade e com menor custo, tanto para o usuário, como para a instituição. Outro aspecto fundamental a ser considerado diz respeito a **biossegurança**. Os procedimentos necessários envolvem toda uma rotina que deve ser observada; esta torna-se difícil, ou até inviável, se houver uma alta rotatividade de pacientes por período; esta rotatividade, além de influir de forma negativa na qualidade dos procedimentos, eleva o custo benefício por indivíduo atendido. Exemplificando, para cada paciente deve ser utilizado um par de luvas descartáveis. Este par de luvas necessita "render" o máximo possível com esse mesmo paciente. Se isso não for levado em conta, o custo/benefício de um tratamento será mais elevado"* (SES SP - DIR I 2000).

*As rotinas de biossegurança a serem adotadas em todas as unidades de saúde da cidade encontram-se no Protocolo de Biossegurança elaborado pela área técnica de saúde bucal a partir do Guia Curricular para a Formação do Técnico em Saúde Bucal Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1.999, e respeitam os princípios da Resolução SS-15 de 18/01/99.*

Os parâmetros para o agendamento diário e mensal, segundo a carga horária do cirurgião-dentista e composição das equipes de saúde bucal estão descritos nos quadros 10 e 11 e referem-se à distribuição das vagas na proporção de 40% para pessoas com idade abaixo de 15 anos e 60% para pessoas em idade acima de 15 anos. Nos quadros 10 A e 11 A encontram-se o número de primeiras consultas, tratamentos iniciados, tratamentos completados/completados em CDB esperados mensalmente, para as pessoas classificadas como alto risco que necessitam de tratamento individual, bem como o número de pessoas agendadas para o atendimento em um período de 4 e 8 horas de trabalho, respectivamente, o número médio de procedimentos realizados por pessoa atendida e o número total de procedimento por dia, segundo a composição da equipe de saúde bucal.

### **Planejamento das ações assistenciais em saúde bucal em UBS sem ESF:**

#### **Triagem passo a passo**

Ressalte-se novamente que a avaliação do risco é uma ferramenta essencial para a identificação precoce, controle e prevenção das doenças bucais e buscar a equidade na atenção em saúde bucal.

**A triagem permite identificar as pessoas segundo o seu grau de risco às diferentes doenças bucais, inserindo-as no programa adequado para cada uma, praticando a equidade no acesso às ações de saúde bucal.**

As unidades de saúde deverão se organizar para de 30 a 40 dias realizar um grupo de triagem para cada cirurgião-dentista. O número de pessoas que comporão o grupo variará segundo a composição da equipe de saúde bucal e a carga horária do CD e sua composição obedecerá à 60% das vagas para adultos e 40% para crianças de até 14 anos de idade, conforme já dito anteriormente.

Uma ficha de triagem (anexo 4) ficará na recepção para a inscrição dos usuários, para cada cirurgião-dentista, segundo o número de pessoas que cada um triará.

**Acolhimento** – O acolhimento se dará através de:

- Grupos realizados nas unidades – nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e outros a equipe de saúde bucal deverá participar para garantir que os participantes sejam orientados a se agendarem para a triagem de saúde bucal.

- Demanda espontânea – as pessoas que procurarem a unidade buscando o serviço de saúde bucal deverão ser agendadas para a triagem seguinte.
- Campanha de diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal: os idosos triados durante a Campanha devem também ser absorvidos em suas unidades de referência para tratamento odontológico.
- Urgência – as pessoas atendidas em urgência deverão ser agendadas para a próxima triagem que se realizará na unidade, após seu atendimento. Deve-se lembrar que não há número limite de urgência por período por CD; conforme o especificado anteriormente, a saber: “ *Os casos caracterizados como urgência pelo profissional do período são prioritários e para sua avaliação devem ser intercalados entre as consultas agendadas. Podem suprir os faltosos do dia e, se necessário, o tempo destinado às consultas agendadas será diminuído, realizando-se menos procedimentos, nesta hipótese. Num dia em que eventualmente o número de urgências seja excepcionalmente elevado, pode-se reagendar para outro dia algum dos demais usuários previamente agendados. Se essa for uma realidade constante na unidade, pode-se pensar numa programação com um menor número de agendados, mas apenas nessa hipótese*”.

**O fluxograma de atendimento na Unidade e de atendimento às urgências encontram-se nos Anexos 4 e 5.**

No dia da triagem é importante que a equipe de saúde bucal conte com o auxílio de outros funcionários da unidade para a organização do fluxo dos usuários.

### **Organização do fluxo da triagem**

Os usuários serão inscritos na ficha de triagem que deverá permanecer no expediente (anexo 4)

A triagem será realizada em grupos segundo horários definidos previamente pela equipe de saúde bucal.

Nos quadros **10 e 11**, pode-se verificar o número de pessoas que devem ser triadas segundo a composição da equipe de saúde bucal e carga horária do CD.

No número de pessoas agendadas para a triagem, estimou-se que aproximadamente 15% dos agendados não comparecerão, segundo evidências do que ocorre usualmente na rede.

Por outro lado, as evidências mostram que cerca de 60% dos adultos e 30% das crianças que procuram atendimento estão incluídas no risco E ou F, necessitando assim de agendamento para tratamento individual.

Cerca de 10% dos triados serão risco D, não necessitando de tratamento individual; podem ser atendidos em grupo para fluorterapia intensiva.

Todos os triados que apresentarem risco A, B ou C deverão ser agendados para grupo de atividade coletiva de ação educativa e ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Se essas ações ocorrerem no mesmo dia da triagem, cada usuário será anotado como primeira consulta odontológica, tratamento iniciado e tratamento concluído, sendo aberta para cada um uma ficha clínica.

**Todas as triagens realizadas nas unidades deverão ser anotadas como Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica (código: 01.01.02.004-Q).**

Técnico em Higiene Dental: sempre que possível esse profissional deve ser utilizado em toda sua potencialidade.

Nas unidades onde não há cadeira odontológica, o THD assumirá mais amplamente as ações coletivas, conforme já especificado anteriormente.

- Para as pessoas identificadas como alto risco (D, E, F para risco de cárie; 6, 8 para risco periodontal) organizar os grupos de fluorterapia e a agenda para o THD e o CD. Os usuários classificados como risco D para cárie dentária e risco I e 2 para doença periodontal serão agendados para o THD. Nas unidades que dispõe desse profissional. Para a agenda do cirurgião-dentista serão priorizados aqueles que apresentaram risco F; Risco E (dentre os riscos E, aqueles que foram identificados cavidades com maior urgência

de intervenção) e aqueles com maior risco quanto aos tecidos moles (Quadro 9 – página 27).

**Organização do prontuário odontológico** - A consulta odontológica deve ser qualificada e do prontuário devem constar a anamnese, exame clínico e autorização do usuário com referência aos procedimentos e tratamentos indicados, conforme legislação em vigor. As fichas propostas encontram-se no Anexo 6.

**Quadro 10- Agendamento Mensal e Diário para uma ESB considerando CD de 20 horas semanais**

ESB	Grupo de triagem	Grupo etário	Estimativa de faltas = 15%	Nº total p/ triagem	Número de pessoas classificadas como de alto risco	Agendamento mensal	Agendamento diário
1 CD	60 pessoas	36 adultos	5	31 adultos	60% aprox. 18 adultos	18 adultos de alto risco para cárie ou d.periodontal; TC ou TC em CDB em no máximo 4 consultas	4 agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco
		24 crianças	3	21 crianças	30% aprox. 6 crianças	6 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em no máximo 2 consultas	1 agendado por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco
1 CD e 1 ACD	80 pessoas	48 adultos	7	41 adultos	60% aprox. 24 adultos	24 adultos de alto risco para cárie ou d.periodontal; TC ou TC em CDB em no máximo 4 consultas	5 agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por arcada ou hemiarco
		32 crianças	4	28 crianças	30% aprox. 8 crianças	8 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em no máximo 2 consultas	2 agendamentos por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco
1 CD, 1 ACD e 1 THD	100 pessoas	60 adultos	9	51 adultos	60% aprox. 30 adultos	30 adultos de alto risco para cárie ou d.periodontal; TC ou TC em CDB em no máximo 4 consultas	6 agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco
		40 crianças	6	34 crianças	30% aprox. 10 crianças	10 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em no máximo 2 consultas	3 agendamentos por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco

Obs (1) Para o cálculo de produtividade mensal, a média é de 22 dias úteis por mês, excluindo-se o tempo destinado às ações educativas, AC, reuniões e ou educação continuada

**Quadro 10 A – Média de atendimento diário, rendimento e número esperado de 1ª. Consultas e Tratamentos concluídos (convencional ou em CDB) para equipes de 20 horas semanais**

Equipe SB	Nº de atendimentos/dia	Rendimento			Média de 1as. Consultas/TI e TC/TC em CDB esperados no mês, p/ alto risco		
		Procedimentos /pessoa	Procedimentos / dia	Procedimentos / hora	Adultos	Crianças	Total
1 CD	5 (4 adultos e 1 criança)	2,5	12,5	3,1	18	6	24
1 CD+1 ACD	7 (5 adultos e 2 crianças)	4	28	7	24	8	32
1 CD+1 THD+1 ACD	9 (6 adultos e 3 crianças)	6	54	13,5	30	10	40

**Quadro 11 - Agendamento Mensal e Diário para uma ESB considerando CD de 40 horas semanais**

ESB	Grupo triagem	Grupo etário	Estimativa de faltas: 15%	Nº total p/ triar	Número de pessoas classificadas como E, F	Agendamento mensal	Agendamento diário
1 CD	100 pessoas	60 adultos	9	51 adultos	60% aprox. 30 adultos	30 adultos de alto risco para cárie ou d.periodontal; TC ou TC em CDB em no máximo 4 consultas	6 agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco
		40 crianças	6	34 crianças	30% aprox. 10 crianças	10 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em no máximo 2 consultas	4 agendados por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco
1 CD e 1 ACD	120 pessoas	72 adultos	10	62 adultos	60% aprox. 37 adultos	37 adultos de alto risco para cárie ou d.periodontal; TC ou TC em CDB em no máximo 4 consultas	8 agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por arcada ou hemiarco
		48 crianças	7	41 crianças	30% aprox. 12 crianças	12 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em no máximo 2 consultas	4 agendamentos por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco
1 CD, 1 ACD e 1 THD	135 pessoas	81 adultos	12	69 adultos	60% aprox. 40 adultos	41 adultos de alto risco para cárie ou d.periodontal; TC ou TC em CDB em no máximo 4 consultas	8 agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco
		54 crianças	8	46 crianças	30% aprox. 14 crianças	14 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em no máximo 2 consultas	6 agendamentos por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco

Obs (1) Para o cálculo de produtividade mensal, a média é de 22 dias úteis por mês, excluindo-se o tempo destinado às ações educativas, AC, reuniões e ou educação continuada

**Quadro 11 A – Média de atendimento diário, rendimento e número esperado de 1ª. Consultas e Tratamentos concluídos (convencional ou em CDB) para equipe de 40 h semanais**

Equipe S B	Nº de atendimentos/dia	Rendimento			Média de 1as. Consultas/TI e TC/TC em CDB esperados no mês, p/ alto risco		
		Procedimentos/pessoa	Procedimentos/dia	Procedimentos/hora	Adultos	Crianças	Total
1 CD	10 (6 adultos e 4 crianças)	2,5	25	3,1	30	10	40
1 CD + 1 ACD	12 (8 adultos e 4 crianças)	4	48	6	37	12	49
1 CD + 1 THD + 1 ACD	14 (8 adultos e 6 crianças)	6	84	10,5	41	14	56

**O cronograma semanal/mensal de atividades da Equipe de Saúde Bucal deverá contemplar:**

- a) realização das ações coletivas de saúde bucal segundo o disposto no item Ações Coletivas (até 20% da carga horária do CD, por semana)
- b) 1 hora semanal para a realização de grupos educativos (ou quinzenal, dependendo da composição das equipes de saúde bucal de cada unidade)
- c) 1 hora mensal para o planejamento das triagens e tabulação dos dados e organização da agenda e 4 horas mensais p/ a realização das triagens.
- d) Até 1 hora mensal para reuniões administrativas ou outras.

**Planejamento das ações assistenciais em saúde bucal nas unidades com Estratégia de Saúde da Família**

**Passo a passo para a triagem**

**1) Planejamento da triagem:**

Deverá ser iniciado com 45 dias de antecedência da data agendada para a triagem;

Planejar impressos e insumos necessários;

Entrega dos convites para famílias com assinatura do recebedor;

Marcar 1 microarea a cada 2 horas;

O ideal é que a triagem se realize na própria Unidade Básica de Saúde.

