**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

**ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**

# *SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL*

## *Manual de preenchimento*

**Secretaria Municipal da Saúde**

**São Paulo**

**2010**

***Prefeito***

*Gilberto Kassab*

***Secretário Municipal da Saúde***

*Januario Montone*

***Coordenador da Atenção Básica***

*Edjane Maria Torreão de Brito*

***Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal***

*Maria da Candelária Soares*

**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

**ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**

***SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL***

***Manual de preenchimento***

**GRUPO TÉCNICO RESPONSÁVEL:**

Área Técnica de Saúde Bucal

Interlocutores de Saúde Bucal das Coordenadorias Regionais de Saúde e das Supervisões Técnicas de Saúde

**Ficha catalográfica**

616.314

S241m São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Manual do Sistema de Informações em Saúde Bucal / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. - São Paulo: SMS, 2010.

100 p.

1. Saúde Bucal. 2. Sistema de Informações. 3. Indicadores de Saúde. 4. Odontologia em Saúde Pública. I. Coordenação da Atenção Básica. II. Título.

**Ficha Técnica:**

- Digitação e montagem: Doralice Severo da Cruz; Regina Auxiliadora Amorim Marques; Maria da Candelária Soares
- 1ª edição: 2006
- 2º edição revisada: 2010

Área Técnica de Saúde Bucal – R. Gal. Jardim, 36 - 5º A – Centro – São Paulo – CEP 01048-010 – Telefone: 3397 2229

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

**SUMÁRIO**


| | |
|---|---|
| Introdução | 16 |
| Mapas de produção ambulatorial em saúde bucal – Atenção Básica | 19 |
| Mapa de produção ambulatorial – Atenção Básica – Diário – Cirurgião dentista | 19 |
| Total de pessoas agendadas | 20 |
| Total de atendimentos de urgência | 20 |
| Total de faltas no agendamento | 20 |
| Total de pessoas atendidas | 20 |
| Raça/cor/etnia | 21 |
| Procedimentos programáticos | 21 |
| Consulta/atendimento domiciliar na Atenção Básica - 03.01.01.013-7 | 21 |
| Consulta de profissional de nível superior na Atenção Básica – 03.01.01.003-0 | 21 |
| Atendimento de urgência em Atenção Básica - 03.01.06.003-7 | 22 |
| Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica - 01.01.02.004-0 | 22 |
| Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel - 01.01.02.001-5 | 22 |
| Ação coletiva de escovação dental supervisionada - 01.01.02.003-1 | 22 |
| Aplicação de cariostático ou verniz fluorado por dente - 01.01.02.005-8 | 23 |
| Aplicação de selante por dente - 01.01.02.006-6 | 23 |
| Aplicação terapêutica intensiva de flúor por sessão - 01.01.02.007-4 | 24 |
| Capeamento pulpar - 03.07.01.001-5 | 25 |
| Contenção dental - 04.14.01.001-9 | 25 |
| Drenagem de abscesso - 04.01.01.003- | 25 |
| Evidenciação de placa bacteriana – 01.01.02.008-2 | 25 |
| Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimento de pele/anexos e mucosa - 04.01.01.006-6 | 26 |
| Exodontia de dente decíduo – 04.14.02.012-0 | 26 |
| Exodontia de dente permanente – 04.14.02.013-8 | 26 |

| | |
|---|---|
| Frenotomia/Frenectomia – 04.01.01.008-2 | 26 |
| Pulpotomia e selamento provisório – 03.07.02.007-0 | 26 |
| Acesso a polpa dentária e medicação – 0.07.02.001-0 | 26 |
| Radiografia periapical/interproximal – 02.04.01.018-7 | 26 |
| Radiografia oclusal – 02.04.01.016-0 | 27 |
| Raspagem, alisamento e polimento supragengival – 03.07.03.001-6 | 27 |
| Raspagem, alisamento subgengivais – 03.07.03.002-4 | 27 |
| Reimplante e transplante dental – 04.14.02.024-3 | 27 |
| Remoção de foco residual – 04.14.02.028-6 | 27 |
| Restauração de dente decíduo – 03.07.01.002-3 | 27 |
| Restauração de dente permanente anterior – 03.07.01.003-1 | 27 |
| Restauração de dente permanente posterior – 03.07.01.004-0 | 28 |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas por paciente – 03.01.10.015-2 | 28 |
| Selamento provisório da cavidade dentária – 01.01.02.009-0 | 28 |
| Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental – 04.14.02.035-9 | 28 |
| Tratamento de alveolite – 04.14.02.038-3 | 28 |
| Ulotomia/Ulectomia – 04.14.02.040-5 | 28 |
| Moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária – 03.07.04.007-0 | 29 |
| Reembasamento e conserto de prótese dentária – 03.07.04.008-9 | 29 |
| Instalação e adaptação de prótese dentária – 03.07.04.003-8 | 29 |
| Biópsia dos tecidos moles da boca – 02.01.01.052-6 | 29 |
| Ajuste oclusal – não possui código SIA/SUS | 29 |
| Restauração atraumática – não possui código SIA/SUS | 29 |
| Restauração com amálgama – não possui código SIA/SUS | 30 |
| Restauração com resina - não possui código SIA/SUS | 30 |
| Restauração com ionômero de vidro - não possui código SIA/SUS | 30 |
| Primeira Consulta Odontológica – 03.01.01.015-3 | 30 |

| | |
|---|---|
| Tratamento inicial - não possui código SIA/SUS | 31 |
| Tratamento de manutenção - não possui código SIA/SUS | 31 |
| Tratamento concluído - não possui código SIA/SUS | 31 |
| Tratamento concluído em CDB (controle ds doenças bucais) | 32 |
| Encaminhamentos para as especialidades | 32 |
| Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Básica | 33 |
| Triagem na Unidade Básica de Saúde – 01.01.02.004-0 | 34 |
| Distribuição de horas por tipo de atividade | 34 |
| Mapa de produção ambulatorial – Cirurgião-dentista – Diário – Atenção Básica – Lay out | 36 |
| Mapa de produção de procedimentos coletivos em saúde bucal | 43 |
| Mapa 1 – Ações coletivas – AC – Cadastramento de espaço coletivo | 43 |
| Mapa 1 – Ações coletivas Cadastramento de espaços coletivos– Lay out | 45 |
| Mapa 2 – Ações coletivas – Lista nominal de crianças cadastradas | 45 |
| Mapa 2 – Ações coletivas - Lista nominal de crianças cadastradas– Lay out | 47 |
| Mapa 3 – Ações coletivas – Planilha da equipe de saúde bucal segundo tipo de procedimento por faixa etária | 48 |
| Mapa 3- Ações coletivas – Planilha da equipe de saúde bucal segundo tipo de procedimento por faixa etária Lay out | 49 |
| Mapa 3A – Consolidado mensal das equipes de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde segundo tipo de procedimentos por faixa etária | 50 |
| Mapa 3A – Consolidado mensal das equipes de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde segundo tipo de procedimentos por faixa etária Lay out | 51 |
| Mapa 4 – Consolidação dos dados da Unidade Básica de Saúde | 52 |
| Mapa 4 – Consolidação dos dados da Unidade Básica de Saúde - Lay out | 53 |
| Mapa 5 – Consolidado mensal da Coordenadoria Regional de Saúde | 53 |
| Mapa 5 – Consolidado dos dados da Coordenadoria Regional de Saúde - Lay out | 55 |
| Mapa de produção ambulatorial diário – Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) | 56 |

| | |
|---|---|
| Procedimentos de competência do Técnico de Saúde Bucal | 57 |
| Mapa do Técnico de Saúde Bucal – Lay out | 59 |
| Procedimentos de competência do Auxiliar de Saúde Bucal | 61 |
| Mapa do Auxiliar de Saúde Bucal – Lay out | 62 |
| Atenção especializada | 64 |
| Total de pessoas agendadas | 65 |
| Total de faltas no agendamento | 65 |
| Total de pessoas atendidas | 65 |
| Tratamento inicial | 65 |
| Tratamento concluído | 65 |
| Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPAI | 66 |
| Procedimentos de Endodontia | 66 |
| Consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada – 03.01.01.004-8 | 66 |
| Acesso à polpa dentária e medicação por dente – 03.07.02.001-0 | 66 |
| Apicectomia com ou sem obturação retrógrada – 04.14.02.002-2 | 66 |
| Capeamento pulpar – 03.07.01.001-5 | 67 |
| Contenção de dentes por splintagem – 04.14.01.001-9 | 67 |
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico – 03.07.02.002-9 | 67 |
| Obturação de dente decíduo – 03.07.02.003-7 | 67 |
| Obturação de dente permanente birradicular – 03.07.02.004-5 | 67 |
| Obturação em dente permanente com três ou mais raízes – 03.07.02.005-3 | 67 |
| Obturação em dente permanente unirradicular – 03.07.02.006-1 | 67 |
| Polpotomia dentária – 03.07.02.007-0 | 67 |
| Radiografia periapical/interproximal – 02.04.01.018-7 | 67 |
| Radiografia oclusal – 02.04.01.016-0 | 68 |
| Reimplante e transplante dental – 04.14.02.024-3 | 68 |
| Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular – 03.07.02.008-8 | 68 |

| | |
|---|---|
| Retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes – 03.07.02.009-6 | 68 |
| Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular – 03.07.02.010-0 | 68 |
| Selamento de perfuração radicular – 03.07.02.11-8 | 68 |
| Selamento provisório de cavidade dentária – 01.01.02.009-0 | 68 |
| Terapia a LASER – não possui código SIA/SUS | 68 |
| Tratamento inicial –TI_Endo | 69 |
| Tratamento concluído – TC_Endo | 69 |
| Mapa de Endodontia – Lay out | 70 |
| Procedimentos de periodontia | 72 |
| Consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada | 72 |
| Aplicação tópica de flúor (individual) – 01.01.02.007-4 | 72 |
| Tratamento cirúrgico periodontal (por sextante) – 04.14.02.037-5 | 73 |
| Contenção de dentes por splintagem – 04.14.01.001.-9 | 73 |
| Drenagem de abscesso da boca e anexos – 04.04.02.005-4 | 73 |
| Enxerto gengival – 04.14.02.008-1 | 73 |
| Evidenciação de placa bacteriana – 01.01.02.008-2 | 73 |
| Exodontia de dente permanente – 04.14.02.013-8 | 73 |
| Frenotomia/Frenectomia – 04.01.01.008-2 | 74 |
| Gengivectomia (por sextante) – 04.14.02.015-4 | 74 |
| Gengivoplastia (por sextane) – 04.14.02.016-2 | 74 |
| Odontosecção/radilectomia/tunelização – 04.14.02.021-9 | 74 |
| Radiografia periapical/interproximal – 02.04.01.018-7 | 74 |
| Radiografia oclusal – 02.04.01.016-0 | 74 |
| Raspagem corono-radicular (por sessão) – 03.07.03.003-2 | 74 |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas por paciente – 03.01.10.015-2 | 74 |
| Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Especializada – 01.01.01.002-8 | 74 |
| Ajuste oclusal | 75 |

| | |
|---|---|
| Terapia a LASER – não possui código SIA/SUS Terapia a LASER - | 75 |
| Tratamento inicial – TI_Perio | 75 |
| Tratamento concluído – TC_perio | 75 |
| Mapa de periodontia – Lay out | 76 |
| Procedimentos de cirurgia oral menor | 78 |
| Consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada – 03.01.01.004-8 | 78 |
| Alveolotomia/Alveolectomia (por arco dentário) | 78 |
| Apicectomia com ou sem obturação retrógrada - 04.14.02.002-2 | 78 |
| Aprofundamento de vestíbulo oral (por sextante) | 78 |
| Biópsia de glândula salivar – 02.01.01.023-2 | 78 |
| Biópsia de ossos do crânio e da face – 02.01.01.034-8 | 78 |
| Biópsia dos tecidos moles da boca – 02.01.01.052-6 | 78 |
| Contenção de dentes por splintagem – 04.14.01.001.-9 | 78 |
| Correção de bridas musculares -04.14.02.004-9 | 79 |
| Correção de irregularidades do rebordo alveolar – 04.14.02.005-7 | 79 |
| Correção de tuberosidade da maxila – 04.14.02.006-5 | 79 |
| Curetagem periapical – 04.14.02.007-3 | 79 |
| Drenagem de abscesso da boca e anexos – 04.04.02.005-4 | 79 |
| Enxerto ósseo de área doadora intrabucal – 04.14.02.009-0 | 79 |
| Excisão de cálculo de glândula salivar – 04.14.02.010-3 | 79 |
| Excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar – 04.04.02.008-9 | 79 |
| Excisão e sutura de lesão na boca – 04.04.02.009-7 | 79 |
| Exérese de cisto odontogênico e não odontogênico – 04.04.02.012-7 | 79 |
| Exodontia de dente permanente – 04.14.02.013-8 | 79 |
| Exodontia múltipla com alveoloplastia (por sextante) – 04.14.02.014-6 | 80 |
| Frenotomia/Frenectomia – 04.01.01.008-2 | 80 |
| Glossorrafia – 04.14.02.017-0 | 80 |

| | |
|---|---|
| Marsupialização de cistos e pseudo cistos – 04.14.02.020-0 | 80 |
| Placa oclusal – 07.01.07.007-2 | 80 |
| Radiografia oclusal – 02.04.01.016-0 | 80 |
| Radiografia periapical/interproximal – 02.04.01.018-7 | 80 |
| Reconstrução de sulco gengivo-labial – 04.14.02.022-7 | 80 |
| Reconstrução parcial do lábio traumatizado – 04.14.02.023-5 | 80 |
| Reimplante e transplante dental (por elemento) | 80 |
| Remoção de cisto – 04.14.02.025-1 | 81 |
| Remoção de corpo estranho da região buco-maxilo-facial – 04.14.02.026-0 | 81 |
| Remoção de dente retido (incluso/impactado) – 04.14.02.027-8 | 81 |
| Remoção de foco residual – 04.14.02.028-6 | 81 |
| Remoção de torus e exostoses – 04.14.02.029-4 | 81 |
| Selamento de fístula cutâneo odontogênica – 04.14.02.031-6 | 81 |
| Tratamento cirúrgico de fístula intra/extra oral – 04.14.02.034-0 | 81 |
| Tratamento cirúrgico de hemorragia buco dental – 04.14.02.035-9 | 81 |
| Tratamento cirúrgico de ossos da face – 04.14.01.029-9 | 81 |
| Tratamento cirúrgico para tracionamento dental – 04.14.02.036-7 | 81 |
| Tratamento de alveolite – 04.14.02.038-3 | 81 |
| Tratamento de nevralgias faciais – 03.07.01.005-8 | 82 |
| Ulotomia/Ulectomia – 04.14.02.040-5 | 82 |
| Ajuste oclusal – não possui código SIA/SUS | 82 |
| Terapia a LASER – não possui código SIA/SUS 0’- | 82 |
| Tratamento inicial – TI_COM | 82 |
| Tratamento concluído – TC_COM | 82 |
| Mapa de cirurgia oral menor – Lay out | 83 |
| Procedimentos de estomatologia | 86 |
| Consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada – 03.01.01.004-8 | 86 |

| | |
|---|---|
| Biópsia de glândula salivar – 02.01.01.023-2 | 86 |
| Biópsia de ossos do crânio e da face – 02.01.01.034-8 | 86 |
| Biópsia dos tecidos moles da boca – 02.01.01.052-6 | 86 |
| Excisão de cálculo de glândula salivar – 04.14.02.010-3 | 86 |
| Excisão de rânula ou fenômeno de retenção salivar – 04.04.02.008-9 | 86 |
| Excisão e sutura de lesão na boca – 04.04.02.009-7 | 86 |
| Exérese de cisto odontogênico e não odontogênico – 04.04.02.012-7 | 86 |
| Exodontia múltipla com alveoloplastia (por sextante) – 04.14.02.014-6 | 86 |
| Glossorrafia – 04.14.02.017-0 | 87 |
| Marsupialização de cistos e pseudocistos – 04.14.02.020-0 | 87 |
| Radiografia oclusal – 02.04.01.016-0 | 87 |
| Radiografia periapical/interproximal – 02.04.01.018-7 | 87 |
| Remoção de corpo estranho da região buco-maxilo-facial – 04.14.02.026-0 | 87 |
| Remoção de foco residual – 04.14.02.028-6 | 87 |
| Remoção de torus e exostoses – 04.14.02.029-4 | 87 |
| Tratamento cirúrgico de hemorragia buco dental – 04.14.02.035-9 | 87 |
| Tratamento de nevralgias faciais – 03.07.01.005-8 | 87 |
| Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Especializada – 01.01.01.002-8 | 87 |
| Remoção de fatores traumáticos | 88 |
| Tratamento medicamentoso | 88 |
| Preparo de boca para quimioterapia/radioterapia | 88 |
| Ajuste oclusal | 88 |
| Terapia LASER | 88 |
| Tratamento inicial - TI_Estomato | 88 |
| Tratamento concluído – TC_Estomato | 88 |
| Encaminhamentos para outras especialidades | 89 |
| Mapa de Estomatologia – Lay out | 90 |

| | |
|---|---|
| Procedimentos de Ortodontia | 92 |
| Consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada – 03.01.01.004-8 | 92 |
| Aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema – 07.01.07.001-3 | 92 |
| Aparelho ortodôntico removível – 07.01.01.002-1 | 92 |
| Placa oclusal – 07.01.07.007-2 | 93 |
| Mantenedor de espaço simples e estético – 07.01.07.006-4 | 93 |
| Manutenção/conserto de aparelhos ortodônticos – 03.07.04.004-6 | 93 |
| Moldagem dento gengival – 03.07.04.007-0 | 93 |
| Plano inclinado – 07.01.07.008-0 | 93 |
| Radiografia panorâmica de mandíbula – 02.04.01.017-9 | 93 |
| Radiografia periapical/interproximal – 02.04.01.018-7 | 93 |
| Radiografia oclusal – 02.04.01.016-0 | 94 |
| Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Especializada – 01.01.01.002-8 | 94 |
| Desgaste seletivo (por dente) – não possui código SIA/SUS | 94 |
| Documentação ortodôntica | 94 |
| Gnatostato-Arco facial – não possui código SIA/SUS | 94 |
| Pistas diretas (por dente) – não possui código SIA/SUS | 94 |
| Tratamento inicial – TI_Orto | 94 |
| Tratamento concluído – TC_Orto | 94 |
| Mapa de ortodontia – Lay out | 95 |
| Procedimentos de prótese | 98 |
| Consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada – 03.01.01.004-8 | 98 |
| Colocação de placa de mordida – 03.07.04.001-1 | 98 |
| Coroa de aço de policarboxilato – 07.01.07.004-8 | 98 |
| Coroa provisória – 07.01.07.005-6 | 98 |
| Instalação e adaptação de prótese dentária – 03.07.04.003-8 | 98 |
| Mantenedor de espaço – 07.01.07.006-4 | 98 |

| | |
|---|---|
| Moldagem dento gengival para construção de prótese dentária – 03.07.04.007-0 | 98 |
| Mordida em cera – não possui código SIA/SUS | 98 |
| Placa oclusal – 07.01.07.007-2 | 99 |
| Plano inclinado – 07.01.07.008-0 | 99 |
| Prótese parcial mandibular removível – 07.01.07.009-9 | 99 |
| Prótese parcial maxilar removível – 07.01.07.010-2 | 99 |
| Prótese temporária – 07.01.07.011-0 | 99 |
| Prótese total mandibular – 07.01.07.012-9 | 99 |
| Prótese total maxilar – 07.01.07.013-7 | 100 |
| Próteses coronárias/intra-radiculares fixas/adesivas (por elemento) | 100 |
| Prova da armação - não possui código SIA/SUS | 100 |
| Prova dos dentes - não possui código SIA/SUS | 100 |
| Radiografia periapical/interproximal – 02.04.01.018-7 | 100 |
| Radiografia oclusal – 02.04.01.016-0 | 100 |
| Reembasamento e conserto da prótese dentária – 03.07.04.008-9 | 100 |
| Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Especializada – 01.01.01.002-8 | 101 |
| Tratamento inicial – TI_Prótese | 101 |
| Tratamento concluído – TC_Prótese | 101 |
| Mapa de prótese – Lay out | 102 |
| Procedimentos para atendimento a pacientes com necessidades especiais | 105 |
| Consulta de profissional de nível superior na Atenção Especializada – 03.01.01.004-8 | 105 |
| Aplicação de cariostático ou verniz fluorado por dente - 01.01.02.005-8 | 105 |
| Aplicação de selante por dente - 01.01.02.006-6 | 106 |
| Aplicação terapêutica intensiva de flúor por sessão - 01.01.02.007-4 | 107 |
| Capeamento pulpar - 03.07.01.001-5 | 107 |
| Contenção dental - 04.14.01.001-9 | 107 |
| Drenagem de abscesso - 04.01.01.003- | 108 |

| | |
|---|---|
| Evidenciação de placa bacteriana – 01.01.02.008-2 | 108 |
| Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimento de pele/anexos e mucosa - 04.01.01.006-6 | 108 |
| Exodontia de dente decíduo – 04.14.02.012-0 | 108 |
| Exodontia de dente permanente – 04.14.02.013-8 | 108 |
| Frenotomia/Frenectomia – 04.01.01.008-2 | 109 |
| Pulpotomia e selamento provisório – 03.07.02.007-0 | 109 |
| Acesso a polpa dentária e medicação – 0.07.02.001-0 | 109 |
| Radiografia periapical/interproximal – 02.04.01.018-7 | 109 |
| Radiografia oclusal – 02.04.01.016-0 | 109 |
| Raspagem, alisamento e polimento supragengival – 03.07.03.001-6 | 109 |
| Raspagem, alisamento subgengivais – 03.07.03.002-4 | 109 |
| Reimplante e transplante dental – 04.14.02.024-3 | 110 |
| Remoção de foco residual – 04.14.02.028-6 | 110 |
| Restauração de dente decíduo – 03.07.01.002-3 | 110 |
| Restauração de dente permanente anterior – 03.07.01.003-1 | 110 |
| Restauração de dente permanente posterior – 03.07.01.004-0 | 110 |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas por paciente – 03.01.10.015-2 | 110 |
| Selamento provisório da cavidade dentária – 01.01.02.009-0 | 110 |
| Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental – 04.14.02.035-9 | 111 |
| Tratamento de alveolite – 04.14.02.038-3 | 111 |
| Ulotomia/Ulectomia – 04.14.02.040-5 | 111 |
| Moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária – 03.07.04.007-0 | 111 |
| Reembasamento e conserto de prótese dentária – 03.07.04.008-9 | 111 |
| Instalação e adaptação de prótese dentária – 03.07.04.003-8 | 111 |
| Biópsia dos tecidos moles da boca – 02.01.01.052-6 | 111 |
| Atividade educativa/orientação em grupo na Atenção Especializada – 01.01.01.002-8 | 112 |

| | |
|---|---|
| Ajuste oclusal – não possui código SIA/SUS | 112 |
| Terapia a LASER – não possui código SIA/SUS Terapia a LASER - | 112 |
| Tratamento inicial – TI_PNE | 112 |
| Tratamento concluído – TC_PNE | 112 |
| Mapa de Atendimento a pacientes com necessidades especiais | 113 |
| Procedimentos de Pronto Socorro/Pronto Atendimento | 115 |
| Atendimento de urgência em atenção especializada – 03.01.06.006-1 | 116 |
| Acesso à polpa dentária e medicação por dente – 03.07.02.001-0 | 116 |
| Ajuste oclusal – não possui código SIA/SUS | 116 |
| Capeamento pulpar - 03.07.01.001-5 – | 116 |
| Contenção de dentes por splintagem – 04.14.01.001.-9 | 116 |
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico – 03.07.02.002-9 | 116 |
| Drenagem de abscesso da boca e anexos – 04.04.02.005-4 | 116 |
| Excisão e sutura de lesão na boca – 04.04.02.009-7 | 117 |
| Exodontia de dente decíduo – 04.14.02.012-0 | 117 |
| Exodontia de dente permanente – 04.14.02.013-8 | 117 |
| Glossorrafia – 04.14.02.017-0 | 117 |
| Polpotomia dentária – 03.07.02.007-0 | 117 |
| Radiografia interproximal – 02.04.01.018-7 | 117 |
| Radiografia oclusal – 02.04.01.016-0 | 117 |
| Raspagem, alisamento e polimento supragengival – 03.07.03.001-6 | 118 |
| Raspagem, alisamento subgengivais – 03.07.03.002-4 | 118 |
| Reimplante e transplante dental – 04.14.02.024-3 | 118 |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas por paciente – 03.01.10.015-2 | 118 |
| Remoção de foco residual – 04.14.02.028-6 | 118 |
| Selamento provisório da cavidade dentária – 01.01.02.009-0 | 118 |
| Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental – 04.14.02.035-9 | 119 |
| Tratamento de alveolite – 04.14.02.038-3 | 119 |
| Tratamento de nevralgias faciais – 03.07.01.005-8 | 119 |
| Tratamento emergencial para redução de fratura alvéolo-dentária | 119 |
| Mapa dos serviços de urgência PS/PA – Lay out | 120 |

**MANUAL DE PREENCHIMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

**TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

## INTRODUÇÃO

Considerando que os procedimentos constantes da tabela de procedimento do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) são insuficientes para o monitoramento e avaliação das ações de saúde bucal desenvolvidas nas unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde, identificou-se a necessidade de adequar o sistema de informações de modo a contemplar não apenas os procedimentos do SIA/SUS, mas outros procedimentos preconizados nas *"Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com Saúde Bucal"*.

