

DIRETRIZES PARA SAÚDE BUCAL EM TEMPOS DE COVID-19

**Coordenadoria da Atenção Básica
Assessoria Técnica de Saúde Bucal**



**CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE**

PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Ricardo Luis Reis Nunes

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Edson Aparecido dos Santos

SECRETÁRIO ADJUNTO

Luiz Carlos Zamarco

CHEFE DE GABINETE

Armando Luis Palmieri

COORDENADORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Sandra Sabino

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Márcia Maria de Cerqueira Lima

ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL - SMS

Marta Lopes de Paula Cipriano

Juliane Turassa Chaves Uyeda

Samanta Pereira de Souza

PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Gilberto Kassab

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Januario Montone

COORDENADORA DA COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Edjane Maria Torreão Brito

COORDENADORA DA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

Maria da Candelária Soares

FICHA CATALOGRÁFICA

616.314

S241D SÃO PAULO (CIDADE). SECRETARIA DA SAÚDE.
DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL: CRESCENDO E VIVENDO
COM SAÚDE BUCAL /
SECRETARIA DA SAÚDE, COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, ÁREA
TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL - SÃO PAULO: SMS, 2012. 97P.

1. SAÚDE BUCAL. 2. ATENÇÃO BÁSICA. 3. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.
4. ODONTOPEDIATRIA. 5. POLÍTICA DE SAÚDE. 6. PROMOÇÃO DA SAÚDE.
7. VIGILÂNCIA EM SAÚDE PÚBLICA.

I. COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. II. TÍTULO.

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

GRUPO TÉCNICO RESPONSÁVEL (Primeira Edição)

Assessores da Área Técnica de Saúde Bucal
Interlocutores Regionais de Saúde Bucal
Interlocutores das instituições parceiras

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 e Fernanda Lúcia de Campos);
Jonathan Aparecido Muniz - Coordenador ASCOM
Marcos Vincius Lopes Cotrim Negreiros - Designer Gráfico ASCOM
- 1ª versão (2005): 1.600 exemplares
- 2ª versão (revisada em 2009): disponível em meio eletrônico
- 3ª versão (revisada em 2012): disponível em meio eletrônico
- 4ª versão (revisada em 2017): disponível em meio eletrônico
- 5ª versão (revisada em 2021): disponível em meio eletrônico

ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

Rua General Jardim, 36- 5º Andar
Vila Buarque, São Paulo - SP
CEP 01223-010
Telefone (011) 2027-2211

**SMS-SP – COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:
ASSESSORIA 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 no Município de São Paulo, nos diferentes níveis de atenção, objetivando o cumprimento do princípio constitucional de saúde, enquanto direito de cidadania, assim como dos demais princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Este documento, em consonância com os princípios que regem o SUS, dentre eles o acesso universal e equânime às ações e serviços de saúde, a integralidade, a hierarquização, a regionalização e a descentralização dos serviços, objetivou, numa primeira versão, apontar as Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para o período de 2005 a 2008.

A primeira versão foi revista e atualizada em 2009, 2012, 2015, 2017, objetivando incorporar outros avanços na construção do SUS na Cidade de São Paulo, e contribuir para ampliar o acesso dos cidadãos às ações de saúde bucal, com qualidade e resolutividade. Em 2021 a revisão foi realizada com considerações referentes à inserção do atendimento de prótese pela AB e à Pandemia da COVID-19.

São Paulo, novembro de 2009.

Maria da Candelária Soares
Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

São Paulo, novembro de 2012.

Maria da Candelária Soares
Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

São Paulo, abril de 2015.

Luís Cláudio Sartori
Coordenador da Área Técnica de Saúde Bucal

São Paulo, julho de 2017.

Doralice Severo da Cruz
Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

São Paulo, junho de 2021.

Assessoria Técnica de Saúde Bucal - SMS

Marta Lopes de Paula Cipriano

Juliane Turassa Chaves Uyeda

Samanta Pereira De Souza

Mário Nakanishi - Colaborador

Colaboração das Assessorias Técnicas de SB das CRS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	12
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	13
2.1.1 AÇÕES E ATIVIDADES COLETIVAS	14
2.1.1.1 AÇÕES COLETIVAS	14
2.1.1.2 ATIVIDADES COLETIVAS	15
2.1.2 OPERACIONALIZAÇÃO DA ATIVIDADE COLETIVA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	15
2.2 AÇÕES ASSISTENCIAIS	16
2.2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	17
2.2.2 CONSULTÓRIO NA RUA E A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (CNAR E ESB)	17
2.2.3 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES SEGUNDO CRITÉRIOS DE RISCO	18
2.2.3.1 CRITÉRIOS DE RISCO INDIVIDUAL	18
3. PRINCÍPIOS PARA O AGENDAMENTO	24
3.1 SISTEMA DE TRABALHO E PARÂMETROS	27
3.1.1 PARÂMETROS DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL	27
3.1.1.1 TRIAGEM ODONTOLÓGICA	28
3.1.1.2 TELECONSULTA/TELEODONTOLOGIA	38
3.1.2 PRIORIDADE AOS GRUPOS DE RISCO (GESTANTES, CRIANÇAS, DIABÉTICOS, HIPERTENSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA)	39

3.1.2.1	PRÉ- NATAL ODONTOLÓGICO	39
3.1.2.2	PACIENTES DIABÉTICOS HIPERTENSOS E OUTRAS CONDIÇÕES SISTÊMICAS	39
3.1.2.3	PESSOA COM DEFICIÊNCIA	39
4.	AVALIAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	40
5.	RESPONSABILIDADE TÉCNICA	40
6.	HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO	40
7.	MAIOR RESOLUTIVIDADE DA CLÍNICA BÁSICA	41
8.	SERVIÇOS DE URGÊNCIA	42
9.	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	43
9.1	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)	43
10.	PUBLICAÇÕES COMPLEMENTARES	44
11.	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	45
	ANEXOS – ANEXO I	49
	ANEXO II	50
	ANEXO III	51
	ANEXO IV	52
	ANEXO V	56
	ANEXO VI	57

1. INTRODUÇÃO

Em 2020 com a pandemia de SARS-COV-2- Covid-19 fez-se necessária a atualização das diretrizes, visando o tempo de atendimento e as atividades viáveis durante este período. A equipe de Saúde Bucal (eSB) deve ser parte integrante da Unidade Básica de Saúde (UBS), compondo como Equipe Multidisciplinar, realizando orientações para o acolhimento na Unidade e acompanhamento de pacientes sintomáticos respiratórios quando necessário, através de teleconsulta (telemonitoramento), bem como a teleodontologia.

Tomando-se por base os dados epidemiológicos levantados no MSP em 2002, 2008, e em 2010, observa-se a seguinte situação em relação a algumas doenças bucais:

Quadro 1 – Dados epidemiológicos dos principais agravos de saúde bucal na Cidade de São Paulo segundo relatórios de estudos realizados em 2002, 2008 e 2010.

IDADE/FAIXA ETÁRIA (ANOS)	5	12	15 A 19	35 A 44	65 A 74
% PESSOAS LIVRES DE CÁRIE	58,2 *	52,3*	26,7*	0,6*	0,2*
MÉDIA CEO / CPO-D	1,99*	1,41*	4,21*	15,87*	26,00*
DENTES PERDIDOS POR CÁRIE	0,05*	0,08*	0,37*	6,98*	22,83*
% PESSOAS COM FLUOROSE		31,6**			
% PESSOAS OCLUSOPATIAS	69,5*	38,9*			
% PESSOAS COM BOLSAS PERIODONTAIS			8,2*	21,0*	2,9*
% PESSOAS EDÊNTULAS				11,5***	64***

Fontes:*MS - SB Brasil (2010) / **LESB - SP (2008) / ***SB Brasil (2002).

A diminuição da cárie dentária na população infantil dá-se num fenômeno denominado **polarização**, qual seja: 25% a 30% desta população acumulam 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 desigualdade social, uma vez que são as crianças de famílias de menor condição econômica que apresentam as maiores necessidades de tratamento. Por outro lado, a falta de acesso dos adolescentes e da população adulta aos serviços de saúde bucal elevou as necessidades acumuladas, consubstanciando maior complexidade no desenvolvimento das ações curativo-resolutivas.

Em 2004, o Ministério da Saúde, através do documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” incluiu a reabilitação protética na Atenção Básica, inserindo procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares. O objetivo é avançar na superação do quadro atual, onde os procedimentos relativos às diferentes próteses dentárias estão inseridos nos serviços especializados e, portanto, não são acessíveis à maioria da população.

2. 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.

A evolução da rede de serviços de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, no período de 2005 a 2021, está demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1: Número de Unidades de Saúde com atendimento em Saúde bucal e número de Recursos Humanos existentes em janeiro de 2005 e janeiro de 2021.

EQUIPAMENTOS/RH	JAN/05	JAN/21
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL (UBS)	303	422
SAE IST/AIDS*	14	14
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO); CLÍNICA ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA (COE) OU AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES.	17	30
CNAR- ESB**/UOM	0	8
CIRURGIÕES DENTISTAS ***	1.283	1.540
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	496	1.224
TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL	41	233
EQUIPE SAÚDE BUCAL (ESB) HABILITADA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	13	455
HOSPITAIS, AMA, UPA, PA E PS COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO****	19	23
UNIDADES PARA ATENDIMENTO CLÍNICO ODONTOLÓGICO COM SEDAÇÃO*****		2

* SAE IST/ AIDS: Serviços Especializados no atendimento aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS).