A triagem deverá ser realizada a cada 6 a 8 semanas, conforme a modalidade da ESB (ver quadro 12)

- a) Com um mês de antecedência (mês referente a um ciclo do SIAB, que vai do dia 21 de um mês ao dia 20 do mês seguinte), entregar aos Agentes Comunitários de Saúde:
  - A planilha de convite (notificação ao usuário – Anexo 7). Essa planilha deve conter: o número/nome da equipe, número da microárea, número da família, nome dos membros de cada família a ser convidada e assinatura da pessoa convidada ou do responsável. Será preenchida pelo ACS em suas visitas programadas;
  - Convite às famílias, constando o dia, local e horário em que será realizada a triagem; esse convite também será entregue pelo ACS, no momento em que preencher a planilha de notificação ao usuário (Anexo 7).
- b) A ESB receberá as planilhas de convite preenchidas pelos ACS uma semana antes do dia marcado para a mesma;
- c) No dia da triagem:
  - Explicar às famílias presentes o processo da triagem e como se dá o acesso às ações de saúde bucal
  - Realizar a triagem de risco, preenchendo a planilha de triagem que faz parte do Sistema Complementar de Informação em Saúde Bucal devendo, portanto, ser enviada a Área Técnica de Saúde Bucal juntamente com as demais planilhas do Sistema Complementar de Informação em Saúde Bucal.
  - Para as pessoas classificadas como baixo risco e risco moderado de cárie e baixo risco à doença periodontal (0) e tecidos moles (0) abrir uma ficha clínica, realizar escovação dental supervisionada (com evidencição da placa bacteriana), anotar na ficha primeira consulta odontológica, TI e TC. *Isso deverá ser computado no mapa de atendimento diário.* Para as pessoas identificadas como alto risco (D, E, F para cárie; 1, 2, 6, 8 para doença periodontal; 1, 2 para tecidos moles) organizar os grupos de fluoroterapia e a agenda para o THD e o CD. Os usuários classificados como risco D para cárie dentária e risco PI e P2 para doença periodontal serão agendados para o THD, nas equipes que dispõe desse profissional. Para a agenda do C. Dentista serão priorizados aqueles que apresentaram

risco F; risco E (dentre os riscos E, aqueles que foram identificados cavidades com maior urgência de intervenção) (ver síntese no quadro 9 – pág. 27)

- d) Número de famílias a serem chamadas: dependerá da relação entre a ESB e a equipe mínima (médico, enfermeiros, auxiliares, ACS). Quando essa relação for de 1 equipe de saúde bucal para até três da equipe nuclear, dever-se-á chamar **25 e 50 famílias por microárea** para a equipe modalidade 1 e 2, respectivamente. Quando essa relação for maior, as 50 famílias a serem convidadas podem ser identificadas, ao invés de por microárea, entre as famílias de maior vulnerabilidade social de diferentes microáreas. De qualquer forma, a capacidade de atendimento de cada equipe de saúde bucal é a mesma e, portanto, o número de pessoas a serem triadas será o mesmo, conforme o quadro 12.
- e) Outras formas de organização poderão ser estabelecidas quanto ao número de famílias a serem chamadas para a triagem contanto que a cada mês cada equipe Modalidade I ofereça no mínimo 49 primeiras consultas odontológicas, 49 TI e 49 TC/TC em CDB e equipe Modalidade II ofereçam no mínimo 56 primeiras consultas odontológicas, 56 TI e 56 TC/TC em CDB dentre as pessoas classificadas como E, F para cárie e 6,8 para doença periodontal (Quadros 12 e 12A).

Por outro lado, também serão encaminhadas para essa triagem as pessoas derivadas do Acolhimento:

**Acolhimento** – O acolhimento se dará através de:

- Grupos realizados nas unidades – nos grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e outros a equipe de saúde bucal deverá participar para garantir que os participantes sejam orientados a se agendarem para a triagem de saúde bucal.
- Demanda espontânea – as pessoas que procurarem a unidade buscando o serviço de saúde bucal deverão ser agendadas para a triagem seguinte.
- Campanha de diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal: os idosos triados durante a Campanha devem também ser absorvidos em suas unidades de referência para tratamento odontológico.
- Urgência – as pessoas atendidas em urgência deverão ser agendadas para a próxima triagem que se realizará na unidade, após seu atendimento. Deve-se lembrar que não há número limite de urgência por período por CD; conforme o especificado anteriormente, a saber: *“ Os casos caracterizados como urgência pelo profissional do período são prioritários e para sua avaliação devem ser intercalados entre as consultas agendadas. Podem suprir os faltosos do dia e, se necessário, o tempo destinado às consultas agendadas será diminuído, realizando-se menos procedimentos, nesta hipótese. Num dia em que eventualmente o número de urgências seja excepcionalmente elevado, pode-se reagendar para outro dia algum dos demais usuários previamente agendados. Se essa for uma realidade constante na unidade, pode-se pensar numa programação com um menor número de agendados, mas apenas nessa hipótese”*. Consultar o fluxograma de atendimento às urgências no anexo 4.

Quadro 12 - Agendamento Mensal e Diário segundo Modalidade de Equipe de Saúde Bucal na ESF

Grupo triagem	Estimativa de faltas: 60%	Nº total p/ triar	Pessoas classificadas como Risco E, F	Agendamento mensal	Agendamento diário	Tempo para conclusão
<b>ESB Modalidade I</b> 75 famílias (25 por microárea) (média de 300 pessoas)	180 pessoas	120 pessoas	50% (considerando que será uma média entre adultos, que tem maior risco e crianças) = 60 pessoas	37 adultos de alto risco para cárie ou d.periodontal; TC ou TC em CDB em no máximo 4 consultas.	8 agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por arcada ou hemiarco	6 semanas aproximadamente
				12 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em no máximo 2 consultas	4 agendamentos por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco.	
<b>ESB Modalidade II</b> 150 famílias (50 por microárea) média de 600 pessoas	360 pessoas	240 pessoas	50% (considerando que será uma média entre adultos, que tem maior risco e crianças) = 120 pessoas	46 adultos de alto risco para cárie ou d.periodontal; TC ou TC em CDB em no máximo 4 consultas	8 agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por arcada ou hemiarco	8 semanas aproximadamente
				15 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em no máximo 2 consultas	6 agendamentos por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco	

Quadro 12 A. Média de atendimento diário, rendimento e número esperado de 1ª.Consultas e Tratamentos concluídos (convencional ou em CDB) segundo ESB na ESF

Equipe SB	Nº de atendimentos/dia	Rendimento			Média de 1as. Consultas/TI e TC/TC em CDB esperados no mês, p/ alto risco		
		Procedimentos/pessoa	Procedimentos/dia	Procedimentos/hora	Adultos	Crianças	Total
Modalidade 1	12 (8 adultos e 4 crianças)	4	48	6	31	10	49
Modalidade 2	14 (8 adultos e 6 crianças)	6	84	10,5	46	15	56

**QUADRO 13 - Agendamento para a equipe de saúde bucal, segundo o risco encontrado**

Condição	Patologia	Risco	RH	Abordagem
Baixo risco	Cárie	A	ACD	<b>-Grupos de orientação</b> de no mínimo 12 pessoas com duração de no mínimo 30 minutos. <b>-Escovação supervisionada preferencialmente no dia da triagem</b> <b>-Retorno em 1 ano em grupos com a ACD</b>
	Doença periodontal	0		
	Tecidos moles	0		
Risco moderado	Cárie	B, C	ACD, THD	<b>-Grupos de orientação</b> de no mínimo 12 pessoas com duração de no mínimo 30 minutos. <b>-Escovação supervisionada preferencialmente no dia da triagem</b> <b>-Retorno em 1 ano em grupos com a ACD ou THD</b>
	Doença periodontal	B		
	Tecidos moles	1	CD	<b>-Á critério do cirurgião-dentista</b>
Alto risco	Cárie	D	CD, THD	<b>-Grupos de orientação</b> de no mínimo 12 pessoas com duração de no mínimo 30 minutos preferencialmente no dia da triagem. <b>-Fluoroterapia intensiva a cargo do CD ou THD</b> <b>-Retorno em 8 meses em grupos</b>
	Doença periodontal	1, 2		
	Cárie	E, F	CD, THD	<b>-Grupos de orientação</b> de no mínimo 12 pessoas com duração de no mínimo 30 minutos preferencialmente no dia da triagem. <b>-Prioridade para atendimento clínico que deverá ser feito por hemi-arco.</b> <b>-Retorno em 4 meses em grupos</b>
	Doença periodontal	6, 8		
	Tecidos moles	2	CD	<b>Encaminhamento imediato para o CEO</b>

## 2) Modelo de Atendimento

O atendimento obedecerá ao disposto anteriormente neste documento, e será preferencialmente em duas fases, com o objetivo ampliar num tempo menor a cobertura das ações de saúde bucal e tirar do risco às doenças bucais o maior número de pessoas.

Conclui-se a primeira fase quando todas as famílias de um determinado território tiverem sido convidadas ou as famílias de maior vulnerabilidade social de diferentes microareias.

### Primeira Fase:

Remoção de focos infecciosos, selamento de cavidades, raspagens/polimentos coronoradiculares, acesso a polpa dentária e medicação, restaurações de dentes anteriores quando comprometem a estética e encaminhamentos para especialidades.

### Segunda Fase:

Restaurações definitivas, cirurgias eletivas e encaminhamentos para especialidades

**O cronograma semanal/mensal de atividades das ESB deverá contemplar:**

- participação semanal de um dos membros da equipe nas reuniões diárias de equipe;



- atendimento domiciliar aos usuários impossibilitados de locomoção, observando-se o disposto no documento *Cuidados Domiciliares em Saúde Bucal* (<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/bucal>);
- reuniões das equipes de saúde bucal (que não excedam a 4 horas mensais);
- realização das ações coletivas de saúde bucal (4 horas semanais para o Cirurgião-Dentista) maior número de horas para o THD que estiver fora da cadeira odontológica;
- 1 hora semanal para a realização de grupos educativos (ou quinzenal, dependendo da relação equipe de saúde bucal/equipe mínima);
- 1 hora mensal para o planejamento das triagens.

**De qualquer forma, no mínimo 30 horas semanais devem ser dedicadas exclusivamente à clínica.**

### **1.3.5. Avaliação e sistemas de informação**

Conforme destacado pelo Ministério da Saúde em 1.999:

*“O sistema de informação e os seus respectivos instrumentos (fichas, cadastros, boletins, equipamentos), devem complementar as ações e serviços de saúde bucal tornando viável a avaliação permanente dessas atividades. Os profissionais da área de saúde bucal devem se valer de informações gerais sobre os usuários e as famílias, a fim de planejar e organizar seu trabalho, assim como os demais profissionais precisam conhecer e utilizar informações de saúde bucal. Em conjunto, todos os envolvidos nas unidades de saúde devem criar e desenvolver práticas de saúde que permitam o compartilhamento de informações sobre o trabalho com as famílias. Dados e informações atualizadas sobre cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, lesões lábio palatinas, câncer bucal, fluorose dentária e uso e necessidade de prótese devem ser produzidos periodicamente, de modo a monitorar o perfil epidemiológico bucal da população-alvo e tomar decisões com base nesse perfil”.*

É importante que os profissionais da ESB conheçam o sistema de informações e a importância do preenchimento adequado das fichas para desencadear o processo de avaliação das ações desenvolvidas, bem como os indicadores para monitorar as ações de saúde bucal.

### **1.3.6. Responsabilidade técnica**

Para atender a legislação sanitária vigente (Resolução SS-15 de 18/01/99), faz-se necessária a indicação de um responsável técnico, cirurgião-dentista, nos estabelecimentos de prestação de serviço odontológico.

### **1.3.7. Humanização do atendimento, acolhimento do paciente e estabelecimento de vínculo.**

A ESB, independente do tipo de unidade de trabalho (UBS, CEO, SAE, PS, PA ou hospital), deve reconhecer o direito que o usuário tem a um atendimento integral e que suas necessidades precisam ser acolhidas, atendidas no que for possível nesse nível de atenção e encaminhadas devidamente, estabelecendo-se o vínculo entre paciente e serviço/profissionais da saúde bucal.

Acolher a pessoa que procura a unidade, ouvir sua queixa, atendendo, orientando, encaminhando, informando-a sobre seus direitos é um dos aspectos mais importantes do serviço de saúde. Nesse sentido, mesmo em uma unidade onde não esteja implantada a ESF, a busca de ações domiciliares para pacientes acamados deve ser uma estratégia a ser adotada, bem como a capacitação dos cuidadores em relação à saúde bucal.

### **1.3. 8. Maior resolutividade da clínica básica**

Com o avanço no processo de universalização das ações de saúde bucal e sempre na perspectiva do cuidado integral como direito precípua de cidadania, é imperativo que esse nível de atenção esgote seus limites de atuação, encaminhando de forma criteriosa para o nível especializado apenas as pessoas portadoras de condições que efetivamente requeiram atenção em outro nível do sistema.

Nesse sentido, há necessidade de que sejam observadas as rotinas de encaminhamento das ações básicas para as especializadas, bem como observadas a contra-referência.

Assim cada vez mais é necessário que o clínico geral amplie o seu leque de ações. Os “Cadernos de Saúde Bucal” produzidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2004, com recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais, cirurgia ambulatorial, endodontia, periodontia, semiologia, odontopediatria e ortodontia preventiva podem subsidiar os cirurgiões-dentistas da atenção básica constituindo-se num instrumento que, além de auxiliar na ampliação da resolutividade, agilize o processo de referência e contra-referência. Esses documentos encontram-se no seguinte endereço eletrônico: [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/novo\\_site/saude\\_bucal/cadernos/](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/novo_site/saude_bucal/cadernos/).

## **2. SERVIÇOS DE URGÊNCIA: PRONTO ATENDIMENTO (PA) E PRONTO SOCORRO (PS)**

Sob a ótica de uma rede de serviços, os serviços de pronto atendimento e pronto socorro freqüentemente são uma das “portas de entrada” do sistema de saúde (e por vezes a única), e assim suas ações devem ser orientadas pelos princípios do SUS.

É importante lembrar que as unidades de PA, PS e hospitais com equipamento odontológico desenvolvam as ações durante as 24 horas do dia, ações que necessitam ser resolutivas e com qualidade, permeadas pelo princípio da humanização e do acolhimento, baseadas nas boas práticas da clínica (com qualidade e respeito à biossegurança).

Nesse sentido, faz-se necessária realização efetiva de procedimentos odontológicos (ex. exodontias, drenagens de abscessos entre outros) e não apenas medicação e encaminhamento.

O indivíduo deve ser atendido de forma a resolver as suas necessidades.