Desta forma, com a participação de cirurgiões dentistas especialistas, representantes da área de saúde bucal e da área de informação das Coordenadorias Regionais de Saúde e supervisões locais e tomando como modelo o sistema utilizado pela área de Informação da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, foram elaborados instrumentos de registro dos dados de produção ambulatorial para a atenção básica, para as especialidades odontológicas existentes nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, como endodontia, periodontia, prótese, semiologia, cirurgia oral menor e radiologia e para os serviços de pronto atendimento em saúde bucal em pronto- socorros e hospitais das autarquias da SMS-SP.

É desnecessário justificar a necessidade de um sistema de informações em saúde, no que tange a aspectos legais, éticos, epidemiológicos e administrativo-financeiros.

Ressalte-se ainda que o preenchimento de forma completa e fidedigna permite a obtenção de indicadores de várias naturezas (de modelo de atenção, de efetividade, de eficiência, de eficácia e de qualidade) que tornam possível o acompanhamento dos serviços de saúde bucal, traduzem a necessidade de forma indireta das condições de saúde bucal da população usuária e podem reafirmar e subsidiar argumentos para ampliação da rede de serviços na atenção básica ou na rede especializada, destacando a necessidade de ampliação dos quadros de recursos humanos.

Em 2008 o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, unificou a Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Esta unificação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares implicou na mudança da lógica de organização da tabela que, a partir de agora, servirá também como instrumento para organização, avaliação e controle das ações de saúde no país.

Tendo em vista essa mudança impõe-se a atualização do Manual de preenchimento do Sistema de Informação de Saúde Bucal, agora com informações para a Atenção Básica, Atenção Secundária, Pronto Atendimento e Prontos Socorros.

**PRINCIPAIS MUDANÇAS NA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS.**

Antes de discorrer sobre as principais mudanças ocorridas na Tabela SIA/SUS, é importante esclarecer aos profissionais de que maneira as ações desenvolvidas nas unidades de saúde são enviadas às diversas instâncias da gestão, para que com essas informações as pessoas responsáveis pela tomada de decisão, no que diz respeito à utilização dos recursos financeiros, recursos humanos, planejamento, programação, monitoramento, avaliação e controle do sistema possam tomar as decisões mais acertadas sempre em direção à qualidade, equidade e universalização do atendimento.

No Ministério da Saúde (Gestor Federal) está instalado o Banco de Dados Nacional do Sistema de Informações Ambulatoriais que possibilita a disseminação das informações por meio dos aplicativos: TABWIN, TABNET, VALSIA, VALAIH.

Como as informações chegam até esse Banco?

No SIA/SUS existe um aplicativo denominado Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) que se destina ao registro dos procedimentos realizados nas unidades de saúde.

Os dados digitados no BPA são aqueles que os profissionais informam através dos Mapas de Produção individual que são entregues todo dia 21 de cada mês para o pessoal da administração da unidade. No BPA é digitado o código do procedimento executado, a quantidade executada, bem como alguns atributos do procedimento: o CBO (Código Brasileiro de Ocupações) do profissional que o realizou, o tipo de atendimento, a idade da pessoa atendida ou a data de nascimento da mesma, dependendo do tipo de procedimento executado. Essas informações possibilitam às unidades de saúde fornecer o volume de

serviços realizados por mês de competência e as características das pessoas atendidas. A anotação ou digitação incorreta de um código de procedimento prejudica a coleta do dado, pois o sistema não reconhece aquele procedimento.

Após a realização dos atendimentos no estabelecimento de saúde e seus respectivos registros no mapa diário do profissional e digitação no BPA, os dados são encaminhados a Secretaria Municipal da Saúde para a Gerência de Processamento da Produção para serem processados e enviados à instância Estadual e Federal. Mensalmente o Ministério da Saúde deposita na conta do Fundo Municipal de Saúde o valor correspondente ao Piso da Atenção Básica (R$ 18,00 habitante/ano em 09/2009) e o valor correspondente aos serviços de alta e média complexidade.

Na nova tabela de procedimentos passou-se a exigir a coleta da idade da pessoa atendida no procedimento de primeira consulta odontológica. Alguns procedimentos especializados passaram a exigir ainda, a coleta do nome, data de nascimento, e o número do cartão nacional de saúde (Cartão SUS) da pessoa atendida.

Os mapas do sistema de informação deverão ser preenchidos no período correspondente ao do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, que se inicia no dia 21 de cada mês e encerra-se no dia 20 do mês subseqüente.

As Unidades de Saúde farão o preenchimento dos mapas consolidados e enviarão às Supervisões Regionais de Saúde entre os dias 25 e 30 de cada mês.

Entre os dias 1 e 2 de cada mês as Supervisões Técnicas enviarão os dados para as Coordenações Regionais de Saúde e, impreterivelmente até o dia 5 de cada mês as Coordenações Regionais de Saúde enviarão os consolidados para a Secretaria Municipal da Saúde – SMS, Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal.

Apresentam-se a seguir os mapas de registro dos procedimentos ambulatoriais da atenção básica e especializada.

# MAPAS DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL EM SAÚDE BUCAL

## ATENÇÃO BÁSICA

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE - UBS

### MAPA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL – ATENÇÃO BÁSICA – DIÁRIO - CIRURGIÃO DENTISTA

O mapa de procedimentos ambulatoriais em saúde bucal tem por objetivo o registro diário da produção individual de cada cirurgião dentista das Unidades Básicas de Saúde – UBS da cidade de São Paulo.

Iniciar o preenchimento do Mapa de Produção Ambulatorial Diário – Atenção Básica – Diário preenchendo os campos **CRS e STS** com o nome da Coordenadoria Regional de Saúde e o nome da Supervisão Técnica de Saúde, respectivamente. O campo **UNIDADE** deverá ser preenchido com o nome oficial da Unidade Básica de Saúde (UBS) e entre parênteses colocar o nome fantasia ou oficioso.

**CRS:_____** **UNIDADE:_____**

**STS_____**

Na linha imediatamente inferior preencher com nome do cirurgião dentista o campo **Nome do Profissiona**l.

**Nome do profissional_____**

Identificar o período a que se refere a produção preenchendo o campo **Período**. Este período corresponde ao do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, e inicia-se no dia 21 de cada mês, encerrando-se no dia 20 do mês subseqüente.

**Período ___/___/___ a ___/___/___**

A coluna à esquerda do *Mapa de Produção Ambulatorial Diário – Saúde Bucal – Atenção Básica* discrimina os procedimentos programáticos, segundo critérios de definição da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e a codificação adotada segue logo à frente de cada procedimento, iniciando-se sob a célula CÓDIGO SIA/SUS.

**Os procedimentos:**

**- Primeira consulta odontológica programática – 03.01.01.015-3;**

**- Tratamento inicial – sem código SIA/SUS;**

**- Tratamento de manutenção - sem código SIA/SUS;**

**- Tratamento concluído – sem código SIA/SUS;**

**e,**

**Tratamento completado em CDB – controle das doenças bucais - sem código SIA/SUS**

**deverão ser lançados segundo faixa etária.**

Na primeira linha, em frente a identificação do campo **PROCEDIMENTOS** observa-se uma célula onde se lê **DIAS ÚTEIS,** na qual deverão ser anotados os dias úteis do período a que se refere à produção do profissional que assina o mapa.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DIAS ÚTEIS→** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |

Após a coluna dos procedimentos programáticos tem-se a linha do total geral de procedimentos realizados/dia cujo preenchimento é de responsabilidade da equipe de saúde bucal.

Na linha imediatamente abaixo tem-se:

**TOTAL DE PESSOAS AGENDADAS –** são as pessoas agendadas para atendimento programático;

**TOTAL DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA** – são as pessoas que procuram a unidade de saúde devido a uma ocorrência imprevista de agravo à saúde bucal que necessitam de assistência odontológica imediata.

**TOTAL DE FALTAS NO AGENDAMENTO** – número de pessoas incluídas no atendimento programático que não comparecem à consulta agendada.

**TOTAL DE PESSOAS ATENDIDAS** – Somatória das pessoas agendadas atendidas mais as pessoas atendidas em caráter de urgência.

**RAÇA/COR/ETNIA** – Deve ser usado o critério de autoclassificação, ou seja, a pessoa atendida deverá se autoclassificar como preta, parda, branca, amarela, indígena. **Esta informação só deverá ser anotada por ocasião da primeira consulta odontológica programática.**

**PROCEDIMENTOS PROGRAMÁTICOS**

Os **PROCEDIMENTOS PROGRAMÁTICOS** estão listados e codificados segundo a tabela SIA-SUS. Preencher as células correspondentes aos dias trabalhados com o número de procedimentos programáticos realizados. O que se deve considerar em cada um dos procedimentos programáticos apresenta-se a seguir. Ao final do período a que se referem os dados informados dia a dia nas células correspondentes aos dias úteis deve-se realizar a somatória de cada tipo de procedimento programático e lançar na coluna identificada como **TOTAL**. **É de responsabilidade da equipe de saúde bucal zelar pela fidedignidade das informações e pontualidade na entrega das planilhas com as somas efetuadas, para o responsável pela digitação e remessa dos dados da UBS para a Supervisão Técnica de Saúde.**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIAS ÚTEIS→ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TOTAL** |

CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA – CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.013-7: Este procedimento deverá ser anotado somente por equipes de saúde bucal que realizam visita ou atendimento domiciliar. Deverá ser anotado por pessoa e exige que seja anotada a idade como atributo complementar. Desta forma, o atendimento de pessoas de 0 a 19 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade até 19 anos;*** o atendimento de pessoas de 20 a 59 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade de 20 até 59 anos*** e, finalmente, o atendimento de pessoas com idade acima de 60 anos deverá ser anotado nas células que correspondem à casela ***Usuários com 60 anos e mais de idade.*** Também deverão ser anotados os procedimentos realizados na visita. Caso na visita seja realizada apenas orientação educativa apontar o procedimento ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO DA ATENÇÃO BÁSICA – CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.01.001-0 no item GRUPOS DA COMUNIDADE, sendo que o número de domicílios visitados deverá ser colocado nas caselas correspondentes ao número de grupos. O número de pessoas participantes deverá ser o número de pessoas que receberam as orientações educativas.

CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA – CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.003-0: Anotar este procedimento sempre que for realizada uma consulta pelo profissional. Este

procedimento **não** deverá ser anotado quando for realizada consulta de urgência ou primeira consulta odontológica. Também neste caso o procedimento exige que seja coletada a idade da pessoa atendida como atributo complementar. Desta forma, o atendimento de pessoas de 0 a 19 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade até 19 anos;*** o atendimento de pessoas de 20 a 59 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade de 20 até 59 anos*** e, finalmente, o atendimento de pessoas com idade acima de 60 anos deverá ser anotado nas células que correspondem à casela ***Usuários com 60 anos e mais de idade.*** Os procedimentos realizados durante a consulta deverão ser apontados.

ATENDIMENTO/CONSULTA DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.06.003-7: registrar este procedimento quando for realizada consulta de avaliação odontológica de urgência. Os procedimentos realizados nessa consulta também deverão ser anotados.

AÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA – CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.004-0: compreende a avaliação das 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, avaliar o impacto das atividades desenvolvidas e subsidiar o planejamento pelas equipes de saúde bucal.

AÇÃO COLETIVA DE APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR GEL – CÓDIGO SIA/SUS - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.001-5: aplicação tópica de flúor gel com concentração de 1,23 ppm, realizada sistematicamente em grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde, utilizando-se de escova dental, moldeira, pincelamento ou outras formas de aplicação. Este procedimento deve ser efetuado em grupos de no mínimo 10 participantes pelo cirurgião-dentista ou pelo técnico de saúde bucal . O registro do mesmo deve ser efetuado por pessoa.

AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA – CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.003-1: escovação dental com evidenciação do biofilme dental. Realizada com grupos populacionais sob orientação e supervisão de um ou mais profissionais de saúde nos espaços escolares, na comunidade ou na UBS. **Recomenda-se que este procedimento seja realizado em grupos e não individualmente na cadeira odontológica.** Ação registrada por usuário/mês, independente da freqüência com que é realizada (diária, semanal, quinzenal, mensal, ou duas, três ou quatro vezes por ano) ou da freqüência com que o usuário participou da ação. **A evidenciação do biofilme dental** (biofilme) será realizada com fucsina básica, eritrosina ou similares (azul de metileno, violeta de genciana, marrom de Bismark, verde de malaquita, iodo, anilina alimentícia); realizar escovação supervisionando os movimentos e a

pressão da escova sobre os dentes, corrigindo movimentos horizontais, movimentos bruscos e intempestivos, lesivos ao periodonto e aos tecidos duros dos dentes. Orientar o uso de fio ou fita dental.

APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO OU VERNIZ FLUORADO POR DENTE - CÓDIGO SIA/SUS- 01.01.02.005-8: atividade com finalidade terapêutica e controle de um ou mais dentes com lesões de carie.

1: A aplicação de cariostático deve ser precedida de remoção de matéria alba, biofilme e da dentina externa (dentina externa: tecido dentinário mais próximo do meio bucal, sem sensibilidade dolorosa, amolecida, contaminada e sem capacidade de regeneração), limpeza da cavidade com bolinhas de algodão embebidas em soro fisiológico, solução detergente ou água filtrada; quando a aplicação envolver muitos dentes realizar limpeza mecânica profissional com pasta de polimento preparada com pedra pomes e água ou pasta profilática industrializada ou **escovação** com creme dental fluoretado, observando a remoção de placa de todas as superfícies dentárias, seguida de enxágüe abundante e secagem criteriosa (na ausência de ar, devido a problemas com equipamento, secar com bolinhas de algodão). Lavar em abundância após este procedimento. Fazer isolamento relativo do campo operatório com roletes de algodão e sugador de saliva, secar a cavidade com bolinhas de algodão, isolamento dos tecidos moles com vaselina sólida e aplicação do diamino fluoreto de prata (cariostático) por 3 minutos, evitando excessos da solução; após o tempo de aplicação lavar em abundância.

Para aplicação do verniz fluoretado realizar limpeza mecânica profissional (remoção do biofilme e cálculo) e polimento de todas as superfícies dentárias com pasta de polimento, preparada com pedra pomes e água ou pasta profilática industrializada, aplicada com taças de borracha e escovas de polimento em baixa rotação ou **escovação com creme dental fluoretado**, observando a remoção do biofilme de todas as superfícies dentárias, seguida de enxágüe abundante e secagem criteriosa. Realizar isolamento relativo com roletes de algodão e uso de sugador, aplicar o verniz fluorado com bolinhas de algodão ou "*microbrush*" e enxaguar cuidadosamente, **sem** que o jato de água seja direcionado ao(s) dente(s) que acabam de receber aplicação de verniz.

Orientar o paciente para que não mastigue alimentos duros e fibrosos por 4 horas com dentes que receberam o verniz e para que não escove os dentes que receberam o verniz por 24 horas.

APLICAÇÃO DE SELANTE POR DENTE - CÓDIGO SIA/SUS 01.01.02.006-6: A indicação do uso de selantes deve ser orientada pelos mais recentes conhecimentos de cariologia. Assim deve-se avaliar o risco de cárie considerando simultaneamente:

1. Experiência anterior e atual de cárie do usuário (presença de restaurações, manchas brancas ativas e inativas);
2. Quantidade de placa bacteriana (biofilme dental);

3. Anatomia da superfície oclusal (dentes com sulcos rasos apresentam menor retenção do selantes);
4. Tempo que o dente está presente na cavidade bucal (o período de maior vulnerabilidade à cárie corresponde ao período de maturação pós eruptiva, com duração em torno de 2 anos);
5. Consumo de carboidratos;
6. Acesso e uso de flúor (acesso e uso de água de abastecimento público tratada e fluoretada, acesso e uso de cremes dentais fluoretados).

O rigor técnico na aplicação de um selante determinará seu sucesso. As falhas técnicas podem representar iatrogenias, propiciando ambiente favorável ao desenvolvimento de lesões de cárie. Os selantes deverão ser aplicados após limpeza mecânica profissional com pedra pomes e água ou pasta profilática industrializada, aplicadas com taças de borracha e escovas de polimento. Uma sonda exploradora de ponta afilada deve ser usada para verificar a remoção de depósitos da superfície oclusal, sem que se exerça pressão sobre o esmalte. Lavar, secar e realizar isolamento relativo com roletes de algodão e sugador de saliva na região onde se localiza os dentes ou os dentes que receberão o selante. Realizar o condicionamento ácido do esmalte por 90 segundos em dentes decíduos e 60 segundos em dentes permanentes. Lavar abundantemente após condicionamento e secar; controlando rigorosamente a umidade; verificar se toda a superfície que receberá o selante foi adequadamente condicionada observando a presença de coloração branco giz, opaca; se houver necessidade repetir o condicionamento. Secar a superfície condicionada e aplicar uma camada fina de selante auto ou foto polimerizável de acordo com o disponível no serviço de saúde, jateando ar tangencialmente à superfície que recebeu o selante antes de sua polimerização. Depois do selante polimerizado, checar a adaptação do selante, a presença de bolhas de ar e de excessos nas superfícies não condicionadas. Corrigir eventuais imperfeições. Checar a oclusão com carbono de articulação, ajustar com pontas de acabamento de resinas compostas e aplicar gel de fluoreto de sódio 1,23% sobre o selante.

APLICAÇÃO TERAPÊUTICA INTENSIVA DE FLÚOR POR SESSÃO - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.007-4:

Conforme Resolução RSS-164, de 21/12/2000, a aplicação terapêutica intensiva de flúor tem como finalidade prevenir e/ou remineralizar dentes com ou sem lesão. Deve ser precedida de limpeza mecânica profissional de depósitos dentários, ou seja, remoção prévia de cálculo supra e subgengival. À semelhança do que se realiza em grupos populacionais a aplicação intensiva de flúor pode ser realizada **na escova dental**. Usando a técnica transversal depositar sobre as cerdas da escova dental uma porção de gel fluorado de volume e tamanho semelhante ao de um grão de lentilha. Orientar o paciente para que escove o hemiarco 10 por 1 minuto; decorrido o tempo eliminar o excesso de gel fluorado orientando o paciente para que não ingira o produto. Aplicar a mesma quantidade de gel na

escova e repetir o procedimento no quadrante 20, depois no quadrante 30 e no 40. Após os 4 minutos de aplicação do gel insistir na eliminação do excesso orientando o paciente para não deglutir o produto. O paciente pode usar a unidade auxiliar do equipamento odontológico para eliminar o excesso de gel; nos casos da escovação com gel fluorado ser realizada em ambiente onde não haja uma unidade auxiliar pode-se identificar um local onde isto possa ser feito (pia de banheiros, escovódromo, cochos em pátios, baldes ou lixeiras etc.). Orientar o paciente para que não ingira alimentos ou bebidas nos 30 minutos seguintes ao da aplicação.

CAPEAMENTO PULPAR (INCLUI SELAMENTO DA CAVIDADE) - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.01.001-5: Registrar este procedimento quando houver micro exposição ou exposição pulpar em dentes permanentes jovens, em condições de regeneração, com rigoroso controle da contaminação por saliva e proteção do complexo dentino pulpar com hidróxido de cálcio. **NÃO DEVERÁ SER ANOTADO O CÓDIGO 01.01.02.009-0 (SELAMENTO DE CAVIDADE DENTÁRIA).**

CONTENÇÃO DENTAL - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.01.001-9: Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, por trauma, doença periodontal ou outras razões, se identificar a necessidade de imobilização de elementos dentais. Esta contenção pode ser feita com resinas, fio de amarria ou similares. Este procedimento não exige habilitação no CNES; basta que a Supervisão Técnica de Saúde cadastre no CNES da Unidade Básica de Saúde:

**Código do Serviço - 114**

**Serviço – Serviço de atenção em saúde bucal**

**Código - 006**

**Nome – Cirurgia buco-maxilo-facial**

DRENAGEM DE ABSCESSO - CÓDIGO SIA/SUS - 04.01.01.003-1: Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, for necessário excisão, extra ou intra oral, para drenagem de abcesso dento alveolar, odontogênico ou periodontal.

EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA (CONTROLE DO BIOFILME DENTÁRIO) - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.008-2: utilização de substâncias corantes com a finalidade de evidenciar o biofilme dental. **Recomenda-se que este procedimento seja realizado em grupos e não individualmente na cadeira odontológica.** Registrar este procedimento quando os pacientes realizarem evidenciação seguida de escovação e nas reavaliações e controles. Para lançar este procedimento é necessário evidenciar a presença de biofilme dental (biofilme) com fucsina básica, eritrosina ou similares (azul de metileno, violeta de genciana, marrom de Bismark, verde de malaquita, iodo, anilina alimentícia.), realizar escovação supervisionando os movimentos e a pressão da escova sobre os dentes, corrigindo

movimentos horizontais, movimentos bruscos e intempestivos, lesivos ao periodonto e aos tecidos duros dos dentes. Orientar o uso de fio ou fita dental.

EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES/FERIMENTOS DE PELE/ANEXOS E MUCOSA – CÓDIGO SIA/SUS - 04.01.01.006-6: registrar este procedimento quando for realizado em usuários agendados ou como procedimento de urgência, a sutura de tecidos moles (lábio, língua, bochecha, gengiva, mucosa alveolar, etc.).

EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.012-0: remoção cirúrgica de dentes decíduos erupcionados completamente na cavidade oral ou restos radiculares. Registrar este procedimento quando for realizada, sob forma programática ou como procedimento de urgência, a exodontia de dente decíduo.

EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.013-8: Registrar este procedimento quando for realizada, sob forma programática ou como procedimento de urgência, a exodontia de dente permanente, seguida dos procedimentos de curetagem alveolar, manobras de hemostasia e sutura do alvéolo. Em exodontias de dentes permanentes estão previstos e deverão ser realizados, somente quando necessários procedimentos de osteotomia e de adequação dos tecidos moles para otimização da reparação.

FRENOTOMIA/FRENECTOMIA – CÓDIGO SIA/SUS - 04.01.01.008-2: remoção cirúrgica do freio lingual ou labial.

PULPOTOMIA E SELAMENTO PROVISÓRIO - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.007-0: Registrar este procedimento quando após anestesia e remoção de tecido cariado for necessária a remoção do tecido pulpar da câmara pulpar (remoção da polpa coronária). Este procedimento pode ser realizado com curetas (escavadores em forma de colher) ou instrumentos rotatórios, controle e contenção do sangramento pulpar e selamento da cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol.

ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE) – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.001-0: remoção da polpa dentária da câmara pulpar com extirpação da polpa radicular e medicação.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL (BITE WING) - CÓDIGO SIA/SUS - 02.04.01.018-7-0: exame realizado em filme 3 cm x 4 cm, onde se registram imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. Dentre suas indicações destacam-se o diagnostico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. Possibilita o registro de imagens dos dentes e de seus tecidos de suporte. Para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais. Registrar o número de radiografias periapicais ou interproximais realizadas no dia, independentemente da técnica utilizada (cone longo ou paralelismo).

RADIOGRAFIA OCLUSAL – CÓDIGO SIA/SUS - 02.04.01.016-0: consiste na realização de exame em filme 5,7 cm x 7,5 cm onde se registram imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações.

RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAL (POR SEXTANTE) - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.03.001-6: procedimento que engloba a remoção de indutos, biofilme e cálculo dental supragengival através da raspagem, alisamento e polimento de superfície corono-radicular a cada seis elementos dentários. Recomenda-se realizar o maior número de hemiarcos por sessão, otimizando o trabalho do CD e diminuindo o número de idas e vindas do paciente para finalizar o tratamento. Entretanto deve-se considerar o estado geral e as condições clínicas de cada caso para que se faça a melhor opção de tratamento. Este procedimento deve ser realizado pelo Técnico de Saúde Bucal, nas unidades que dispõem desse profissional.

RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE) - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.03.002-4: procedimento que engloba a remoção da placa bacteriana e calculo dental subgengivais através da raspagem e alisamento da superfície radicular a cada seis elementos dentários. Recomenda-se realizar o maior número de hemiarcos por paciente por sessão; neste procedimento os depósitos dentários subgengivais deverão ser removidos com curetas periodontais.

REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO) – CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.024-3: redução cirúrgica da avulsão dental acidental seguida de splintagem dos dentes acometidos e para procedimentos de transplante autógeno de dentes com finalidade ortodôntica ou para reabilitação de perdas dentarias. Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, for realizada a recolocação no alvéolo dental de origem (reimplante) ou colocação de elemento dental de anatomia e função semelhante em alvéolo preparado para receber o transplante dentário. Em ambas as situações pressupõem a realização de contenção do elemento reimplantado ou transplantado, com resinas, fio de amarria ou similares.

REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL – CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.028-6: remoção cirúrgica de foco de infecção residual, como raízes residuais, seqüestros ósseos ou corpo estranho dos maxilares, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência.

RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.01.002-3: tratamento dentário com o uso de instrumentos manuais e/ ou rotatórios para qualquer tipo de cavidade dentária, com emprego de material restaurador por dente que pode ser amalgama de prata, resina, ionômero de vidro, entre outros.

RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.01.003-1: tratamento dentário com o uso de instrumentos manuais e/ ou rotatórios para qualquer tipo de cavidade dentária,

com emprego de material restaurador por dente que pode ser resina, ionômero de vidro, entre outros, com a utilização ou não de pino rosqueável.

RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.01.004-0: tratamento dentário com o uso de instrumentos manuais e/ ou rotatórios para qualquer tipo de cavidade dentaria, com emprego de material restaurador por dente que pode ser amálgama de prata, resina, ionômero de vidro, entre outros, com a utilização ou não de pino rosqueável.

RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS POR PACIENTE – CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.10.015-2

SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA – CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.009-0: fechamento de cavidade com ou sem preparo cavitário para fins de restauração, com o objetivo de redução da septicemia bucal ou de terapia expectante como etapa intermediaria ate que a restauração definitiva seja executada. Incluem-se nesta denominação os procedimentos conhecidos como adequação do meio bucal, controle da infecção intrabucal, controle epidemiológico da carie, tratamento restaurador atraumático (ver o item específico) e a restauração provisória, dentre outras.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL – CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.035-9: consiste na realização de curetagem, compressão local e sutura para conter a hemorragia, podendo complementar com prescrição medicamentosa e solicitação de exames laboratoriais hematológicos. Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência for adotado procedimento para contenção de hemorragia pós-operatória, onde se incluem limpeza da ferida cirúrgica, uso de hemostáticos tópicos, sutura e manobras de compressão do leito de origem da hemorragia.

TRATAMENTO DE ALVEOLITE – CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.038-3: consiste na irrigação e curetagem com aplicação de curativo medicamentoso em alvéolos dentários com cicatrização tardia. Registrar este procedimento quando for realizado, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, o tratamento de alveolite (seca ou úmida). Em alveolite úmida deve-se, após anestesia, curetar o alvéolo dentário promovendo novo sangramento, compressão das bordas da ferida cirúrgica e sutura. Em alveolite seca lavar o alvéolo com solução anti-séptica (água fenolada ou similar) e preencher com pasta sedativa da dor e com capacidade antiinflamatória que promova a reparação (alveosan[r] ou similar).

ULOTOMIA/ULECTOMIA - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.040-5: incisão ou remoção de tecido gengival fibroso que esteja dificultando o irrompimento dentário. Registrar este procedimento quando for realizada, em usuários agendados ou como procedimento de urgência, a incisão e/ou a remoção de

tecido gengival fibroso e paraqueratinizado, que dificulta ou impede a erupção de dentes eminentemente já neste processo.

MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.04.007-0: procedimentos de planejamento, preparos dentários e moldagem.

REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.04.008-9: reembasamento e conserto de prótese dentária tanto em laboratório quanto em clinicas na Atenção Básica ou nos Centros e Clínicas Odontológicas de Especialidades.

INSTALAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (INCLUI CIMENTAÇÃO) – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.04.003-8: procedimento de instalação, adaptação e acompanhamento inicial do aparelho protético.

BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA – CÓDIGO SIA/SUS - 02.01.01.052-6: procedimento no qual se colhe uma pequena quantidade, isto é, uma amostra, de tecido ou células, para posterior estudo em laboratório.

AJUSTE OCLUSAL NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS - conduta terapêutica que propõe modificações nas superfícies dos dentes, restaurações ou próteses, através de desgaste seletivo ou acréscimo de materiais restauradores, buscando harmonizar os aspectos funcionais maxilomandibulares na oclusão em relação cêntrica e nos movimentos excêntricos com o objetivo de melhorar as relações funcionais da dentição para que, juntamente com o periodonto de sustentação recebam estímulos uniformes e funcionais, propiciando as condições necessárias para a saúde do sistema neuromuscular e das articulações temporomandibulares. Registrar este procedimento, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, quando após análise dos movimentos excursivos da mandíbula (análise clínica da oclusão) for realizado desgaste seletivo de dentes, restaurações ou peças protéticas que estejam interferindo na harmonia oclusal.

Este ajuste não constitui procedimento isolado dos procedimentos restauradores, são inerentes a estes e, portanto **não** devem ser lançados como mais um procedimento ao final das restaurações.

RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: acesso à cavidade de cárie com escavadores em forma de colher ou curetas de dentina ou outros instrumentos manuais (instrumentos cortantes manuais como enxada, machado e recortadores de margem gengival), remoção de dentina externa com ou sem o auxílio de substâncias auxiliares. Remoção da dentina infectada com colheres de dentina de tamanho compatível com a cavidade, limpeza da cavidade com água filtrada, soro fisiológico, solução detergente ou clorexedine a 0,12%. Secagem da cavidade com bolinhas de algodão, isolamento relativo com rigoroso controle de umidade, proteção do complexo dentino pular com

hidróxido de cálcio de acordo com critérios clínicos de vitalidade e integridade pulpar e preenchimento da cavidade com cimento de ionômero de vidro. Dadas às propriedades hidrofílicas dos cimentos de ionômero de vidro deve-se realizar a sua proteção após a reação de cura química com vaselina sólida, verniz cavitário ou similar (base ou esmalte de unhas incolor). Orientar o paciente para que não mastigue sobre o dente que recebeu o ionômero por 24 horas. O cimento de ionômero de vidro pode ser substituído por cimento de óxido de zinco do tipo II (Fynal ou IRM) ou cimento de policarboxilato. Deve-se ressaltar que dada a demanda das UBS e a necessidade de ampliar a cobertura populacional, deve-se sempre ser considerada a possibilidade da restauração atraumática como uma primeira fase do tratamento, conforme as D*iretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal*, resguardando-se o aspecto estético quando se tratar de dentes anteriores. Por outro lado, equipamento danificado não é motivo para que tais restaurações não sejam efetuadas, mesmo porque as restaurações atraumáticas podem e devem ser efetuadas mesmo em locais que não contam com equipamento odontológico (como escolas, domicílios).

**ATENÇÃO – O Tratamento Restaurador Atraumático (TRA) não possui código SIA/SUS. Para que tais procedimentos não deixem de ser computados pelo Sistema de Informação Ambulatorial deve-se proceder da seguinte forma:**

**Se o TRA for realizado com ionômero de vidro anotar o código de restauração correspondente ao dente restaurado (restauração de dente decíduo – código SIA/SUS – 03.07.01.002-3; restauração de dente permanente anterior – código SIA/SUS – 03.07.01.003-1; restauração de dente permanente posterior – código SIA/SUS – 03.07.01.004-0) e anotar também que foi feita restauração com ionômero de vidro.**

**Se o tratamento restaurador atraumático for realizado com IRM anotar o código de selamento provisório de cavidade dentária – código SIA/SUS – 01.01.02.009-0.**

RESTAURAÇÃO COM AMÁLGAMA – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS – Anotar este procedimento sempre que for realizada uma restauração de amálgama.

RESTAURAÇÃO COM RESINA – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS – Anotar este procedimento sempre que for realizada uma restauração com resina.

RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS – Anotar este procedimento sempre que for realizada uma restauração com ionômero de vidro e quando for realizado ART em dente permanente ou decíduo utilizando ionômero de vidro.

PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA – CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.015-3: é a primeira consulta do ano do usuário. Caso seja início de tratamento deverá ser realizada a avaliação das condições gerais de

saúde e realização de exame clinico odontológico com finalidade de diagnostico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Implica registro das informações em prontuário. Nesta oportunidade deve-se também lembrar, enfatizar e reforçar a necessidade de um efetivo controle mecânico do biofilme (biofilme dental) fazendo uso da escova dental, do fio/fita dental ou similar, cujas orientações foram dadas nas atividades de educação em saúde em grupos na UBS. Estas atividades educativas devem preceder todo e qualquer tratamento programático em saúde bucal. É conveniente lembrar que nesse dia, dependendo das condições bucais do usuário, seria ideal iniciar o restabelecimento de condições bucais adequadas por meio da realização do tratamento restaurador atraumático e eliminação de focos como uma primeira fase do tratamento. Ressalte-se também que equipamento odontológico quebrado não é justificativa para que esta ação não seja realizada. Em usuários com pouca necessidade de tratamento pode-se realizar inclusive restaurações definitivas e o tratamento concluído em uma única seção. Em crianças, sobretudo, é possível numa seção a realização de tratamento restaurador atraumático com conseqüente alta. Será anotado como primeira consulta os usuários que passaram por triagem e foram classificados como de risco **A, B ou C** (baixo e médio risco) desde que no dia recebam ações educativas e escovação supervisionada.

**GESTANTES – A Primeira Consulta Odontológica da gestante deverá ser anotada também na faixa etária correspondente. A planilha não faz a somatória das células correspondentes à linha Gestante.**

TRATAMENTO INICIAL- NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS - anotar este procedimento por faixa etária - será anotado quando se iniciar o primeiro tratamento da UBS; será também considerado TI, quando o usuário teve seu último tratamento na UBS, completado há mais de 2 anos. Pessoas classificadas como de risco **A**, **B** e **C** para cárie e **0** para doença periodontal receberão 1 TI e 1 TC no dia da triagem após participarem de grupo de educação em saúde e de escovação supervisionada (neste caso também será anotada a primeira consulta odontológica).

**GESTANTES – O Tratamento Inicial da gestante também deverá ser anotado na faixa etária correspondente. A planilha não faz a somatória das células correspondentes à linha Gestante.**

TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO **- NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS:** anotar este procedimento por faixa etária - será anotado tratamento de manutenção para o usuário que retornar periodicamente, para controle de um tratamento já concluído na unidade. Esse retorno periódico poderá ser de até 2 anos.

TRATAMENTO CONCLUÍDO **- NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS:** anotar este procedimento por faixa etária - 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 levando-se

em conta o tratamento por hemiarco. Pessoas classificadas como de risco **A**, **B** e **C** para cárie e **0** para doença periodontal receberão 1 TI e 1 TC no dia da triagem após participarem de grupo de educação em saúde e de escovação supervisionada (neste caso também será anotada a primeira consulta odontológica).

**GESTANTES – O Tratamento concluído da gestante deverá ser anotado também na faixa etária correspondente. A planilha não faz a somatória das células correspondentes à linha Gestante.**

TRATAMENTO CONCLUÍDO EM CDB (CONTROLE DAS DOENÇAS BUCAIS) – **NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS:** anotar este procedimento por faixa etária - controle das doenças bucais - eliminação de focos, tratamento periodontal e utilização de restaurações atraumáticas a ser efetuado num número mais reduzido de sessões. Utilizar este procedimento quando devido a demanda, aos recursos humanos e materiais, a região e/ou a unidade de saúde julgar mais resolutivo estabelecer o tratamento em duas fases:

**primeira fase:** não serão realizados os TC convencionais, mas sim o controle das doenças bucais por meio de eliminação de focos, tratamento periodontal e a utilização de restaurações atraumáticas possibilitando um TC em CDB, num número mais reduzido de sessões, ressalvando-se a possibilidade de restaurações estéticas anteriores, quando necessário, o que permitirá maior abrangência populacional.

**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.

**GESTANTES – O Tratamento Concluído em CDB da gestante deverá ser anotado também na faixa etária correspondente. A planilha não faz a somatória das células correspondentes à linha Gestante.**

## ENCAMINHAMENTOS PARA AS ESPECIALIDADES

**A demanda por especialidades é de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde.** A equipe de saúde bucal da UBS é responsável pelas pessoas que necessitam de consulta de especialidade. A equipe deverá manter atualizado um registro das pessoas que aguardam vagas para Endodontia, Periodontia, Semiologia, Cirurgia Oral Menor, Prótese, Ortodontia preventiva e Pacientes com Necessidades Especiais.

È de responsabilidade da equipe de saúde bucal da UBS manter a saúde bucal do usuário que aguarda vaga de especialidade. Quando do atendimento do usuário no CEO o mesmo não deverá apresentar

gengivite, cálculo supra gengival, cavidades abertas, elementos dentários que passarão por endodontia sem cirurgia de acesso

No Município de São Paulo as vagas de especialidades estão reguladas e podem ser acessadas através da agenda regulada do Sistema SIGA-SAÚDE.

Os Centros de Especialidades Odontológicas são referência para as Coordenadorias Regionais de Saúde e devem obrigatoriamente fornecer o número de vagas/mês estipuladas nos protocolos da Secretaria Municipal da Saúde. Por sua vez, a equipe de saúde bucal da UBS deve monitorar o usuário se certificando de que o mesmo foi atendido na especialidade.

Para o preenchimento das informações sobre o Encaminhamento deve-se identificar na célula correspondente ao dia de atendimento o número de encaminhamentos realizados para cada uma das especialidades odontológicas que estão listadas juntamente com o número do Código Brasileiro de Ocupações (CBO).

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 223260 – Radiologista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223268 – Cirurgia Buco Maxilo Facial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223256 - Protesista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223248 - Periodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223212 - Endodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223220 - Estomatologista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223240 - Ortodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223288 - Pacientes com necessidades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Equipe Multiprofissional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA – CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.01.001-0: consiste nas atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção a saúde, desenvolvidas na unidade ou na comunidade. Recomenda-se o mínimo de 12 (doze) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o numero de atividades realizadas/mês. Os grupos podem ser pré-existentes ou não, como bebês e gestantes, crianças e adolescentes, adultos e idosos, pacientes com doenças crônicas como diabéticos, hipertensão, cardiopatias, etc. Esta atividade quando realizada na unidade, deve se seguir à triagem de risco nas unidades de saúde e é compulsória ao início do tratamento odontológico para todo e qualquer paciente da unidade de saúde, previamente

submetido à triagem de risco de doenças bucais. No mapa de produção diária da atenção básica lançar nas células correspondentes ao tipo de grupo o número de grupos e, nas células correspondentes ao número de pessoas, a quantidade delas envolvidas nas atividades educativas. Ao final do período considerado lançar a somatória na célula **Total**. As ações educativas das crianças cadastradas em procedimentos coletivos deverão ser registradas neste código na planilha de Ações Coletivas.

Dentre os grupos listados têm-se **Outros** – onde poderá ser anotada a triagem na UBS **e Grupos na Comunidade –** que não compreendem as ações coletivas nas escolas. As ações coletivas nas escolas deverão ser lançadas na planilha de Ações Coletivas.

TRIAGEM NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) - Deverá ser anotado o número de pacientes triados segundo o risco de cárie, risco periodontal, risco oclusal e risco para lesão em tecidos moles

## DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE

A última linha do mapa diário, nos campos correspondentes à **DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE**, deve ser preenchida identificando quantas horas foram dispendidas em cada um dos ítens identificados, incluindo-se as horas onde houve quebra de equipamento, falta de energia elétrica ou água, ou outra ocorrência de relevância (dedetização, etc...). Somar o total de horas e lançar na última célula identificada com **TOTAL.**

Entende-se por **Consulta/Atendimento** na UBS ou domicílio, todos os momentos em que o cirurgião dentista realizou anamnese, exame clínico para diagnóstico, tomada de radiografias e procedimentos odontológicos de qualquer natureza (preventivos, cirúrgico-restauradores etc).

As horas dispendidas em **Interconsultas** são aquelas em que o cirurgião dentista discute casos clínicos com outros profissionais de saúde da unidade, seja esta discussão sobre um caso em particular, encaminhado ou para avaliação com outro profissional ou sobre problemas que acometem grupos de pacientes, mas onde se estabelece uma relação de troca de experiências ou de pareceres sobre condutas já dotadas ou a serem adotadas.

De acordo com as diretrizes de Saúde Bucal a serem seguidas no período de 2009 a 2012, 20,0% da carga horária dos CD da rede básica de serviços de saúde bucal deverá ser utilizada em ações coletivas. O total de horas no mês usadas nestas atividades deverá ser registrado no campo **Ações Coletivas**, no campo identificado na barra DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE.

A somatória de horas utilizadas em atividades educativas realizadas na Unidade de Saúde ou na Comunidade deverão ser lançadas no campo **Grupos Educativos/Informativos.**

A somatória de horas em que o CD esteve em Educação continuada/ Curso, reuniões técnicas, administrativas ou de outra natureza pertinentes ao serviço, dentro ou fora da unidade deverão ser lançadas nos campos identificados para este fim: **Reuniões/Outras atividades administrativas.**

Diante de **Problemas com o Equipamento** deve-se realizar atendimento individual como procedimentos cirúrgicos, profilaxias com o uso de escova dental, aplicação de gel fluorado, restaurações atraumáticas, além de atividades de grupo na unidade ou comunidade, procedimentos coletivos, visitas domiciliares etc. Entretanto é de suma importância que se registre o total de horas no período de referência em que o equipamento esteve quebrado, houve falta de água ou de energia elétrica, dedetização da unidade. A somatória de **Horas não trabalhadas** por falta do profissional, férias, abono, folgas ou outros motivos também devem ser registradas.

| **DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE** | Consulta/ Atendimento | | Interconsulta | Ações Coletivas | Grupos Educativos/Informativos | Educação Continuada/ Curso | Reuniões/Outras atividades administrativas | Problemas c/ equipamento | Horas não trabalhadas | **TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | UBS | Domicílio | | | | | | | | |

# MAPA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL – CIRURGIÃO-DENTISTA – DIÁRIO – ATENÇÃO BÁSICA – Página 1

**Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal** CRS:_____ Unidade:_____ Período:____/____/____a____/____/_____

**Mapa de Produção Ambulatorial - Cirurgião-dentista - Diário - Atenção Básica** STS:_____ Nome do profissional_____ Assinatura e carimbo_____

| PROCEDIMENTOS | DIAS ÚTEIS / FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **03.01.01.013-7** | Usuários com idade até 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consulta/Atendimento domiciliar na Atenção Básica - **(somente para equipes de saúde bucal que fazem visita domiciliar)** | Usuários com idade de 20 até 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com 60 anos e mais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **03.01.01.003-0** | Usuários com idade até 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consulta de profissional de nível superior na atenção básica **(não utilizar este código para primeira consulta odontológica)** | Usuários com idade de 20 até 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com 60 anos e mais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PROCEDIMENTOS | CÓDIGO SIA/SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Atendimento de urgência em atenção básica | 03.01.06.003-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica **(TRIAGEM NA UBS)** | 01.01.02.004-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel **(efetuada em grupos de no mínimo 10 pessoas na Unidade Básica de Saúde)** | 01.01.02.001-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ação coletiva de escovação dental supervisionada **(número de pessoas que passaram por escovação dental supervisionada na Unidade Básica de Saúde)** | 01.01.02.003-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação de cariostático, verniz (por dente) | 01.01.02.005-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação de selante (por dente) | 01.01.02.006-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) | 01.01.02.007-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capeamento pulpar (inclui selamento da cavidade) | 03.07.01.001-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contenção dental (por pessoa) | 04.14.01.001-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Drenagem de abscesso | 04.04.02.005-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evidenciação de placa bacteriana | 01.01.02.008-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosa | 04.01.01.006-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exodontia de dente decíduo | 04.14.02.012-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exodontia de dente permanente | 04.14.02.013-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frenotomia/Frenectomia | 04.01.01.008-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polpotomia **(inclui selamento da cavidade)** | 03.07.02.007-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acesso à polpa dentária e medicação **(por dente)** | 03.07.02.001-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia periapical/ inter proximal (bite wing) | 02.04.01.018-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia oclusal | 02.04.01.016-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raspagem, alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 03.07.03.001-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raspagem, alisamento subgengivais (por sextante) | 03.07.03.002-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reimplante/transplante dental | 04.14.02.024-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SUB-TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL – CIRURGIÃO-DENTISTA – DIÁRIO – ATENÇÃO BÁSICA – Página 2

| TRANSPORTE SUB-TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PROCEDIMENTOS** | **DIAS ÚTEIS CÓDIGO SIA/SUS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
| Remoção de foco residual | 04.14.02.028-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração de dente decíduo | 03.07.01.002-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração de dente permanente anterior | 03.07.01.003-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração de dente permanente posterior | 03.07.01.004-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) | 03.01.10.015-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selamento provisório de cavidade dentária → | 01.01.02.009-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental | 04.14.02.035-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento de alveolite | 04.14.02.038-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulotomia/Ulectomia | 04.14.02.040-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária | 03.07.04.007-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reembasamento e conserto de prótese dentária | 03.07.04.008-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instalação e adaptação de prótese dentária (inclui cimentação) | 03.07.04.003-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Biópsia dos tecidos moles da boca | 02.01.01.052-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ajuste oclusal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração atraumática | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração com amálgama | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração com resina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração com ionômero de vidro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL GERAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total de pessoas agendadas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total de atendimentos de urgência** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total de faltas no agendamento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total de pessoas atendidas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RAÇA/COR/ETNIA** → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de pessoas pretas atendidas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de pessoas pardas atendidas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de pessoas brancas atendidas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de pessoas indígenas atendidas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de pessoas amarelas atendidas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Outros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL – CIRURGIÃO-DENTISTA – DIÁRIO – ATENÇÃO BÁSICA – Página 3

| PROCEDIMENTOS | DIAS ÚTEIS<br>FAIXA ETÁRIA → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Primeira consulta odontológica - 03.01.01.015-3** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1-**Avaliação das condições gerais de saúde e realização de exame clinico odontológico com finalidade de diagnostico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico. Implica registro das informações em prontuário. | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2-**Pessoas triadas como de risco A, B ou C para cárie e 0 para doença periodontal e tecidos moles deverão necessariamente participar de grupo educativo e escovação supervisionada no dia da triagem. Neste caso, anotar 1ª consulta, TI e TC. | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3-**O primeiro retorno do ano deverá ser anotado como 1ª consulta odontológica. | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Gestante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tratamento Inicial - TI** | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1**-Será anotado quando iniciar-se o primeiro tratamento da UBS. | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2**-Será considerado TI, quando o usuário teve seu último tratamento na UBS, completado há mais de 2 anos. | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3**-Pessoas classificadas como de risco A, B e C para cárie e 0 para doença periodontal receberão 1 TI e 1 TC se no dia da triagem receberem educação em saúde bucal e escovação supervisionada. | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Gestante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL – CIRURGIÃO-DENTISTA – DIÁRIO – ATENÇÃO BÁSICA – Página 4

| PROCEDIMENTOS | DIAS ÚTEIS<br>FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tratamento de Manutenção - TM**<br><br>Será anotado tratamento de manutenção para o usuário que retornar periodicamente, para controle de um tratamento já concluído na Unidade. Esse retorno periódico poderá ser de até 2 anos. | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tratamento Concluído - TC**<br><br>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 levando-se em conta o tratamento por hemiarco. | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Gestante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL – CIRURGIÃO-DENTISTA – DIÁRIO – ATENÇÃO BÁSICA – Página 5

| PROCEDIMENTOS | DIAS ÚTEIS<br>FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tratamento completado - CDB - Controle das Doenças Bucais - TC em CDB**<br><br>Eliminação de focos, tratamento periodontal e utilização de restaurações atraumáticas a ser efetuado num número mais reduzido de sessões.<br><br>UBS \| Domicílio<br><br>Deverá ser realizado tratamento completado em CDB sempre que não for possível realizar tratamento convencional em no máximo 2 consultas para crianças e 4 consultas para adultos. | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Gestante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223260 - Radiologista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223268 - Cirurgia buco maxilo facial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223256 - Protesista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223248 - Periodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223212 - Endodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223220 - Estomatologista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223240 - Ortodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cirurgião-dentista - pacientes com necessidades especiais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Equipe multiprofissional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL – CIRURGIÃO-DENTISTA – DIÁRIO – ATENÇÃO BÁSICA – Página 6

| OUTRAS ATIVIDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA - anotar por grupo independente do nº de pessoas, embora o grupo tenha que ser no mínimo de 10 pessoas** | **Dias úteis →** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
| | **Código SIASUS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 01.01.01.001-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBÊS E GESTANTES | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRIANÇAS E ADOLESCENTES | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADULTOS | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDOSOS | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUTROS | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GRUPOS NA COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Triagem da UBS - nº de pacientes triados segundo risco de cárie** | **Risco** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa | **A** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa | **B** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha | **C** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou | **D** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda | **E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presença de dor e/ou abscesso | **F** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edêntulo | **X** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL – CIRURGIÃO-DENTISTA – DIÁRIO – ATENÇÃO BÁSICA – Página 7

| **Classificação do pior sextante segundo critérios de risco para doença periodontal (pessoa)** | **Dias úteis Risco** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Elemento dental com periodonto sadio | **0** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ausência de dentes no sextante | **X** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elemento dental com gengivite | **1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elemento dental com cálculo supra-gengival | **2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seqüela de doença periodontal anterior | **b** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elemento dental com cálculo sub-gengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível | **6** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elemento dental com mobilidade irreversível e perda de função | **8** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Classificação de risco para condição oclusal (oclusopatias)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indivíduo que apresenta Classe I de Angle | **Normal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indivíduo que apresenta mordida cruzada unilateral, apinhamento | **Leve** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indivíduo que apresenta mordida cruzada bilateral, Classe II de Angle, mordida aberta, mordida cruzada de primeiro molar | **Moderada** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indivíduo que apresenta Classe III de Angle, mordida aberta com oclusão apenas de molares, mordida profunda | **Severa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Classificação de risco para tecidos moles da boca** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indivíduo que não apresenta alteração de tecidos moles | **0** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indivíduo que apresenta alteração de tecidos moles sem suspeita de malignidade | **1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indivíduo que apresenta alteração de tecidos moles com suspeita de malignidade | **2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| **DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE** | Consulta/Atendimento | Interconsulta | Ações coletivas | Grupos Educ./Inform. | Educ. Continuada | Reuniões/Outras atividades administrativas | Problemas com equipamento | Horas não Trabalhadas | **TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

## MAPA DE PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS COLETIVOS EM SAÚDE BUCAL

O registro das ações coletivas em saúde bucal deverá ser feito durante um período de 12 meses (janeiro a dezembro) para cada espaço coletivo cadastrado para o desenvolvimento dessas ações. Todas as Unidades Básicas de Saúde devem manter em seus arquivos, uma pasta contendo todos os documentos de cada espaço cadastrado

### MAPA 1 AÇÕES COLETIVAS – AC - CADASTRAMENTO DE ESPAÇO COLETIVO.

O MAPA 1 se presta ao cadastramento do espaço coletivo freqüentado pelas crianças, alvo das ações coletivas:

Preencher o campo referente à Coordenadoria Regional de Saúde e à Supervisão Técnica de Saúde.

| | | | |
|---|---|---|---|
| COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE | | SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE | |

Preencher o campo referente à Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família com o nome oficial.

| | |
|---|---|
| UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE | |

As ações coletivas poderão ser realizadas em Centros de Educação Infantil – CEI sob administração direta da Secretaria Municipal da Educação de São Paulo - SME – SP (CEI direta) ou subsidiadas por esta secretaria (CEI indireta); estas ações poderão ainda se desenvolver em Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEI, Escolas Municipais de Ensino Fundamental – EMEF, Centros de Educação Unificado – CEU, Escolas Estaduais de Primeiro e Segundo Graus – EEPSG, Escolas Estaduais de Ensino Fundamental – EEEF - SEE – SP, CIEJA – Centro Integrado de Educação de Jovens e Adultos (antigo CEMES), EMEE – Escola Municipal Ensino Especializado e outros espaços sociais a serem especificados. Embora as crianças de 0 a 14 anos dos equipamentos municipais constituam-se no grupo prioritário, tendo em vista o programa Aprendendo com Saúde, todos os demais equipamentos devem ser considerados. Para as escolas municipais fazer o cronograma em conjunto com as equipes móveis do Aprendendo com Saúde. A partir de 2010, as ações coletivas devem contemplar também adolescentes e idosos institucionalizados.