** CnaR/UOM: Unidades que realizam atendimento à população em situação de rua.

*** Cirurgiões-Dentistas em Clínica.

**** São 18 (dezoito) PA, PS, AMA e UPA e Hospitais que atendem urgências odontológicas, 4 (quatro) Hospitais com Cirurgião Bucomaxilofacial e 1 (um) hospital que disponibiliza tratamento das fissuraslábio-palatinas.

***** Hospital Saboya e Hospital Dia Vila Maria/Vila Guilherme.

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Portaria Nº 2.436 MS/G, de 21/09/2017 instituiu a Nova Política de Atenção Básica (PNAB) e consolidou **as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde** através da Portaria de Consolidação nº 2 de 28/09/2017.

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas em Portaria.

A AB/ APS é a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

A AB/ APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A APS é a grande responsável pelo cuidado em saúde de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando seus determinantes e condicionantes de saúde, sendo proibido qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

Em São Paulo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão organizadas sob os pressupostos da abrangência territorial e das necessidades de saúde mais relevantes das comunidades. As equipes das UBS devem planejar suas ações com base no conhecimento da população, do território e dados epidemiológicos correspondentes às suas áreas de abrangência e de influência. Isto implica em identificar, na área geográfica, os diferentes riscos, as barreiras, a infraestrutura de serviços e as características de habitação, trabalho, transporte, lazer, dentre outras condições.

A dificuldade de acesso gerada por barreiras geográficas, ou de outras naturezas implica na adoção de estratégias que assegurem a assistência em saúde bucal aos grupos populacionais excluídos. Uma das estratégias viáveis é a utilização de módulo transportável que pode ser incluído no planejamento loco-regional.

O plano de saúde local deve se basear no diagnóstico de saúde da população, bem como apontar atividades específicas e reestruturações no processo de trabalho, com a participação da comunidade. A cada realidade local corresponde um grupo de prioridades que direcionará as ações de saúde bucal.

No caso da reabilitação com as próteses dentárias, a oferta do serviço até então era realizada quase que exclusivamente nos Centros de Especialidades Odontológicas, porém em vista do aumento da necessidade deste serviço e da ampliação ao seu acesso, a SMS-SP, pautando-se nas “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, de 2004, decidiu como estratégia estender este atendimento às UBS para que possam de forma integral e territorialmente atender melhor as necessidades da população, reduzindo a fila de espera deste serviço.

2.1.1 AÇÕES E ATIVIDADES COLETIVAS

As ações coletivas, neste momento pandêmico, devem ser suspensas.

As triagens odontológicas nas UBS deverão ocorrer de acordo com as estratégias definidas pela eSB e gestão da Unidade.

2.1.1.1 AÇÕES COLETIVAS

A **“Ação coletiva de escovação dental supervisionada” (código SIGTAP 01.01.02.003.1)** poderá ser realizada em usuários que na triagem foram classificados como A, B, C e D, somente sob a forma de orientação educativa.

Sua execução pode ser de responsabilidade do Cirurgião-dentista (CD), do Técnico em Saúde Bucal (TSB) e do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

A responsabilidade do planejamento e supervisão da orientação de escovação é do CD, entretanto, por tratar-se de procedimento de baixa complexidade pode ser delegado a outro profissional auxiliar sob sua supervisão.

A **“Ação coletiva de aplicação de flúor-gel” (código SIGTAP 01.01.02.001-5)** não deverá ser realizada nesse momento.

A **“Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica” (código SIGTAP 01.01.02.004-0)** deverá ser realizada de forma individual. A orientação para o comparecimento à triagem deve ser a cada 5 minutos, evitando-se aglomerações, para isso se faz necessário apoio do conselho gestor local. No Anexo VI constam informações sobre como configurar a Agenda de Triagem com intervalos de 5 minutos.

2.1.1.2 ATIVIDADES COLETIVAS

As **Atividades coletivas** podem ser executadas por profissional de nível médio e superior e os códigos (SIGTAP) não são exclusivos da área de saúde bucal. Referem-se à Educação em Saúde, tendo códigos específicos no SIGTAP. As ações e atividades coletivas presenciais estão suspensas atualmente, porém, podem ser realizadas, quando possível, sob a forma de web reuniões (ambiente residencial e escolar).

A equipe de Saúde Bucal (eSB) é parte integrante da UBS, compondo como Equipe Multidisciplinar, realizando orientações para o acolhimento na Unidade e monitoramento de pacientes sintomáticos ou testados positivamente para COVID 19 quando necessário.

2.1.2 OPERACIONALIZAÇÃO DA ATIVIDADE COLETIVA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As ações de promoção e prevenção relacionados à saúde bucal em espaços coletivos ou comunitários devido à a pandemia estão suspensos, objetivando diminuir aglomeração e o fluxo de pessoas em UBS. Considerando que a promoção e prevenção são indissociáveis do cuidado em saúde, as ações dessa natureza e os formatos até agora empregados foram ressignificados. Desse modo, o cirurgião-dentista pode se valer do uso da tecnologia para realizar educação em saúde, com a teleodontologia, por exemplo, por meio da qual o profissional pode orientar sobre hábitos de higiene e alimentares que contribuam para melhoria das condições de saúde bucal e saúde sistêmica, a depender da realidade local.

Além dos espaços de uso comum dos usuários das unidades de saúde, recomenda-se que atividades coletivas em espaços comunitários em creches, escolas ou outros espaços comunitários de convivência sejam suspensas. Contudo, podem ser organizados grupos virtuais para estimulação da troca de experiência coordenados pelo profissional da eSB, como por exemplo, para gestantes e junto ao Programa de Acompanhamento de Idosos (PAI) com orientações de auto exame bucal para prevenção do câncer de boca, higienização de próteses, etc. Além disso, o profissional poderá participar de atividades on-line das escolas da sua área, com intuito de manter o vínculo e realizar atividades de educação em saúde, de acordo com a realidade local.

Para as atividades do PSE deverá ser destinado um período de quatro horas semanais dentro de um mês para a criação de vídeos educativos a serem disponibilizados para as escolas cadastradas e/ou a participação em webreuniões com pais e educadores, realizando orientações sobre saúde bucal e esclarecimentos de dúvidas.

2.2 AÇÕES ASSISTENCIAIS

Nesse momento pandêmico não serão estipuladas metas.

A disponibilidade de recursos humanos é variada, pois há serviços com CD, TSB e ASB e serviços onde o CD ainda realiza o atendimento sem pessoal auxiliar. Para a elaboração dos parâmetros de atendimento é imprescindível considerar 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 de Saúde Bucal esteja presente, se priorize o sistema de trabalho incorporando a técnica a quatro e seis mãos.

O plano de tratamento a ser realizado por quadrante deve ser aplicado quando possível, buscando um aumento de rendimento por consulta, objetivando um Tratamento Concluído (TC) de forma mais rápida.

Devido à dificuldade de acesso aos tratamentos reabilitadores com necessidade de Próteses Dentárias, que estavam inseridos apenas nos serviços especializados, a SMS – SP está ampliando o atendimento para todas as UBS, de forma que os cidadãos possam ter acesso à esse serviço e consequente redução da filade espera.

As gestantes que realizam pré-natal (PN) na Unidade deverão ser acompanhadas pelas eSB e receber tratamento odontológico sempre que necessário. As consultas deverão ser agendadas na mesma data da consulta de PN, otimizando a ida à UBS.

Dois tipos de TC podem ser realizados dependendo da relação CD/habitante em cada região e da cobertura existente, além do perfil epidemiológico do território: Tratamento Concluído (TC- Código SIGA: 0307019187) Convencional e Tratamento Concluído em CDB (Controle das Doenças Bucais- Código SIGA: 0307019136). Há de se levar em conta, também, a estrutura física do consultório odontológico.

O Tratamento Concluído (TC) Convencional implica na possibilidade da conclusão do tratamento necessário, em média com 5 (cinco) consultas. O número de consultas por Tratamento Concluído (TC), considerando os grupos populacionais, expressa uma média, desta forma, o bom senso, a realidade epidemiológica da população, a responsabilidade e a ética profissional serão pilares balizadores na oferta/distribuição das consultas em cada Plano de Tratamento.

Na impossibilidade de se realizar um TC Convencional, considerando o número máximo de consultas acima recomendado, deve-se concluir o tratamento por meio de Tratamento Restaurador Atraumático –ART. O tratamento é considerado concluído em CDB e o usuário orientado para o retorno em caso de necessidade.

O ART foi aprovado e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI), órgãos internacionais que congregam grandes autoridades da comunidade científica.

2.2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A Saúde da Família (eSF) é uma estratégia prioritária da Atenção Primária à Saúde (APS) para a organização e acompanhamento do território de acordo com as necessidades e particularidades de cada população adstrita.

A Saúde Bucal se apresenta com Equipes de Saúde Bucal (eSB) vinculadas à eSF na Atenção Primária à Saúde e como Equipes na Atenção Básica.

2.2.2 CONSULTÓRIO NA RUA E A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (CNaR E ESB)

As eSB do CnaR devem trabalhar focadas nas prioridades para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Rua, tendo em vista as principais vulnerabilidades a que esta população está sujeita.

Estas eSB poderão desenvolver suas atividades na UBS em que a equipe CnaR esteja vinculada ou em Unidade Odontológica Móvel (UOM).