Por esse motivo, dentro das possibilidades de cada serviço, deve ser incluído o agendamento de retorno do indivíduo atendido em condição de emergência ou urgência para o mesmo plantão, sem exclusão de qualquer faixa etária, no sentido de reduzir suas necessidades acumuladas, preparando-o para a inserção na rede básica em processo de reorganização (ex. necessidades de exodontias múltiplas, procedimentos de controle epidemiológico das doenças bucais, dentre outros).

As principais atividades a serem realizadas em PA e PS são: tratamento de odontalgias, abscessos dento-alveolares, exodontias, hemorragias dentárias e alveolite, além do atendimento a politraumatizados.

Necessidades que mereçam encaminhamento devem ser avaliadas, bem como a forma de fazê-lo, garantindo-se o processo de referência e contra-referência, para assegurar a resolutividade dos problemas dos indivíduos. Estes não podem ser deixados à mercê da própria sorte, “soltos” no sistema, porém precisam ser cuidados, acompanhados.

Assim, os PS e PA passam a ter papel de fundamental importância na assistência em saúde bucal, pois estão em uma intersecção entre o atendimento primário, secundário e terciário. São responsáveis pelo atendimento de urgências e emergências e representam a porta de entrada do politraumatizado, dando o primeiro atendimento e encaminhando o paciente para o hospital de referência.

Além disso, cabe destacar que os PS e PA são referências das unidades de saúde para o atendimento de urgência que não conseguiu absorver e que se deve buscar para este (atendimento) sintonia entre o plantonista e o cirurgião-dentista que encaminhou o paciente.

É importante destacar ainda que o relatório da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (MS 2004) reitera a necessidade de manutenção do atendimento odontológico nos PA e PS, 24 horas por dia, todos os dias da semana, melhorando e garantindo a qualidade do serviço integrado ao modelo de atenção. Esse destaque também é efetuado na Política Nacional de Saúde Bucal (MS 2004) e é um direito precípuo de cidadania.

Ante essas considerações, é uma recomendação de que nos plantões diurnos, sejam mantidos dois plantonistas, em benefício de um pronto atendimento às urgências, em que as boas práticas da clínica possam

ser observadas, e que o atendimento humanizado possa ser utilizado em benefício do usuário, sobretudo, mas também do trabalhador de saúde, considerando os momentos de picos do serviço, momentos em que as urgências odontológicas somam-se urgências resultantes de politraumatismos, e que alguns procedimentos requerem, por vezes, a atuação de dois profissionais concomitantemente.

### **3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

#### **3.1. Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e Ambulatórios de Especialidades**

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) estão preparados para realizar as seguintes especialidades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; atendimento a portadores de necessidades especiais e contarão também com o serviço de próteses total e parcial removível.

O usuário, quando necessitar desse serviço, deve ser encaminhado de uma UBS (ou de outro nível do sistema, desde que observados os protocolos de encaminhamento), por meio de mecanismos de referência e contra-referência. As observações importantes para o encaminhamento de pacientes aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) encontram-se nos anexos. É importante que já tenha sido feito o preparo da cavidade bucal até o limite de atuação da atenção básica.

Além das especialidades ofertadas nos CEO, deverão ser ampliados os serviços de ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares. Outras, como cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, tratamento do câncer bucal e anestesia geral e seletiva para pacientes especiais, serão implementadas nos hospitais com ações de maior complexidade, assim como diagnóstico e o tratamento da dor orofacial que requeiram ambiente especializado.

#### **3.2. Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE DST/AIDS)**

Tendo em vista o histórico da epidemiologia da AIDS e a dificuldade do atendimento pela rede básica dos indivíduos HIV positivos, foram criadas na SMS unidades especializadas para essa finalidade, que contam com equipes multiprofissionais que incluem o Cirurgião-Dentista.

Essas unidades devem realizar, nessa população, todos os procedimentos previstos para a atenção básica, observando-se os parâmetros propostos e já descritos (com exceção das Ações Coletivas realizadas nos espaços escolares), devendo, também, ter sua resolutividade ampliada.

Desta forma, procedimentos de endodontia (no mínimo em dentes unirradiculares) e procedimentos de periodontia não cirúrgicos poderão ser executados na própria unidade, referenciando para os CEO apenas o que não for passível de resolução, respeitados os protocolos de encaminhamento.

Essas unidades também poderão ser referência para os profissionais da rede básica e dos CEO no que diz respeito a capacitações em DST/AIDS.

Deve-se salientar, todavia, que a Unidade Básica de Saúde não poderá negar o atendimento a pessoas portadoras de DST/AIDS.

#### **3.3. Atendimento em âmbito hospitalar**

O CD deve integrar as equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas etc), atuando segundo os *cuidados integrais* requeridos pelos indivíduos assistidos.

Tradicionalmente, o atendimento em saúde bucal nos hospitais da rede municipal direciona-se, quase que exclusivamente, aos indivíduos com trauma bucomaxilofacial.

Entretanto, a partir do reconhecimento da interação entre doenças bucais e sistêmicas, e sempre na perspectiva do “cuidado integral”, torna-se premente a atenção odontológica para pacientes hospitalizados portadores de doenças sistêmicas, seja por condições momentâneas em que o atendimento ambulatorial não é possível, seja por condições do indivíduo que requerem, mesmo para um procedimento simples, uma retaguarda hospitalar (ex. pacientes com discrasias sanguíneas, oncológicos, entre outros).

A abordagem dessas situações exige conhecimentos da fisiopatologia de doenças sistêmicas e métodos diagnósticos mais sofisticados acompanhando o avanço das ciências da saúde, sempre em benefício das pessoas.

O Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) já colocou em prática esta nova proposta de atenção em saúde bucal (Portaria nº 43/2004), que tem os seguintes objetivos:

- produzir conhecimento relevante e útil na construção do sistema de saúde, pela integração do CD ao cuidado de pacientes hospitalizados;
- oferecer atividade prática e científica que permita o entendimento dos mecanismos de interação entre as doenças sistêmicas e a saúde bucal;
- promover a formação de profissionais capacitados ao trabalho junto à equipe multiprofissional levando em conta a realidade social, o respeito ao doente e a qualidade na prestação de serviços;
- permitir melhor integração das relações entre profissionais de diferentes áreas do cuidado a saúde e
- criar um amplo senso de colaboração recíproca, que permita desenvolver condições de crescente otimização dos novos conhecimentos científicos no cuidado dos pacientes hospitalizados.

No relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal é sugerida a inserção de conteúdos de saúde bucal na formação de todos profissionais da área da saúde, reforçando a importância dos cuidados para pacientes hospitalizados, além de inserir no contexto hospitalar o profissional da saúde bucal para acompanhar o hospitalizado nos diferentes setores de tratamento.

### III. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UER/IMS: ABRASCO, 2003.

Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde – CONASS. *Carta de Sergipe*. Aracaju, 2003 [documento final do Encontro dos Secretários Estaduais de Saúde ocorrido em 12 de julho de 2.003 em Aracaju-SE]

Fundação Zerbini – PSF. *Protocolo: Critérios de Risco Familiar*. São Paulo, 2003.

Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 373, de 27/02/2002. Diário Oficial da União de 28/02/2002. Seção I. p. 52. Brasília, DF. [Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2.002]

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes Nacional de Saúde Bucal Brasília*, 2004.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.570, de 29/07/2004. Diário Oficial da União 146, de 24/09/2004. Seção I. p. 71/72 [Institui incentivo financeiro para os Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de prótese Dentária]

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.023, de 23/09/2004. Diário Oficial da União 185, de 20/07/2004. Seção I. p. 44/45 [define responsabilidades dos municípios e Distrito Federal na gestão do sistema municipal]

Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*. [Relatório Final]. Brasília, 2004.

Petersen PE. *Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century- The approach of the WHO Global Oral Health Program*. Community Dent Epidemiol 2.003; 31(suppl.1):3-24.

PSF Santa Marcelina. *Diretrizes Gerais*. São Paulo, 1999

São Paulo, Município. *Lei 13.533, de 19.3.2003*. Diário Oficial do Município de 20.03.2003, folha 1 [atribui a Secretaria Municipal da Saúde a manutenção das ações preventivas e curativas em saúde bucal destinadas as crianças usuárias de centros de educação infantil e escolas municipais].

São Paulo, Município. *Lei 13.780, de 11.2.2004*. Diário oficial do Município de 12.2.2004, folha 1 [dispõe sobre a criação do programa municipal de atenção à saúde do escolar e da outras providencias].

São Paulo, Município. Decreto 45.986, de 16.6.2005. Diário oficial do Município de 17.6.2005, folha 23 [regulamenta a lei n. 13.780, de 11 de fevereiro de 2004, que dispõe sobre a criação do programa municipal de atenção à saúde do escolar].

São Paulo, Município. *Lei 14.080, de 26.10.2005*. Diário oficial do Município de 27.10.2005 [dispõe sobre a avaliação oftalmológica, auditiva e bucal dos estudantes da rede municipal de ensino].

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Diretrizes para a Política de Saúde Bucal do Estado de São Paulo*. 1995.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS/SP em função do risco de cárie dentária*. São Paulo, 2000.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica – uma proposta para o SUS - São Paulo*. São Paulo, 2001.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica – Versão Cidade de São Paulo*. São Paulo, 2001.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002*. São Paulo, 2002.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *A Saúde Bucal no SUS - São Paulo*. São Paulo, 2004.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Cadernos de Saúde Bucal*. São Paulo, 2004.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *A Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica no Município de São Paulo*. São Paulo, 2003.

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *Documento norteador. Compromisso das unidades básicas de saúde com a população*. São Paulo, 2005.

Zanetti, CHG. *Anotações do curso sobre PSF ministrado no XVIII Encontro Nacional de Técnicos e Administradores do Serviço Público Odontológico, IV Encontro Nacional dos Coordenadores Estaduais de Saúde Bucal e o VII Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva*. Salvador, BA, de 21 a 24.4.2005.

## **IV. ANEXOS**

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAR DAS AÇÕES  
COLETIVAS NAS ESCOLAS

44



PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

*Termo de consentimento livre e esclarecido.*

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

Nome do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_

Declaro saber que serão desenvolvidas nessa escola, pela equipe de saúde bucal da Secretaria Municipal da Saúde, ações coletivas de saúde bucal – que constam de inspeção bucal, atividades educativas e preventivas e tratamento restaurador atraumático para as crianças que apresentarem lesões de cárie. Esse tratamento consta de remoção do tecido cariado com instrumentos manuais e selamento das cavidades com um material denominado ionômero de vidro e tem o objetivo de restabelecer a saúde bucal, impedindo a progressão da cárie dentária. As crianças que necessitarem de exodontias (extração de dente) ou outro tipo de tratamento serão encaminhadas para a unidade de saúde mais próxima.

. Desta forma, **autorizo** que o (a) aluno(a) supra citado (a) participe das ações coletivas de saúde bucal.  
São Paulo, (data: dia, mês e ano) \_\_\_\_\_

**Pai ou responsável:** nome e RG \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

*Termo de consentimento livre e esclarecido.*

Nome da Escola: \_\_\_\_\_

Nome do (a) aluno (a): \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_

Declaro saber que serão desenvolvidas nessa escola, pela equipe de saúde bucal da Secretaria Municipal da Saúde, ações coletivas de saúde bucal – que constam de inspeção bucal, atividades educativas e preventivas e tratamento restaurador atraumático para as crianças que apresentarem lesões de cárie. Esse tratamento consta de remoção do tecido cariado com instrumentos manuais e selamento das cavidades com um material denominado ionômero de vidro e tem o objetivo de restabelecer a saúde bucal, impedindo a progressão da cárie dentária. As crianças que necessitarem de exodontias (extração de dente) ou outro tipo de tratamento serão encaminhadas para a unidade de saúde mais próxima.

Desta forma, **autorizo** que o (a) aluno(a) supra citado (a) participe das ações coletivas de saúde bucal.  
São Paulo, (data: dia, mês e ano) \_\_\_\_\_