Assinalar com um X o parênteses que designar o tipo de espaço coletivo cadastrado.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ( ) CEI DIRETA | ( ) CEI INDIRETA | ( ) EMEI | ( ) EMEF | ( ) CEU | ( ) EEPSG | ( ) EEEF | ( ) CIEJA | ( ) EMEE | ( ) OUTROS ESPECIFICAR |

Preencher o nome do cirurgião-dentista responsável pelo espaço escolar_____.

Preencher o campo Identificação do espaço Coletivo com o nome oficial. Em situações onde o nome *oficioso* for mais habitual usá-lo entre parênteses.

| **Identificação do Espaço Coletivo** | |
|---|---|

Preencher os campos designados à identificação do logradouro (endereço).

| | |
|---|---|
| Endereço completo (nome da rua, avenida, praça, alameda travessa, viela, largo). | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | | CEP | | telefone | | Fax | | E-mail | |

Identificar o nome do diretor como referência para contatos.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nome do Diretor** | | Data do cadastramento | ___/___/___ |

O cadastramento do espaço coletivo deve ser feito para o ano (janeiro a dezembro) contados a partir da data de cadastramento identificada no campo **Data de cadastramento**.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome do Diretor | | **Data do cadastramento** | ___/___/___ |

Os quadros onde se verificam colunas identificando **Série, Turma, Nº da sala, Período e Nº de crianças** deverão ser preenchidos com estas informações. Na linha de TOTAL deve constar a somatória de crianças cadastradas discriminadas na coluna **Nº de crianças.**

Na linha **Observações** pode-se anotar o que for de relevância para condução das Ações Coletivas.

| **Série** | **Turma** | **Nº Sala** | **Período** | **Nº crianças** |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| **TOTAL** | | | | |
| **Observações:** | | | | |

## MAPA 1 – AÇÕES COLETIVAS – CADASTRAMENTO DE ESPAÇOS COLETIVOS

**Prefeitura do Município de São Paulo**
**Secretaria Municipal de Saúde**
**Coordenação da Atenção Básica**
**Área Técnica de Saúde Bucal**

Mapa 1 - Ações coletivas - Cadastramento de Espaço Coletivo

Coordenadoria Regional de Saúde: _____ Supervisão _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Tipo de Espaço Coletivo
( ) CEI direta ( ) CEI indireta ( ) EMEI ( ) EMEF ( ) CEU ( ) EEPSG ( )EEEF ( ) CMES ( ) EMEE ( ) OUTROS Especificar_____

Nome do cirurugião-dentista responsável pelo espaço escolar_____

Identificação do espaço Coletivo (nome oficial) _____

Endereço Completo (Nome da Rua/Avenida/Alameda/Travessa/ Praça/ Largo/Viela): _____

Nº _____ CEP: _____ Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Nome do Diretor(a) _____ Data do Cadastramento:____/____/____

| Série | Turma | Nº da sala | Período | Nº crianças | | Série | Turma | Nº da sala | Período | Nº crianças |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | TOTAL | | | | |

Observações:

## MAPA 2 – AÇÕES COLETIVAS – LISTA NOMINAL DE CRIANÇAS CADASTRADAS

O MAPA 2 destina-se ao cadastramento das crianças alvo das Ações Coletivas. Este MAPA comporta o cadastramento de salas de aula com até 40 crianças. Deve-se preencher um MAPA 2 para cada sala de aula, no momento da triagem de risco, e este MAPA será utilizado durante todo o período em que se desenvolvem as ações coletivas.

Iniciar o preenchimento do MAPA 2 identificando a Coordenadoria e a Supervisão Técnica de Saúde a que pertence a Unidade Básica de Saúde responsável pelo cadastramento do espaço coletivo e das crianças que serão discriminadas no corpo do MAPA.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Coordenadoria de Saúde** | | **Supervisão de Área** | |

Identificar a Unidade Básica de Saúde - UBS usando o nome oficial. O nome fantasia *(oficioso)* poderá ser colocado entre parênteses.

| | |
|---|---|
| **Unidade Básica de Saúde** | |

De forma legível deve-se preencher o nome e sobrenome do Cirurgião Dentista responsável pelos Procedimentos Coletivos das crianças da sala que está sendo cadastrada, assim como seu nº de inscrição junto ao Conselho Regional de Odontologia – CRO-SP, nº de seu Registro Geral - RG (cédula de Identidade) para os CD municipalizados e contratados pela CLT e Registro Funcional – RF para os cirurgiões-dentistas do quadro funcional da Secretaria Municipal da Saúde..

No campo **Identificação do Espaço Coletivo** preencher com o nome oficial do espaço escolar e deixar entre parênteses o nome oficioso ou fantasia.

| | |
|---|---|
| **Identificação do Espaço Coletivo** | |

Preencher a data do cadastramento identificando dia, mês e ano. Deve-se preencher um MAPA 2 para cada sala de aula, assim os campos **sala**, **turma, número da sala** (quando houver), **período** e nome do **Professor** devem ser preenchidos para facilitar a localização das crianças quando de encaminhamentos ou necessidades de intervenção.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Data do cadastramento ___/___/___** | **Série** | | **Turma** | | **Nº da sala** | | **Período** | |
| **Professor** | | | | | | | | |

As crianças alvo das ações coletivas serão discriminadas no corpo do MAPA 2, sendo que é possível se cadastrar até 40 crianças por sala de aula, identificadas de 1 a 40, na coluna à esquerda no corpo do MAPA 2. Em frente a cada identificação numérica deve-se preencher o nome dos alunos (as), data de nascimento e código de risco para cárie dentária.

**SALIENTE-SE QUE ESTE MAPA SERÁ UTILIZADO NO MOMENTO DA TRIAGEM DE RISCO.**

Ao final do espaço destinado ao cadastramento dos alunos há uma legenda com a classificação e codificação de risco para cárie dentária, que facilita a interpretação dos registros dos códigos de risco.

# MAPA 2 – AÇÕES COLETIVAS – LISTA NOMINAL DE CRIANÇAS CADASTRADAS

Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação da Atenção Básica
Area Técnica de Saúde Bucal

**Mapa 2 - Ações coletivas - Lista Nominal de Crianças Cadastradas**

Coordenadoria Regional de Saúde:_____ Supervisão Téc. Saúde:_____

Unidade Básica de Saúde:_____

Nome CD responsável pelas ações coletivas:_____ CRO:_____RF/RG:_____

Identificação do espaço coletivo:_____

Nome do Diretor(a):_____

Data do Cadastramento:____/____/_____ Série:_____ Turma:_____ Nº da sala:_____ Período:_____

Professor(a):_____

| Nº | Nome do Aluno(a) | Data Nascimento | Risco |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |

**Classificação e Codificação de Risco para Cárie Dentária**

| | | |
|---|---|---|
| Baixo | A | Ausência de lesão de cárie, sem placa sem gengivite e/ou mancha branca |
| Médio | B | História de dente restaurado,sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa |
| | C | Cárie crônica mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa |
| Alto | D | Grande presença de placa, de gengivite /ou mancha branca ativa |
| | E | Uma ou mais cavuidades em situação de lesão de cárie aguda |
| | F | Presença de dor ou abcesso |

**MAPA 3 – AÇÕES COLETIVAS – PLANILHA DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL SEGUNDO TIPO DE PROCEDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA**

O MAPA 3 destina-se ao registro de todas as ações coletivas realizadas nos espaços escolares da equipe de saúde bucal. A equipe de saúde bucal deverá preencher apenas um mapa 3. Não deverá haver um MAPA 3 para cada profissional da equipe.

Inicia-se o preenchimento pela parte superior à direta do MAPA 3, anotando a que período de tempo se referem os dados a serem apresentados. Este período corresponde ao do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, e inicia-se no dia 21 de cada mês, encerrando-se no dia 20 do mês subseqüente.

**Dados referentes ao período de ___/___/___ a ___/___/___**

Identificar a **Coordenadoria Regional de Saúde**, a **Supervisão Técnica de Saúde e a Unidade Básica de Saúde**, usar o nome oficial.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Coordenadoria R. de Saúde** | | **Supervisão Técnica de Saúde** | |

| | |
|---|---|
| **Unidade Básica de Saúde** | |

Anotar o número de espaços coletivos (escolas, creches, EMEIS...) onde se realizaram os PC do período. Somar o nº de crianças e salas de aula dos espaços e anotar o nº total de crianças e de salas de aula cadastradas.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº Espaços Coletivos cadastrados** | | **Nº total de crianças cadastradas** | |

| | |
|---|---|
| **Nº total de salas cadastradas** | |

Registrar o nome do CD responsável pelas ações coletivas na Unidade Básica de Saúde.

| | |
|---|---|
| **Nome do CD responsável pelas ações coletivas** | |

Registrar nas células do corpo do MAPA 3 o número de crianças, por faixa etária, que foram alvo de cada uma das ações em procedimentos coletivos. A anotação das ações educativas deverão ser feitas por grupo e por número de participantes.

Realizar a somatória na coluna para cada dia trabalhado. Estas somas serão registradas na célula da coluna Sub-Total, da linha correspondentes à ação desenvolvida.

Na linha correspondente aos ENCAMINHAMENTOS anotar o número de crianças que foram encaminhadas para a unidade básica de saúde ou outros serviços de maior complexidade.

**MAPA 3 – AÇÕES COLETIVAS – PLANILHA DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL SEGUNDO TIPO DE PROCEDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA**

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Saúde Bucal

Mapa 3 - Ações coletivas - Planilha da equipe de saúde bucal segundo tipo de procedimento por faixa etária

Dados referentes ao período de _____/_____/_____ a _____/_____/_____

Coordenadoria Regional de Saúde: _____ STS: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Nº Espaços Coletivos Cadastrados _____ nº Total de Crianças Cadastradas _____

Nº Total de salas cadastradas _____

Nome do cirurgião-dentistas responsável pelas ações coletivas: _____

| Ação Coletiva | Data → | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Faixa etária | | | | | | | | | | | | | |
| (1) Rastreamento de risco 01.01.02.004.0 | menor de 1 ano | | | | | | | | | | | | | |
| | de 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | SUB-TOTAL | | | | | | | | | | | | | |
| (2) Atividade educativa 01.01.01.001.0 | Número de grupos | | | | | | | | | | | | | |
| | Número de participantes | | | | | | | | | | | | | |
| | SUB-TOTAL | | | | | | | | | | | | | |
| (3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada 01.01.02.003.1 | de 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | SUB-TOTAL | | | | | | | | | | | | | |
| (4) Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel 01.01.02.001.5 | de 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | |
| SUB-TOTAL | | | | | | | | | | | | | | |
| Encaminhamentos para UBS | | | | | | | | | | | | | | |

**MAPA 3A – CONSOLIDADO MENSAL DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE SEGUNDO TIPO DE PROCEDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA**

O MAPA 3A destina-se à consolidação de dados de produção de PC de toda a UBS.

Iniciar o preenchimento identificando no campo situado na parte superior à direta do MAPA 3A o período a que se referem os dados de produção. Este período corresponde ao do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, e inicia-se no dia 21 de cada mês, encerrando-se no dia 20 do mês subseqüente.

**Dados referentes ao período de ___/___/___ a ___/___/___**

Identificar a **Coordenadoria Regional de Saúde**, a **Supervisão Técnica de Saúde a Unidade Básica de Saúde** (usar o nome oficial) e somatória de profissionais CD, TSB e ASB que desenvolvem os PC (**Nº Total de CD, TSB e ASB em AC**) na unidade.

Preencher o número total de espaços coletivos cadastrados, número total de salas cadastradas e número total de crianças cadastradas. Estes números se referem aos espaços, salas e crianças cadastradas por todas as equipes de saúde bucal da unidade básica de saúde.

Registrar nas células do corpo do MAPA 3A o número de crianças, por faixa etária, que foram alvo de cada uma das ações coletivas realizadas pelas equipes de saúde bucal da unidade básica de saúde.

Realizar a somatória na coluna para cada equipe de saúde bucal. Estas somas serão registradas na célula da coluna Sub-Total, da linha correspondente à ação desenvolvida.

Na linha correspondente aos ENCAMINHAMENTOS anotar o número de crianças que foram encaminhadas para a unidade básica de saúde ou outros serviços de maior complexidade.

# MAPA 3A – AÇÕES COLETIVAS

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação da Atenção Básica
Área Técnica de Saúde Bucal

Mapa 3A - Ações coletivas - Consolidado Mensal da equipe de saúde bucal da Unidade Básica de Saúde segundo tipo de procedimento por faixa etária

Dados referentes ao período de :

Coordenadoria Regional de Saúde: STS:

Unidade Básica de Saúde:

Nº Espaços Coletivos Cadastrados nº Total de Crianças Cadastradas

Nº Total de salas cadastradas

Número total de:
CD em AC:
THD em AC:
ACD em AC:

| Ação coletiva | Período | 1° Período | | | | 2° Período | | | | 3° Período | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.1 | 1.2 | 1.3 | 1.4 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | TOTAL |
| | Faixa etária | | | | | | | | | | | | | |
| Rastreamento de risco | menor de 1 ano | | | | | | | | | | | | | |
| | de 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | |
| 01.01.02.004.0 | de 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | SUB-TOTAL | | | | | | | | | | | | | |
| Orientações educativas | Número de grupos | | | | | | | | | | | | | |
| 01.01.01.001.0 | Número de participantes | | | | | | | | | | | | | |
| | SUB-TOTAL | | | | | | | | | | | | | |
| Ação coletiva de escovação dental supervisionada | de 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | |
| 01.01.02.003.1 | de 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | SUB-TOTAL | | | | | | | | | | | | | |
| Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel | de 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | de 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | |
| 01.01.02.001.5 | de 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | |
| | SUB-TOTAL | | | | | | | | | | | | | |
| Encaminhamentos para UBS | | | | | | | | | | | | | | |

**MAPA 4 – CONSOLIDAÇÃO DE DADOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Este mapa deverá ser preenchido após a realização das triagens nas escolas devendo condensar os dados do MAPA 1 e do MAPA 2.

A partir do MAPA 1 de todas as equipes, pode-se identificar o nº de espaços coletivos por tipo de estabelecimento (CEI direta, CEI indireta, EMEI, EMEF, CEU, EEPSG, EEEF, CEMES, EMEE, OUTROS). A partir do MAPA 2 de todas as equipes pode-se identificar o número de crianças segundo o risco para cárie

Lançar no MAPA 4 a somatória dos espaços coletivos segundo tipo de estabelecimento e preencher cada uma das linhas da coluna identificada **nº de Espaços Sociais.** Realizar a somatória de todas as crianças segundo código de risco para cárie dentária e tipo de espaço social.

Exemplificando: somar todas as crianças das CEI diretas que na triagem de risco foram identificadas com o código A. Registrar a somatória na célula destinada a este fim (observar campo sombreado no corpo do MAPA 4 (abaixo)).

Fazer o mesmo com as crianças dos outros espaços sociais (CEI diretas, EMEI...) em que se realizaram os PC.

As outras células, até a linha **OUTROS**, deverão ser preenchidas obedecendo a mesma lógica.

Lançar nas células da linha identificada por **ENCAMINHAMENTOS p/ A UBS** a somatória de crianças segundo Código de Risco (A, B, C, D, E, F).

Lançar nas células das linhas identificadas por **TOTAL segundo Código de Risco** (A, B, C, D, E, F) e **Total segundo Condição de Risco** (Baixo, Médio e Alto) a somatória de crianças segundo cada um destes códigos e condições.

Ao final do preenchimento do corpo do MAPA 4 identificar o número de novos espaços sociais cadastrados no período de referência e preencher a última linha do MAPA 4.

## MAPA 4 – AÇÕES COLETIVAS – CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

**Prefeitura do Município de São Paulo**
**Secretaria Municipal de Saúde**
**Coordenação da Atenção Básica**
**Área Técnica de Saúde Bucal**

Mapa 4 - Ações coletivas - Consolidação dos dados da Unidade Básica de Saúde

Dados referentes ao período de ____/_____/____ a ____/____/____

| | | | |
|---|---|---|---|
| Coordenadoria Regional de Saúde: | | Supervisão de Área | |
| Unidade Básica de Saúde: | | Nº Total de CD em PC | |
| Responsável pelo preenchimento | | | |

| Tipo de Espaço Social | | nº de Espaços Sociais | nº de Crianças segundo Risco | | | | | | nº total de crianças |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Baixo | Médio | | Alto | | | |
| | | | A | B | C | D | E | F | |
| CEI | direta | | | | | | | | |
| CEI | indireta | | | | | | | | |
| EMEI | | | | | | | | | |
| EMEF | | | | | | | | | |
| CEU | | | | | | | | | |
| EEPSG | | | | | | | | | |
| EEEF | | | | | | | | | |
| CEMES | | | | | | | | | |
| EMEE | | | | | | | | | |
| OUTROS | | | | | | | | | |
| Encaminhamentos p/ UBS | | | | | | | | | |
| TOTAL segundo Código de Risco | | | | | | | | | |
| TOTAL segundo Condição de Risco | | | | | | | | | |

nº de novos cadastramentos de espaços coletivos segundo tipo de espaço coletivo no período de referência (supra referido):

| CEI direta | CEI indireta | EMEI | CEU | EEPSG | EEEF | CEMES | OUTROS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

## MAPA 5 – CONSOLIDADO MENSAL DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

O MAPA 5 deverá ser utilizado pelas Supervisões Técnicas de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde.

Destina-se à consolidação de dados de produção de PC de todas as UBS da Coordenadoria Regional de Saúde a que se referir.

Iniciar o preenchimento identificando no campo situado na parte superior à direta do MAPA 5 o **período** a que se referem os dados de produção. Este período corresponde ao do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, e inicia-se no dia 21 de cada mês, encerrando-se no dia 20 do mês subseqüente.

**Dados referentes ao período de ___/___/___ a ___/___/___**

Assim como nos outros mapas identificar a **Coordenadoria Regional de Saúde**.

Finalizar o preenchimento do cabeçalho registrando de forma legível o nome do responsável pelo preenchimento do MAPA 5.

| | |
|---|---|
| **Coordenadoria Regional de Saúde** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Unidade Básica de Saúde** | | **Nº Total de CD em PC** | |

| | |
|---|---|
| **Responsável pelo preenchimento** | |

A partir do MAPA 4 de todas as UBS, pode-se identificar o nº de espaços coletivos por tipo de estabelecimento (CEI direta, CEI indireta, EMEI, EMEF, CEU, EEPSG, EEEF, CEMES, EMEE, OUTROS).

Lançar no MAPA 5 a somatória dos espaços coletivos segundo tipo de estabelecimento e preencher cada uma das linhas da coluna identificada **nº de Espaços Sociais.** Realizar a somatória de todas as crianças segundo código de risco para cárie dentária e tipo de espaço social.

Exemplificando:

Somar todas as crianças das CEI diretas que na triagem de risco foram identificadas com o código A. Registrar a somatória na célula destinada a este fim (observar campo sombreado no corpo do MAPA 5 (abaixo)).

Fazer o mesmo com as crianças dos outros espaços sociais (CEI diretas, EMEI...) em que se realizaram os PC.

As outras células, até a linha **OUTROS**, deverão ser preenchidas obedecendo a mesma lógica.

Lançar nas células da linha identificada por **ENCAMINHAMENTOS P/ A UBS** a somatória de crianças segundo Código de Risco (A, B, C, D, E, F).

Lançar nas células das linhas identificadas por **TOTAL segundo Código de Risco** (A,B, C.D, E, F) e **Total segundo Condição. de Risco** (Baixo, Médio e Alto) a somatória de crianças segundo cada um destes códigos e condições.

**MAPA 5 – AÇÕES COLETIVAS – CONSOLIDADE DOS DADOS DA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE**

**Prefeitura do Município de São Paulo**
**Secretaria Municipal de Saúde**
**Coordenação da Atenção Básica**
**Área Técnica de Saúde Bucal**

Mapa 5 - Ações coletivas - Consolidação de dados da Coordenadoria Regional de Saúde

Dados referentes ao período de ____/_____/____ a ____/____/____

Coordenadoria Regional de Saúde: Interlocutor de Saude Bucal

Nº Total de UBS em PC Nº de CD em PC

Responsável pelo preenchimento RF/RG

| Tipo de Espaço Social | | nº de Espaços Sociais | nº de Crianças segundo Risco | | | | | | nº total de crianças |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Baixo | Médio | | Alto | | | |
| | | | A | B | C | D | E | F | |
| CEI | direta | | | | | | | | |
| CEI | indireta | | | | | | | | |
| EMEI | | | | | | | | | |
| EMEF | | | | | | | | | |
| CEU | | | | | | | | | |
| EEPSG | | | | | | | | | |
| EEEF | | | | | | | | | |
| CEMES | | | | | | | | | |
| EMEE | | | | | | | | | |
| OUTROS | | | | | | | | | |
| Encaminhamentos p/ UBS | | | | | | | | | |
| TOTAL segundo Código de Risco | | | | | | | | | |
| TOTAL segundo Condição de Risco | | | | | | | | | |

nº de novos cadastramentos de espaços coletivos segundo tipo de espaço coletivo no período de referência

| CEI direta | CEI indireta | EMEI | CEU | EEPSG | EEEF | CEMES | OUTROS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

Ao final do preenchimento do corpo do MAPA 5 identificar o número de novos espaços sociais cadastrados no período de referência e preencher a última linha do MAPA 5.

| **Nº de novos cadastramentos de espaços coletivos segundo tipo de espaço coletivo no período de referência (supra referido):** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CEI direta** | **CEI indireta** | **EMEI** | **CEU** | **EEPSG** | **EEEF** | **CEMES** | **OUTROS** |
| | | | | | | | |

## MAPA DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL DIÁRIO - TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – TSB E AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – ASB

Conforme as Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal, revisadas em janeiro de 2009, os parâmetros de agendamento e rendimento das consultas odontológicas, bem como das ações coletivas, estão na dependência da composição das equipes de saúde bucal, a saber:

**Quadro 1 - 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 en 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 2 - 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 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 | 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 |

É importante lembrar que nas Unidades Básicas de Saúde que contam com a Auxiliar de Saúde Bucal e ou Técnico em Saúde Bucal, é necessário que seu trabalho seja otimizado, para que se consiga os objetivos propostos, ou seja, a maior resolutividade e ampliação da cobertura das ações de saúde bucal, quer nas ações clínicas, em trabalho à 4 ou 6mãos, quer nas ações coletivas em espaços sociais ou grupos nas unidades de saúde ou ainda em visitas ou atendimentos domiciliares.