Durante as abordagens realizadas pelas eSB, cria-se o vínculo necessário para o levantamento das necessidades odontológicas com os encaminhamentos para o atendimento de suas necessidades apresentadas. As triagens de risco poderão ser realizadas neste momento, porém por ser uma população diferenciada, nem sempre isto é possível.

As ações realizadas deverão ser de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Assim como as eSB da Estratégia Saúde da Família ou da AB, estas equipes também deverão realizar próteses dentárias a estes pacientes.

A organização das Agendas para estas equipes estão descritas nos quadros 10A e 11A.

Independentemente das eSB do CnaR, as eSB das UBS **podem e devem** atender esta demanda também.

2.2.3 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES SEGUNDO CRITÉRIOS DE RISCO

Após a Triagem de Risco realizada, o planejamento das ações devem considerar três objetivos a serem atingidos:

- 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 – ART (diminuir prevalência);
- 3) Restabelecer saúde e função, reabilitando os doentes e/ou portadores de sequelas, tanto na Atenção Primária, como na Secundária e na Terciária, por meio de um sistema de referência e contrarreferência eficiente.

2.2.3.1 CRITÉRIOS DE RISCO INDIVIDUAL

A avaliação do Risco Individual é ferramenta ímpar para a identificação precoce, controle e prevenção das doenças bucais, na perspectiva da obtenção da equidade na atenção em saúde bucal. Para o planejamento das atividades preventivas e educativas e atividades curativas, os indivíduos são classificados, segundo os critérios especificados a seguir, nas Triagens de Risco prévias ao tratamento nas Unidades.

Os critérios apontam, classicamente, para três agrupamentos:

• **Baixo risco:** sem sinais de atividade de doença e sem história pregressa de doença.

• **Risco moderado:** sem sinais de atividade de doença, entretanto, com história pregressa de doença.

• **Alto risco:** com presença de atividade de doença, com ou sem história pregressa de doença.

O indivíduo é sempre classificado pela pior condição que apresentar. Por exemplo: se possuir um dente com dor ou abscesso é classificado como de alto risco para a cárie dentária, ou se for observado um sextante com bolsa maior que 6 mm é de alto risco para a doença periodontal. Deve-se lembrar de que quando um elemento dentário apresenta sinais da doença, significa que o indivíduo está doente e deve, portanto, ser tratado.

Sabidamente, a população adulta está exposta ao 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.

Critérios de risco de cárie

Os indivíduos são classificados por risco, segundo a situação individual conforme Quadro 2.

Quadro 2: 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.
RISCO MODERADO	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.

Critérios de risco para oclusopatias

Alterações na posição dos dentes e na inter-relação dos maxilares devem ser registradas, de modo a se estimar o perfil epidemiológico em ortodontia e/ou ortopedia funcional dos maxilares da população. Os códigos e critérios adotados são os seguintes:

Quadro 3: Classificação de risco quanto à condição oclusal

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÃO
N	NORMAL	CLASSE I DE ANGLE (NORMO-OCCLUSÃO).
L	LEVE	MORDIDA CRUZADA UNILATERAL, APINHAMENTO.
	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.

Esta classificação baseou-se no critério preconizado pelo Manual do Levantamento Epidemiológico da Organização Mundial de Saúde (1987), modificado por um grupo de ortodontistas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, em março de 2008.

Critérios de risco periodontal

Tomando por base o índice de Russell modificado examinam-se e classificam-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 da doença periodontal presentes, sendo classificado segundo os critérios apresentados no Quadro 4. O indivíduo é então classificado pelo código de seu pior sextante.

CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
BAIXO RISCO	0	ELEMENTO COM PERIODONTO SADIO.
	X	AUSÊNCIA DE DENTES NO SEXTANTE.
RISCO MODERADO	1	ELEMENTO COM GENGIVITE.
	2	ELEMENTO COM CÁLCULO SUPRAGENGIVAL.
ALTO RISCO	B	SEQUELA DE DOENÇA PERIODONTAL ANTERIOR.
	6	ELEMENTO COM CÁLCULO SUBGENGIVAL (VISÍVEL PELO AFASTAMENTO/ RETRAÇÃO GENGIVAL) COM MOBILIDADE REVERSÍVEL OU SEM MOBILIDADE.
	8	ELEMENTO COM MOBILIDADE IRREVERSÍVEL E PERDA DE FUNÇÃO.

Critérios de risco em tecidos moles

A observação dos tecidos moles, no momento da triagem, obedece à classificação apresentada no Quadro 5.

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÃO
BAIXO RISCO	0	TECIDOS MOLES NORMAIS.
RISCO MODERADO	1	ALTERAÇÕES SEM SUSPEITA DE MALIGNIDADE, NÃO CONTEMPLADAS NO CÓDIGO 2.
ALTO RISCO	2	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 de até 15 anos de idade são utilizados, exclusivamente, os critérios de risco para a cárie dentária e para oclusopatias, e para pacientes acima de 15 anos são avaliados critérios de risco para cárie, periodontia, tecidos moles e oclusopatias. As informações obtidas durante o processo de triagem devem ser anotadas em fichas específicas (**Anexo III**), condensadas e encaminhadas para **as STS, estas para as CRS e estas para SMS, a cada 3 meses.**

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

Os principais grupos de ações estão contidos no Quadro 6, com a observação de que a escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor devem ser realizadas de forma individual.

Quadro 6- 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. TÓPICA FLÚOR SERIADA				X	X	X								
PRIORIDADE 1 (TRATAMENTO)						X					X			X
PRIORIDADE 2 (TRATAMENTO)					X					X			X	
PRIORIDADE 3 (TRATAMENTO)			X					X	X					

B: Baixo Risco / M: Risco Moderado / A: Alto Risco

Estabelecidos os Grupos de Risco, as ações básicas do tratamento individual são planejadas de acordo com a realidade e organizadas a partir das necessidades encontradas – das maiores e mais graves para as menores e menos graves:

1. Alto Risco para Cárie (Grupo F): Dor e/ou abscesso.
2. Doença periodontal: considerando o Grupo de Alto Risco, os primeiros a receberem tratamento são os pacientes do Grupo 8. Estudos recentes mostram que a doença periodontal agrava o quadro da COVID-19, assim, pacientes do grupo 6 também devem receber atenção especial.
3. São acolhidos, como 2ª prioridade, os classificados no Grupo E para a cárie dentária.
4. O Grupo C (para a cárie dentária) é a 3ª prioridade da ação curativa, tendo em vista a necessidade de reabilitação dental. Neste Grupo há ausência de atividade de doença (cavidades crônicas).
5. 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).
6. Os grupos com estágios reversíveis da doença – Grupos D (cárie), 1 e 2 (doença periodontal) devem receber atenção individual. Sempre que possível esta ação deve ser efetuada pelo TSB ou ASB, controlando os fatores de risco e revertendo o quadro para saudável, cabendo ao CD reavaliá-los depois da terapêutica estabelecida ter sido realizada. Assim, para o Grupo D pode-se plane-

jar terapia intensiva com gel fluorado, enquanto condições de alto risco forem detectadas.

7. Para os Grupos B (risco moderado de cárie) e A (baixo risco de cárie), bem como 0 (baixo risco de doença periodontal), o acompanhamento e controle deve ocorrer a cada 2 anos, quando possível.

8. Quando se considera o risco para os 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 para o autoexame, por meio do contato inicial com a eSB e reforçado pelas visitas domiciliares.

NOTA: para todos os Grupos acima citados recomendam-se orientações educativas, objetivando controle da placa bacteriana.

3. PRINCÍPIOS PARA O AGENDAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde considera que o atendimento deve ser a todos os grupos populacionais e em todos os ciclos de vida, lembrando-se, não obstante, a garantia constitucional da Universalidade do Acesso às ações e serviços de saúde.

As gestantes devem ser especialmente consideradas e orientadas sobre a possibilidade de realizarem o tratamento odontológico durante a gestação e puerpério, integrando as ações de saúde bucal.

De acordo com a Portaria 2.979, que institui o Programa Previne Brasil e a Nota Técnica n 5/2020- MS, que institui os indicadores de pagamento por desempenho do Programa, a SB terá como meta (neste momento não está sendo cobrada) o atendimento a 60% das gestantes do município. Estas deverão ser orientadas pelos profissionais que realizam o Pré Natal (PN) a buscarem o atendimento odontológico, participando das triagens. A eSB deverá estar atenta a este grupo populacional e trabalhar próxima aos profissionais que realizam o PN.

Os idosos devem ser acompanhados em atividades realizadas na Sala do Idoso do Programa “Nossos Idosos” pela eSB e convidados a participarem das triagens odontológicas.

A organização das prioridades para agendamento individual (Quadro 7) dar-se-á conforme a triagem de risco.

Quadro 7: Agendamento para a equipe de saúde bucal, segundo o risco identificado nas Triagens de Risco.