**Pai ou responsável:** nome e RG \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

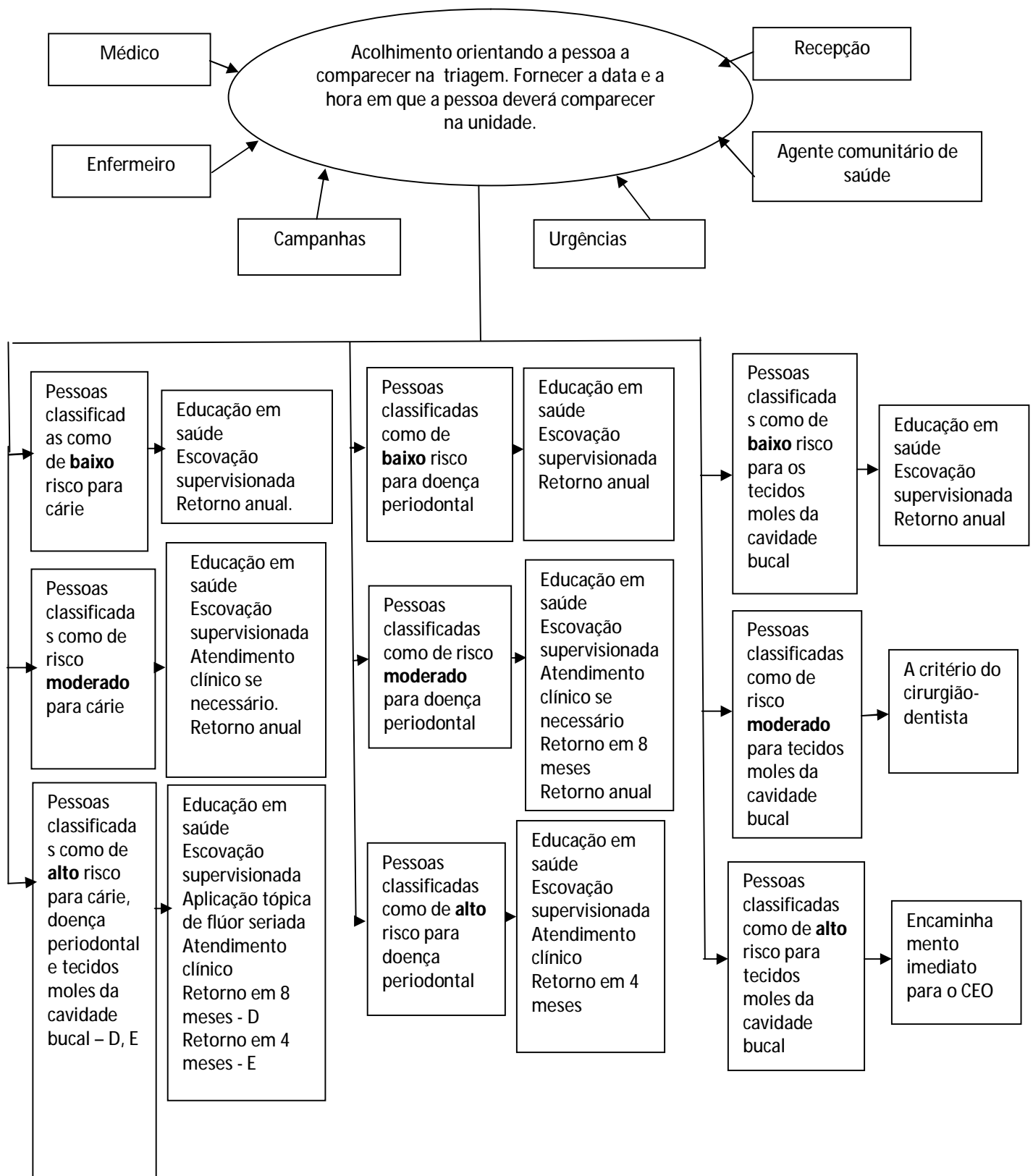


## ANEXO 2 – PLANEJAMENTO DAS AÇÕES COLETIVAS

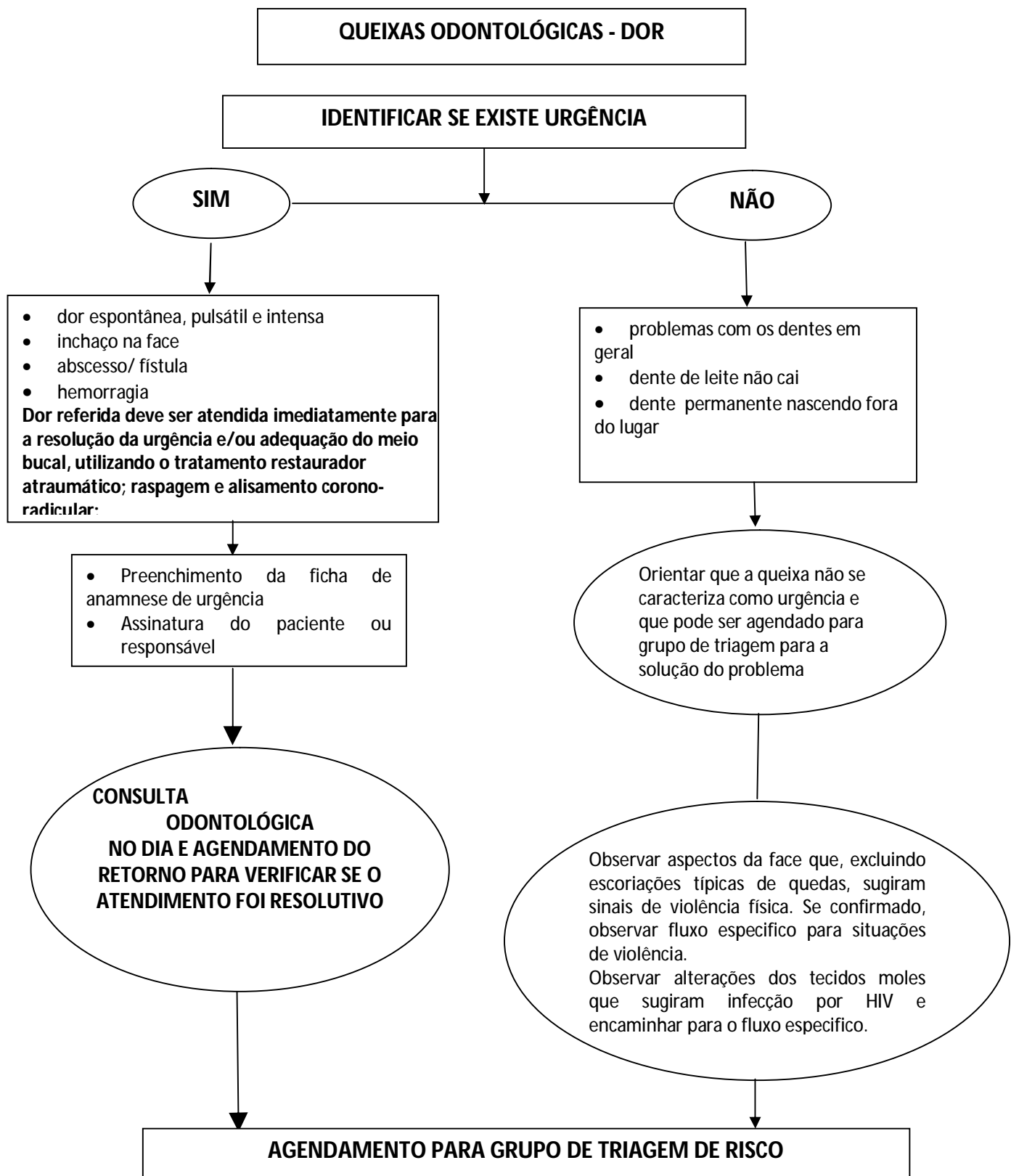
[illegible]

[illegible]

## Anexo 4 - FLUXOGRAMA PARA ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL



## Anexo 5 - FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DAS URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS



**ANEXO 6 – COMPOSIÇÃO DO PRONTUÁRIO**



## COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA - ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

Coord. Reg. de Saúde \_\_\_\_\_ Sup. Técnica de Saúde \_\_\_\_\_ Unidade Básica de Saúde \_\_\_\_\_

## FICHA ODONTOLÓGICA – CRIANÇA E ADOLESCENTE - 0 a 19 anos

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº DO CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO

NOME:

SEXO: F ( ) M ( )

IDADE:

DATA NASC. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:

RAÇA/COR/ETNIA:

NATURALIDADE:

RG:

PROFISSÃO:

TELEF. RESIDENCIAL:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

TELEF. COMERCIAL:

Nome do Responsável:

Assinatura: \_\_\_\_\_

ÁREA:

MICRO ÁREA:

Nº FAMÍLIA:

É CADASTRADO? SIM ( ) NÃO ( )

## ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL (motivo da consulta): \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA MÉDICA

A MÃE TOMOU ALGUM MEDICAMENTO DURANTE A

SIM ( ) NÃO ( ) MOTIVO:

GRAVIDEZ?.....

A MÃE SOFREU ALGUM ACIDENTE DURANTE A

SIM ( ) NÃO ( ) ESPECIFICAR:

A MÃE APRESENTOU PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL DURANTE A

GRAVIDEZ?..... CÁRIE ( ) D. PERIODONTAL ( ) OUTROS ( )

TIPO DE PARTO..... NORMAL ( ) CESÁREA ( ) FÓRCEPS ( ) PREMATURO ( )

AO NASCIMENTO O BEBÊ APRESENTOU:

HEMORRAGIA ( ) ANÓXIA ( ) CIANOSE ( ) DIFICULDADES DE SUCÇÃO ( )

ANOMALIAS CONGÊNITAS ..... SIM ( ) NÃO ( ) QUAIS?

A CRIANÇA JÁ FOI HOSPITALIZADA..... SIM ( ) NÃO ( ) MOTIVO:

JÁ TEVE ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO?

SARAMPO ( ) RUBÉOLA ( ) CAXUMBA ( ) ESCARLATINA ( ) VARICELA ( )

D. CARDÍACA ( ) D. HEPÁTICA ( ) D. RENAL ( ) D. REUMÁTICA ( ) D. RESPIRATÓRIA ( )

DIABETES ( ) DESMAIOS ( ) CONVULSÕES ( ) PARALISIA CEREBRAL ( ) ATAQUES ( )

PERDA DE CONSCIÊNCIA ( ) DOENÇA HEMATOLÓGICA ( )

## ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES:

DIABETES ( ) DOENÇAS CARDIOVASCULARES ( ) NEOPLASIAS ( )

DOENÇAS HEMORRÁGICAS ( ) MAFORMAÇÃO ( ) OUTRAS ( )

TEM ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO?..... SIM ( ) NÃO ( ) ESPECIFICAR:

ESTÁ SOB TRATAMENTO MÉDICO?..... SIM ( ) NÃO ( ) ESPECIFICAR:

FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO?..... SIM ( ) NÃO ( ) ESPECIFICAR:

JÁ TEVE CONTATO COM ALGUM TIPO DE DROGA..... SIM ( ) NÃO ( )

INGERE BEBIDA ALCÓOLICA?..... SIM ( ) NÃO ( )

É FUMANTE?..... SIM ( ) NÃO ( )

ESTÁ GRÁVIDA?..... SIM ( ) NÃO ( )

## HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

ALEITAMENTO NATURAL ( ) ALEITAMENTO ARTIFICIAL ( ) ALEITAMENTO NOTURNO (NATURAL/ARTIFICIAL) ( )

ÁGUA SABESP ( ) GALÃO ( ) POÇO ( )

SUCÇÃO DE CHUPETA?----- SIM ( ) NÃO ( )

SUCÇÃO DO DEDO?----- SIM ( ) NÃO ( )

OUTROS HÁBITOS----- SIM ( ) NÃO ( ) QUAIS?

RESPIRADOR BUCAL?----- SIM ( ) NÃO ( )

HIGIENIZA A BOCA DO BEBÊ? ----- SIM ( ) NÃO ( )

FREQUENCIA DA ESCOVAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS:- ----- PAI:\_\_\_\_\_ MÃE:\_\_\_\_\_

FREQUÊNCIA DE USO DO FIO DENTAL PELOS PAIS OU RESPONSÁVEIS: PAI:\_\_\_\_\_ MÃE:\_\_\_\_\_

COMO É SUA MASTIGAÇÃO? BILATERAL ( ) LADO DIREITO ( ) LADO ESQUERDO ( )

SENTE DOR OU ESTALIDO QUANDO MASTIGA?----- SIM ( ) NÃO ( )

JÁ TEVE ALGUMA REAÇÃO ALÉRGICA POR ALGUMA SUBSTÂNCIA, MATERIAL OU MEDICAMENTO UTILIZADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA? SIM ( ) NÃO ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

## EXAME CLÍNICO

DEFEITOS DE DESENVOLVIMENTO DO ESMALTE

USO DE PIERCING? ( ) LOCALIZAÇÃO:\_\_\_\_\_

AMELOGÊNOSE IMPERFEITA ( ) HIPOPLASIAS DE ESMALTE DE ORIGEM FLUORÓTICA E NÃO FLUORÓTICA ( )

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA CÁRIE----- ( )

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA DOENÇA PERIODONTAL----- ( )

**NORMAL** – CLASSE I DE ANGLE----- ( )

**LEVE** – MORDIDA CRUZADA UNILATERAL, APINHAMENTO----- ( )

**MODERADA** – MORDIDA CRUZADA BILATERAL, CLASSE II DE ANGLE, MORDIDA ABERTA, MORDIDA CRUZADA DE PRIMEIRO MOLAR PERMANENTE----- ( )

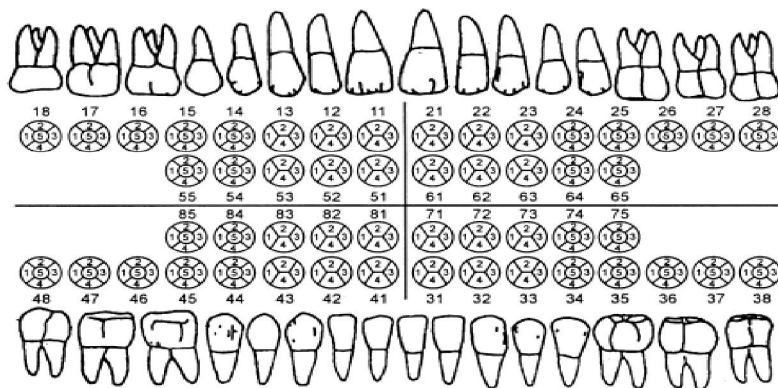
**SEVERA** – CLASSE III DE ANGLE, MORDIDA ABERTA COM OCLUSÃO APENAS DE MOLARES, MORDIDA PROFUNDA----- ( )

EXAME CLÍNICO intra-oral (TI): data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Índice de Ataque de Cárie

c ( ) e ( ) o ( ) h ( )  
C ( ) P ( ) O ( ) H ( )

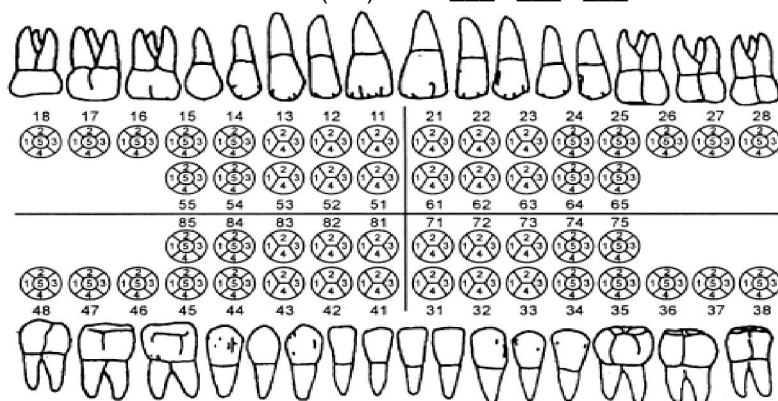
52



Observações Clínicas intra e extra-oris: \_\_\_\_\_

Retorno em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO intra-oral (TM): data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