O registro das ações desenvolvidas pelo pessoal auxiliar em saúde bucal, possibilitará melhor avaliação do trabalho desenvolvido pela ESB, seus resultados positivos em comparação ao trabalho isolado do Cirurgião-Dentista e, por conseguinte, contribuirá para comprovar a necessidade da ampliação do quadro desses profissionais em toda a rede municipal de saúde.

Cabe salientar que deve haver a supervisão direta do CD em todas as atividades clínicas, podendo ter supervisão indireta nas atividades extra clínicas (parágrafo único da lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, que regulamentou ao exercício das profissões de ASB e TSB)

Inicia-se o preenchimento do mapa diário identificando a **Unidade** com seu nome oficial. O nome oficioso ou fantasia poderá ser escrito entre parênteses.

Preencher o período a que correspondem os dados iniciando-se o período sempre no dia 21 do mês corrente ao dia 20 do mês subseqüente.

**Período ___/___/___ a ___/___/___**

Preencher de forma legível o nome do profissional auxiliar (TSB ou ASB) a que se referem os dados. Os campos: **nome do profissional, assinatura, carimbo** completam a identificação do responsável pelos dados.

**Profissional _____ Assinatura/Carimbo_____**

## PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL

- Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) - CONFORME RESOLUÇÃO RSS-164, de 21/12/2000 - 01.01.02.007-4
- Aplicação de cariostático verniz (por dente) - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.005-8
- Aplicação de selante (por dente) - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.006-6
- Evidenciação de placa bacteriana - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.008-2
- Remoção de biofilme (por sextante) – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.03.001-6

- Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) – CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.10.015-2
- Inserção de material restaurador (por dente) – anotar por tipo de material quais sejam amálgama, resina ou cimento de ionômero de vidro.
- Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.01.001-0 – deverá ser anotado o número de grupos e o número de participantes por tipo de grupo.
- Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.001-5
- Ação coletiva de escovação dental supervisionada - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.003-1

# MAPA DO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – PÁGINA 1

**Coordenação da Atenção Básica**
**Área Técnica de Saúde Bucal**
**Mapa de Produção Ambulatorial - Técnico de Saúde Bucal - Diário - Uso exclusivo na UBS**

**Unidade**_____ **Período** ____/____/____ **a** ____/____/____

Nome do profissional_____ Assinatura e carimbo_____

| PROCEDIMENTOS | | DIAS ÚTEIS → CÓDIGO SIA/SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aplicação tópica de flúor ( individual p/sessão) | | 01.01.02.007-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação de cariostático, verniz (por dente) | | 01.01.02.005-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação de selante (por dente) | | 01.01.02.006-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evidenciação de placa bacteriana | | 01.01.02.008-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Remoção de biofilme (por sextante) | | 03.07.03.001-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) | | 03.01.10.015-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inserção de material restaurador (por dente) | | Amálgama | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Resina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ionômero | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividades educativas em grupo na Atenção Básica | | 01.01.01.001-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBÊS E GESTANTES | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRIANÇAS E ADOLESCENTES | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADULTOS | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDOSOS | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUTROS | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## MAPA DO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL – PÁGINA 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ação coletiva de escovação dental supervisionada **01.01.02.003-1** | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizada na Unidade Básica de Saúde em grupos ou individualmente, fora da cadeira (anotar o número de pessoas que receberam a escovação dental supervisionada) | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior de 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel **01.01.02.001-5** | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizada na Unidade Básica de Saúde em grupos ou individualmente, fora da cadeira. | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior de 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| **DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE** | Atendimento | | Procedimentos coletivos | Grupos Educ./Infor. | Educ. Continuada / Curso | Reuniões | Problemas com equipamento | Horas não trabalhadas | **TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | UBS | Domicílio | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Página 2

## PROCEDIMENTOS DE COMPETÊNCIA DO AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL

- Instrumentação de procedimentos clínicos – número de pacientes atendidos no período, em cujo atendimento o auxiliar de saúde bucal procedeu à instrumentação clínica.
- Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.01.001-0 - deverá ser anotado o número de grupos e o número de participantes por tipo de grupo.
- Ação coletiva de escovação dental supervisionada - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.003-1
- Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.001-5 – realizada com escova dental.

# MAPA DO AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – Página 1

**Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal**
**Mapa de produção ambulatorial - Auxiliar de Saúde Bucal - Diário - Uso exclusivo na UBS**

**Unidade**_____ **Período** ____/____/____ **a** ____/____/____

Nome do profissional_____ Assinatura e carimbo_____

| **Procedimentos** | | **Dias úteis →**<br>**Cód. SIA/SUS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Instrumentação de procedimentos clínicos - número de pacientes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica | | 01.01.01.001.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BEBÊS E GESTANTES | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRIANÇAS E ADOLESCENTES | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADULTOS | UNIDADE | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDOSOS | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUTROS | UNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | COMUNIDADE | Nº de grupos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nº de pessoas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SUB-TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DO AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL – Página 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **TRANSPORTE SUB-TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ação coletiva de escovação dental supervisionada 01.01.02.003-1** | | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizada na Unidade Básica de Saúde em grupos ou individualmente, fora da cadeira (anotar o número de pessoas que receberam a escovação dental supervisionada) | | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Maior de 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel 01.01.02.001-5** | | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizada na Unidade Básica de Saúde em grupos ou individualmente, fora da cadeira. | | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Maior de 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL GERAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| **DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE** | Bancada / Esterilização | Visita domiciliar | Cadeira/ Intrumentação | Procedimentos coletivos | Grupos Educativos/ Informativos | Educ. Continuada/ Cursos | Reuniões/Outras atividades administrativas | Problemas com equipamentos | Horas não trabalhadas | **TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

## ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos odontológicos e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. Na média complexidade (Centros de Especialidades Odontológicas), essa atenção contempla procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, estomatologia, prótese, ortodontia e atendimento a pacientes especiais.

Os mapas de procedimentos ambulatoriais especializados em saúde bucal tem por objetivo o registro diário da produção individual de cada cirurgião dentista das Clínicas Odontológicas de Especializadas (COE) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) da cidade de São Paulo.

Iniciar o preenchimento do Mapa de Produção Ambulatorial Diário – Atenção Especializada – Diário preenchendo o campo **UNIDADE** com o nome oficial e entre parêntese colocar o nome fantasia ou oficioso.

UNIDADE _____

Na linha imediatamente inferior preencher com nome do cirurgião dentista o campo **Nome do Profissiona**l.

**Nome do profissional_____**

Identificar o período a que se refere a produção preenchendo o campo **Período**. Este período corresponde ao do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA, e inicia-se no dia 21 de cada mês, encerrando-se no dia 20 do mês subseqüente.

**Período ___/___/___ a ___/___/___**

A coluna à esquerda do *Mapa de Produção Ambulatorial Diário – Saúde Bucal – Atenção Especializada* discrimina os procedimentos segundo critérios de definição da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS e a codificação adotada segue logo à frente de cada procedimento, iniciando-se sob a célula CÓDIGO SIA/SUS.

Na primeira linha, em frente à identificação do campo **PROCEDIMENTOS** observa-se uma célula onde se lê **DIAS ÚTEIS,** na qual deverão ser anotados os dias úteis do período a que se refere à produção do profissional que assina o mapa.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DIAS ÚTEIS→** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |

Após a coluna dos procedimentos tem-se a linha do total geral de procedimentos realizados/dia cujo preenchimento é de responsabilidade da equipe de saúde bucal.

Na linha imediatamente abaixo tem-se:

**TOTAL DE PESSOAS AGENDADAS –** são as pessoas agendadas para atendimento na especialidade.

**TOTAL DE FALTAS NO AGENDAMENTO** – número de pessoas incluídas no atendimento programático que não compareceram à consulta agendada.

**TOTAL DE PESSOAS ATENDIDAS** – Somatória das pessoas agendadas atendidas mais as pessoas atendidas em caráter de urgência.

**TRATAMENTO INICIAL** - não possui código SIA/SUS - é o início do tratamento na especialidade para a qual a pessoa foi encaminhada.

**TRATAMENTO CONCLUÍDO** - não possui código SIA/SUS - implica na conclusão do tratamento na especialidade para a qual a pessoa foi encaminhada e contra-referência para sua unidade básica de saúde de origem.

Os **PROCEDIMENTOS** estão listados e codificados segundo a tabela SIA-SUS. Preencher as células correspondentes aos dias trabalhados com o número de procedimentos realizados. O que se deve considerar em cada um deles apresenta-se a seguir de acordo com cada especialidade. Ao final do período a que se referem os dados informados dia a dia nas células correspondentes aos dias úteis deve-se realizar a somatória de cada tipo de procedimento e lançar na coluna identificada como **TOTAL**.

**É de responsabilidade da equipe de saúde bucal zelar pela fidedignidade das informações e pontualidade na entrega das planilhas com as somas efetuadas, para o responsável pela digitação e remessa dos dados da UBS para a Supervisão Técnica de Saúde.**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIAS ÚTEIS→ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TOTAL** |

**BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO**

Este instrumento de registro tem por objetivo coletar informações da pessoa atendida: nome, município de residência, patologia (CID), idade, etc. Os procedimentos de prótese e ortodontia deverão ser informados neste instrumento que faz parte do Mapa de Produção Ambulatorial Individual dessas especialidades.

Listamos abaixo os procedimentos constantes dos Mapas de Especialidades com a descrição dos mesmos.

## Procedimentos de Endodontia

*CADA PROFISSIONAL ENDODONTISTA DEVERÁ DISPONIBILIZAR DE 24 A 27 VAGAS/MÊS A DEPENDER DO NÚMERO DE DIAS ÚTEIS.*

CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.004-8 - anotar este código em todas as consultas realizadas pelo profissional juntamente com os códigos dos procedimentos efetuados. Exige que seja anotada a idade como atributo complementar. Desta forma, o atendimento de pessoas de 0 a 19 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade até 19 anos;*** o atendimento de pessoas de 20 a 59 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade de 20 até 59 anos*** e, finalmente, o atendimento de pessoas com idade acima de 60 anos deverá ser anotado nas células que correspondem à casela ***Usuários com 60 anos e mais de idade.***

ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO POR DENTE - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.001-0 - isolamento absoluto, remoção da polpa dentaria da câmara pulpar com extirpação da polpa radicular e medicação. Este procedimento pode ser realizado com curetas (escavadores em forma de colher) ou instrumentos rotatórios, controle e contenção do sangramento pulpar e selamento da cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol.

APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.002-2 - procedimento cirúrgico para remoção de delta apical, região de ápice dentário que não requer instrumentação via endodôntica. Posteriormente pode ser realizado ou não a obturação retrograda.

CAPEAMENTO PULPAR - CÓDIGO SIA/SUS - **03.07.01.001-5** - capeamento pulpar direto ou indireto em dentes decíduos ou permanentes por dente.

CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM - CÓDIGO SIA/SUS - **04.14.01.001-9** - procedimento realizado em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, por traumatismo dento-alveolar, doença periodontal ou outras razões. Se houver necessidade de imobilização de elementos dentais, esta contenção pode ser feita com resinas, fio de amarria ou similares.

CURATIVO DE DEMORA COM OU SEM PREPARO BIOMECÂNICO - CÓDIGO SIA/SUS - **03.07.02.002-9** - procedimento utilizado quando não é possível obturar o dente em uma única sessão, nas sessões de condutometria, desobstrução dos canais radiculares para retratamento endodôntico e tratamento de dentes com rizogênese incompleta, de dentes permanentes e decíduos.

OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.004-5 – selamento permanente dos canais radiculares com materiais inertes e anti-sépticos, estimulando o processo de reparo apical e periapical, de dentes com polpa viva e polpa morta. Anotar este procedimento somente na seção de obturação dos condutos radiculares.

OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE COM TRÊS OU MAIS RAÍZES - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.005-3 - tratamentos de dentes de polpa viva ou morta. Anotar este procedimento somente na seção de obturação dos condutos radiculares.

OBTURAÇÃO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.006-1 - tratamento de dentes de polpa viva ou morta. Anotar este procedimento somente na seção de obturação dos condutos radiculares.

POLPOTOMIA DENTÁRIA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.007-0 - tratamento da polpa coronal, mantendo a vitalidade e funcionalidade da polpa radicular de dentes decíduos e permanentes. Registrar este procedimento quando após anestesia e remoção de tecido cariado for necessária a remoção do tecido pulpar da câmara pulpar (remoção da polpa coronária). Este procedimento pode ser realizado com curetas (escavadores em forma de colher) ou instrumentos rotatórios, controle e contenção do sangramento pulpar e selamento da cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL - CÓDIGO SIA/SUS - 02.04.01.018-7 - exame realizado em filme 3 cm x 4 cm, onde se registram imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. Dentre suas indicações destacam-se o diagnostico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. O exame registra imagens dos dentes e de seus tecidos de

suporte. Para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais.

RADIOGRAFIA OCLUSAL - CÓDIGO SIA/SUS - 02.04.01.016-0: consiste na realização de exame em filme 5,7 cm x 7,5 cm onde se registram imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações.

REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO) - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.024-3: redução cirúrgica da avulsão dental acidental seguida de splintagem dos dentes acometidos e para procedimentos de transplante autógeno de dentes com finalidade ortodôntica ou para reabilitação de perdas dentarias.

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.008-8: selamento permanente do canal radicular com material inerte e anti obturação dos canais submetidos à retratamento endodôntico; registrar este procedimento apenas quando finalizar o tratamento.

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE COM 3 OU MAIS RAÍZES - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.009-6: obturação dos canais submetidos à retratamento endodôntico. Preencher este procedimento apenas quando finalizar o tratamento.

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.010-0: obturação do canal submetido à retratamento endodôntico. Preencher este procedimento apenas quando finalizar o tratamento.

SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR - 03.07.02.011-8: deve-se selecionar materiais que possibilite um vedamento marginal eficiente, que restrinja as dimensões da perfuração e apresentem boa biocompatibilidade.

SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA - 01.01.02.009-0: fechamento de cavidade com ou sem preparo cavitário para fins de restauração.

TERAPIA A LASER – fotoestimulação para obtenção de efeito analgésico, antiinflamatório e bioestimulante através do aumento da microcirculação local e da velocidade da cicatrização.

Algumas aplicações da terapia a LASER: Afta, Alveolite, Dores na ATM, Drenagem de abscessos, gengivite, herpes simples labial, herpes zoster, hipersensibilidade dentinária, inflamação pulpar, língua geográfica, nevralgia trigeminal, paralisia facial de Bell, parestesia, pericementite, periodontite, após extrações dentárias, pós operatório de tecidos moles, pós operatório de tecidos duros, após ativação de aparelhos ortodônticos, antes e após a raspagem gengival, queilite angular, trismo.

TRATAMENTO INICIAL - não possui código SIA/SUS: é o início do tratamento para o qual a pessoa foi encaminhada para a referência.

TRATAMENTO CONCLUÍDO - não possui código SIA/SUS: implica na conclusão do tratamento e contra-referência da pessoa para sua UBS de origem.

# MAPA DE ENDODONTIA – Página 1

**PMSP - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Coordenação da Atenção Básica

Unidade:_____

**Mapa de Produção Ambulatorial Individual - Atenção Especializada - Endodontia**

Nome do profissional_____ Período:____/____/____a____/____/_____

| PROCEDIMENTOS | Dias úteis / CÓDIGO SIA/SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **03.01.01.004-8** - Consulta de profissional de nível superior na atenção especializada (**Anotar este procedimento em todos os atendimentos)** | Usuários com idade até 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com idade entre 20 e 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com 60 anos e mais de idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acesso a polpa dentária e medicação (por dente) | 03.07.02.001-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apicetomia com ou sem obturação retrógrada* | 04.14.02.002-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capeamento pulpar | 03.07.01.001-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contenção de dentes por splintagem* | 04.14.01.001-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico | 03.07.02.002-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obturação em dente permanente birradicular* | 03.07.02.004-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obturação em dente pemanente com três ou mais raízes* | 03.07.02.005-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obturação em dente permanente unirradicular* | 03.07.02.006-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polpotomia dentária | 03.07.02.007-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia periapical/interproximal | 02.04.01.018-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia oclusal | 02.04.01.016-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reimplante e transplante dental (por elemento) | 04.14.02.024-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retratamento endodôntico em dente permanente birradicular* | 03.07.02.008-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retratamento endodôntico em dente permanente com 3 ou mais raízes* | 03.07.02.009-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retratamento endodôntico em dente permanente unirradicular* | 03.07.02.010-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selamento de perfuração radicular* | 03.07.02.011-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selamento provisório de cavidade dentária | 01.01.02.009-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapia a laser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE ENDODONTIA – Página 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tratamento inicial - TI | Dias úteis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
| | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total geral de procedimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de pessoas agendadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de faltas no agendamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de atendimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retornos a unidade de origem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE | Consulta/ Atendimento | Interconsulta | Grupos Educ./Inform. | Reuniões | Educ. Continuada | Problemas c/ equip. | Horas não trabalhadas | Total horas trabalhadas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

## Procedimentos de periodontia

*CADA PROFISSIONAL PERIODONTISTA DEVERÁ DISPOBIBILIAR 26 VAGAS/MÊS*

CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.004-8: anotar este código em todas as consultas realizadas pelo profissional juntamente com os códigos dos procedimentos efetuados. Exige que seja anotada a idade como atributo complementar. Desta forma, o atendimento de pessoas de 0 a 19 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade até 19 anos;*** o atendimento de pessoas de 20 a 59 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade de 20 até 59 anos*** e, finalmente, o atendimento de pessoas com idade acima de 60 anos deverá ser anotado nas células que correspondem à casela ***Usuários com 60 anos e mais de idade.***

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO) - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.007-4: aplicação tópica de flúor na forma de gel com concentração de 1,23 ou na forma de gel ou verniz, podendo usar pinceis, escova dental, moldeira e outras formas de aplicações, com a finalidade de prevenir e/ou remineralizar os dentes com ou sem lesões. a aplicação terapêutica intensiva de flúor gel deve ser precedida de limpeza mecânica profissional de depósitos dentários, ou seja, remoção prévia de cálculo supra e subgengival. à semelhança do que se realiza em grupos populacionais a aplicação intensiva de flúor pode ser realizada **na escova dental**. Usando a técnica transversal depositar sobre as cerdas escova dental uma porção de gel fluorado de volume e tamanho semelhante ao de um grão de lentilha. Orientar o paciente para que escove o hemiarco 10 por 1 minuto; decorrido o tempo eliminar o excesso de gel fluorado orientando o paciente para que não ingira o produto. Aplicar a mesma quantidade de gel na escova e repetir o procedimento no quadrante 20, depois no 30 e no 40. Após os 4 minutos de aplicação do gel insistir na eliminação do excesso orientando o paciente para não deglutir o produto. O paciente pode usar a unidade auxiliar do equipamento odontológico para eliminar o excesso de gel; nos casos da escovação com gel fluorado ser realizado em ambiente onde não haja uma unidade auxiliar pode-se identificar um local onde isto possa ser feito (pia de banheiros, escovódromo, cochos em pátios, baldes ou lixeiras etc.). Orientar o paciente para que não ingira alimentos ou bebidas nos 30 minutos seguintes ao da aplicação. Para aplicação do verniz fluoretado realizar limpeza mecânica profissional (remoção de placa e cálculo) e polimento de todas as superfícies dentárias com pasta de polimento, preparada com pedra pomes e água ou pasta profilática industrializada aplicada com taças de borracha e escovas de polimento em baixa rotação ou **escovação com creme dental fluoretado**, observando a remoção de placa de todas as superfícies dentárias, seguida de enxágüe abundante e

secagem criteriosa. Realizar isolamento relativo com roletes de algodão e uso de sugador, aplicar o verniz fluorado com bolinhas de algodão ou "*microbrush*", enxaguar cuidadosamente, **sem** que o jato de água seja direcionado ao(s) dente(s) que acabam de receber aplicação de verniz. Orientar o paciente para que não mastigue alimentos duros e fibrosos por 4 horas com dentes que receberam o verniz e para que não escove os dentes que receberam o verniz por 24 horas.

CIRURGIA PERIODONTAL (POR SEXTANTE) - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.037-5: cirurgia periodontal envolvendo ato cirúrgico com anestesia local, corte raspagem, alisamento, polimento da superfície corono-radicular, sutura por sextante.

CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.01.001-9: procedimento realizado em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, por traumatismo dento - alveolares, doença periodontal ou outras razões, se identificar a necessidade de imobilização de elementos dentais. Esta contenção pode ser feita com resinas, fio de amarria ou similares.

DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS – CÓDIGO SIA/SUS – 04.04.02.005-4 – consiste na incisão, exploração e evacuação da coleção purulenta e drenagem.

ENXERTO GENGIVAL - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.008-1: procedimento de remoção de tecido conjuntivo de mucosa bucal (geralmente palato) para enxertia em defeitos de perda gengival

EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.008-2: utilização de substancias corantes com a finalidade de evidenciar a placa bacteriana **recomenda-se que este procedimento seja realizado em grupos e não individualmente na cadeira odontológica.** Registrar este procedimento quando for realizada evidenciação seguida de escovação supervisionada. para lançar este procedimento é necessário evidenciar a presença de biofilme dental (biofilme) com fucsina básica, eritrosina ou similares (azul de metileno, violeta de genciana, marrom de Bismark, verde de malaquita, iodo, anilina alimentícia.), realizar escovação supervisionando os movimentos e a pressão da escova sobre os dentes, corrigindo movimentos horizontais, movimentos bruscos e intempestivos, lesivos ao periodonto e aos tecidos duros dos dentes. Orientar o uso de fio ou fita dental.

EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.013-8: remoção cirúrgica de dentes permanentes erupcionados completamente na cavidade oral ou restos radiculares, com sutura quando necessário. Registrar este procedimento quando for realizado, sob forma programática ou como procedimento de urgência, a exodontia de dente permanente, seguida dos procedimentos de curetagem alveolar, manobras de hemostasia e sutura do alvéolo. Em exodontias de dentes permanentes estão

previstos e deverão ser realizados, somente quando necessários procedimentos de osteotomia e de adequação dos tecidos moles para otimização da reparação.

FRENECTOMIA/FRENOTOMIA - CÓDIGO SIA/SUS -04.01.01.008-2: remoção cirúrgica dos freios labiais/recolocação apical dos freios labiais.

GENGIVECTOMIA (POR SEXTANTE) - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.015-4: correção cirúrgica da posição da gengiva dentaria, com a reparação do espaço biológico com ou sem raspagem corono-radicular.

GENGIVOPLASTIA (POR SEXTANTE) - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.016-2: correção cirúrgica de excesso de tecido gengival (hiperplasia gengival) de origem idiopática ou medicamentosa com ou sem raspagem corono-radicular

ODONTOSECÇÃO/RADILECTOMIA/TUNELIZAÇÃO - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.021-9: procedimento cirúrgico periodontal objetivando eliminar problemas que afetam as furcas ou comprometem uma ou mais raízes sem que a exodontia esteja indicada.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL - CÓDIGO SIA/SUS - 02.04.01.018-7: exame realizado em filme 3 cm x 4 cm, onde se registram imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. Dentre suas indicações destacam-se o diagnostico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. Possibilita o registro de imagens dos dentes e de seus tecidos de suporte. Para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais.

RADIOGRAFIA OCLUSAL - CÓDIGO SIA/SUS - 02.04.01.016-0: consiste na realização de exame em filme 5,7 cm x 7,5 cm onde se registram imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações.

RASPAGEM CORONO-RADICULAR (POR SESSÃO) - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.03.003-2: procedimento realizado na atenção especializada que tem por objetivo remoção de placa bacteriana, calculo dental através da raspagem, alisamento e polimento da superfície corono-radicular.

RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS POR PACIENTE - CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.10.015-2: este procedimento deverá ser computado na planilha de produção da auxiliar de consultório dentário.

ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.01.002-8: consiste nas atividades educativas sobre ações de promoção e prevenção a saúde, desenvolvidas em grupo. Recomenda-se o mínimo de 12 (doze) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o numero de atividades realizadas/dia. os grupos podem ser pré-

existentes ou não, como bebês e gestantes, crianças e adolescentes, adultos e idosos, pacientes com doenças crônicas como diabéticos, hipertensão, cardiopatias, etc.