CONDIÇÃO	PATOLOGIA	RISCO	RH	ABORDAGEM
BAIXO RISCO	CÁRIE	A	ASB SOB SUPERVISÃO DO CD	ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NO DIA DA TRIAGEM
	DOENÇA PERIDONTAL	0		
	TECIDOS MOLES	0		
RISCO MODERADO	CÁRIE	B, C	ASB / TSB SOB SUPERVISÃO DO CD	ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NO DIA DA TRIAGEM
	DOENÇA PERIDONTAL	B		
	TECIDOS MOLES	1	CD	CRITÉRIO DO CIRURGIÃO-DENTISTA
ALTO RISCO	CÁRIE	D	CD / TSB	ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NO DIA DA TRIAGEM FLUORETAÇÃO INTENSIVA INDIVIDUAL SOB A RESPONSABILIDADE DO CD OU TSB + CONSULTA DE PROFILAXIA OU RCR, SE NECESSÁRIO
	DOENÇA PERIDONTAL	1, 2		
	CÁRIE	E, F	CD / TSB	ORIENTAÇÃO EDUCATIVA NO DIA DA TRIAGEM PRIORIDADE PARA ATENDIMENTO CLÍNICO QUE DEVE SER FEITO POR HEMIARCO, SE POSSÍVEL
	DOENÇA PERIDONTAL	6, 8		
	TECIDOS MOLES	2	CD	ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA O CEO

O número de indivíduos agendados dependerá da composição da eSB, conforme os Quadros 8 e 9 (nos casos em que os consultórios odontológicos estejam adequados, conforme as recomendações de biossegurança para a COVID-19).

Os motivos que levam o usuário a não comparecer às consultas programadas precisam ser conhecidos devido ao impacto negativo que as faltas podem causar no serviço de saúde e no cuidado do usuário.

Entre os motivos que podem levar à falta às consultas, destacam-se o esquecimento devido a data de retorno ser distante, assim como o agendamento em horários inoportunos ao paciente. Além disso, podem ocorrer falhas na comunicação entre o serviço e o usuário, dificultando, por vezes, o cancelamento e reagendamento por parte do paciente ou do profissional.

Em qualquer período, as faltas correspondentes ao agendamento devem ser substituídas pela procura do dia ou urgências. Em Unidades com número elevado de faltosos, deve-se fazer um reconhecimento do território e dos motivos das faltas, sendo esses trabalhados junto ao Conselho Gestor de cada UBS. Cada falta deve ser anotada no prontuário. Para evitar ociosidade dos serviços de saúde bucal, as orientações para os usuários devem ser claras e o controle de falta deve ser rigoroso.

Após triagem, os pacientes do grupo de risco E e F deverão ser conscientizados, assinando documento (Anexo I) sobre a possibilidade de ter 2 (duas) faltas justificadas perdendo o direito de continuidade no tratamento na ocorrência da terceira falta não justificada.

Nota: o agendamento deve ser efetuado por hora marcada, com a 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, abscesso, hemorragias alveolares, traumatismos dentais, dentre outros que requeiram atendimento imediato (**Anexo II**). Os casos caracterizados como urgência, sob a responsabilidade do profissional do período, são prioritários para atendimento no horário reservado para urgência. 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 usuários previamente agendados. O **Fluxograma para o atendimento dos casos de urgências odontológicas (Anexo II)** deve ser do conhecimento da equipe de saúde bucal e de toda a Unidade, em particular da recepção e da Equipe de Enfermagem.

3.1 SISTEMA DE TRABALHO E PARÂMETROS

Recomenda-se que em todos os atendimentos eletivos sejam adotados parâmetros de otimização do cuidado, para que sejam mais resolutivos, com maior quantidade possível de procedimentos ou a finalização do tratamento em sessão única, quando possível, colaborando para a racionalização do uso do EPI e para a diminuição do número de idas do usuário à unidade de saúde, com exceção para os casos em que os pacientes são suspeitos ou confirmados de Sars-Cov2, cujo atendimento deve ser adiado.

Deve-se ter intervalo de tempo suficiente entre um atendimento e outro para realização da desinfecção do ambiente e limpeza concorrente, evitando-se assim a contaminação cruzada. Orienta-se aguardar 30 minutos após consulta com o uso de equipamentos que gerem aerossol para iniciar a descontaminação do ambiente.

O Conselho Federal de Odontologia elaborou a resolução N° 226/2020 e Resolução nº 228/2020, regulamentando a utilização da Teleconsulta pelos profissionais de saúde bucal. O **Anexo V** aponta o que o CD pode fazer através dateleodontologia.

3.1.1 PARÂMETROS DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL

O Agendamento e os parâmetros para a realização dos procedimentos odontológicos variam segundo a composição das eSB.

A forma do atendimento deve ser realizada por hemiarcada, visando a racionalização do trabalho e considerando os cuidados necessários com a biossegurança. A distância entre consultas faz com que o paciente não se sinta motivado a concluir seu tratamento, incorrendo em faltas e elevando o absenteísmo.

Os parâmetros sugeridos para o agendamento diário e mensal, segundo a carga horária do cirurgião-dentista e composição das eSB estão descritos nos Quadros 8 e 9 e referem-se à distribuição das vagas na proporção de 40% para usuários com idade abaixo de 15 anos e 60% para usuários com idade acima de 15 anos (incluindo as gestantes). Nos Quadros 8A e 9A encontram-se os números mensalmente esperados para teleconsulta, atendimentos de prótese dentária, primeiras consultas/tratamentos iniciados (TI) e tratamentos concluídos (TC), para os usuários classificados como alto risco e que necessitam de tratamento, bem como o número de usuários agendados para o atendimento em período de 4 e 8 horas de trabalho, respectivamente e de acordo com o tipo de equipe.

3.1.1.1 TRIAGEM ODONTOLÓGICA

Devido ao momento epidemiológico, cada unidade de saúde deverá ter sua própria estratégia para a realização da triagem, buscando realizá-la a cada 30 a 40 dias. Caso haja um esvaziamento da agenda devido à conclusão dos tratamentos dos pacientes, a triagem deve ser antecipada.

Caso o número de pacientes triados a serem agendados, seja superior ao proposto, a eSB deverá reduzir o número de pacientes para próxima triagem, evitando o acúmulo de pacientes em tratamento com a consequente extensão das consultas de retorno. Os pacientes do grupo de risco A, B, C e D deverão receber orientação educativa (01.01.02.010-4 - ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL) no mesmo dia da triagem. Os pacientes do risco D, caso necessitem de aplicação de flúor (01.01.02.001-5 - AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL), deverão recebê-la de forma individual após a orientação educativa.

As gestantes que realizam pré-natal (PN) na Unidade deverão ser acompanhadas pelas eSB e receber tratamento odontológico sempre que necessário. Orienta-se que as consultas sejam agendadas na mesma data da consulta de PN, otimizando a ida à UBS. As eSB devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais responsáveis pelo seu atendimento.

O agendamento para as Triagens deve ser realizado através do SIGA.

A realização de triagem dar-se-á por meio de:

- Demanda espontânea: os usuários que procuram a Unidade, buscando o serviço de saúde bucal, devem ser agendados para a triagem de saúde bucal;
- Urgência: os usuários atendidos nesta condição devem ser agendados para atriagem de saúde bucal da Unidade, depois do primeiro **atendimento resolutivo**.
- Para eSB vinculadas à eSF, a triagem poderá ser organizada com base no conhecimento da população, dados epidemiológicos, do território e vulnerabilidade social ou familiar.

NOTA: no dia da triagem é importante que a eSB conte como auxílio de outros funcionários da Unidade, objetivando a organização do fluxo dos usuários.

Organização do fluxo da triagem

Os usuários são registrados na **Ficha de Triagem (Anexo III)** que deve ser preenchida pela eSB no ato da Triagem. A organização deverá ser realizada de tal forma que não gere aglomeração de pessoas, para tal, orientamos que o comparecimento seja a cada 5 minutos (**Anexo VI**).

Os Quadros 8 e 9 apontam o número de pessoas que devem ser triadas, segundo a composição da eSB e carga-horária do CD.

Estima-se que do número de usuários agendados para a triagem de saúde bucal, aproximadamente 15% não comparecem. Cada Unidade deve fazer um levantamento do índice de absenteísmo e organizar a Triagem levando em consideração esses dados.

Por outro lado, a série histórica de triagens no município mostra que cerca de 70% dos adultos e 50% das crianças que procuram atendimento estão incluídos no Risco E ou F, necessitando, assim, de agendamento para o tratamento individual. Todas as triagens realizadas nas unidades devem ser anotadas como **Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica** (código:01.01.02.004-0) na ficha da atividade coletiva do e-SUS.

Quadro 8: Agendamento para triagem para CD de 20h semanais e de acordo com a configuração da eSB e agendamento diário.