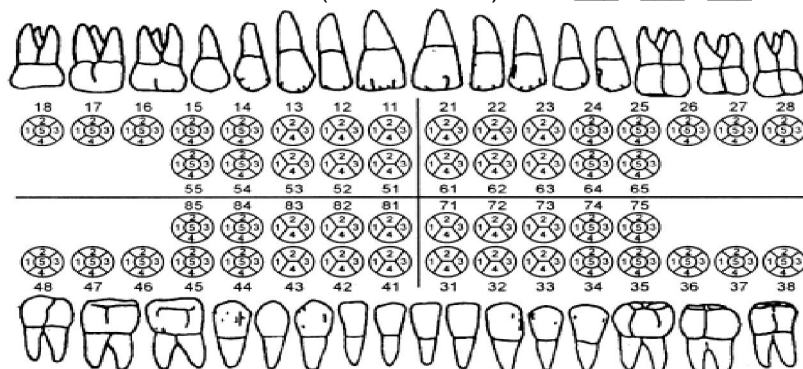


Observações Clínicas intra e extra-oris: \_\_\_\_\_

Retorno em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO intra-oral (TC OU TCDB): data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Observações Clínicas intra e extra-oris: \_\_\_\_\_

Retorno em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do responsável \_\_\_\_\_

Índice de Ataque de Cárie

c ( ) e ( ) o ( ) h ( )  
C ( ) P ( ) O ( ) H ( )

Grupos Educativos

1º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
2º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
3º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N

Classificação por critérios de risco:

Cárie dentária: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Doença periodontal: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Tecidos moles: Baixo (...) Moderado (...) Alto ( )

Índice de Ataque de Cárie

c ( ) e ( ) o ( ) h ( )  
C ( ) P ( ) O ( ) H ( )

Grupos Educativos

1º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
2º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
3º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N

Classificação por critérios de risco:

Cárie dentária: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Doença periodontal: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Tecidos moles: Baixo (...) Moderado (...) Alto ( )

#### LEGENDA

E	ERUPCIONADO
GP	GRANDE QUANTIDADE DE PLACA
MBI	MANCHA BRANCA INATIVA

MBA	MANCHA BRANCA ATIVA
C	CARIADO
( )	NÃO ERUPCIONADO



## DIAGNÓSTICO FINAL

## PLANO DE TRATAMENTO

## OBSERVAÇÃO

## EXAMES COMPLEMENTARES (anotar exames, datas e resultados)

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

## TERMO DE VERACIDADE E RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_, atesto a veracidade de todas as informações obtidas e aqui descritas, e o não ocultamento de informações importantes da minha saúde.

Declaro ter recebido todas as informações e esclarecido minhas dúvidas sobre meu estado atual de saúde bucal, importância da higienização, assiduidade às consultas, causa da doença, seqüelas, alternativas de tratamento e suas limitações.

Autorizo o tratamento proposto e a publicação de todo o caso clínico referente a minha pessoa ou de meu parente.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável



COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL  
Coord. Reg. de Saúde \_\_\_\_\_ Sup. Técnica de Saúde \_\_\_\_\_ Unidade Básica de Saúde \_\_\_\_\_  
**FICHA ODONTOLÓGICA – 20 anos e mais**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº DO CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: F ( ) M ( ) IDADE: \_\_\_\_\_ DATA NASC. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR/ETNIA: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ TELEF. RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ TFI FF. COMFRCIAI :

Nome do Responsável: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

ÁREA: \_\_\_\_\_ MICRO ÁREA: \_\_\_\_\_ Nº FAMÍLIA: \_\_\_\_\_ É CADASTRADO? SIM ( ) NÃO ( )

### ANAMNESE

QUEIXA PRINCIPAL (motivo da consulta): \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA MÉDICA

SOFRE DE ALGUMA DOENÇA?..... SIM ( ) NÃO ( )

ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO?..... SIM ( ) NÃO ( )

NOME: \_\_\_\_\_ POSOLOGIA: \_\_\_\_\_ HÁ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

OBSERVOU ALGUMA ALTERAÇÃO EM SUA SAÚDE GERAL NO ÚLTIMO ANO?..... SIM ( ) NÃO ( )

NOS ÚLTIMOS MESES ENGORDOU/EMAGRECEU DE FORMA EXAGERADA?..... SIM ( ) NÃO ( )

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

JÁ ESTEVE HOSPITALIZADO? SIM ( ) NÃO ( ) MOTIVO: \_\_\_\_\_

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? SIM ( ) NÃO ( ) MOTIVO: \_\_\_\_\_ HÁ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

PAROU DE SANGRAR

NORMALMENTE?..... SIM ( ) NÃO ( )

COMO FOI A CICATRIZAÇÃO? \_\_\_\_\_

TEM OU TEVE DIFICULDADE PARA RESPIRAR?..... SIM ( ) NÃO ( ) QUANDO? \_\_\_\_\_

SUA PRESSÃO ARTERIAL É NORMAL..... SIM ( ) NÃO ( )

SEUS PÉS OU MÃOS INCHAM COM FREQUENCIA?..... SIM ( ) NÃO ( )

COSTUMA SENTIR TONTURAS OU DESFALECIMENTO?..... SIM ( ) NÃO ( )

SENTE MUITA SEDE OU FOME? SIM ( ) NÃO ( ) URINA COM FREQUENCIA? SIM ( ) NÃO ( )

SENTE CANSAÇO FÍSICO AO PEQUENO ESFORÇO?..... SIM ( ) NÃO ( )

TEM OU TEVE ALGUMA DESTAS DOENÇAS?

HEPATITE A, B, C ( ) HIV ( ) DEPRESSÃO ( ) CARDIOPATIAS ( )

TUBERCULOSE ( ) ANEMIA ( ) MENINGITE ( ) PROBLEMAS RENAIAS ( )

SÍFILIS ( ) GASTRITE ( ) EPILEPSIA ( ) *PROBLEMAS* RESPIRATÓRIOS ( )

HERPES ( ) DIABETES ( ) NEOPLASIAS ( ) DORES MUSCULARES ( )

TEM OU TEVE ALERGIA A ALGUM MEDICAMENTO, ALIMENTO OU SUBSTÂNCIA?..... SIM ( ) NÃO ( )

TEM COM FREQUENCIA ALGUM TIPO DE SANGRAMENTO?..... SIM ( ) NÃO ( )

NOTA O APARECIMENTO DE MANCHAS ROXAS NA PELE?..... SIM ( ) NÃO ( )  
 ESTÁ GRÁVIDA?

..... SIM ( ) NÃO ( ) QUANTOS MESES? \_\_\_\_\_

NÚMERO DE FILHOS: \_\_\_\_\_

ESTÁ AMAMENTANDO NO MOMENTO?..... SIM ( ) NÃO ( )

GOSTARIA DE ACRESCENTAR ALGUM FATO IMPORTANTE QUE NÃO FOI ABORDADO?..... SIM ( ) NÃO ( )

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

SENTE DOR EM ALGUMA PARTE DO ROSTO, DA BOCA OU DENTE QUANDO MASTIGA? SIM ( ) NÃO ( )

LOCALIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

ALGUM DENTE DÓI COM FRIO, CALOR OU DOCE?..... SIM ( ) NÃO ( ) LOCALIZAÇÃO

POSSUI DENTES COM MOBILIDADE?..... SIM ( ) NÃO ( ) LOCALIZAÇÃO

SENTE GOSTO DESAGRADÁVEL NA BOCA?..... SIM ( ) NÃO ( )

SENTE A GENGIVA IRRITADA, INCHADA, DOLORIDA OU SANGRANTE?..... SIM ( ) NÃO ( )

ESCOVA OS DENTES COM REGULARIDADE?..... SIM ( ) NÃO ( )

QUAL O TIPO DE CERDAS DA SUA ESCOVA? ..... DURAS ( ) MÉDIAS ( ) MACIAS ( )

USA FIO OU FITA DENTAL? SIM ( ) NÃO ( ) USA ANTISÉPTICOS BUCAIS? ..... SIM ( ) NÃO ( )

USA OUTROS MÉTODOS DE HIGIENE? PALITO ( ) ESCOVAS INTERPROXIMAIS OU UNITUFO ( )

JÁ SE SUBMETEU ALGUNS DOS TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS DESCRITOS ABAIXO?

ENDODÔNTICO ( ) PERIODONTAL ( ) PROTÉTICO ( )

JÁ SE SUBMETEU A CIRURGIA BUCAL?..... SIM ( ) NÃO ( ) QUAL?

TIPO DE CIRURGIA: \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_ INTERCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

JÁ TEVE ALGUMA REAÇÃO ALÉRGICA POR ALGUMA SUBSTÂNCIA,  
MATERIAL OU MEDICAMENTO UTILIZADO PELO CIRURGIÃO-DENTISTA? SIM ( ) NÃO ( ) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

SANGRA DE MANEIRA EXAGERADA QUANDO SE CORTA OU EXTRAÍ DENTES?..... SIM ( ) NÃO ( )

A REGIÃO FERIDA OU OPERADA CICATRIZA NORMALMENTE?..... SIM ( ) NÃO ( )

TEM DIFICULDADE DE ABRIR A BOCA?..... SIM ( ) NÃO ( )

RESPIRA PELA BOCA?..... SIM ( ) NÃO ( )

COSTUMA RANGER OU APERTAR OS DENTES?..... SIM ( ) NÃO ( )

ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES:

DIABETES ( ) DOENÇAS CARDIOVASCULARES ( ) NEOPLASIAS ( ) DOENÇAS HEMORRÁGIICAS ( )

MAFORMAÇÃO ( ) OUTRAS ( )

COMO É SUA MASTIGAÇÃO?..... BILATERAL ( ) LADO DIREITO ( ) LADO ESQUERDO ( )

SENTE DOR OU ESTALIDO QUANDO MASTIGA?..... SIM ( ) NÃO ( )

---

### EXAME FÍSICO EXTRA BUCAL

---

PRESSÃO ARTERIAL \_\_\_\_\_ mmHg

ARTICULAÇÃO TÊMPORO MANDIBULAR: \_\_\_\_\_

LINFONODOS: \_\_\_\_\_

SIMETRIA FACIAL: \_\_\_\_\_

LÁBIOS: \_\_\_\_\_

PELE: \_\_\_\_\_

APARÊNCIA GERAL: \_\_\_\_\_

---

### EXAME FÍSICO INTRA BUCAL

---

EXAME CLÍNICO intra-oral (TI): data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MUCOSA

MUCOSA

PALATO: \_\_\_\_\_

REGIÃO

LÍNGUA: \_\_\_\_\_

FREIOS: \_\_\_\_\_

ASSOALHO: \_\_\_\_\_

HIGIENE BUCAL:	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
----------------	---------	-------------	----------

PLACA VISÍVEL?		SIM ( )	NÃO ( )
----------------	--	---------	---------

CÁLCULO VISÍVEL?		SIM ( )	NÃO ( )
------------------	--	---------	---------

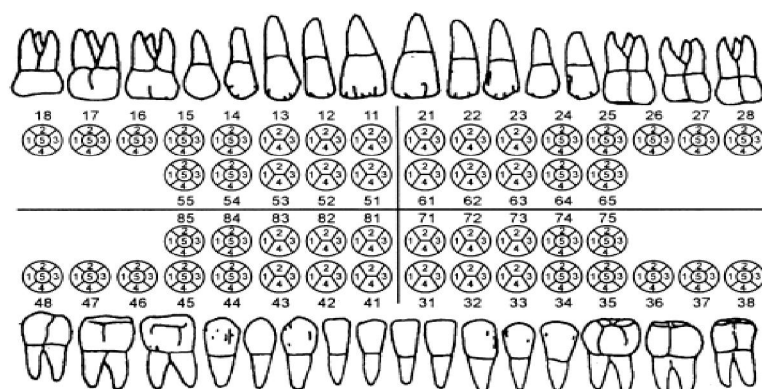
SANGRAMENTO GENGIVAL:		SIM ( )	NÃO ( )
-----------------------	--	---------	---------

RECESSÃO GENGIVAL	SIM ( )	NÃO ( )	ELEMENTOS
-------------------	---------	---------	-----------

SENSIBILIDADE DENTINÁRIA	SIM ( )	NÃO ( )	ELEMENTOS
--------------------------	---------	---------	-----------

MOBILIDADE DENTÁRIA	SIM ( )	NÃO ( )	ELEMENTOS
---------------------	---------	---------	-----------

SINAIS DE BRUXISMO		SIM ( )	NÃO ( )
--------------------	--	---------	---------



Observações clínicas intra e extra orais \_\_\_\_\_

Retorno em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Índice de Ataque de Cárie

c ( ) e ( ) o ( ) h ( )  
C ( ) P ( ) O ( ) H ( )

#### Grupos Educativos

1º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
2º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
3º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N