AJUSTE OCLUSAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: registrar este procedimento, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, quando após análise dos movimentos excursivos da mandíbula (análise clínica da oclusão) for realizado desgaste seletivo de dentes, restaurações ou peças protéticas que estejam interferindo na harmonia oclusal. este ajuste não constitui procedimento isolado dos procedimentos restauradores, são inerentes a estes e, portanto **não** devem ser lançados como mais um procedimento ao final das restaurações.

TERAPIA A LASER - fotoestimulação para obtenção de efeito analgésico, antiinflamatório e bioestimulante através do aumento da microcirculação local e da velocidade da cicatrização.

Algumas aplicações da terapia a LASER: Afta, Alveolite, Dores na ATM, Drenagem de abscessos, gengivite, herpes simples labial, herpes zoster, hipersensibilidade dentinária, inflamação pulpar, língua geográfica, nevralgia trigeminal, paralisia facial de Bell, parestesia, pericementite, periodontite, após extrações dentárias, pós operatório de tecidos moles, pós operatório de tecidos duros, após ativação de aparelhos ortodônticos, antes e após a raspagem gengival, queilite angular, trismo.

TRATAMENTO INICIAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: é o início do tratamento para o qual a pessoa foi encaminhada para a referência

TRATAMENTO CONCLUÍDO - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: implica na conclusão do tratamento e contra-referência da pessoa para sua unidade básica de saúde de origem.

# MAPA DE PERIODONTIA – Página 1

**PMSP - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**
**Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal**
**Mapa de Produção Ambulatorial Individual - Atenção Especializada - Periodontia**

Unidade:_____

Nome do profissional_____ Período:_____/____/____a____/____/_____

| **PROCEDIMENTOS** | **Dias úteis** / CÓDIGO SIA/SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **03.01.01.004-8** - Consulta de profissional de nível superior na atenção especializada **(Anotar este procedimento em todos os atendimentos)** | Usuários com idade até 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com idade entre 20 e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com 60 anos e mais de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) | 01.01.02.007-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cirurgia periodontal por sextante* | 04.14.02.037-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contenção de dentes por splintagem* | 04.14.01.001-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Drenagem de abscesso da boca e anexos | 04.04.02.005-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enxerto gengival* | 04.14.02.008.1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evidenciação de placa bacteriana | 01.01.02.008-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exodontia de dente permanente | 04.14.02.013-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frenotomia/Frenectomia | 04.01.01.008-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gengivectomia (por sextante)* | 04.14.02.015-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gengivoplastia (por sextante)* | 04.14.02.016-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odontosecção/radilectomia/tunelização* | 04.14.02.021-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia periapical/interproximal | 02.04.01.018-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia oclusal | 02.04.01.016-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raspagem corono-radicular (por sextante)* | 03.07.03.003-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) | 03.01.10.015-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada | 01.01.01.002-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ajuste oclusal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapia a laser | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## MAPA DE PERIODONTIA – Página 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tratamento inicial - TI | Dias úteis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído - TC | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total geral de procedimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de pessoas agendadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de faltas no agendamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de atendimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retornos a unidade de origem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE | Consulta/ Atendimento | Interconsulta | Grupos Educ./Inform. | Reuniões | Educ. Continuada | Problemas c/ equip. | Horas não trabalhadas | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

## Procedimentos de cirurgia oral menor

*CADA PROFISSIONAL DE CIRURGIA ORAL MENOR DEVERÁ DISPONIBILIZAR 48 VAGAS/MÊS*

CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.004-8: anotar este código em todas as consultas realizadas pelo profissional juntamente com os códigos dos procedimentos efetuados. Exige que seja anotada a idade como atributo complementar. Desta forma, o atendimento de pessoas de 0 a 19 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade até 19 anos;*** o atendimento de pessoas de 20 a 59 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade de 20 até 59 anos*** e, finalmente, o atendimento de pessoas com idade acima de 60 anos deverá ser anotado nas células que correspondem à casela ***Usuários com 60 anos e mais de idade.***

ALVEOLOTOMIA/ALVEOLECTOMIA (POR ARCO DENTÁRIO) - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.001-4: correção cirúrgica de espículas ósseas que dificultam a reabilitação protética do paciente desdentado ou que esteja causando dor ao paciente.

APICECTOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.002-2: procedimento cirúrgico para remoção de delta apical, região de ápice dentário que não requer instrumentação via endodôntica. Posteriormente pode ser realizado ou não a obturação retrograda.

APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL POR SEXTANTE - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.003-0: inclui correção de bridas. Correção cirúrgica de alterações de área chapeável, com perda de altura do vestíbulo principalmente por reabsorção do rebordo alveolar.

BIOPSIA DE OSSOS DE GLÂNDULA SALIVAR - CÓDIGO SIA/SUS - 02.01.01.023-2: a biópsia é um procedimento no qual se colhe uma pequena quantidade, isto é, uma amostra, de tecido ou células, para posterior estudo em laboratório.

BIOPSIA DE OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE - CÓDIGO SIA/SUS - 02.01.01.034-8: a biópsia é um procedimento no qual se colhe uma pequena quantidade, isto é, uma amostra, de tecido ou células, para posterior estudo em laboratório.

BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA - CÓDIGO SIA/SUS -02.01.01.052-6: a biópsia é um procedimento no qual se colhe uma pequena quantidade, isto é, uma amostra, de tecido ou células, para posterior estudo em laboratório.

CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.01.001-9: procedimento realizado em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, por traumatismo dento - alveolares,

doença periodontal ou outras razões, se identificar a necessidade de imobilização de elementos dentais. Esta contenção pode ser feita com resinas, fio de amarria ou similares.

CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.004-9: incisão cirúrgica para correção do posicionamento da musculatura existente entre a mucosa da bochecha e a borda da gengiva.

CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REBORDO ALVEOLAR - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.005-7: correção e regularização de área chapeável para confecção de próteses dentarias

CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DA MAXILA - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.006-5: procedimento de plastia óssea e de tecido mole da região de tuberosidade maxilar para confecção de prótese dentaria

CURETAGEM PERIAPICAL - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.007-3: tratamento cirúrgico de periápice dentário nos casos de lesões apicais em que o tratamento endodôntico não e resolutivo.

DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS – CÓDIGO SIA/SUS – 04.04.02.005-4 – consiste na incisão, exploração e evacuação da coleção purulenta e drenagem.

ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.009-0: procedimento com finalidade reabilitadora estética e funcional para possibilitar a reabilitação dentaria com implantes e/ou prótese dentaria.

EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.010-3: tratamento cirúrgico para remoção de pequenos cálculos salivares que obstruam a passagem de saliva pelos ductos de glândulas salivares maiores.

EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR - CÓDIGO SIA/SUS -04.04.02.008-9: remoção de lesões de retenção de muco, com mucocele ou rânula.

EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA - CÓDIGO SIA/SUS -04.04.02.009-7: procedimento cirúrgico sob anestesia local para remoção de lesões de tecido mole de fácil remoção.

EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO - CÓDIGO SIA/SUS -04.04.02.012-7: tratamento cirúrgico para remoção de cistos do complexo maxilo-facial em um único passo cirúrgico.

EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.013-8: Registrar este procedimento quando for realizada, sob forma programática ou como procedimento de urgência, a exodontia de dente permanente, seguida dos procedimentos de curetagem alveolar, manobras de hemostasia e sutura do alvéolo. Em exodontias de dentes permanentes estão previstos e deverão ser realizados, somente quando necessários procedimentos de osteotomia e de adequação dos tecidos moles para otimização da reparação.

EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.014-6: remoção múltipla de restos radiculares ou de dentes com exodontia indicada por carie, periodontite crônica principalmente em casos de tratamento radioterápico posterior.

FRENOTOMIA/FRENECTOMIA - CÓDIGO SIA/SUS -04.01.01.008-2: remoção cirúrgica dos freios labiais/recolocação apical dos freios labiais.

GLOSSORRAFIA - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.017-0: consiste na realização de suturas de ferimentos da língua.

MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDO-CISTOS - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.020-0: tratamento cirúrgico com finalidades também diagnostica das lesões císticas do complexo maxilo-facial. Tem como objetivo descomprimir a lesão promovendo a redução do volume para posterior enucleação ou não.

PLACA OCLUSAL – CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.007-2: dispositivo intrabucal, removível, confeccionado geralmente em resina acrílica, recobrindo as superfícies incisais e oclusais dos dentes, alterando a oclusão do paciente e criando assim, contatos oclusais mais adequados e conseqüentemente um relacionamento maxilomandibular mais favorável. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

RADIOGRAFIA OCLUSAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.016-0: consiste na realização de exame em filme 5,7 cm x 7,5 cm onde se registram imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.018-7: exame realizado em filme 3 cm x 4 cm, onde se registram imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. dentre suas indicações destacam-se o diagnostico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. o exame possibilita o registro das imagens dos dentes e de seus tecidos de suporte. para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais.

RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.022-7: procedimento cirúrgico de sulcoplastia com finalidade protética e funcional.

RECONSTRUÇÃO PARCIAL DO LÁBIO TRAUMATIZADO - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.023-5: procedimento de sutura por planos mais hemostasia do lábio com laceração traumática

REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO) - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.024-3: redução cirúrgica da avulsão dental acidental seguida de splintagem dos dentes acometidos e para

procedimentos de transplante autógeno de dentes com finalidade ortodôntica ou para reabilitação de perdas dentarias.

REMOÇÃO DE CISTO – CÓDIGO SIA/SUS – 04.14.02.025-1 -

REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.026-0: procedimento cirúrgico de remoção de corpos estranhos que tenham edentado a região maxilo-facial por origem traumática, que tenham um potencial infeccioso ou que possa trazer outros danos ao paciente.

REMOÇÃO DE DENTE RETIDO (INCLUSO/IMPACTADO) - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.027-8: procedimento cirúrgico de remoção de dentes que permaneceram retidos em nível ósseo, mucoso ou impactados em dentes vizinhos, mesmo apos o seu período normal de erupção.

REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.028-6: remoção cirúrgica de foco de infecção residual, como raízes residuais seqüestros ósseos ou corpo estranho dos maxilares

REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.029-4: remoção cirúrgica mais plastia óssea de hematomas ósseos localizados em área chapeável que estejam impossibilitando a confecção de próteses dentarias

SELAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEA ODONTOGÊNICA - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.031-6: procedimento que promove a reaproximação dos bordos de uma fistula através do uso de sutura

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/EXTRA ORAL - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.034-0: remoção e plastia de trajeto fistuloso de origem infecciosa e odontogênica com remoção de foco de infecção

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO DENTAL - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.035-9: consiste na realização de curetagem, compressão local e sutura para conter a hemorragia, podendo complementar com prescrição medicamentosa e solicitação de exames laboratoriais hematológicos.

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM OSSOS DA FACE - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.01.029-9: tratamento cirúrgico dos ossos da face.

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.036-7: procedimento cirúrgico para exposição de coroas dentarias em dentes retidos em suas diversas finalidades

TRATAMENTO DE ALVEOLITE - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.038-3: consiste na irrigação e curetagem com aplicação de curativo medicamentoso em alvéolos dentários com cicatrização tardia.

TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS – CÓDIGO SIA/SUS – 03.07.01.005-8 - tratamento medicamentoso das dores orofaciais, principalmente trigeminais, com evolução clinica quinzenal e controle hematológico.

ULOTOMIA/ULECTOMIA - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.040-5: incisão ou remoção de tecido gengival fibroso que esteja dificultando o irrompimento dentário.

AJUSTE OCLUSAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: registrar este procedimento, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, quando após análise dos movimentos excursivos da mandíbula (análise clínica da oclusão) for realizado desgaste seletivo de dentes, restaurações ou peças protéticas que estejam interferindo na harmonia oclusal. Este ajuste não constitui procedimento isolado dos procedimentos restauradores, são inerentes a estes e, portanto **não** devem ser lançados como mais um procedimento ao final das restaurações.

TERAPIA A LASER – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS - fotoestimulação para obtenção de efeito analgésico, antiinflamatório e bioestimulante através do aumento da microcirculação local e da velocidade da cicatrização.

Algumas aplicações da terapia a LASER: Afta, Alveolite, Dores na ATM, Drenagem de abscessos, gengivite, herpes simples labial, herpes zoster, hipersensibilidade dentinária, inflamação pulpar, língua geográfica, nevralgia trigeminal, paralisia facial de Bell, parestesia, pericementite, periodontite, após extrações dentárias, pós operatório de tecidos moles, pós operatório de tecidos duros, após ativação de aparelhos ortodônticos, antes e após a raspagem gengival, queilite angular, trismo.

TRATAMENTO INICIAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: é o início do tratamento para o qual a pessoa foi encaminhada para a referência

TRATAMENTO CONCLUÍDO - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: implica na conclusão do tratamento e contra-referência da pessoa para sua unidade básica de saúde de origem.

# MAPA DE CIRURGIA ORAL MENOR – Página 1

**PMSP - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal Unidade:_____ Nome do profissional_____

**Mapa de Produção Ambulatorial Individual - Atenção Especializada - Cirurgia Oral Menor**

Período: / / a / /

| **PROCEDIMENTOS** | **Dias úteis** / **Código SIA/SUS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TOTAL** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **03.01.01.004-8 -** CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA **(Anotar este procedimentos em todos os atendimentos)** | Usuários com idade até 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com idade entre 20 e 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com 60 anos e mais de idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALVEOLOTOMIA/ALVEOLECTOMIA (POR ARCO DENTÁRIO) | 04.14.02.001.4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APICETOMIA COM OU SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA | 04.14.02.002.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APROFUNDAMENTO DE VESTÍBULO ORAL (P/ SEXTANTE) | 04.14.02.003.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR | 02.01.01.023-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIÓPSIA DE OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE | 02.01.01.034-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA | 02.01.01.052-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM | 04.14.01.001-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CORREÇÃO DE BRIDAS MUSCULARES | 04.14.02.004.9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CORREÇÃO DE IRREGULARIDADES DE REB. ALVEOLAR | 04.14.02.005.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CORREÇÃO DE TUBEROSIDADE DA MAXILA | 04.14.02.006.5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CURETAGEM PERIAPICAL | 04.14.02.007.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS | 04.04.02.005-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENXERTO ÓSSEO DE ÁREA DOADORA INTRABUCAL | 04.14.02.009.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR | 04.14.02.010.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR | 04.04.02.008-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA | 04.04.02.009-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO | 04.04.02.012-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE | 04.14.02.013-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXOD. MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE | 04.14.02.014.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FRENOTOMIA/FRENECTOMIA | 04.01.01.008-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE CIRURGIA ORAL MENOR – Página 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GLOSSORRAFIA | 04.14.02.017.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS | 04.14.02.020.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLACA OCLUSAL - **BPAI** | 07.01.07.007-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RADIOGRAFIA OCLUSAL | 02.04.01.016-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL | 02.04.01.018.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO LABIAL | 04.14.02.022.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECONSTRUÇÃO PARCIAL DE LÁBIO TRAUMATIZADO | 04.14.02.023-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL POR ELEMENTO | 04.14.02.024.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMOÇÃO DE CISTO | 04.14.02.025-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 04.14.02.026-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMOÇÃO DE DENTE RETIDO(INCLUSO/IMPACTADO) | 04.14.02.027-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL | 04.14.02.028-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES | 04.14.02.029-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SELAMENTO DE FÍSTULA CUTÂNEO ODONTOGÊNICA | 04.14.02.031-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRAT. CIRÚRGICO DE FÍSTULA INTRA/EXTRA ORAL | 04.14.02.034-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO DENTAL | 04.14.02.035-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO EM OSSOS DA FACE | 04.14.01.029-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TRACIONAMENTO DENTAL | 04.14.02.036-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMENTO DE ALVEOLITE | 04.14.02.038-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS | 03.07.01.005-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ULOTOMIA/ULECTOMIA | 04.14.02.040-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AJUSTE OCLUSAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TERAPIA A LASER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE CIRURGIA ORAL MENOR – Página 3

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tratamento inicial - TI | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento Concluído - TC | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total geral de procedimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de pessoas agendadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de faltas no agendamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de atendimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retornos a unidade de origem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE | Consulta/ Atendimento | Interconsulta | Grupos Educ./Inform. | Reuniões | Educ. Continuada | Problemas c/ equip. | Horas não trabalhadas | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

## Procedimentos de estomatologia

CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.004-8: anotar este código em todas as consultas realizadas pelo profissional juntamente com os códigos dos procedimentos efetuados. Exige que seja anotada a idade como atributo complementar. Desta forma, o atendimento de pessoas de 0 a 19 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade até 19 anos;*** o atendimento de pessoas de 20 a 59 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade de 20 até 59 anos*** e, finalmente, o atendimento de pessoas com idade acima de 60 anos deverá ser anotado nas células que correspondem à casela ***Usuários com 60 anos e mais de idade.***

BIOPSIA DE OSSOS DE GLÂNDULA SALIVAR - CÓDIGO SIA/SUS - 02.01.01.023-2: a biópsia é um procedimento no qual se colhe uma pequena quantidade, isto é, uma amostra, de tecido ou células, para posterior estudo em laboratório.

BIOPSIA DE OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE - CÓDIGO SIA/SUS - 02.01.01.034-8: a biópsia é um procedimento no qual se colhe uma pequena quantidade, isto é, uma amostra, de tecido ou células, para posterior estudo em laboratório.

BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA - CÓDIGO SIA/SUS -02.01.01.052-6: a biópsia é um procedimento no qual se colhe uma pequena quantidade, isto é, uma amostra, de tecido ou células, para posterior estudo em laboratório.

EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.010-3: tratamento cirúrgico para remoção de pequenos cálculos salivares que obstruam a passagem de saliva pelos ductos de glândulas salivares maiores.

EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR - CÓDIGO SIA/SUS -04.04.02.008-9: remoção de lesões de retenção de muco, com mucocele ou rânula.

EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA - CÓDIGO SIA/SUS -04.04.02.009-7: procedimento cirúrgico sob anestesia local para remoção de lesões de tecido mole de fácil remoção.

EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO - CÓDIGO SIA/SUS -04.04.02.012-7: tratamento cirúrgico para remoção de cistos do complexo maxilo-facial em um único passo cirúrgico.

EXODONTIA MÚLTIPLA COM ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.014-6: remoção múltipla de restos radiculares ou de dentes com exodontia indicada por carie, periodontite crônica principalmente em casos de tratamento radioterápico posterior.

GLOSSORRAFIA - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.017-0: consiste na realização de suturas de ferimentos da língua.

MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDO-CISTOS - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.020-0: tratamento cirúrgico com finalidades também diagnostica das lesões císticas do complexo maxilo-facial. Tem como objetivo descomprimir a lesão promovendo a redução do volume para posterior enucleação ou não.

RADIOGRAFIA OCLUSAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.016-0: consiste na realização de exame em filme 5,7 cm x 7,5 cm onde se registram imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.018-7: exame realizado em filme 3 cm x 4 cm, onde se registram imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. dentre suas indicações destacam-se o diagnostico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. o exame possibilita o registro das imagens dos dentes e de seus tecidos de suporte. para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais.

REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.026-0: procedimento cirúrgico de remoção de corpos estranhos que tenham edentado a região maxilo-facial por origem traumática, que tenham um potencial infeccioso ou que possa trazer outros danos ao paciente.

REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.028-6: remoção cirúrgica de foco de infecção residual, como raízes residuais seqüestros ósseos ou corpo estranho dos maxilares

REMOÇÃO DE TORUS E EXOSTOSES - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.029-4: remoção cirúrgica mais plastia óssea de hematomas ósseos localizados em área chapeável que estejam impossibilitando a confecção de próteses dentarias

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO DENTAL - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.035-9: consiste na realização de curetagem, compressão local e sutura para conter a hemorragia, podendo complementar com prescrição medicamentosa e solicitação de exames laboratoriais hematológicos.

TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.01.005-8: tratamento medicamentoso das dores orofaciais, principalmente trigeminais, com evolução clinica quinzenal e controle hematológico.

ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.01.002-8: consiste nas atividades educativas sobre ações de promoção e prevenção a saúde,

desenvolvidas em grupo. Recomenda-se o mínimo de 12 (doze) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o numero de atividades realizadas/dia. Os grupos podem ser pré-existentes ou não, como bebês e gestantes, crianças e adolescentes, adultos e idosos, pacientes com doenças crônicas como diabéticos, hipertensão, cardiopatias, etc.

REMOÇÃO DE FATORES TRAUMÁTICOS – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: remoção de traumas mecânicos devido a próteses mal adaptadas, aparelhos ortodônticos, dentes com corroas ou restaurações fraturadas.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS:

PREPARO DE BOCA PARA TRATAMENTO QUIMIO/RADIOTERAPICO – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: remoção de fatores que após a quimioterapia ou radioterapia contribuam para a formação de focos de infecção levando a osteorradionecrose.

AJUSTE OCLUSAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: registrar este procedimento, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, quando após análise dos movimentos excursivos da mandíbula (análise clínica da oclusão) for realizado desgaste seletivo de dentes, restaurações ou peças protéticas que estejam interferindo na harmonia oclusal. Este ajuste não constitui procedimento isolado dos procedimentos restauradores, são inerentes a estes e, portanto **não** devem ser lançados como mais um procedimento ao final das restaurações.

TERAPIA A LASER – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS - fotoestimulação para obtenção de efeito analgésico, antiinflamatório e bioestimulante através do aumento da microcirculação local e da velocidade da cicatrização.

Algumas aplicações da terapia a LASER: Afta, Alveolite, Dores na ATM, Drenagem de abscessos, gengivite, herpes simples labial, herpes zoster, hipersensibilidade dentinária, inflamação pulpar, língua geográfica, nevralgia trigeminal, paralisia facial de Bell, parestesia, pericementite, periodontite, após extrações dentárias, pós operatório de tecidos moles, pós operatório de tecidos duros, após ativação de aparelhos ortodônticos, antes e após a raspagem gengival, queilite angular, trismo.

TRATAMENTO INICIAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: é o início do tratamento para o qual a pessoa foi encaminhada para a referência

TRATAMENTO CONCLUÍDO - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: implica na conclusão do tratamento e contra-referência da pessoa para sua unidade básica de saúde de origem.

## ENCAMINHAMENTOS PARA OUTRAS ESPECIALIDADES

**A demanda por especialidades é de responsabilidade do Estomatologista** que deverá manter atualizado um registro das pessoas que aguardam vagas para Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral Menor, Prótese, Ortodontia preventiva e Pacientes com Necessidades Especiais.

Para o preenchimento das informações sobre o Encaminhamento deve-se identificar na célula correspondente ao dia de atendimento o número de encaminhamentos realizados para cada uma das especialidades odontológicas que estão listadas juntamente com o número do Código Brasileiro de Ocupações (CBO).