ESB	GRUPO TRIAGEM	GRUPO ETÁRIO	ESTIMATIVA DE FALTAS: 15%	Nº TOTAL P/ TRIAR	NÚMERO DE PESSOAS CLASSIFICADAS COMO E, F	RESULTADO DA TRIAGEM: ALTO RISCO	AGENDAMENTO DIÁRIO
1 CD	10 USUÁRIOS	6 ADULTOS	1	5 ADULTOS	70% APROX. 3 ADULTOS	3 ADULTOS DE ALTO RISCO PARA CÁRIE OU DOENÇA PERIODONTAL; TC OU TC EM CDB EM, NO MÁXIMO, 6 CONSULTAS (DEVIDO AO ATENDIMENTO SEM AEROSSOL)	2 AGENDADOS POR DIA, EM CONSULTAS DE 60 MINUTOS, SENDO 1 ATENDIMENTO COM GERAÇÃO DE AEROSSOL E 1 ATENDIMENTO SEM GERAÇÃO DE AEROSSOL. O TRATAMENTO SERÁ REALIZADO POR HEMIARCO, SE POSSÍVEL
		4 CRIANÇAS	1	3 CRIANÇAS	50% APROX. 2 CRIANÇAS	2 CRIANÇAS DE ALTO RISCO: TC OU TC EM CDB EM, NO MÁXIMO, 6 CONSULTAS (DEVIDO AO ATENDIMENTO SEM AEROSSOL)	
1 CD E 1 ASB	12 USUÁRIOS	7 ADULTOS	1	6 ADULTOS	70% APROX. 4 ADULTOS	4 ADULTOS DE ALTO RISCO PARA CÁRIE OU DOENÇA PERIODONTAL; TC OU TC EM CDB EM, NO MÁXIMO, 5 CONSULTAS	2 AGENDADOS POR DIA, EM CONSULTAS DE 40 MINUTOS, SENDO 2 ATENDIMENTOS COM GERAÇÃO DE AEROSSOL. O TRATAMENTO SERÁ REALIZADO POR HEMIARCO, SE POSSÍVEL
		5 CRIANÇAS	1	4 CRIANÇAS	50% APROX. 2 CRIANÇAS	2 CRIANÇAS DE ALTO RISCO: TC OU TC EM CDB EM, NO MÁXIMO, 5 CONSULTAS	

NOTA: Média de 20 dias úteis por mês para o cálculo da produtividade mensal, excluindo-se o tempo destinado ao atendimento de Prótese e triagem. O PSE será realizado durante um mês apenas. O agendamento diário deve respeitar o tempo de 20' para limpeza e desinfecção da sala após cada consulta e 30' para que seja iniciada esta limpeza após procedimentos com geração de aerossol.

Quadro 9: Agendamento para triagem para CD de 40h semanais e de acordo com a configuração da eSB e agendamento diário.

ESB	GRUPO TRIAGEM	GRUPO ETÁRIO	ESTIMATIVA DE FALTAS: 15%	Nº TOTAL P/ TRIAR	NÚMERO DE PESSOAS CLASSIFICADAS COMO E, F	RESULTADO DA TRIAGEM: ALTO RISCO	AGENDAMENTO DIÁRIO
1 CD	20 PESSOAS	12 ADULTOS	2	10 ADULTOS	70% APROX. 7 ADULTOS	7 ADULTOS DE ALTO RISCO PARA CÁRIE OU DOENÇA PERIODONTAL; TC OU TC EM CONTROLE DE DOENÇAS BUCAIS (CDB) EM, NO MÁXIMO, 6 CONSULTAS (DEVIDO AO ATENDIMENTO SEM AEROSSOL)	4 AGENDADOS POR DIA, EM CONSULTAS DE 60 MINUTOS, SENDO 2 ATENDIMENTO COM GERAÇÃO DE AEROSSOL E 2 ATENDIMENTO SEM GERAÇÃO DE AEROSSOL. O TRATAMENTO SERÁ REALIZADO POR HEMIARCO, SE POSSÍVEL
		8 CRIANÇAS	1	7 CRIANÇAS	50% APROX. 3 CRIANÇAS	3 CRIANÇAS DE ALTO RISCO; TC OU TC EM CONTROLE DE DOENÇAS BUCAIS (CDB) EM, NO MÁXIMO, 6 CONSULTAS (DEVIDO AO ATENDIMENTO SEM AEROSSOL)	
1 CD E 1 ASB	24 PESSOAS	14 ADULTOS	2	12 ADULTOS	70% APROX. 8 ADULTOS	8 ADULTOS DE ALTO RISCO PARA CÁRIE OU DOENÇA PERIODONTAL; TC OU TC EM CONTROLE DE DOENÇAS BUCAIS (CDB) EM, NO MÁXIMO, 5 CONSULTAS	4 AGENDADOS POR DIA, EM CONSULTAS DE 40 MINUTOS, SENDO 4 ATENDIMENTOS COM GERAÇÃO DE AEROSSOL. O TRATAMENTO SERÁ REALIZADO POR HEMIARCO, SE POSSÍVEL
		10 CRIANÇAS	1	9 CRIANÇAS	50% APROX. 4 CRIANÇAS	4 CRIANÇAS DE ALTO RISCO; TC OU TC EM CONTROLE DE DOENÇAS BUCAIS (CDB) EM, NO MÁXIMO, 5 CONSULTAS	
1 CD, 1 ASB E 1 TSB	24 PESSOAS	14 ADULTOS	2	12 ADULTOS	70% APROX. 8 ADULTOS	8 ADULTOS DE ALTO RISCO PARA CÁRIE OU DOENÇA PERIODONTAL; TC OU TC EM CONTROLE DE DOENÇAS BUCAIS (CDB) EM, NO MÁXIMO, 5 CONSULTAS	4 AGENDADOS POR DIA, EM CONSULTAS DE 40 MINUTOS, SENDO 4 ATENDIMENTOS COM GERAÇÃO DE AEROSSOL. O TRATAMENTO SERÁ REALIZADO POR HEMIARCO, SE POSSÍVEL
		10 CRIANÇAS	1	9 CRIANÇAS	50% APROX. 4 CRIANÇAS	4 CRIANÇAS DE ALTO RISCO; TC OU TC EM CONTROLE DE DOENÇAS BUCAIS (CDB) EM, NO MÁXIMO, 5 CONSULTAS	

NOTA: Média de 20 dias úteis por mês para o cálculo da produtividade mensal, excluindo-se o tempo ao atendimento de Prótese e triagem. O PSE será realizado durante um mês apenas.

O agendamento diário deve respeitar o tempo de 20' para limpeza e desinfecção da sala após cada consulta e 30' para que seja iniciada esta limpeza após procedimentos com geração de aerossol.

OBS: A proporção de adultos e crianças para a realização da triagem, deverá levar em

consideração também a pirâmide populacional do território.

ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO E DA AGENDA DOPROFISSIONAL

A consulta odontológica deve ser qualificada e no prontuário devem constar a anamnese, o exame clínico e a autorização do usuário, com referência aos procedimentos e tratamentos indicados, conforme legislação em vigor e ciênciado mesmo perante o nº de faltas (**Anexo I**), devendo ser registrada no prontuário eletrônico (PEC) ou nas Fichas Odontológicas.

Quadro 8A: Média de atendimento diário, rendimento e número esperado de Primeiras Consultas/ Tratamentos concluídos (convencional ou em CDB) para Equipes de 20 horas semanais.

AGENDAMENTO / RENDIMENTO / ACOLHIMENTO (NOVAS CONSULTAS)		EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	
		1 CD	1 CD + 1 ASB
AGENDAMENTO PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	DIAS ÚTEIS/MÊSNA CLÍNICA	16	16
	Nº AGENDAMENTOS/ DIA	2	2
MÉDIA DE TI E TC/ MÊS		5 (MÉDIA)	6 (MÉDIA)
AGENDAMENTO PARA PRÓTESE	DIAS ÚTEIS/MÊSNA CLÍNICA	4	4
	Nº AGENDAMENTOS/ DIA	3	4
MÉDIA DE TI E TC/ MÊS		2 (MÉDIA)	2,5 (MÉDIA)
TELECONSULTA/ MÊS		15	60

Quadro 9A: Média de atendimento diário, rendimento e número esperado de Primeiras Consultas / Tratamentos concluídos (convencional ou em CDB) para equipe de 40 h semanais.

AGENDAMENTO / RENDIMENTO / ACOLHIMENTO (NOVAS CONSULTAS)		EQUIPE DE SAÚDE BUCAL		
		1 CD	1 CD + 1 ASB	1 CD + 1 ASB + 1 TSB
AGENDAMENTO PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	DIAS ÚTEIS/MÊS NA CLÍNICA	16	16	16
	Nº AGENDAMENTOS/ DIA	4	4	4
MÉDIA DE TI E TC/ MÊS		10 (MÉDIA)	12 (MÉDIA)	12 (MÉDIA)
AGENDAMENTO PARA PRÓTESE	DIAS ÚTEIS/MÊS NA CLÍNICA	4	4	4
	Nº AGENDAMENTOS/ DIA	6	8	8
MÉDIA DE TI E TC/ MÊS		4 (MÉDIA)	5 (MÉDIA)	5 (MÉDIA)
TELECONSULTA/ MÊS		31	124	124

Quadro 10A: Média de atendimento diário, rendimento e número esperado de Primeiras Consultas / Tratamentos concluídos (convencional ou em CDB) para eSB de Cnar 20h ou 40 h semanais.

AGENDAMENTO / RENDIMENTO / ACOLHIMENTO (NOVAS CONSULTAS)		ESB – 20H	ESB – 40H
		1 CD + 1 ASB	1 CD + 1 ASB
AGENDAMENTO PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	DIAS ÚTEIS/MÊS NA CLÍNICA	15	15
	Nº AGENDAMENTOS/ DIA	2	4
MÉDIA DE TI E TC/ MÊS		6 (MÉDIA)	12 (MÉDIA)
AGENDAMENTO PARA PRÓTESE	DIAS ÚTEIS/MÊS NA CLÍNICA	4	4
	Nº AGENDAMENTOS/ DIA	4	8
MÉDIA DE TI E TC/ MÊS		3 (MÉDIA)	5 (MÉDIA)

OBS: 01 (hum) dia do mês será para a eSB percorrer o território para nova busca-ativa de pacientes/ triagens, além do reconhecimento deste território.