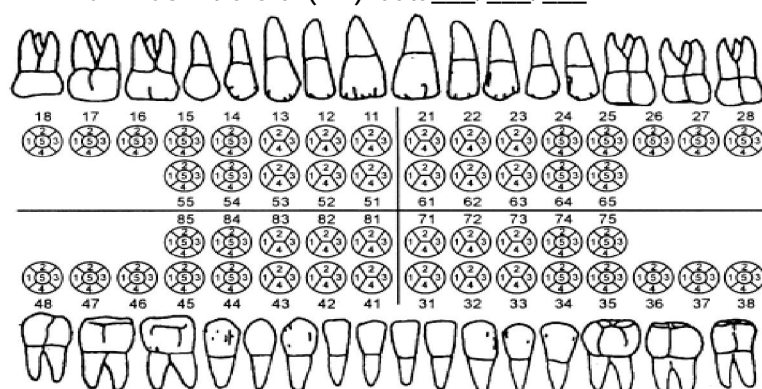
#### Classificação por critérios de risco:

Cárie dentária: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Doença periodontal: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Tecidos moles: Baixo (...) Moderado (...) Alto ( )

EXAME CLÍNICO intra-oral (TM): data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Observações clínicas intra e extra orais \_\_\_\_\_

Retorno em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Índice de Ataque de Cárie

c ( ) e ( ) o ( ) h ( )  
C ( ) P ( ) O ( ) H ( )

#### Grupos Educativos

1º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
2º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
3º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N

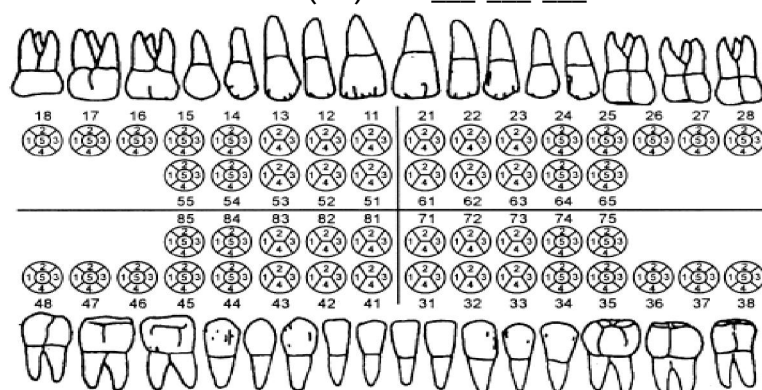
#### Classificação por critérios de risco:

Cárie dentária: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Doença periodontal: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Tecidos moles: Baixo (...) Moderado (...) Alto ( )

EXAME CLÍNICO intra-oral (TM): data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Observações clínicas intra e extra orais \_\_\_\_\_

Retorno em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Índice de Ataque de Cárie

c ( ) e ( ) o ( ) h ( )  
C ( ) P ( ) O ( ) H ( )

#### Grupos Educativos

1º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
2º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N  
3º. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fluoroterapia: ( ) S ( ) N

#### Classificação por critérios de risco:

Cárie dentária: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Doença periodontal: Baixo (...) Moderado (...) Alto (...)

Tecidos moles: Baixo (...) Moderado (...) Alto ( )

#### LEGENDA

E	ERUPCIONADO
GP	GRANDE QUANTIDADE DE PLACA
MBI	MANCHA BRANCA INATIVA

MBA	MANCHA BRANCA ATIVA
C	CARIADO
( )	NÃO ERUPCIONADO

## PLANO DE TRATAMENTO

## OBSERVAÇÃO

## EXAMES COMPLEMENTARES (anotar exames, datas e resultados)

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

## TERMO DE VERACIDADE E RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_, atesto a veracidade de todas as informações obtidas e aqui descritas, e o não ocultamento de informações importantes sobre minha saúde.

Declaro ter recebido todas as informações e esclarecido minhas dúvidas sobre meu estado atual de saúde bucal, importância da higienização, assiduidade às consultas, causa da doença, seqüelas, alternativas de tratamento e suas limitações.

Autorizo o tratamento proposto e a publicação de todo o caso clínico referente a minha pessoa ou de meu parente.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável





**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**  
**ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**  
**FICHA CLÍNICA ENDODONTIA – Versão preliminar**

( ) Aumento volumétrico intra-bucal ( ) Exposição pulpar ( ) Mobilidade dental  
( ) Aumento volumétrico face ( ) Fístula ( ) Restauração

- ( ) Cárie ( ) Fratura coroa ( ) Trauma oclusal  
( ) Cor coroa alterada ( ) Luxação dental ( ) Outros \_\_\_\_\_  
( ) Coroa protética ( ) Linfadenite regional

## Exame radiográfico

- |                              |                               |                                |
|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ( ) calcificação canal       | ( ) hipercementose            | ( ) reabsorção externa         |
| ( ) canais obturados         | ( ) instrumento fraturado     | ( ) reabsorção interna         |
| ( ) capeamento               | ( ) lesão furca               | ( ) raiz curta                 |
| ( ) cárie (coroa)            | ( ) lesão periodontal lateral | ( ) raiz curva                 |
| ( ) cárie raiz               | ( ) nódulo pulpar             | ( ) raiz delgada               |
| ( ) <i>dens in dente</i>     | ( ) núcleo metálico           | ( ) rarefação óssea periapical |
| ( ) dente restaurado         | ( ) osteosclerose             | ( ) rizogênese incompleta      |
| ( ) espessamento periodontal | ( ) perfuração radicular      | ( ) sobreobturação             |
| ( ) fratura raiz             | ( ) pulpotomia                | ( ) outros _____               |

## Diagnóstico

---

## Evolução clínica

[illegible]

## ANEXO 6.3 – FICHA CLÍNICA PARA A ESPECIALIDADE DE PERIODONTIA

### COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL FICHA DE PERIODONTIA

Supervisão Técnica de Saúde: \_\_\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_

Nº do Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ COR/RAÇA/ETNIA: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

		1	2
		4	3
OBSERVAÇÕES			
18			
17			
16			
15			
14			
13			
12			
11			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
38			
37			
36			
35			
34			
33			
32			
31			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			

QUEIXA PRINCIPAL:.....  
 .....

HISTÓRIA DA DOENÇA:.....  
 .....  
 .....

HISTÓRIA MÉDICA E FAMILIAR:.....  
 .....  
 .....

#### HÁBITOS

FUMO ( )SIM ( )NÃO QUANTIDADE...../DIA TIPO.....

PAROU HÁ.....

ÁLCOOL ( )SIM ( )NÃO QUANTIDADE...../DIA TIPO.....

PAROU HÁ.....

EXAME GERAL:.....

EXAME EXTRA-ORAL: .....  
 .....

EXAME INTRA-ORAL: .....  
 .....

HIGIENE ORAL:\_\_\_\_\_

USO DE FIO DENTAL:\_\_\_\_\_

SANGRAMENTO GENGIVAL:\_\_\_\_\_

BRUXISMO/BRIQUISMO:\_\_\_\_\_

HALITOSE:\_\_\_\_\_

IRRITAÇÃO POR PRÓTESE:\_\_\_\_\_

LESOES:\_\_\_\_\_

XEROSTOMIA:\_\_\_\_\_

RESPIRADOR BUCAL:\_\_\_\_\_

CONDIÇÃO DA PRÓTESE:\_\_\_\_\_

NÚMERO DE ESCOVAÇÕES DIÁRIAS:\_\_\_\_\_





**ANEXO 6.4 –FICHA CLÍNICA PARA A ESPECIALIDADE DE DIAGNÓSTICO BUCAL-SEMIOLOGIA**  
**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**  
**ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**  
**FICHA DE DIAGNÓSTICO BUCAL - SEMIOLOGIA**

Supervisão Técnica de Saúde:\_\_\_\_\_ UBS:\_\_\_\_\_

Nº do Cartão SUS:\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

NOME:\_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL:\_\_\_\_\_

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_

SEXO:\_\_\_\_\_ COR/RAÇA/ETNIA:\_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL:\_\_\_\_\_

PROFISSÃO:\_\_\_\_\_ RG:\_\_\_\_\_ TEL:\_\_\_\_\_

ENDEREÇO:\_\_\_\_\_ BAIRRO:\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_

QUEIXA DO PACIENTE\_\_\_\_\_

HISTÓRIA DA DOENÇA:\_\_\_\_\_

HISTÓRIA MÉDICA E FAMILIAR:\_\_\_\_\_

**HÁBITOS**

**FUMO** ( )SIM ( )NÃO **QUANTIDADE...../DIA TIPO.....**

PAROU HÁ.....

**ÁLCOOL** ( )SIM ( )NÃO **QUANTIDADE...../DIA TIPO.....**

PAROU HÁ.....

EXAME GERAL:\_\_\_\_\_

EXAME EXTRA-ORAL: \_\_\_\_\_

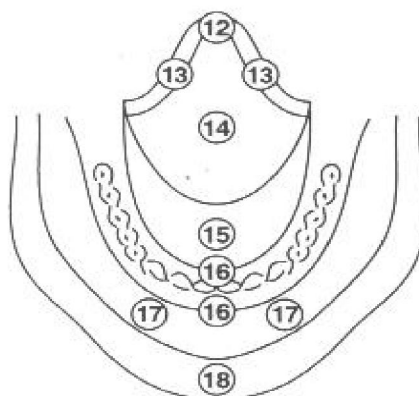
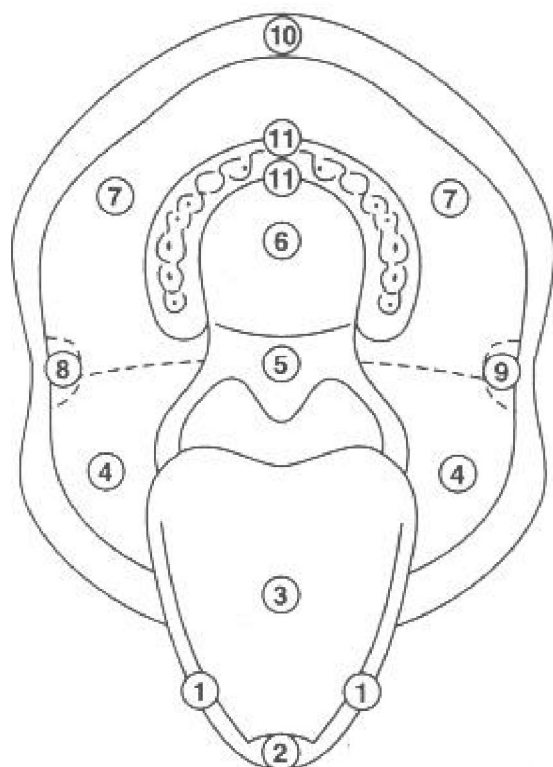
EXAME INTRA-ORAL: \_\_\_\_\_

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: \_\_\_\_\_

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS E RESULTADOS RELEVANTES:\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO FINAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO/CÓDIGO DO EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO: \_\_\_\_\_



Cor:    branca       vermelha       mucosa       negra       não se aplica

Características:    plana    bolha       rugosa       placa       vesícula       fissurada       ulcerada

Tamanho: \_\_\_\_\_

Contorno:       irregular       regular       bordas elevadas       não se aplica

Consistência:    firme       flácida       crepitante       não se aplica

Inserção:       sésil       pediculada

Duração da lesão: \_\_\_\_\_

Distribuição da lesão:    única       múltipla       difusa       não se aplica

Biópsia:    sim    não

Conduta:    tratamento clínico       tratamento expectante       encaminhamento





## TRIAGEM SAÚDE BUCAL – Planilha controle para entrega do convite

[illegible]



# ANEXO 9 – FICHA PARA ATENDIMENTO DAS URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS



PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

Supervisão Técnica de Saúde: \_\_\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_

Nº do Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS

NOME: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ COR/RAÇA/ETNIA: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

ÁREA: \_\_\_\_\_ MICRO ÁREA: \_\_\_\_\_ Nº FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

É CADASTRADO?..... SIM ( ) NÃO ( )

## ANAMNESE

PRESSÃO ARTERIAL: \_\_\_\_\_

ESTÁ EM TRATAMENTO MÉDICO? ..... SIM ( ) NÃO ( ) MOTIVO: \_\_\_\_\_

ESTÁ USANDO ALGUM MEDICAMENTO?..... SIM ( ) NÃO ( ) QUAL? \_\_\_\_\_

É ALÉRGICO A PENICILINA?..... SIM ( ) NÃO ( )

JÁ TOMOU ANESTESIA LOCAL PARA TRATAMENTO DENTÁRIO?..... SIM ( ) NÃO ( )

SENTIU-SE MAL DURANTE ESTA?..... SIM ( ) NÃO ( )

TEM OU TEVE ALGUMA(S) DA(S) PATOLOGIA(S) DESCRITA(S) ABAIXO?