Quadro 11A: Média de atendimento diário, rendimento e número esperado de Primeiras Consultas / Tratamentos concluídos (convencional ou em CDB) para eSB de UOM com atendimento 12h.

AGENDAMENTO / RENDIMENTO / ACOLHIMENTO (NOVAS CONSULTAS)		ESB – UOM 12H
		1 CD + 1 ASB
AGENDAMENTO PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	DIAS ÚTEIS/MÊSNA CLÍNICA	25
	Nº AGENDAMENTOS/ DIA	6
MÉDIA DE TI E TC/ MÊS		30 (MÉDIA)
AGENDAMENTO PARA PRÓTESE	DIAS ÚTEIS/MÊSNA CLÍNICA	4
	Nº AGENDAMENTOS/ DIA	10
MÉDIA DE TI E TC/ MÊS		7 (MÉDIA)

OBS: 01 (hum) dia do mês será para a eSB percorrer o território para nova busca-ativa de pacientes/ triagens, além do reconhecimento deste território.

O cronograma semanal/mensal de atividades dos profissionais de Saúde Bucal, a depender da composição da equipe e da carga horária, deve contemplar:

- Reunião de equipe e visita domiciliar (quando necessário e possível);
- Educação permanente;
- Atividades administrativas.

O quadro abaixo aponta o cronograma semanal por carga horária e composição de equipe:

CRONOGRAMA SEMANAL/MENSAL DE ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL - 1

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	ATIVIDADES	HORAS	TOTAL/ MÉDIA EXECUTADAS
SAÚDE BUCAL 1 CD 20 HORAS	EDUCAÇÃO PERMANENTE/ REUNIÃO DE EQUIPE	-	CONFORME PLANEJAMENTO
	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS EM PROCEDIMENTOS CLÍNICOS (60 MINUTOS)	15	2 AGENDAMENTOS/ DIA**
	TRIAGEM*	1H (4H/ MÊS)	10 PACIENTES/ MÊS
	Nº DE AGENDAMENTOS PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS/ MÊS		30 AGENDAMENTOS
	NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS/MÊS (INCLUINDO GESTANTES)		5 PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS/ MÊS
	Nº DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS		5 TRATAMENTOS CONCLUÍDOS/MÊS
	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS EM PRÓTESE (60 MINUTOS)	4	3 AGENDAMENTOS/ DIA
	Nº DE AGENDAMENTOS PRÓTESE/ MÊS		12 AGENDAMENTOS/ MÊS
	NÚMERO DE TRATAMENTOS INICIADOS/ MÊS		2 TRATAMENTOS INICIADOS/MÊS
	Nº DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS		2 TRATAMENTOS CONCLUÍDOS/MÊS

CRONOGRAMA SEMANAL/MENSAL DE ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL - 2

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	ATIVIDADES	HORAS	TOTAL/ MÉDIA EXECUTADAS	
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL 1 CD + 1 ASB 20 HORAS	EDUCAÇÃO PERMANENTE/ REUNIÃO DE EQUIPE	-	CONFORME PLANEJAMENTO	
	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS EM PROCEDIMENTOS CLÍNICOS (40 MINUTOS)	15	2 AGENDAMENTOS/ DIA**	
	TRIAGEM*	1H (4H/ MÊS)	12 PACIENTES	
	Nº DE AGENDAMENTOS PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS/ MÊS		30 AGENDAMENTOS	
	NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS/MÊS (INCLUINDO GESTANTES)		6 PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS/ MÊS	
	Nº DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS		6 TRATAMENTOS CONCLUÍDOS/MÊS	
	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS EM PRÓTESE (40 MINUTOS)	4	4 AGENDAMENTOS/ DIA	
	Nº DE AGENDAMENTOS PRÓTESE/ MÊS		16 AGENDAMENTOS/ MÊS	
	NÚMERO DE TRATAMENTOS INICIADOS/ MÊS		2,5 TRATAMENTOS INICIADOS/MÊS	
	Nº DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS		2,5 TRATAMENTOS CONCLUÍDOS/MÊS	

CRONOGRAMA SEMANAL/MENSAL DE ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL - 3

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	ATIVIDADES	HORAS	TOTAL/ MÉDIA EXECUTADAS
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL 1 CD 40 HORAS	EDUCAÇÃO PERMANENTE/ REUNIÃO DE EQUIPE	-	CONFORME PLANEJAMENTO
	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS EM PROCEDIMENTOS CLÍNICOS (40 MINUTOS)	31	4 AGENDAMENTOS/ DIA**
	TRIAGEM*	1H (4H/ MÊS)	20 PACIENTES
	Nº DE AGENDAMENTOS PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS/ MÊS		62 AGENDAMENTOS
	NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS/MÊS (INCLUINDO GESTANTES)		10 PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS/ MÊS
	Nº DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS		10 TRATAMENTOS CONCLUÍDOS/MÊS
	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS EM PRÓTESE (60 MINUTOS)	8	6 AGENDAMENTOS/ DIA
	Nº DE AGENDAMENTOS PRÓTESE/ MÊS		24 AGENDAMENTOS/ MÊS
	NÚMERO DE TRATAMENTOS INICIADOS/ MÊS		4 TRATAMENTOS INICIADOS/MÊS
	Nº DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS		4 TRATAMENTOS CONCLUÍDOS/MÊS

CRONOGRAMA SEMANAL/MENSAL DE ATIVIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL - 4

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	ATIVIDADES	HORAS	TOTAL/ MÉDIA EXECUTADAS	
EQUIPE DE SAÚDE BUCAL- 1 CD + 1 ASB 40 HORAS OU EQUIPE DE SAÚDE BUCAL 1 CD + 1 ASB + 1 TSB	EDUCAÇÃO PERMANENTE/ REUNIÃO DE EQUIPE	-	CONFORME PLANEJAMENTO	
	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS EM PROCEDIMENTOS CLÍNICOS (40 MINUTOS)	31	4 AGENDAMENTOS/ DIA**	
	TRIAGEM*	1H (4H/ MÊS)	24 PACIENTES	
	Nº DE AGENDAMENTOS PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS/ MÊS		62 AGENDAMENTOS	
	NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS/MÊS (INCLUINDO GESTANTES)		12 PRIMEIRAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS/ MÊS	
	Nº DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS		12 TRATAMENTOS CONCLUÍDOS/MÊS	
	CONSULTAS PROGRAMÁTICAS EM PRÓTESE (40 MINUTOS)	8	8 AGENDAMENTOS/ DIA	
	Nº DE AGENDAMENTOS PRÓTESE/ MÊS		32 AGENDAMENTOS/ MÊS	
	NÚMERO DE TRATAMENTOS INICIADOS/ MÊS		5 TRATAMENTOS INICIADOS/MÊS	
	Nº DE TRATAMENTOS CONCLUÍDOS		5 TRATAMENTOS CONCLUÍDOS/MÊS	

OBS: *As triagens odontológicas e ações a serem realizadas nos grupos de risco A, B, C e D ocorrerão no mesmo período de 4 horas.

**Para uma boa organização da agenda e biossegurança há o tempo de 50 minutos para o atendimento de urgência para cada período de 4 horas.

*** Para uma boa organização da agenda e biossegurança há o tempo de 60 minutos para o atendimento de urgência para cada período de 4 horas.

3.1.1.2 TELECONSULTA/TELEODONTOLOGIA

A Teleconsulta na Odontologia pode ser utilizada para levantamento da história médica pregressa do paciente e a queixa odontológica, no dia anterior à primeira consulta para orientações e verificação das condições gerais de saúde e presença de sinais ou sintomas relacionados à COVID-19 e evolução da condição do paciente que já é acompanhado por aquele serviço.

A Teleconsulta/ Teleodontologia não substitui a consulta presencial convencional, constituindo-se como medidas auxiliares que colaboram para ampliar e organizar o acesso, sendo seu uso dependente da condição do paciente e do juízo clínico do profissional. Quando realizada, deve ser lançado o procedimento com o código 0301010250 TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ou 0303030315 TELECONSULTA POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) e informar na Ficha de Atendimento Individual: Local de Atendimento: Outros (L10); o Tipo de Atendimento: Escuta Inicial/Orientação (T3), ou Consulta do Dia (T4); Tipo de Consulta: Consulta de Retorno em Odontologia (SB2), ou Consulta de Manutenção em Odontologia (SB3); em caso de gestante digitar o código (SB5) ou pacientes com necessidades especiais (SB4); no campo Vigilância em Saúde Bucal inserir o(s) código(s) a depender da queixa do paciente podendo ser: SB6, SB7, SB8, SB11, ou SB12. Informar no Campo Conduta: Retorno para Consulta Agendada (SB16), Encaminhamento para Outros Profissionais da AB (SB17), ou Alta do Episódio (SB20). As informações devem ser inseridas no prontuário do cidadão, ato imprescindível para teleconsultas odontológicas.

Quando realizada a teleconsulta de paciente sintomático respiratório, deve ser lançado na ficha de atendimento odontológico individual ou no PEC o procedimento com o código 0301010250 TELECONSULTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ou 0303030315 TELECONSULTA POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) informando o Tipo de Atendimento: Escuta Inicial/Orientação (T3), ou Consulta do Dia (T4); e o local de atendimento como "OUTROS".