PROBLEMAS CARDÍACOS ( ) HEPATITE ( ) DIABETES ( ) DESMAIOS OU CONVULSÕES ( )

TEM PRESSÃO ALTA?..... SIM ( ) NÃO ( )

ESTÁ GRÁVIDA?..... SIM ( ) QUANTOS MESES? \_\_\_\_\_

SANGRA MUITO QUANDO SE FERE OU EXTRAÍ DENTES?..... SIM ( ) NÃO ( )

TEM ALGUM OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE QUE JULGUE IMPORTANTE RELATAR?.....SIM ( ) NÃO ( )

QUAL? \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

CONDUTA: \_\_\_\_\_

CONCLUSÃO DO CASO:

RESOLUÇÃO IMEDIATA/ALTA ( ) AGENDAMENTO ( ) ENCAMINHADO PARA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

## ANEXO 10- Protocolos de encaminhamento

### ANEXO 10.1 - OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES AOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)

- Ü Todos os pacientes deverão ser encaminhados da UBS (ou de outra unidade) para os CEO com histórico médico-clínico
- Ü Os usuários que tiverem se submetido a exames laboratoriais recentes, solicitados por médicos e cirurgiões-dentistas, deverão ser orientados a levar os resultados na 1ª consulta.
- Ü Todos os usuários devem ser referenciados ao serviço com **“encaminhamento”**, que deve ser levado na 1ª consulta.
- Ü A guia de encaminhamento deverá ter todos os seus campos devidamente preenchidos, de forma clara, com identificação do profissional (nome e CRO), data e assinatura.
- Ü Nesta deve estar escrito para **qual especialidade o usuário está sendo encaminhado**, usando a mesma terminologia abaixo relacionada.
- Ü Especialidades atendidas no CEO:
  - ◆ **Prótese dentária**
  - ◆ **Diagnóstico bucal**
  - ◆ **Endodontia**
  - ◆ **Periodontia**
  - ◆ **Cirurgia oral menor**
  - ◆ **Pacientes com necessidades especiais**
- Ü A “porta de entrada” do sistema será a Unidade Básica de Saúde, que deverá encaminhar os usuários com atendimento básico realizado (Tratamento Completado com Alta -TCA e Tratamento Completado com Retorno - TCR). Os PS e PA poderão fazer este encaminhamento em casos específicos, desde que a adequação do meio bucal tenha sido realizada, atendidos os princípios estabelecidos para cada especialidade. o mesmo ocorre com os SAE/DST/AIDS.
- Ü Para cada especialidade estão estabelecidas possibilidades de atendimento na UBS, prioridades de atendimento no CEO, critérios clínicos para encaminhamento e forma de agendamento nos CEO (número de consultas por período de 4 horas e número de vagas/mês).
- Ü Os parâmetros em relação ao número de consultas para cada especialidade foram estabelecidos conforme consenso de especialistas da rede, visando a resolutividade dos atendimentos e poderão variar no decorrer das atividades, de forma que reuniões periódicas serão necessárias para reavaliação e discussão de casos.

- Ü Para assegurar a resolatividade das consultas, estas deverão ter duração *média* de 60 minutos, observadas as especificidades de cada especialidade, exceto as reservadas para avaliação e possíveis eventualidades (trocas de curativos, remoção de suturas, ajustes de próteses, entre outros).
- Ü As UBS terão cotas de vagas previamente acordadas com a Central de Regulação e Saúde Bucal. Havendo necessidade pela especificidade do caso, a UBS deverá recorrer a Central de Regulação e Saúde Bucal da região.

## **ANEXO 10.2 – Diagnóstico bucal - Semiologia**

### **1. Possibilidades de atendimento na Unidade de Saúde**

O clínico geral deve avaliar se há presença de alterações em tecidos moles e duros com aspecto diferente da normalidade, identificada no exame clínico e na anamnese (queixa e duração).

### **2. Prioridades de atendimento nos CEO**

Serão priorizados os pacientes com lesões presentes na cavidade bucal há mais de 15 dias.

### **3. Critérios clínicos para encaminhamento para os CEO**

O usuário deve ser encaminhado depois de realizados minimamente os procedimentos de adequação do meio bucal relacionados à presença de focos infecciosos cuja contaminação possa interferir na necessidade de procedimentos cirúrgicos, com breve relato clínico (descrição da lesão).

### **4. Forma de agendamento nos CEO**

Deve-se realizar o agendamento de 6 consultas por período de 4 horas em 3 dias da semana, ficando os outros 2 dias disponíveis para cirurgias e retornos em geral.

### **5. Número de vagas/mês**

Deve-se agendar 18 pacientes novos por semana e conseqüentemente 72 por mês. A adequação do atendimento ficará a critério dos profissionais desde que sejam respeitados estes parâmetros (em média 4 consultas com os seguintes procedimentos: exame clínico, exame complementar, diagnóstico e preservação/ alta).

### **6. Fluxo com laboratório anátomo-patológico**

Deve-se estabelecer um prazo (em torno de 10 dias) para a entrega do resultado pelo laboratório, de forma a agilizar o diagnóstico e possível intervenção ou encaminhamento do paciente.

## **ANEXO 10.3 - Cirurgia Oral Menor**

### **1. Possibilidades de atendimento na Unidade de Saúde**

O clínico geral deve avaliar se há necessidade de intervenção cirúrgica que não pode ser realizada na atenção básica.

### **2. Prioridades de atendimento nos CEO**

Devem ser encaminhados usuários com as seguintes necessidades: frenectomia labial ou lingual; dentes supranumerários e/ou mesiodens; cirurgias pré-protéticas (hiperplasias ou regularização de rebordo); dentes retidos, inclusos ou impactados; excisão de cálculo salivar; remoção de cistos e corpos estranhos; glossorrafia; redução inconduzível de luxação de ATM e transplante dental.

### **3. Critérios clínicos para encaminhamento para os CEO**

O usuário deve ser encaminhado depois de realizados minimamente os procedimentos de adequação do meio bucal relacionados à presença de focos infecciosos cuja contaminação possa interferir durante a realização do procedimento cirúrgico.

### **4. Forma de agendamento nos CEO**

Deve-se realizar o agendamento de 6 consultas por período de 4 horas em 2 dias da semana, ficando os outros 3 dias disponíveis para cirurgias e retornos em geral.

### **5. Número de vagas/mês**

Deve-se agendar 12 pacientes novos por semana e conseqüentemente 48 por mês. A adequação do atendimento ficará a critério dos profissionais desde que sejam respeitados estes parâmetros (em média 4 consultas com os seguintes procedimentos: exame clínico, exame complementar, diagnóstico e preservação/ alta).

## **ANEXO 10.4 - Pacientes com Necessidades Especiais**

### **1. Possibilidades de atendimento na Unidade de Saúde**

Devem ser atendidos os usuários com necessidades especiais que se encontrem nas seguintes condições:

- hipertensos, diabéticos e epiléticos: todos os pacientes que apresentam bom controle metabólico, sendo considerados de baixo risco, estando assintomáticos e não possuindo complicações neurológicas e vasculares;
- com deficiência física, auditiva e visual;
- com quadro psicótico encaminhado por médico psiquiátrico do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou outros prestadores, sempre acompanhados;
- com fissuras lábio palatinas: atendimento básico.

### **2. Prioridades de atendimento nos CEO**

Devem ser encaminhados usuários que apresentaram dificuldade de atendimento na atenção básica, seja por desequilíbrio do seu quadro de doença ou por dificuldade motora e aqueles com tratamento completado no CEO que não tenham condições de terem seu tratamento de manutenção na Unidade de Saúde pelos mesmos motivos.

### **3. Critérios clínicos para encaminhamento para os CEO**

O usuário deve ser encaminhado nas seguintes situações: distúrbios neuropsicomotores, como: quadros síndromicos congênitos, autismo, paralisia cerebral e deficiência mental e distúrbios sistêmicos, como: insuficiência hepática ou renal, cardiopatias, antecedente de acidente vascular cerebral, que faz uso de anticoagulante oral, oncológicos irradiados de cabeça e pescoço e ou com complicações de quimioterapia e transplantados.

### **4. Forma de agendamento nos CEO**

Deve-se realizar o agendamento de 4 consultas programáticas e por período de 4 horas. As urgências deverão ser devidamente consideradas.

### **5. Número de vagas/mês**

A adequação do atendimento em relação ao número de consultas para cada caso ficará a critério dos profissionais, devendo-se considerar como parâmetro a média de 10 novos pacientes por mês.



## ANEXO 10.5 - Endodontia

### 1. Possibilidades de atendimento na Unidade de Saúde

Deve-se resolver a situação de emergência do usuário com necessidade de tratamento endodôntico e fazer o monitoramento (medicação e troca de curativo) enquanto o paciente aguarda agendamento no CEO.

### 2. Prioridades de atendimento nos CEO

Pacientes que tiveram dentes reimplantados ou que sofreram trauma podem ter precedência sobre outros casos.

### 3. Critérios clínicos para encaminhamento para os CEO

O usuário deve ser encaminhado nas seguintes situações:

- em relação ao dente: remoção total do tecido cariado, curativo de demora e selado com material restaurador provisório, com coroa clínica suficiente para colocação de grampos e posterior restauração, sem mobilidade acentuada devido à perda óssea e com menos de 2/3 de extrusão por perda do antagonista;
- em relação à cavidade bucal: adequação de meio bucal com remoção dos focos infecciosos.

### 4. Forma de agendamento nos CEO

Deve-se realizar o agendamento de 4 consultas programáticas por período de 4 horas, excluídas as trocas de curativos e avaliações, que podem ser agrupadas, preenchendo um único horário, conforme a necessidade. Após a conclusão do tratamento endodôntico, os dentes anteriores deverão ser selados com resina composta e os posteriores com ionômero de vidro.

### 5. Número de vagas/mês

Para um CD de 20 horas semanais, há a possibilidade de agendamento de 80 consultas/mês, sendo necessário, **em média**, os seguintes números de sessões por tipo de dente:

- unirradicular: 2
- birradicular: 2
- trirradicular: 4

Para estimar o número possível de vagas para o período de 4 horas, estimou-se uma média de 3 sessões por elemento dental, com a margem de uma sessão a mais ou a menos em função da condição dental. Assim, será possível oferecer em média 30 vagas ( $80/3=26,67$ ) por mês por especialista.

## **ANEXO 10.6 - Periodontia**

### **1. Possibilidades de atendimento na Unidade de Saúde**

Deve ser feita a motivação do usuário em relação ao controle mecânico de placa e o monitoramento (medicação e acompanhamento de intercorrências) enquanto o paciente aguarda agendamento no CEO, além do tratamento de manutenção.

### **2. Prioridades de atendimento nos CEO**

Serão encaminhados pacientes com risco moderado e alto risco (exceto código 8) conforme a classificação do sextante segundo critérios de risco para a doença periodontal (p. 18).

### **3. Critérios clínicos para encaminhamento para os CEO**

O usuário deve ser encaminhado nas seguintes situações:

- em relação ao dente: remoção total do tecido cariado, curativo de demora e selado com material restaurador provisório, com mobilidade menor que grau III- perda óssea de 1/3 da raiz;
- em relação à cavidade bucal: adequação de meio bucal com remoção dos focos infecciosos, raspagem supra-gengival, remoção de excesso de restaurações, entre outros que se façam necessários;
- em relação ao paciente: deve estar motivado em relação ao controle de placa

### **4. Forma de agendamento nos CEO**

Deve-se realizar o agendamento de 6 consultas por período de 4 horas em 4 dias da semana, ficando o outro dia disponível para cirurgias e avaliações.

### **5. Número de vagas/mês**

Para um CD de 20 horas semanais, há a possibilidade de agendamento de 96 consultas/mês, sendo necessário, em média 4 consultas para cada tratamento.

## ANEXO 10.7 - Prótese Total

### 1. Possibilidades de atendimento na Unidade de Saúde

O clínico geral deve avaliar se há presença de alterações com aspecto de normalidade e rebordo regularizado e deve efetuar a remoção de raízes residuais, de forma a deixar a cavidade bucal previamente preparada para a confecção da prótese total. No caso de presença de lesões pré-cancerizáveis ou cancerizáveis hiperplasias de tecidos moles ou rebordo irregular, deve ser feito encaminhamento prévio para a semiologia ou para a cirurgia oral menor.

### 2. Prioridades de atendimento nos CEO

Serão priorizados os pacientes que eram portadores de lesões em tecidos moles e/ou que foram submetidos a cirurgias pré-protéticas. Quando existir uma prótese prévia, tratar e recuperar os tecidos moles, se necessário.

### 3. Critérios clínicos para encaminhamento para os CEO

O usuário deve ser encaminhado depois de realizados todos os procedimentos da atenção básica e/ou especializada, estando apto para a confecção da prótese (rebordo regularizado, ausência de raízes residuais e de lesões em tecidos moles).

### 4. Forma de agendamento nos CEO

Cada profissional do CEO deverá confeccionar no mínimo 30 próteses totais por mês. Cada paciente deverá ser agendado o maior número de vezes possível na mesma semana. Recomenda-se uma frequência de duas sessões por semana. Com a implantação dos LRPD nos Centros de Especialidades, a entrega das próteses será agilizada. Portanto, a entrega de cada prótese será de, no máximo, 30 dias. Serão agendados para o protesista 6 pacientes por período de 4 horas.

**1ª consulta:** exame clínico, anamnese, radiografia (se necessária), orientações quanto ao uso, higienização, cuidados com a prótese (se já portador) e autorização do paciente para início do tratamento;

**2ª consulta:** moldagem anatômica e obtenção do modelo de estudo;

**3ª consulta:** moldagem funcional e selamento periférico (se necessário);

**4ª consulta:** bases experimentais (rolete de cera), tomada dos planos de orientação, registro da dimensão vertical (compasso de Willis), verificação do plano oclusal (Régua de Fox), registro da relação maxilo-mandibular (desgaste de Paterson), através da montagem do arco facial e para montagem em articulador e seleção da cor, forma e tamanho dos dentes;

**5ª consulta:** prova dos dentes;

**6ª consulta:** instalação da prótese e orientações sobre higienização e cuidados com a prótese

**7ª, 8ª e 9ª consultas** reavaliação e ajuste das próteses, se necessário a 9ª consulta.

### 5. Número de vagas/mês

Levando-se em conta o número de consultas para a confecção das próteses e o número máximo de próteses a serem concluídas, serão disponibilizadas no mínimo 40 vagas a cada mês.

## **ANEXO 10.8 - Prótese Parcial Removível**

### **1. Possibilidades de atendimento na Unidade de Saúde**

O clínico geral deve avaliar se há presença de alterações com aspecto de normalidade e rebordo regularizado, devendo efetuar todos os procedimentos da atenção básica (remoção de raízes residuais, raspagem coronária supra e subgengival - em casos de periodontite leve a moderada, polimento coronário, e tratamento de lesões de cárie dentária) de forma a deixar a cavidade bucal previamente preparada para a confecção da prótese parcial removível. No caso de presença de lesões pré-cancerizáveis ou cancerizáveis, suspeitas, hiperplasia de tecidos moles, rebordo irregular, dentes de apoio com necessidade endodôntica, deve ser feito encaminhamento prévio para a semiologia, para a cirurgia oral menor ou para endodontia, de acordo com o caso.

### **2. Prioridades de atendimento nos CEO**

Serão priorizados os pacientes que eram portadores de lesões em tecidos moles e/ou que foram submetidos a cirurgias pré-protéticas.

### **3. Critérios clínicos para encaminhamento para os CEO**

O usuário deve ser encaminhado depois de realizados todos os procedimentos da atenção básica e/ou especializada, estando apto para a confecção da prótese. Não devem ser encaminhados casos com presença de dentes com extrusão ou com necessidade de coroas fixas para apoio da PPR. Quando existir uma prótese prévia, tratar e recuperar os tecidos moles, se necessário.

### **4. Forma de agendamento nos CEO**

Cada profissional do CEO deverá confeccionar no mínimo 18 próteses parciais removíveis por mês. Cada paciente deverá ser agendado o maior número de vezes possível na mesma semana. Recomenda-se uma frequência de duas sessões por semana.

O tratamento, levando-se em conta uma consulta semanal por paciente deverá ter a duração média de um mês, com consultas planejadas na seguinte sequência:

**1ª consulta:** exame clínico, anamnese, radiografia (se necessária), e autorização do paciente para início do tratamento;

**2ª consulta:** moldagem anatômica;

**3ª consulta:** delineamento e planejamento;

**4ª consulta:** preparo de boca (nichos, paralelismo) que poderá ser efetuado em mais de uma consulta;

**5ª consulta:** moldagem funcional e obtenção do modelo que deverá ser vazado com gesso especial (no caso de necessidade da confecção de moldeira individual, deve ser prevista mais uma consulta).

**6ª consulta:** prova da armação (verificação das interferências oclusais, prova do rolete de cera, tomada das linhas mediana, canina, do sorriso e de descanso do lábio; registro da dimensão vertical (compasso de Willis),

verificação do plano oclusal (Régua de Fox), registro da relação maxilo-mandibular (montagem do arco facial), montagem em articulador e seleção da cor, forma e tamanho dos dentes;

**7ª consulta:** prova dos dentes;

**8ª consulta:** entrega da prótese, ajuste da oclusão, ajuste das superfícies de contato das bases das próteses e estética e orientações sobre higiene e cuidados com a prótese.

**9ª e 10ª consultas:** reavaliação e ajuste das próteses.

## **5. Número de vagas/mês**

Levando-se em conta o número de consultas para a confecção das próteses e o número máximo de próteses a serem concluídas, serão disponibilizadas 18 vagas a cada mês.

**OBS<sub>1</sub>:** As orientações quanto ao uso, higienização e cuidados com a prótese devem ser iniciadas na primeira consulta e reforçadas durante todo o tratamento, com o objetivo de que sejam apreendidas pelo paciente.

## **ANEXO 10.9 - Ortodontia e Ortopedia**

### **1. Possibilidades de atendimento na Unidade de Saúde**

Devem ser atendidos os usuários que necessitem de ações preventivas e educativas e procedimentos simples (ex.: pistas diretas planas para descruzamento de mordida, entre outros, mediante capacitação dos profissionais).

### **2. Prioridades de atendimento nos CEO**

Devem ser encaminhados usuários de 6 a 10 anos de idade, que apresentarem as seguintes alterações: classe II e Classe III de Angle, sem necessidade de cirurgia estomatognática; mordida cruzada anterior e posterior; mordida profunda; mordida aberta; apinhamento inferior; desvio de linha média e falta de espaço primata.

### **3. Critérios clínicos para encaminhamento para os CEO**

O usuário deve ser encaminhado nas seguintes situações: após tratamento básico realizado (restaurações, exodontias e raspagem supra-gengival), com higiene bucal controlada e conhecimento da duração prolongada do tratamento, e a sua co-responsabilidade em relação à assiduidade nas consultas de manutenção para o andamento adequado do tratamento. Essa condição deverá ser mantida pela unidade que fez o encaminhamento durante todo o andamento do tratamento.

### **4. Forma de agendamento nos CEO**

Serão avaliados, após inscrição grupos de 25 a 30 pacientes por profissional por dia. O agendamento dependerá do caso clínico/evolução e do tipo de aparatologia (ortodôntica ou ortopédica), sendo considerados os seguintes parâmetros diários para cada profissional:

- 2 a 3 consultas para moldagens para novos aparelhos ou troca de aparelhos instalados;
- 2 a 3 consultas para instalações de aparelhos;
- 8 a 12 consultas para ativações/manutenções.

### **5. Número de vagas/mês**

O período médio de tratamento é de 2 anos, podendo prolongar-se até 3,5 anos. Os retornos serão mensais para aparelhos ortodônticos e semanais ou quinzenais para ortopédicos, podendo variar de acordo com o caso clínico. Devido ao tempo de duração dos tratamentos, novas vagas são abertas semestralmente em função do número de casos concluídos.

Está em estudo a viabilidade de descentralização desse atendimento.

## Anexo 11 - Unidades de Referência

### 11.1 Centros de Especialidades Odontológicas

#### *Coordenadoria Regional de Saúde Norte*

##### CEO Casa Verde Baixa (UBS Casa Verde Baixa - Walter Elias)

R. Mourão Vieira, 11 - Casa Verde Baixa - Fone:

##### CEO Pirituba (UBS/AMA Anhanguera I)

R. Marcela Alves Cássia, 175 - Fone:

##### CEO Freguesia do Ó (AE Maria Cecília F. Donnangelo)

R. Rui de Moraes Apocalipse, 2 - Fones:

##### CEO Vila Maria – UBS/AMA Vila Guilherme

R. João Ventura Batista, 615 – Fone:

#### *Coordenadoria Regional de Saúde Sul*

##### CEO Campo Limpo (UBS P. Araribá)

R. Francisco Soares, 81 - J. Ingá - Fone: 5816-5540

##### CEO Santo Amaro (UBS Santo Amaro)

R. Paulo Eiró, 19/23 - 1º andar - Fone: 5541-7233 / 5523-9449

##### CEO Socorro (AE Milton Aldred)

R. São Caetano do Sul, 381 Grajaú - Fones: 5432-2015 / 5528-1475 / 5931-8434

##### COE Pedreira- Umberto Nastari

R Pedro Fernandes Aragão, 305- Fone: 5612-3024 / 5612 3525

##### COE Parelheiros – COE Profª Yvette Ranzani Viegas (Área isolada)

R. José Rocshel Rodrigues, 113 – Fone: 5922 1531

##### CEO M'Boi Mirim – UBS Parque Santo Antonio

R. Manoel Bordalo Pinheiro, 100 – Fone: 5511 4249 / 5816 5546



***Coordenadoria Regional de Saúde Leste***CEO Guaianases (AE J. São Carlos)

R. Macabú, 35 - J. São Carlos - Fone: 6557-7021

CEO Ermelino (AE V. Paranaguá)

R. José Góes Nogueira, 70 - Fones: 2547 0884

CEO Itaquera (AE José Bonifácio IV)

R. Andréas Amon, 150 – Fone:

COE Tito Lopes (AE Tito Lopes da Silva)

R. Prof. Antonio Gama de Cerqueira, 347 – Fone:

COE Itaim Paulista (UBS Dr. Júlio de Gouveia)

Praça Major José Levy Sobrinho, 139 – Fone:

CEO Tiradentes (Área Isolada)

R. Fernando Ganga, 14 – COHAB Tiradentes – Fone:

COE São Francisco (UBS São Francisco II)

R. Bandeira do Aracambi, 704 – Fone:

***Coordenadoria Regional de Saúde Centro-oeste***CEO Lapa (Área Isolada)

R. Guaicurus, 1000 - Fone: 3673-6022 R. 248

COE Humaitá- COE Prof Alfredo Reis Viegas

Rua Humaitá, 520- Fone: 3241-4403/ 3240-1632

CEO Butantã – (AE Peri-Peri)

R. João Guerra, 247- Fone: 3742-0552/ 3742-9513

***Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste***

CEO Ipiranga (AE Flávio Giannotti)

R. Xavier de Almeida, 210 - Fone: 6163-0622

CEO Moóca (US Vila Bertioga - Domingos Velascio)

R. Farol Paulistano, 410 - Fone: 6965-1066

CEO Aricanduva (UBS/AMA Vila Carrão)

R. Dr. Jaci Barbosa, 280 – Fone:

CEO Penha

R. Edgar Garcia Vieira, 130 - V. Matilde - Fone: 6651-5123

CEO Vila Mariana (AE Ceci - Alexandre Kalil Yasbek)

Av. Ceci, 2235 - V. Matilde - Fone: 5581-2828 / 275-1999

CEO Jabaquara (AE Geraldo da Silva Ferreira)

R. Engº Armando de Arruda Pereira, s/nº - Jabaquara – Fone: 5021 7744 / 5588 2366

CEO Vila Prudente (AE Sapopemba)

R. João Lopes Lima, 1151 - Fone: 6962-3840 / 6962-3481

COE Visconde Itaúna (Área Isolada)

R. Lino Coutinho, 841 – Fone: 2272 7220 / 69150107

**11.2 Unidades SAE DST/ AIDS***Coordenadoria Regional de Saúde Norte*SAE DST/AIDS Marcos Lutemberg

R. Dr Luis Lustosa da Silva, 339, Santana – Fone: 6977-7739/ 6950-9217

CR DST/AIDS N. Sra do Ó

Av. Itaberaba, 1377. Fone: 3975-9473

*Coordenadoria Regional de Saúde Sul*SAE DST/AIDS Cidade Dutra

R. Cristina Vasconcelos Ceccato, 109 (Socorro) – Fone: 5666-8301

CR/DST/AIDS Santo Amaro

R. Carlos Gomes, 695. Fone: 5523-2626/ 5686-1613

SAE DST/AIDS Jd Mitsutani

R. Frei Xisto Teuber, 50 (Campo Limpo). Fone: 5841-9020/ 5841-5376

*Coordenadoria Regional de Saúde Leste*SAE DST/AIDS Cidade Lider II

R. Médio Iguaçu, 86, 6748-1139 (Itaquera)

SAE DST/AIDS Fidelis Ribeiro

R. Peixoto, 100. Fone: 6621-0217/ 6622-0123 (Ermelino Matarazzo)

*Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste*CTA DST/ AIDS Henrique S.Filho Henfil

R. Libero Badaro, 144 (Sé) Fone : 3241-2224

SAE DST/AIDS Campos Elíseos

R. Albuquerque Lins, 40 (Sé) Fone: 3825-3766/ 3666-2176

CPA EM DST/AIDS Paulo Cesar Bonfim

R. Tomé de Souza, 30 (Lapa) Fone: 3832-2386/ 3832-2551

SAE DST/AIDS do Butantã

Av. Corifeu de Azevedo Marques, 3596. Fone: 3768-1523/ 3768-2168

*Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste*SAE DST/AIDS Dr. José F. de Araújo

R Gonçalves Ledo, 606 (Ipiranga). Fone 273- 5073

CR DST/AIDS Penha

Pça. N Sra. da Penha, 55. Fone 296-6926/ 295-0391

AE E DST/AIDS de V. Prudente

Pça do Centenário de V Prudente Veiga Cabral, 108. Fone: 273-1665

**11.3 Hospitais, Pronto Socorro e Pronto Atendimento*****Autarquia Central***PS Bandeirantes - Caetano Virgílio Neto

R Augusto Farinha, 1125, Fone: 3731-6018/ 3735-1190

PS Barra Funda

R Vitorino Camilo, 717. Fone 3826-5666

PSM Lapa João Catarin Mezomo

Av Queiros Filho, 313. Fone 3022-4122

PSM Perus

R Júlio de Oliveira, 80. Fone 3917-1242

HM Menino Jesus

R dos Ingleses, 258. Fone 3253-5200

***Autarquia do Campo Limpo***HM Campo Limpo - Dr Fernando Mauro Pires da Rocha

Estrada de Itapeperica, 1661. Fone: 5519-5800/ 5512-7650

PA Dna Maria Antonieta F de Barros

R Antonio Felipe Filho, 180. Fone: 5928-0345

PA Parelheiros

R Mário Trappe, 100. Fone: 5920-8860

PSM Santo Amaro "Dr. José Silvio de Camargo"

Av Adolfo Pinheiro, 805. Fone: 5523-1777/ 5523-1424

***Autarquia de Ermelino Matarazzo***HM Alípio Correa Neto

Alameda Rodrigo de Brun, 1989. /Fone: 6943-9944

HM Tide Setúbal - São Miguel

R Dr José Guilherme Eiras, 123. Fone: 6956-8045/ 6297-0022

PA Atualpa Girão Rabelo

R Ilha do Arvoredo, 10. Fone: 6963-1436/ 6993-2634

PA Dra. Glória Rodrigues Santos Bonfim

Av dos Metalúrgicos, 2820. Fone: 6282-0502/ 6282-0133

***Autarquia do Tatuapé***

HM Cármio Caricchio – Tatuapé

Av Celso Garcia, 4815. Fone: 6191-7000

PSM 21 de Junho - Freguesia do Ó

Av João Paulo I, 421. Fone: 3975-5866

PSM Dr.Lauro Ribas Braga "Santana"

R Voluntários da Pátria, 943. Fone: 6221-2022

***Autarquia Jabaquara***

HM Arthur Ribeiro Saboya

Av Francisco de Paula Quintanilha Ribeiro, 860. Fone: 5011-5111

HM Benedito Montenegro

R Antonio Lazaro, 226. Fone 6721-8684