3.1.2 PRIORIDADE AOS GRUPOS DE RISCO (GESTANTES, CRIANÇAS, DIABÉTICOS, HIPERTENSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA):

3.1.2.1 PRÉ- NATAL ODONTOLÓGICO

As gestantes que realizam pré-natal (PN) na Unidade deverão ser acompanhadas pelas eSB e receber tratamento odontológico sempre que necessário. O agendamento odontológico, sempre que possível, deverá coincidir com a mesma data da consulta de PN. Deve-se priorizar a consulta odontológica para os horários com menor circulação de pessoas;

Gestante com suspeita/confirmação para Covid-19, que necessite do atendimento urgente, o profissional deve atender a essa urgência com todas as medidas de biossegurança;

Recomenda-se o uso da teleconsulta para acompanhar e monitorar as gestantes que estão realizando o pré-natal odontológico, assim como para verificar a melhoria ou agravamento dos casos de urgência/emergência.

3.1.2.2 PACIENTES DIABÉTICOS HIPERTENSOS E OUTRAS

CONDIÇÕES SISTÊMICAS

No atendimento de urgência dos pacientes em condições sistêmicas que apresentam sintomas e sinais de síndrome gripal por Covid-19, síndrome respiratória aguda grave ou são contatos de casos confirmados, o profissional pode prescrever e, caso não haja remissão de sintomas, proceder ao atendimento;

É primordial a realização de teleconsultas para monitorar as questões de saúde com a finalidade de verificar a melhoria ou agravamento do quadro clínico e proceder com maior celeridade;

Para os atendimentos eletivos dessas pessoas, os agendamentos devem ser realizados em momentos em que há menor fluxo de usuários, possibilitando maior segurança na oferta do cuidado.

3.1.2.3 PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O atendimento à pessoa com deficiência não deve ser adiado, tendo em vista o comprometimento da qualidade de vida decorrente do agravamento das condições de saúde bucal. Assim, todos os pontos da rede devem estar adequados e preparados para acolhimento e prestação do cuidado a esse grupo de pessoas.

O uso da teleconsulta para esse grupo pode auxiliar no monitoramento e orientações, além de auxiliar no acesso aos serviços.

4. AVALIAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

É imprescindível que os profissionais da eSB conheçam os Sistemas de Informação e façam o preenchimento adequado das fichas, alimentando o sistema informatizado de acompanhamento das ações desenvolvidas e avaliação (SIGA e/ou e-SUS), bem como do conjunto dos Indicadores.

Nesse momento não haverá cobrança em relação às metas, porém o monitoramento das ações de Saúde Bucal continuará a ser realizado.

5. RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Para atender à legislação vigente (Resolução Conselho Federal de Odontologia–CFO Nº 063/2005) faz-se necessária a indicação de um Responsável Técnico (RT), Cirurgião-Dentista, nos estabelecimentos de prestação de serviços odontológicos e no momento de saída deste profissional da unidade, novo RT deverá ser indicado dando ciência ao CROSP.

6. HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO

A Equipe de Saúde Bucal, independentemente do tipo de Unidade de trabalho (UBS, CEO, UOM, SAE, PS, PA, UPA, AMA), deverá conhecer o direito que o usuário tem a um atendimento integral e que suas necessidades precisam ser acolhidas, atendidas no que for possível, neste nível de atenção, e encaminhadas devidamente, estabelecendo-se o vínculo entre o usuário e o serviço/profissionais da saúde bucal.

Acolher a pessoa que procura a Unidade, ouvir a queixa, atender, orientar, encaminhar, informando-a sobre seus direitos, sem esquecer-se de seus deveres, é um dos aspectos mais importantes do serviço de saúde. Neste sentido, mesmo na Unidade que não conte com a Saúde da Família, 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.

7. MAIOR RESOLUTIVIDADE DA CLÍNICA BÁSICA

Com o avanço do processo da universalização das ações de saúde bucal e sempre na perspectiva do cuidado integral, como direito precípua de cidadania, é imperativo que este 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. Neste sentido, há necessidade de que sejam observadas as rotinas de encaminhamento das ações básicas para as especializadas, bem como observadas a contrarreferência, seguindo o documento “PROTÓCOLOS DAS ESPECIALIDADES PARA O CEO”, lançado em 2020 (<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/CadernodeProtocolosFINAL.PDF>).

Pautando-se nas “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, de 2014, que incluiu a reabilitação protética na Atenção Básica, a SMS do Município de São Paulo estendeu este atendimento às UBS para que possam de forma integral e territorialmente atender melhor as necessidades da população, reduzindo a fila de espera desta demanda.

Os pacientes que necessitarem de PT ou PPR, ao serem encaminhados, deverão ter anotados em suas Fichas de Referência/ Contrarreferência o tipo de prótese necessária para a reabilitação e a arcada, para que a Regulação da unidade possa inserir no campo “Observação” os códigos referentes a cada tipo de prótese de acordo com o quadro a seguir:

PROCEDIMENTO	CÓDIGO
PRÓTESE TOTAL MAXILAR	PTMAX
PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	PTMAND
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MAXILAR	PPMAXR
PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MANDIBULAR	PPMANDR

8. SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Sob a ótica da Rede de Serviços de Urgência, o Pronto Atendimento, Pronto Socorro, UPA e AMA, frequentemente, consubstanciam “portas de entrada” do Sistema de Saúde, sendo necessário que sigam os princípios do SUS com ações resolutivas e de qualidade, com orientações ao paciente sobre a importância de procurar sua UBS de referência para o tratamento integral na Saúde Bucal.

Neste sentido, faz-se necessária a realização efetiva de procedimentos odontológicos (ex.: exodontias, drenagens de abscessos entre outros) e não apenas medicação e encaminhamento, pois para a real solução de urgências odontológicas há a necessidade de intervenção. Só não é possível intervir se houver trismo ou edema limitante da abertura da boca. Caso contrário em todo atendimento de urgência odontológica deve haver intervenção, o mais resolutiva possível, com realização de procedimentos, acompanhado ou não de terapêutica medicamentosa. As principais atividades realizadas nos atendimentos de urgência são: **tratamento de odontalgias, tratamento dos abscessos dento-alveolares, tratamento das hemorragias dentárias e das alveolites e traumas dentários.**

O Município de São Paulo, atento a essas necessidades, tem ampliado a Rede de Serviços de Urgência Odontológica, com novas contratações e implementações em UPA.

9. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

9.1. CENTRO DE ESPECIALIDADE ODONTOLÓGICA (CEO)

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) estão preparados para realizar as seguintes especialidades: estomatologia, periodontia, cirurgia oral menor, endodontia, atendimento a usuários com deficiência, próteses, ortodontia e ortopedia funcional dos maxilares para crianças de 4 a 11 anos, 11 meses e 29 dias.

O usuário, quando necessitar deste serviço, deve ser encaminhado pela sua UBS de referência por meio de mecanismos de referência e contrarreferência. As observações importantes para o encaminhamento de pacientes aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) encontram-se no "PROTÓCOLOS DAS ESPECIALIDADES PARA O CEO", lançado em 2020.

Link: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Caderno-deProtocolosFINAL.PDF>

Atualmente temos referência para o atendimento de pacientes que necessitem de sedação ou anestesia geral para a realização de tratamento odontológico: HD Vila Guilherme/ Vila Maria, HD São Mateus, HD São Miguel, Hospital Saboya e HD Flávio Giannotti. O Hospital do Campo Limpo realiza somente procedimentos odontológicos cirúrgicos.

10. PUBLICAÇÕES COMPLEMENTARES

Encontra-se no site da Secretaria Municipal da Saúde:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=220445 as seguintes publicações que podem auxiliar a eSB em suas atividades:

- Material de apoio para a confecção de próteses dentárias nas Unidades Básicas de Saúde:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/material_protasesdentarias_artefinal_junho21.pdf

- Protocolo das especialidades para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas 2021):

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=220445

- Guia do autoexame e autocuidados em Saúde Bucal:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/SAUDE-BUCAL.pdf>

- Manual de Dor Orofacial e Disfunção Temporomandibular para os Cirurgiões Dentistas do SUS Cidade de São Paulo- Protocolo de Atendimento (jan/2019):

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/11-04-VERSAO-FINAL-MANUAL-OROFACIAL.pdf>

- Estomatologia para Clínicos da Atenção Básica no Município de São Paulo:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MANUALESTOMATOLOGIA\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MANUALESTOMATOLOGIA(1).pdf)

f33c1a5ff5d6f12a.pdf. Acessado em: 28 de Maio de 2020.

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-T he 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.

ANEXOS

ANEXO I – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____
_____, RG _____, declaro estar ciente
de que não poderei faltar nas consultas com o(a) dentista e que deverei
comparecer pontualmente nas consultas agendadas.

As faltas justificadas deverão ser comunicadas com 24 (vinte e qua-
tro) horas de antecedência.

Serão toleradas até 02 (duas) faltas injustificadas. A partir da ter-
ceira falta injustificada, o paciente deverá agendar novamente a triagem
odontológica para reiniciar o tratamento, conforme o fluxo de atendi-
mento da Unidade.

São Paulo, _____ de _____ de 202_____

ANEXO II – FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DAS URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS



ANEXO IV - ORIENTAÇÕES PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UBS EM TEMPOS DE COVID-19

1- Acolhimento do paciente com a verificação de temperatura e questionamentos sobre sintomas gripais, havendo algum sinal ou sintoma, o paciente deverá ser encaminhado ao atendimento médico. Para consulta eletiva, tal ato pode ser realizado através da teleconsulta 1 dia antes do atendimento.

2- Paramentação da eSB seguindo a sequência:
Higienização das mãos, avental Impermeável 50g/m², máscara N95 ou similar, gorro, óculos de proteção com fechamento lateral, protetor facial (Face Shield), higienização das mãos e luvas.

3- Para o paciente: ao sentar na cadeira odontológica ofertar óculos de proteção com fechamento lateral e guardanapo (babador).

4- Considerando as orientações encaminhadas às CRS em outubro de 2020, para que as adequações na estrutura física dos consultórios odontológicos fossem realizadas, os atendimentos poderão seguir as orientações abaixo, porém para aqueles que não estão com os consultórios com as adequações físicas realizadas, deverão seguir os seus planos operativos. Os profissionais da Atenção Básica que estão realizando Prótese Dentária deverão destinar para esse atendimento 20% de sua carga horária.

O número de pacientes segundo a composição da eSB e carga-horária do CD encontra-se no quadro abaixo:

ATENDIMENTO CLÍNICO			ATENDIMENTO EM PRÓTESE
CARGA HORÁRIA	Nº PACIENTES DE AB	TELECONSULTA	Nº PACIENTES DE PRÓTESE (1 X/SEMANA)
CD 20H	2 AGENDADOS POR DIA, EM CONSULTAS DE 60 MINUTOS, SENDO 1 ATENDIMENTO COM GERAÇÃO DE AEROSSOL E 1 ATENDIMENTO SEM GERAÇÃO DE AEROSSOL.	MÍNIMO 1 PACIENTES/ PERÍODO	3 PACIENTES POR DIA EM CONSULTAS DE 60 MINUTOS
CD 20H + ASB	2 AGENDADOS POR DIA, EM CONSULTAS DE 40 MINUTOS, SENDO 2 ATENDIMENTOS COM GERAÇÃO DE AEROSSOL	MÍNIMO 4 PACIENTES/ PERÍODO	4 PACIENTES POR DIA EM CONSULTAS DE 40 MINUTOS
CD 40H	4 AGENDADOS POR DIA, EM CONSULTAS DE 60 MINUTOS, SENDO 2 ATENDIMENTO COM GERAÇÃO DE AEROSSOL E 2 ATENDIMENTO SEM GERAÇÃO DE AEROSSOL	MÍNIMO 2 PACIENTES/ PERÍODO	6 PACIENTES POR DIA EM CONSULTAS DE 60 MINUTOS
CD 40H + ASB/ CD 40H + ASB+ TSB	4 AGENDADOS POR DIA, EM CONSULTAS DE 40 MINUTOS, SENDO 4 ATENDIMENTOS COM GERAÇÃO DE AEROSSOL.	MÍNIMO 8 PACIENTES/ PERÍODO	8 PACIENTES POR DIA EM CONSULTAS DE 40 MINUTOS

**SUGESTÃO DE COMPOSIÇÃO DE AGENDA
POR PERÍODO DE 4H**

CD	
ATENDIMENTO SEM AEROSSOL - 60 MINUTOS	
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE - 20 MINUTOS	
ATENDIMENTO COM AEROSSOL - 60 MINUTOS	
TEMPO DE ESPERA PARA SEDIMENTAÇÃO DE PARTÍCULAS - 30 MIN	TELECONSULTA – 1 PACIENTE
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE - 20 MINUTOS	
TEMPO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - 50 MINUTOS	
CD + ASB/ CD + ASB + TSB	
ATENDIMENTO COM AEROSSOL - 40 MINUTOS	
TEMPO DE ESPERA PARA SEDIMENTAÇÃO DE PARTÍCULAS - 30 MIN	
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE - 20 MINUTOS	
ATENDIMENTO COM AEROSSOL - 40 MINUTOS	TELECONSULTA – 2 PACIENTES
TEMPO DE ESPERA PARA SEDIMENTAÇÃO DE PARTÍCULAS - 30 MIN	
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO AMBIENTE - 20 MINUTOS	
TEMPO PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - 60 MINUTOS	
	TELECONSULTA – 2 PACIENTES

5- Limpeza terminal: esta deverá ocorrer ao final do dia, mesmo que os procedimentos não tenham sido geradores de aerossol.

6- Desparamentação da equipe seguindo a sequencia:
Luvas, avental, higienização das mãos, protetor facial (Face Shield) e óculos, gorro, higienização das mãos, máscara e higienização das mãos.

7- Descarte do EPI:

Os EPI utilizados: gorro, avental de procedimento descartável impermeável gramatura 50g/m² e luvas, deverão ser descartados como resíduo infectante, após cada atendimento.

Os óculos de proteção e protetor facial deverão ser limpos e submetidos à desinfecção conforme recomendação do fabricante e depois guardados para nova utilização.

O tempo de uso da máscara N95 ou equivalente deverá seguir recomendação do fabricante, desde que as máscaras não estejam sujas, molhadas ou não integras, podendo ser reutilizada pelo mesmo profissional, acondicionada em local limpo e seco para nova utilização. Seu descarte também deverá ser em saco branco - "lixo infectante". Caso ocorra atendimento em caráter de urgência à paciente sintomático, a máscara N95 ou similar deverá ser descartada ao término do atendimento em lixo infectante.

Obs. A ASB ou TSB ao realizar a limpeza e desinfecção deverá usar luvas grossas de borracha (não cirúrgicas).

8- Fluxo de paramentação e desparamentação no expurgo:

As atividades de recebimento, limpeza, lavagem e separação de materiais são consideradas "suja" e, portanto, devem ser realizadas em ambiente(s) próprio(s) e exclusivo(s) e com paramentação adequada, mediante a colocação dos seguintes EPI: avental plástico / impermeável, máscara, gorro, calçados fechados, óculos e luvas grossas de borracha (não cirúrgicas).

Os ASB devem se desparamentar completamente ao deixarem o consultório odontológico e se dirigirem ao expurgo. O EPI a ser utilizado neste trajeto é um avental de procedimento limpo.

ANEXO V - TELECONSULTA NA ODONTOLOGIA

O que pode e o que não pode ser feito através da teleodontologia.

O que o cirurgião-dentista pode fazer:

Solicitar informações aos usuários sobre as queixas odontológicas, como:

- História odontológica (presença de dor, lesões ou outros sintomas e sinais na cavidade oral).
- Verificar aqueles que devem ser priorizados no atendimento e monitorados com base em seus quadros e condições;
- Questionar aos usuários sobre presença de sintomas respiratórios que se relacionam à Covid-19 e seus familiares;
- Questionar aos usuários sobre a saúde sistêmica, verificando aqueles que são do grupo de risco e se há algum fato sobre a condição de saúde geral que queira relatar;
- Orientar o usuário sobre ações prévias à consulta: na UBS manter-se com máscara; chegar no horário da consulta;
- Na presença de sinais e sintomas de SG a consulta deverá ser reagendada e em caso de urgência orientar para ir à UBS para realizar a medicação;
- Não havendo remissão do quadro o atendimento presencial deverá ser realizado;
- Para as gestantes o atendimento deverá ser sempre presencial com oferta do cuidado necessário;
- Orientar sobre hábitos saudáveis para a manutenção da saúde;

O que o cirurgião-dentista não pode fazer:

- Os profissionais não devem emitir diagnóstico aos usuários por meio da teleodontologia;
- O profissional não deve utilizar ou orientar o uso dos usuários de ferramentas automáticas de perguntas e respostas (Chatbot) na teleconsulta odontológica;

ANEXO VI – ORIENTAÇÕES PARA CRIAR AGENDA DE TRIAGEM (5 EM 5')

1. Criar/alterar no módulo **Atendimento > Atividade Coletiva > Criar atividade** do Sistema SIGA , a atividade de triagem odontológica (como já é feito atualmente). E identificar no campo **"número máximo de pacientes a quantidade"** a quantidade **"1"**.

Conforme imagem abaixo:

*Nome	TRIAGEM DE ODONTO
*Profissional Responsável	170242123630018 - RAUL ESPINOSA RODRIGUEZ
*Número Máximo de Participantes	1
Número de Profissionais	0
Lista de Profissionais Participantes	
Membros	Código CNS

2. Posteriormente, a unidade deve criar sua agenda de atividade coletiva e configurar o seu tempo de atendimento médio igual a "5".

Conforme imagem abaixo:

Tempos médios por atendimento	
Tipo de atendimento	Duração
* PRIMEIRA VEZ	5 min
* RETORNO	5 min

*** Vale lembrar que apenas as vagas de "Primeira Vez" (somente das agendas de atividade coletiva) ficam visíveis para o aplicativo Agenda Fácil.

3. No momento de configurar a grade de atendimento, a Unidade deve identificar no campo **"quant. de atendimento"** o total de pacientes que atenderá.

Conforme exemplo abaixo:

Configuração da Grade Corrente (Segunda-Feira - Das 08:00 às 11:00)

Procedimento	010102004	AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALID.	
Tipo Atendimento	<selecionar> v		
Horário Inicial	09:50		
Quant. Atendimento	22	incluir	

4. Ao incluir a quantidade identificada, o próprio sistema calculará o tempo total daqueles atendimentos.

Conforme exemplo abaixo:

Cód.	Proced.	Tipo Atendim.	Quant.	Hora Inicial	Hora Final	
010102004	AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA	PRIMEIRA VEZ v	22	08:00	09:50	alterar excluir

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Coordenação da Atenção à Saúde
Assessoria Técnica de Saúde Bucal

São Paulo
Junho 2021