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 223260 – Radiologista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223268 – Cirurgia Buco Maxilo Facial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223256 - Protesista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223248 - Periodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223212 - Endodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223220 - Estomatologista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223240 - Ortodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pacientes com necessidades especiais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Equipe Multiprofissional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE ESTOMATOLOGIA – PAGINA 1

**PMSP - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**
Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal
**Mapa de Produção Ambulatorial Individual - Atenção Especializada - Estomatologia**

Unidade:_____

Nome do profissional_____ Período:____/____/____a____/____/____

| PROCEDIMENTOS | Dias úteis → Código SIA/SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 03.01.01.004.8 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA **(Anotar este procedimentos para consulta de proservação ou de retorno)** | Usuários com idade até 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com idade entre 20 e 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com 60 anos e mais de idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR | 02.01.01.023-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIÓPSIA DE OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE | 02.01.01.034-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA | 02.01.01.052-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXCISÃO DE CÁLCULO DE GLÂNDULA SALIVAR | 04.14.02.010.3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXCISÃO DE RÂNULA OU FENÔMENO DE RETENÇÃO SALIVAR | 04.04.02.008-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA | 04.04.02.009-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO-ODONTOGÊNICO | 04.04.02.012-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXOD. MÚLTIPLA C/ ALVEOLOPLASTIA POR SEXTANTE | 04.14.02.014.6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GLOSSORRAFIA | 04.14.02.017.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS E PSEUDOCISTOS | 04.14.02.020.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RADIOGRAFIA OCLUSAL | 02.04.01.016-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL | 02.04.01.018.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL | 04.14.02.026-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL | 04.14.02.028-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTOSES | 04.14.02.029-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE) | 03.01.10.015-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMENTO DE HEMORRAGIA BUCO DENTAL | 04.14.02.035-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS | 03.07.01.005-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 01.01.01.002-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMOÇÃO DE FATORES TRAUMÁTICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRATAMENTO MEDICAMENTOSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREPARO DE BOCA PARA TRATAMENTO QUIMIO/RADIOTERAPICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AJUSTE OCLUSAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TERAPIA A LASER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE ESTOMATOLOGIA – PÁGINA 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tratamento inicial - TI | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento Concluído - TC | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENCAMINHAMENTOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223260 - Radiologista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223268 - Cirurgia buco maxilo facial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223256 - Protesista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223248 - Periodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223212 - Endodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223220 - Estomatologista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 223240 - Ortodontista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cirurgião-dentista - pacientes com necessidades especiais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Equipe multiprofissional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total geral de procedimentos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total de pessoas agendadas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total de faltas no agendamento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total de atendimentos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tratamento inicial** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tratamento concluído** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Retornos a unidade de origem** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE | Consulta/Atendimento | Interconsulta | Grupos Educ./Inform. | Reuniões | Educ. Continuada | Problemas c/ equip. | Horas não trabalhadas | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

## Procedimentos de ortodontia

CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.004-8: anotar este código em todas as consultas realizadas pelo profissional juntamente com os códigos dos procedimentos efetuados. Exige que seja anotada a idade como atributo complementar. Desta forma, o atendimento de pessoas de 0 a 19 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade até 19 anos;*** o atendimento de pessoas de 20 a 59 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade de 20 até 59 anos*** e, finalmente, o atendimento de pessoas com idade acima de 60 anos deverá ser anotado nas células que correspondem à casela ***Usuários com 60 anos e mais de idade.***

APARELHO FIXO BILATERAL PARA FECHAMENTO DE DIASTEMA - CÓDIGO SIA/SUS - 07.01.07.001-3: aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema – **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

APARELHO ORTODÔNTICO REMOVÍVEL - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.002-1 aparelho ortodôntico removível. Neste código deverá ser anotada a confecção dos seguintes aparelhos:

- Aparelho Bimler A;
- Aparelho Bimler C;
- Planas com equiplan;
- Aparelho Planas Simples;
- Aparelho Planas Composto;
- Aparelho SN1;
- Aparelho SN2;
- Aparelho SN3;
- Aparelho SN6;
- Bionator;
- Aparelho expansor;
- Descruzador de mordida;
- Disjuntor de Mc Namara modificado;
- Impedidor de língua;
- Contenção contínua;
- Placa Hawley com expansor e molas;

PLACA OCLUSAL – CÓDIGO SIA/SUS – 07.01.07.007-2: dispositivo intrabucal, removível, confeccionado geralmente em resina acrílica, recobrindo as superfícies incisais e oclusais dos dentes, alterando a oclusão do paciente e criando assim, contatos oclusais mais adequados e conseqüentemente um relacionamento maxilomandibular mais favorável. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

MANTENEDOR DE ESPAÇO - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.006-4 - confecção de mantenedor de espaço fixo: barra transplatina e/ou arco lingual de nance e/ou botão de nance e/ou botão de nance modificado e/ou banda alça e/ou banda alça com tubo e/ou coroa-alça e/ou guia de erupção e/ou AMEC e/ou sistema tubo-barra. Anotar neste código tanto o mantenedor de espaço simples quanto o mantenedor de espaço estético. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

MANUTENÇÃO/CONSERTO DE APARELHOS ORTODÔNTICOS - CÓDIGO SIA/SUS -03.07.04.004-6 - avaliação, controle, orientação, ajuste, ativação, inclusão e/ou remoção de dispositivos em aparelhos ortodônticos removíveis, além de consertos realizados.

MOLDAGEM DENTO GENGIVAL – CÓDIGO SIA/SUS – 03.07.04.007-0 – procedimentos de planejamento, preparos dentários e moldagem.

PLANO INCLINADO - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.008-0: confecção de plano inclinado removível ou fixo, individual ou de grupo de dentes, construído em resina acrílica ou composta fotopolimerizavel, incluindo ajustes e orientações iniciais. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA – CÓDIGO SIA/SUS – 02.04.01.017-9: técnica radiográfica extra bucal que permite a visualização de toda a região maxilomandibular numa só incidência. Exame realizado em filme 30,0cm x 15,0cm. Anotar este código quando o profissional ortodontista encaminhar o usuário para a tomada radiográfica.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.018-7 – técnica radiográfica intra bucal que permite a visualização de imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. Dentre suas indicações destacam-se o diagnostico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. O exame registra as imagens dos dentes e de seus tecidos de suporte. Para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais. Exame realizado em filme 3cm x 4cm

RADIOGRAFIA OCLUSAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.016-0 - técnica radiográfica intra bucal que permite a visualização de imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações. Exame realizado em filme 5,7 cm x 7,5 cm.

ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.01.002-8: consiste nas atividades educativas sobre ações de promoção e prevenção a saúde, desenvolvidas em grupo. Recomenda-se o mínimo de 12 (doze) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. deve-se registrar o numero de atividades realizadas/dia. Os grupos podem ser pré-existentes ou não, como bebês e gestantes, crianças e adolescentes, adultos e idosos, pacientes com doenças crônicas como diabetes, hipertensão, cardiopatias, etc.

DESGASTE SELETIVO (POR DENTE) – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS – procedimento através do qual as superfícies oclusais dos dentes são precisamente alteradas para melhorar de uma maneira geral os padrões de contatos dentais.

DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS – anotar este código quando o profissional ortodontista encaminhar o usuário para a confecção da documentação.

GNATOSTATO – ARCO FACIAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS – Montagem do modelo de estudo no Gnatostato que é um aparelho que permite a fixação dos modelos superior e inferior em bases quadradas, de gesso, guardando sempre as relações existentes entre os arcos dentários superior e inferior e o complexo crânio-facial através do arco facial que o compõe.

PISTAS DIRETAS (POR DENTE) – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS – São confeccionadas em resina fotopolimerizável aplicada à superfície oclusal dos dentes decíduos. São utilizadas para nivelar o plano oclusal, associadas ao desgaste seletivo da dentição decídua (ajuste oclusal). Promovem a mudança de postura da mandíbula e pela sua fixação direta aos dentes atua vinte e quatro horas por dia, independente da colaboração do paciente. Podem agir sinergicamente com o emprego de aparelhos ortopédicos funcionais.

TRATAMENTO INICIAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS - é o início do tratamento para o qual a pessoa foi encaminhada para a referência

TRATAMENTO CONCLUÍDO - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS - implica na conclusão do tratamento e contra-referência da pessoa para sua unidade básica de saúde de origem.

# MAPA DE ORTODONTIA – Página 1

**PMSP - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**
Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal
**Mapa de Produção Ambulatorial Individual - Saúde Bucal - Atenção Especializada - Ortodontia**

Unidade:_____

Nome do profissional_____ Período:____/____/____a____/____/____

| PROCEDIMENTOS | Dias úteis / CÓDIGO SIA/SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **03.01.01.004-8** - Consulta de profissional de nível superior na atenção especializada **(Anotar este procedimento em todos os atendimentos)** | Usuários com idade até 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com idade entre 20 e 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com 60 anos e mais de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema - **BPAI - Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado** | 07.01.07.001-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho Bimler A - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho Bimler C - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho Planas com equiplan - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho Planas Simples - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho Planas Composto - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho SN1 - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho SN2 - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho SN3 - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho SN6 - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Bionator - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Aparelho expansor - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Descruzador de mordida - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Disjuntor de Mc Namara modificado - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Impedidor de língua - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Contenção contínua - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aparelho ortodôntico removível - Placa Hawley com expansor e molas - **BPAI** | 07.01.07.002-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Placa oclusal - (Placa de bruxismo em resina acrílica) - BPAI | 07.01.07.007-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mantenedor de espaço simples/estético - **BPAI** | 07.01.07.006-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manutenção/conserto de aparelhos ortodônticos | 03.07.04.004-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moldagem dento-gengival | 03.07.04.007-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plano inclinado - **BPAI** | 07.01.07.008-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia panorâmica de mandíbula | 02.04.01.017-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia periapical/interproximal | 02.04.01.018.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia oclusal | 02.04.01.016-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada | 01.01.01.002-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desgaste seletivo (por dente) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Documentação ortodoôntica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gnatostato - Arco facial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pistas diretas (por dente) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE ORTODONTIA – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - Página 2

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS
BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) – BPA-I

MÊS/ANO | FOLHA

***Dados Operacionais***

UF | Código CNES | NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | CNS DO PROFISSIONAL | CBO

***ATENDIMENTO REALIZADO***

| SEQ. | NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO | NOME DO PACIENTE | DATA NASCIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓD.IBGE MUNIC. RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | | | |
| 07 | | | | |
| 08 | | | | |

| SEXO | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QTD | CID-10 | CAR. ATEND. | RAÇA COR | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ M ☐ F | | | | | | | |

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

CARIMBO | RUBRICA

DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO | RUBRICA

DATA / /

VisioDocument

**MAPA DE ORTODONTIA – Página 3**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tratamento inicial - TI | Dias úteis → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído - TC | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total geral de procedimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de pessoas agendadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de faltas no agendamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de atendimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retornos a unidade de origem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE | Consulta/ Atendimento | Interconsulta | Grupos Educ./Inform. | Reuniões | Educ. Continuada | Problemas c/ equip. | Horas não trabalhadas | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## Procedimentos de prótese

CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.004-8: anotar este código em todas as consultas realizadas pelo profissional juntamente com os códigos dos procedimentos efetuados. Exige que seja anotada a idade como atributo complementar. Desta forma, o atendimento de pessoas de 0 a 19 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade até 19 anos;*** o atendimento de pessoas de 20 a 59 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade de 20 até 59 anos*** e, finalmente, o atendimento de pessoas com idade acima de 60 anos deverá ser anotado nas células que correspondem à casela ***Usuários com 60 anos e mais de idade.***

COLOCAÇÃO DE PLACA DE MORDIDA - CÓDIGO SIA/SUS -03.07.04.001-1: confecção de placa oclusal/ mordida (dispositivo intrabucal, removível, confeccionado geralmente em resina acrílica, recobrindo as superfícies incisais e oclusais dos dentes, alterando a oclusão do paciente e criando assim, contatos oclusais mais adequados e conseqüentemente um relacionamento maxilomandibular mais favorável), incluindo ajustes e orientações iniciais.

COROA DE AÇO E POLICARBOXILATO - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.004-8: **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

COROA PROVISÓRIA - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.005-6: confecção de coroa provisória unitária ou com mais elementos, feita tanto em laboratório quanto em clinica. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

INSTALAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA - CÓDIGO SIA/SUS -03.07.04.003-8: procedimento de instalação, adaptação, cimentação e acompanhamento inicial do aparelho protético.

MANTENEDOR DE ESPAÇO - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.006-4: confecção de mantenedor de espaço fixo: barra transplatina e/ou arco lingual de nance e/ou botão de nance e/ou botão de nance modificado e/ou banda alça e/ou banda alça com tubo e/ou coroa-alça e/ou guia de erupção e/ou AMEC e/ou sistema tubo-barra. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.04.007-0: procedimentos de planejamento, preparos dentários e moldagem.

MORDIDA EM CERA – ESTE PROCEDIMENTO NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: quando da execução do mesmo anotar o seguinte procedimento: CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS -03.01.01.004-8

PLACA OCLUSAL – CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.007-2: dispositivo intrabucal, removível, confeccionado geralmente em resina acrílica, recobrindo as superfícies incisais e oclusais dos dentes, alterando a oclusão do paciente e criando assim, contatos oclusais mais adequados e conseqüentemente um relacionamento maxilomandibular mais favorável. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

PLANO INCLINADO - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.008-0: confecção de plano inclinado removível ou fixo, individual ou de grupo de dentes, construído em resina acrílica ou composta fotopolimerizavel, incluindo ajustes e orientações iniciais. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.009-9: anotar este procedimento quando da instalação da prótese. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI) e a Unidade que realizar o atendimento ao paciente que utilizará a prótese, deverá informar a realização do Serviço Especializado 123 – Serviço de dispensação de órteses, próteses e materiais especiais, com a classificação 007 – OPM em Odontologia.**

PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.010-2: anotar este procedimento quando da instalação da prótese. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI) e a Unidade que realizar o atendimento ao paciente que utilizará a prótese, deverá informar a realização do Serviço Especializado 123 – Serviço de dispensação de órteses, próteses e materiais especiais, com a classificação 007 – OPM em Odontologia.**

PRÓTESE TEMPORÁRIA - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.011-0: anotar este procedimento quando da instalação da prótese. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI) e a Unidade que realizar o atendimento ao paciente que utilizará a prótese, deverá informar a realização do Serviço Especializado 123 – Serviço de dispensação de órteses, próteses e materiais especiais, com a classificação 007 – OPM em Odontologia.**

PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.012-9: anotar este procedimento quando da instalação da prótese. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI) e a Unidade que realizar o atendimento ao paciente que utilizará a prótese, deverá informar a realização do Serviço Especializado 123 – Serviço de**

**dispensação de órteses, próteses e materiais especiais, com a classificação 007 – OPM em Odontologia.**

PRÓTESE TOTAL MAXILAR - CÓDIGO SIA/SUS -07.01.07.013-7: anotar este procedimento quando da instalação da prótese. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI) e a Unidade que realizar o atendimento ao paciente que utilizará a prótese, deverá informar a realização do Serviço Especializado 123 – Serviço de dispensação de órteses, próteses e materiais especiais, com a classificação 007 – OPM em Odontologia.**

PRÓTESES CORONÁRIAS/INTRA-RADICULARES FIXAS/ADESIVAS (POR ELEMENTO) - CÓDIGO SIA/SUS - 07.01.07.014-5: confecção laboratorial de coroas, restaurações parciais indiretas (onlays e inlays), incrustações (RMF), próteses convencionais ou adesivas metálicas, metaloplasticas, metaloceramicas, resinas reforçadas, porcelanas puras, coroas com encaixe e/ou núcleos intra radiculares por elemento dental. **Este procedimento deve ser informado no Boletim de Informação Ambulatorial Individualizado (BPAI).**

PROVA DA ARMAÇÃO - ESTE PROCEDIMENTO NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: quando da execução do mesmo anotar o seguinte procedimento: CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS -03.01.01.004-8

PROVA DOS DENTES - ESTE PROCEDIMENTO NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: quando da execução do mesmo anotar o seguinte procedimento: CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS -03.01.01.004-8

RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.018-7 – técnica radiográfica intra bucal que permite a visualização de imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. Dentre suas indicações destacam-se o diagnostico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. O exame registra as imagens dos dentes e de seus tecidos de suporte. Para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais. Exame realizado em filme 3cm x 4cm

RADIOGRAFIA OCLUSAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.016-0 - técnica radiográfica intra bucal que permite a visualização de imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações. Exame realizado em filme 5,7 cm x 7,5 cm.

REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.04.008-9: reembasamento e conserto de prótese dentaria tanto em laboratório quanto em clinica.

ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.01.002-8: consiste nas atividades educativas sobre ações de promoção e prevenção a saúde, desenvolvidas em grupo. Recomenda-se o mínimo de 12 (doze) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o numero de atividades realizadas/dia. Os grupos podem ser pré-existentes ou não, como bebês e gestantes, crianças e adolescentes, adultos e idosos, pacientes com doenças crônicas, como diabéticos, hipertensão, cardiopatias, etc.

TRATAMENTO INICIAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: é o início do tratamento para o qual a pessoa foi encaminhada para a referência

TRATAMENTO CONCLUÍDO - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: implica na conclusão do tratamento e contra-referência da pessoa para sua unidade básica de saúde de origem.

# MAPA DE PRÓTESE – Página 1

**PMSP - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**
Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal
**Mapa de Produção Ambulatorial Individual - Atenção Especializada - Prótese**

Unidade:_____

Nome do profissional_____ Período:____/____/____a____/____/____

| PROCEDIMENTOS | Dias úteis / CÓDIGO SIA/SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **03.01.01.004-8** - Consulta de profissional de nível superior na atenção especializada **(Anotar este procedimento em todos os atendimentos)** | Usuários com idade até 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com idade entre 20 e 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com 60 anos e mais de idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colocação de placa de mordida | 03.07.04.001-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coroa de aço e policarboxilato - **Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - BPAI** | 07.01.07.004-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coroa provisória - **BPAI** | 07.01.07.005-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instalação e adaptação de prótese dentária | 03.07.04.003-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mantenedor de espaço - **BPAI** | 07.01.07.006-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária | 03.07.04.007-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mordida em cera | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Placa oclusal - **BPAI** | 07.01.07.007-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Plano inclinado - **BPAI** | 07.01.07.008-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prótese parcial mandibular removível - **BPAI** | 07.01.07.009-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prótese parcial maxilar removível - **BPAI** | 07.01.07.010-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prótese temporária - **BPAI** | 07.01.07.011-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prótese total mandibular - **BPAI** | 07.01.07.012-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prótese total maxilar - **BPAI** | 07.01.07.013-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Próteses coronárias/intra-radiculares fixas/adesivas (por elemento) - **BPAI** | 07.01.07.014-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prova da armação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prova dos dentes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia periapical/interproximal | 02.04.01.018.7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia oclusal | 02.04.01.016-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reembasamento e conserto de prótese dentária | 03.07.04.008-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada | 01.01.01.002-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE PRÓTESE – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado - Página 2

SUS

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SIA/SUS**
**BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (INDIVIDUALIZADO) – BPA-I**

MÊS/ANO | FOLHA

***Dados Operacionais***

UF | Código CNES | NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | CNS DO PROFISSIONAL | CBO

***ATENDIMENTO REALIZADO***

| SEQ. | NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) DO USUÁRIO | NOME DO PACIENTE | DATA NASCIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓD.IBGE MUNIC. RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| 01 | SEXO ☐ M ☐ F | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QTD |
| | CID-10 | CAR. ATEND. | RAÇA COR | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |
| 02 | SEXO ☐ M ☐ F | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QTD |
| | CID-10 | CAR. ATEND. | RAÇA COR | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |
| 03 | SEXO ☐ M ☐ F | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QTD |
| | CID-10 | CAR. ATEND. | RAÇA COR | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |
| 04 | SEXO ☐ M ☐ F | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QTD |
| | CID-10 | CAR. ATEND. | RAÇA COR | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |
| 05 | SEXO ☐ M ☐ F | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QTD |
| | CID-10 | CAR. ATEND. | RAÇA COR | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |
| 06 | SEXO ☐ M ☐ F | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QTD |
| | CID-10 | CAR. ATEND. | RAÇA COR | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |
| 07 | SEXO ☐ M ☐ F | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QTD |
| | CID-10 | CAR. ATEND. | RAÇA COR | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |
| 08 | SEXO ☐ M ☐ F | DATA DO ATENDIMENTO(dd/mm/aaaa) | CÓDIGO PROCEDIMENTO | QTD |
| | CID-10 | CAR. ATEND. | RAÇA COR | NUMERO DA AUTORIZAÇÃO |

RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
CARIMBO | RUBRICA
DATA / /

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL
CARIMBO | RUBRICA
DATA / /

VisioDocument

## MAPA DE PRÓTESE – Página 3

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tratamento inicial - TI | Dias úteis → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído - TC | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total geral de procedimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de pessoas agendadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de faltas no agendamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de atendimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retornos a unidade de origem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE | Consulta/ Atendimento | Interconsulta | Grupos Educ./Inform. | Reuniões | Educ. Continuada | Problemas c/ equip. | Horas não trabalhadas | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

CONSULTA DE PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA – CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.01.003-0: Anotar este procedimento sempre que for realizada uma consulta pelo profissional. Este procedimento **não** deverá ser anotado quando for realizada consulta de urgência ou primeira consulta odontológica. Também neste caso o procedimento exige que seja coletada a idade da pessoa atendida como atributo complementar. Desta forma, o atendimento de pessoas de 0 a 19 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade até 19 anos;*** o atendimento de pessoas de 20 a 59 anos deverá ser anotado nas células que correspondem a casela ***Usuários com idade de 20 até 59 anos*** e, finalmente, o atendimento de pessoas com idade acima de 60 anos deverá ser anotado nas células que correspondem à casela ***Usuários com 60 anos e mais de idade.*** Os procedimentos realizados durante a consulta deverão ser apontados.

APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO OU VERNIZ FLUORADO POR DENTE - CÓDIGO SIA/SUS- 01.01.02.005-8: atividade com finalidade terapêutica e controle de um ou mais dentes com lesões de carie.

1: A aplicação de cariostático deve ser precedida de remoção de matéria alba, biofilme e da dentina externa (dentina externa: tecido dentinário mais próximo do meio bucal, sem sensibilidade dolorosa, amolecida, contaminada e sem capacidade de regeneração), limpeza da cavidade com bolinhas de algodão embebidas em soro fisiológico, solução detergente ou água filtrada; quando a aplicação envolver muitos dentes realizar limpeza mecânica profissional com pasta de polimento preparada com pedra pomes e água ou pasta profilática industrializada ou **escovação** com creme dental fluoretado, observando a remoção de placa de todas as superfícies dentárias, seguida de enxágüe abundante e secagem criteriosa (na ausência de ar, devido a problemas com equipamento, secar com bolinhas de algodão). Lavar em abundância após este procedimento. Fazer isolamento relativo do campo operatório com roletes de algodão e sugador de saliva, secar a cavidade com bolinhas de algodão, isolamento dos tecidos moles com vaselina sólida e aplicação do diamino fluoreto de prata (cariostático) por 3 minutos, evitando excessos da solução; após o tempo de aplicação lavar em abundância.

Para aplicação do verniz fluoretado realizar limpeza mecânica profissional (remoção do biofilme e cálculo) e polimento de todas as superfícies dentárias com pasta de polimento, preparada com pedra pomes e água ou pasta profilática industrializada, aplicada com taças de borracha e escovas de polimento em baixa rotação ou **escovação com creme dental fluoretado**, observando a remoção do biofilme de todas as superfícies dentárias, seguida de enxágüe abundante e secagem criteriosa. Realizar

isolamento relativo com roletes de algodão e uso de sugador, aplicar o verniz fluorado com bolinhas de algodão ou "*microbrush*" e enxaguar cuidadosamente, **sem** que o jato de água seja direcionado ao(s) dente(s) que acabam de receber aplicação de verniz.

Orientar o paciente para que não mastigue alimentos duros e fibrosos por 4 horas com dentes que receberam o verniz e para que não escove os dentes que receberam o verniz por 24 horas.

APLICAÇÃO DE SELANTE POR DENTE - CÓDIGO SIA/SUS 01.01.02.006-6: A indicação do uso de selantes deve ser orientada pelos mais recentes conhecimentos de cariologia. Assim deve-se avaliar o risco de cárie considerando simultaneamente:

1. Experiência anterior e atual de cárie do usuário (presença de restaurações, manchas brancas ativas e inativas);
2. Quantidade de placa bacteriana (biofilme dental);
3. Anatomia da superfície oclusal (dentes com sulcos rasos apresentam menor retenção do selantes);
4. Tempo que o dente está presente na cavidade bucal (o período de maior vulnerabilidade à cárie corresponde ao período de maturação pós eruptiva, com duração em torno de 2 anos);
5. Consumo de carboidratos;
6. Acesso e uso de flúor (acesso e uso de água de abastecimento público tratada e fluoretada, acesso e uso de cremes dentais fluoretados).

O rigor técnico na aplicação de um selante determinará seu sucesso. As falhas técnicas podem representar iatrogenias, propiciando ambiente favorável ao desenvolvimento de lesões de cárie. Os selantes deverão ser aplicados após limpeza mecânica profissional com pedra pomes e água ou pasta profilática industrializada, aplicadas com taças de borracha e escovas de polimento. Uma sonda exploradora de ponta afilada deve ser usada para verificar a remoção de depósitos da superfície oclusal, sem que se exerça pressão sobre o esmalte. Lavar, secar e realizar isolamento relativo com roletes de algodão e sugador de saliva na região onde se localiza os dentes ou os dentes que receberão o selante. Realizar o condicionamento ácido do esmalte por 90 segundos em dentes decíduos e 60 segundos em dentes permanentes. Lavar abundantemente após condicionamento e secar; controlando rigorosamente a umidade; verificar se toda a superfície que receberá o selante foi adequadamente condicionada observando a presença de coloração branco giz, opaca; se houver necessidade repetir o condicionamento. Secar a superfície condicionada e aplicar uma camada fina de selante auto ou foto polimerizável de acordo com o disponível no serviço de saúde, jateando ar tangencialmente à superfície que recebeu o selante antes de sua polimerização. Depois do selante polimerizado, checar a adaptação

do selante, a presença de bolhas de ar e de excessos nas superfícies não condicionadas. Corrigir eventuais imperfeições. Checar a oclusão com carbono de articulação, ajustar com pontas de acabamento de resinas compostas e aplicar gel de fluoreto de sódio 1,23% sobre o selante.

APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR (INDIVIDUAL POR SESSÃO) - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.007-4:

Conforme Resolução RSS-164, de 21/12/2000, a aplicação terapêutica intensiva de flúor tem como finalidade prevenir e/ou remineralizar dentes com ou sem lesão. Deve ser precedida de limpeza mecânica profissional de depósitos dentários, ou seja, remoção prévia de cálculo supra e subgengival. À semelhança do que se realiza em grupos populacionais a aplicação intensiva de flúor pode ser realizada **na escova dental**. Usando a técnica transversal depositar sobre as cerdas da escova dental uma porção de gel fluorado de volume e tamanho semelhante ao de um grão de lentilha. Orientar o paciente para que escove o hemiarco 10 por 1 minuto; decorrido o tempo eliminar o excesso de gel fluorado orientando o paciente para que não ingira o produto. Aplicar a mesma quantidade de gel na escova e repetir o procedimento no quadrante 20, depois no quadrante 30 e no 40. Após os 4 minutos de aplicação do gel insistir na eliminação do excesso orientando o paciente para não deglutir o produto. O paciente pode usar a unidade auxiliar do equipamento odontológico para eliminar o excesso de gel; nos casos da escovação com gel fluorado ser realizada em ambiente onde não haja uma unidade auxiliar pode-se identificar um local onde isto possa ser feito (pia de banheiros, escovódromo, cochos em pátios, baldes ou lixeiras etc.). Orientar o paciente para que não ingira alimentos ou bebidas nos 30 minutos seguintes ao da aplicação.

CAPEAMENTO PULPAR (INCLUI SELAMENTO DA CAVIDADE) - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.01.001-5: Registrar este procedimento quando houver micro exposição ou exposição pulpar em dentes permanentes jovens, em condições de regeneração, com rigoroso controle da contaminação por saliva e proteção do complexo dentino pulpar com hidróxido de cálcio. **NÃO DEVERÁ SER ANOTADO O CÓDIGO 01.01.02.009-0 (SELAMENTO DE CAVIDADE DENTÁRIA).**

CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.01.001-9: Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, por trauma, doença periodontal ou outras razões, se identificar a necessidade de imobilização de elementos dentais. Esta contenção pode ser feita com resinas, fio de amarria ou similares. Este procedimento não exige habilitação no CNES; basta que a Supervisão Técnica de Saúde cadastre no CNES da Unidade Básica de Saúde:

**Código do Serviço - 114**

**Serviço – Serviço de atenção em saúde bucal**

**Código - 006**

**Nome – Cirurgia buco-maxilo-facial**

DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS - CÓDIGO SIA/SUS - 04.01.01.003-1: Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, for necessário excisão, extra ou intra oral, para drenagem de abcesso dento alveolar, odontogênico ou periodontal.

EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA (CONTROLE DO BIOFILME DENTÁRIO) - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.008-2: utilização de substâncias corantes com a finalidade de evidenciar o biofilme dental. **Recomenda-se que este procedimento seja realizado em grupos e não individualmente na cadeira odontológica.** Registrar este procedimento quando os pacientes realizarem evidenciação seguida de escovação e nas reavaliações e controles. Para lançar este procedimento é necessário evidenciar a presença de biofilme dental (biofilme) com fucsina básica, eritrosina ou similares (azul de metileno, violeta de genciana, marrom de Bismark, verde de malaquita, iodo, anilina alimentícia.), realizar escovação supervisionando os movimentos e a pressão da escova sobre os dentes, corrigindo movimentos horizontais, movimentos bruscos e intempestivos, lesivos ao periodonto e aos tecidos duros dos dentes. Orientar o uso de fio ou fita dental.

EXCISÃO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES/FERIMENTOS DE PELE/ANEXOS E MUCOSA – CÓDIGO SIA/SUS - 04.01.01.006-6: registrar este procedimento quando for realizado em usuários agendados ou como procedimento de urgência, a sutura de tecidos moles (lábio, língua, bochecha, gengiva, mucosa alveolar, etc.).

EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.012-0: remoção cirúrgica de dentes decíduos erupcionados completamente na cavidade oral ou restos radiculares. Registrar este procedimento quando for realizada, sob forma programática ou como procedimento de urgência, a exodontia de dente decíduo.

EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.013-8: Registrar este procedimento quando for realizada, sob forma programática ou como procedimento de urgência, a exodontia de dente permanente, seguida dos procedimentos de curetagem alveolar, manobras de hemostasia e sutura do alvéolo. Em exodontias de dentes permanentes estão previstos e deverão ser realizados, somente quando necessários procedimentos de osteotomia e de adequação dos tecidos moles para otimização da reparação.

FRENOTOMIA/FRENECTOMIA – CÓDIGO SIA/SUS - 04.01.01.008-2: remoção cirúrgica do freio lingual ou labial.

PULPOTOMIA E SELAMENTO PROVISÓRIO - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.007-0: Registrar este procedimento quando após anestesia e remoção de tecido cariado for necessária a remoção do tecido pulpar da câmara pulpar (remoção da polpa coronária). Este procedimento pode ser realizado com curetas (escavadores em forma de colher) ou instrumentos rotatórios, controle e contenção do sangramento pulpar e selamento da cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol.

ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO (POR DENTE) – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.02.001-0: remoção da polpa dentária da câmara pulpar com extirpação da polpa radicular e medicação.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL/INTERPROXIMAL (BITE WING) - CÓDIGO SIA/SUS - 02.04.01.018-7-0: exame realizado em filme 3 cm x 4 cm, onde se registram imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. Dentre suas indicações destacam-se o diagnostico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. Possibilita o registro de imagens dos dentes e de seus tecidos de suporte. Para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais. Registrar o número de radiografias periapicais ou interproximais realizadas no dia, independentemente da técnica utilizada (cone longo ou paralelismo).

RADIOGRAFIA OCLUSAL – CÓDIGO SIA/SUS - 02.04.01.016-0: consiste na realização de exame em filme 5,7 cm x 7,5 cm onde se registram imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações.

RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAL (POR SEXTANTE) - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.03.001-6: procedimento que engloba a remoção de indutos, biofilme e cálculo dental supragengival através da raspagem, alisamento e polimento de superfície corono-radicular a cada seis elementos dentários. Recomenda-se realizar o maior número de hemiarcos por sessão, otimizando o trabalho do CD e diminuindo o número de idas e vindas do paciente para finalizar o tratamento. Entretanto deve-se considerar o estado geral e as condições clínicas de cada caso para que se faça a melhor opção de tratamento. Este procedimento deve ser realizado pelo Técnico de Saúde Bucal, nas unidades que dispõem desse profissional.

RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE) - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.03.002-4: procedimento que engloba a remoção da placa bacteriana e calculo dental subgengivais através da raspagem e alisamento da superfície radicular a cada seis elementos dentários. Recomenda-se realizar o

maior número de hemiarcos por paciente por sessão; neste procedimento os depósitos dentários subgengivais deverão ser removidos com curetas periodontais.

REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO) – CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.024-3: redução cirúrgica da avulsão dental acidental seguida de splintagem dos dentes acometidos e para procedimentos de transplante autógeno de dentes com finalidade ortodôntica ou para reabilitação de perdas dentarias. Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, for realizada a recolocação no alvéolo dental de origem (reimplante) ou colocação de elemento dental de anatomia e função semelhante em alvéolo preparado para receber o transplante dentário. Em ambas as situações pressupõem a realização de contenção do elemento reimplantado ou transplantado, com resinas, fio de amarria ou similares.

REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL – CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.028-6: remoção cirúrgica de foco de infecção residual, como raízes residuais, seqüestros ósseos ou corpo estranho dos maxilares, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência.

RESTAURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.01.002-3: tratamento dentário com o uso de instrumentos manuais e/ ou rotatórios para qualquer tipo de cavidade dentária, com emprego de material restaurador por dente que pode ser amalgama de prata, resina, ionômero de vidro, entre outros.

RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.01.003-1: tratamento dentário com o uso de instrumentos manuais e/ ou rotatórios para qualquer tipo de cavidade dentária, com emprego de material restaurador por dente que pode ser resina, ionômero de vidro, entre outros, com a utilização ou não de pino rosqueável.

RESTAURAÇÃO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.01.004-0: tratamento dentário com o uso de instrumentos manuais e/ ou rotatórios para qualquer tipo de cavidade dentaria, com emprego de material restaurador por dente que pode ser amálgama de prata, resina, ionômero de vidro, entre outros, com a utilização ou não de pino rosqueável.

RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS POR PACIENTE – CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.10.015-2

SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA – CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.02.009-0: fechamento de cavidade com ou sem preparo cavitário para fins de restauração, com o objetivo de redução da septicemia bucal ou de terapia expectante como etapa intermediaria ate que a restauração definitiva seja executada. Incluem-se nesta denominação os procedimentos conhecidos como adequação do meio bucal, controle da infecção intrabucal, controle epidemiológico da carie, tratamento restaurador atraumático (ver o item específico) e a restauração provisória, dentre outras.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO-DENTAL – CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.035-9: consiste na realização de curetagem, compressão local e sutura para conter a hemorragia, podendo complementar com prescrição medicamentosa e solicitação de exames laboratoriais hematológicos. Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência for adotado procedimento para contenção de hemorragia pós-operatória, onde se incluem limpeza da ferida cirúrgica, uso de hemostáticos tópicos, sutura e manobras de compressão do leito de origem da hemorragia.

TRATAMENTO DE ALVEOLITE – CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.038-3: consiste na irrigação e curetagem com aplicação de curativo medicamentoso em alvéolos dentários com cicatrização tardia. Registrar este procedimento quando for realizado, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, o tratamento de alveolite (seca ou úmida). Em alveolite úmida deve-se, após anestesia, curetar o alvéolo dentário promovendo novo sangramento, compressão das bordas da ferida cirúrgica e sutura. Em alveolite seca lavar o alvéolo com solução anti-séptica (água fenolada ou similar) e preencher com pasta sedativa da dor e com capacidade antiinflamatória que promova a reparação (alveosan[r] ou similar).

ULOTOMIA/ULECTOMIA - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.040-5: incisão ou remoção de tecido gengival fibroso que esteja dificultando o irrompimento dentário. Registrar este procedimento quando for realizada, em usuários agendados ou como procedimento de urgência, a incisão e/ou a remoção de tecido gengival fibroso e paraqueratinizado, que dificulta ou impede a erupção de dentes eminentemente já neste processo.

MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.04.007-0: procedimentos de planejamento, preparos dentários e moldagem.

REEMBASAMENTO E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.04.008-9: reembasamento e conserto de prótese dentária tanto em laboratório quanto em clinicas na Atenção Básica ou nos Centros e Clínicas Odontológicas de Especialidades.

INSTALAÇÃO E ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (INCLUI CIMENTAÇÃO) – CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.04.003-8: procedimento de instalação, adaptação e acompanhamento inicial do aparelho protético.

BIÓPSIA DOS TECIDOS MOLES DA BOCA – CÓDIGO SIA/SUS - 02.01.01.052-6: procedimento no qual se colhe uma pequena quantidade, isto é, uma amostra, de tecido ou células, para posterior estudo em laboratório.

ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 01.01.01.002-8: consiste nas atividades educativas sobre ações de promoção e prevenção a saúde, desenvolvidas em grupo. Recomenda-se o mínimo de 12 (doze) participantes, com duração mínima de 30 (trinta) minutos. Deve-se registrar o numero de atividades realizadas/dia. Os grupos podem ser pré-existentes ou não, como bebês e gestantes, crianças e adolescentes, adultos e idosos, pacientes com doenças crônicas, como diabéticos, hipertensão, cardiopatias, etc.

AJUSTE OCLUSAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: registrar este procedimento, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, quando após análise dos movimentos excursivos da mandíbula (análise clínica da oclusão) for realizado desgaste seletivo de dentes, restaurações ou peças protéticas que estejam interferindo na harmonia oclusal. Este ajuste não constitui procedimento isolado dos procedimentos restauradores, são inerentes a estes e, portanto **não** devem ser lançados como mais um procedimento ao final das restaurações.

TERAPIA A LASER – NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS - fotoestimulação para obtenção de efeito analgésico, antiinflamatório e bioestimulante através do aumento da microcirculação local e da velocidade da cicatrização.

Algumas aplicações da terapia a LASER: Afta, Alveolite, Dores na ATM, Drenagem de abscessos, gengivite, herpes simples labial, herpes zoster, hipersensibilidade dentinária, inflamação pulpar, língua geográfica, nevralgia trigeminal, paralisia facial de Bell, parestesia, pericementite, periodontite, após extrações dentárias, pós operatório de tecidos moles, pós operatório de tecidos duros, após ativação de aparelhos ortodônticos, antes e após a raspagem gengival, queilite angular, trismo.

TRATAMENTO INICIAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: é o início do tratamento para o qual a pessoa foi encaminhada para a referência

TRATAMENTO CONCLUÍDO - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: implica na conclusão do tratamento e contra-referência da pessoa para sua unidade básica de saúde de origem.

# MAPA DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS – Página 1

**PMSP - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**
Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal
**Mapa de Produção Ambulatorial Individual - Atenção Especializada - Pacientes com necessidades especiais**

Unidade:_____

Nome do profissional_____ Período:____/____/____a____/____/____

| **PROCEDIMENTOS PARA ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS** | **Dias úteis** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **CÓDIGO SIA/SUS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03.01.01.004-8 | Usuários com idade até 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Consulta de profissional de nível superior na atenção especializada (Anotar este procedimento em todos os atendimentos)** | Usuários com idade de 20 até 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Usuários com 60 anos e mais | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação de cariostático, verniz (por dente) | 01.01.02.005-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação de selante (por dente) | 01.01.02.006-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicação tópica de flúor (individual por sessão) | 01.01.02.007-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capeamento pulpar (inclui selamento da cavidade) | 03.07.01.001-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contenção de dentes por splintagem | 04.14.01.001-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Drenagem de abscesso da boca e anexos | 04.04.02.005-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evidenciação de placa bacteriana | 01.01.02.008-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosa | 04.01.01.006-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exodontia de dente decíduo | 04.14.02.012-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exodontia de dente permanente | 04.14.02.013-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frenotomia/Frenectomia | 04.01.01.008-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polpotomia **(inclui selamento da cavidade)** | 03.07.02.007-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acesso à polpa dentária e medicação **(por dente)** | 03.07.02.001-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia periapical/ inter proximal (bite wing) | 02.04.01.018-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia oclusal | 02.04.01.016-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raspagem, alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 03.07.03.001-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raspagem, alisamento subgengivais (por sextante) | 03.07.03.002-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reimplante/transplante dental | 04.14.02.024-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Remoção de foco residual | 04.14.02.028-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração de dente decíduo | 03.07.01.002-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração de dente permanente anterior | 03.07.01.003-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Restauração de dente permanente posterior | 03.07.01.004-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) | 03.01.10.015-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selamento provisório de cavidade dentária | 01.01.02.009-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental | 04.14.02.035-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento de alveolite | 04.14.02.038-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulotomia/Ulectomia | 04.14.02.040-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária | 03.07.04.007-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reembasamento e conserto de prótese dentária | 03.07.04.008-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instalação e adaptação de prótese dentária (inclui cimentação) | 03.07.04.003-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Biópsia dos tecidos moles da boca | 02.01.01.052-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada | 01.01.01.002-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ajuste oclusal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL DE PROCEDIMENTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# MAPA DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS – Página 2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tratamento inicial - TI | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento Concluído - TC | FAIXA ETÁRIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | menor 1 ano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 1 a 4 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 5 a 9 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 10 a 14 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 15 a 19 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 20 a 39 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 40 a 49 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | De 50 a 59 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Maior 60 anos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total geral de procedimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de pessoas agendadas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de faltas no agendamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total de atendimentos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento inicial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento concluído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retornos a unidade de origem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE | Consulta/Atendimento | Interconsulta | | | Grupos Educ./Inform. | | | Reuniões | | | Educ. Continuada | | | Problemas c/ equip. | | | Horas não trabalhadas | | | Total de horas trabalhadas | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Procedimentos de Pronto Socorro/Pronto Atendimento – PS/PA

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.

A descrição dos principais procedimentos executados em serviços de urgência e uma sugestão de planilha de coleta de dados está descrita abaixo:

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CÓDIGO SIA/SUS - 03.01.06.006-1: procedimento a ser utilizado para registro das consultas medicas/odontológicas realizadas nas unidades não hospitalares de atendimento as urgências, pronto socorros especializados e/ou serviços de atenção as urgências. **O CÓDIGO DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA – 03.01.01.01503 – NÃO DEVE SER APONTADO NAS CONSULTAS EFETUADAS NESTAS UNIDADES.**

ACESSO À POLPA DENTÁRIA E MEDICAÇÃO POR DENTE - CÓDIGO SIA/SUS -03.07.02.001-0: remoção da polpa dentaria da câmara pulpar com extirpação da polpa radicular e medicação.

AJUSTE OCLUSAL - NÃO POSSUI CÓDIGO SIA/SUS: registrar este procedimento, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, quando após análise dos movimentos excursivos da mandíbula (análise clínica da oclusão) for realizado desgaste seletivo de dentes, restaurações ou peças protéticas que estejam interferindo na harmonia oclusal. Este ajuste não constitui procedimento isolado dos procedimentos restauradores, são inerentes a estes e, portanto **não** devem ser lançados como mais um procedimento ao final das restaurações.

CAPEAMENTO PULPAR - CÓDIGO SIA/SUS -03.07.01.001-5: capeamento pulpar direto ou indireto em dentes decíduos ou permanentes por dente. Registrar este procedimento quando houver microexposição ou exposição pulpar em dentes permanentes jovens, em condições de regeneração, com rigoroso controle da contaminação por saliva e proteção do complexo dentino pulpar com hidróxido de cálcio.

CONTENÇÃO DE DENTES POR SPLINTAGEM - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.01.001-9: procedimento realizado em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, por traumatismo dento - alveolares, doença periodontal ou outras razões, se identificar a necessidade de imobilização de elementos dentais. Esta contenção pode ser feita com resinas, fio de amarria ou similares.

CURATIVO DE DEMORA COM OU SEM PREPARO BIOMECÂNICO - CÓDIGO SIA/SUS -03.07.02.002-9: este procedimento é utilizado quando não consegue obturar o dente em uma única sessão, nas sessões de desobstrução dos canais radiculares para retratamento endodôntico, tratamento de dentes com rizogênese incompleta, de dentes permanentes e decíduos.

DRENAGEM DE ABSCESSO DA BOCA E ANEXOS - CÓDIGO SIA/SUS -04.04.02.005-4: registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, for necessário incisão, extra ou intra oral, para drenagem de abscesso dento alveolar, odontogênico ou periodontal.

EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA BOCA - CÓDIGO SIA/SUS -04.04.02.009-7: é conveniente lembrar que este procedimento não deve ser utilizado quando da realização de cirurgias odontológicas tais como exodontias.

EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.012-0: remoção cirúrgica de dentes decíduos erupcionados completamente na cavidade oral ou restos radiculares com sutura quando indicado. Registrar este procedimento quando for realizada, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, a exodontia de dente decíduo, somente com anestesia tópica ou complementada por anestesia infiltrativa.

EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.013-8: remoção cirúrgica de dentes permanentes erupcionados completamente na cavidade oral ou restos radiculares, com sutura quando necessário. Registrar este procedimento quando for realizada a exodontia de dente permanente, seguida dos procedimentos de curetagem alveolar, manobras de hemostasia e sutura do alvéolo. Em exodontias de dentes permanentes estão previstos e deverão ser realizados, somente quando necessários, procedimentos de osteotomia e de adequação dos tecidos moles para otimização da reparação.

GLOSSORRAFIA - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.017-0: consiste na realização de suturas de ferimentos da língua.

PULPOTOMIA DENTÁRIA - CÓDIGO SIA/SUS -03.07.02.007-0: tratamento da polpa coronal, mantendo a vitalidade e funcionalidade da polpa radicular de dentes decíduos e permanentes. Registrar este procedimento quando após anestesia e remoção de tecido cariado for necessária a remoção do tecido da câmara pulpar (remoção da polpa coronária). Este procedimento pode ser realizado com curetas (escavadores em forma de colher) ou instrumentos rotatórios, controle e contenção do sangramento pulpar e selamento da cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol.

RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.018-7 – técnica radiográfica intra bucal que permite a visualização de imagens de coroas, terço cervical das raízes e cristas ósseas alveolares dos elementos dentários. Dentre suas indicações destacam-se o diagnóstico de lesões cariosas e avaliação das cristas ósseas. O exame registra as imagens dos dentes e de seus tecidos de suporte. Para uma adequada visualização utilizam-se técnicas como o método da bissetriz, do paralelismo e outros especiais. Exame realizado em filme 3cm x 4cm.

RADIOGRAFIA OCLUSAL - CÓDIGO SIA/SUS -02.04.01.016-0 - técnica radiográfica intra bucal que permite a visualização de imagens da maxila ou mandíbula em posições diversas, usando-se altas angulações com uma grande gama de indicações. Exame realizado em filme 5,7 cm x 7,5 cm.

RASPAGEM, ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE) - CÓDIGO SIA/SUS - 03.07.03.001-6: procedimento que engloba a remoção de indutos, placa bacteriana e calculo dental supragengivais através da raspagem, alisamento e polimento de superfície corono-radicular a cada seis elementos dentários. Recomenda-se realizar o maior número de hemiarcos por sessão, otimizando o trabalho do cirurgião-dentista e diminuindo o número de consultas do paciente para finalizar o tratamento. Entretanto deve-se considerar o estado geral e as condições clínicas de cada caso para que se faça a melhor opção de tratamento.

RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE) - CÓDIGO SIA/SUS -03.07.03.002-4: procedimento que engloba a remoção da placa bacteriana e calculo dental subgengivais através da raspagem e alisamento da superfície radicular a cada seis elementos dentários. Recomenda-se realizar o maior número de hemiarcos por paciente por sessão; neste procedimento os depósitos dentários subgengivais deverão ser removidos com curetas periodontais.

REIMPLANTE E TRANSPLANTE DENTAL (POR ELEMENTO) - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.024-3: redução cirúrgica da avulsão dental acidental seguida de splintagem dos dentes acometidos e para procedimentos de transplante autógeno de dentes com finalidade ortodôntica ou para reabilitação de perdas dentarias. Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, for realizada a recolocação no alvéolo dental de origem (reimplante) ou colocação de elemento dental de anatomia e função semelhante em alvéolo preparado para receber o transplante dentário. Em ambas as situações pressupõem-se a realização de contenção do elemento reimplantado ou transplantado, com resinas, fio de amarria ou similares.

RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS POR PACIENTE - CÓDIGO SIA/SUS -03.01.10.015-2: remoção de sutura.

REMOÇÃO DE FOCO RESIDUAL - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.028-6: remoção cirúrgica de foco de infecção residual, como raízes residuais seqüestros ósseos ou corpo estranho dos maxilares em pacientes agendados ou como procedimento de urgência.

SELAMENTO PROVISÓRIO DE CAVIDADE DENTÁRIA - CÓDIGO SIA/SUS -01.01.02.009-0: fechamento de cavidade com ou sem preparo cavitário para fins de restauração, com o objetivo de redução da septicemia bucal ou de terapia expectante como etapa intermediaria ate que a restauração definitiva seja executada. Inclui-se nesta denominação os procedimentos conhecidos como adequação do meio bucal, controle da infecção intra bucal, controle epidemiológico da carie e a restauração provisória, dentre

outras. Para se ampliar a cobertura populacional, deve ser sempre considerada esta possibilidade, após o atendimento da urgência, mesmo nas unidades de Pronto Socorro e Pronto Atendimento.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMORRAGIA BUCO DENTAL - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.035-9: consiste na realização de curetagem, compressão local e sutura para conter a hemorragia, podendo complementar com prescrição medicamentosa e solicitação de exames laboratoriais hematológicos. Registrar este procedimento quando, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência for adotado procedimento para contenção de hemorragia pós operatória, onde se incluem limpeza da ferida cirúrgica, uso de hemostáticos tópicos, sutura e manobras de compressão do leito de origem da hemorragia.

TRATAMENTO DE ALVEOLITE - CÓDIGO SIA/SUS -04.14.02.038-3: consiste na irrigação e curetagem com aplicação de curativo medicamentoso em alvéolos dentários com cicatrização tardia. Registrar este procedimento quando for realizado, em pacientes agendados ou como procedimento de urgência, o tratamento de alveolite (seca ou úmida). Em alveolite úmida deve-se após anestesia, curetar o alvéolo dentário promovendo novo sangramento, compressão das bordas da ferida cirúrgica e sutura. Em alveolite seca lavar o alvéolo com solução anti-séptica (água fenolada ou similar) e preencher com pasta sedativa da dor e com capacidade antiinflamatória que promova a reparação (Alveosan® ou similar).

TRATAMENTO DE NEVRALGIAS FACIAIS - CÓDIGO SIA/SUS -03.07.01.005-8: tratamento medicamentoso das dores orofaciais, principalmente trigeminais, com evolução clinica quinzenal e controle hematológico.

TRATAMENTO EMERGENCIAL PARA REDUÇÃO DE FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA - CÓDIGO SIA/SUS - 04.14.02.039-1: tratamento cirúrgico de redução das fraturas, sutura de tecido mole e fixação com bloqueio maxilomandibular ou splintagem dentária.

# MAPA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA – PS/PA

**Coordenação da Atenção Básica - Área Técnica de Saúde Bucal** Unidade:_____ Período:___/___/___a___/___/____

**Área Técnica de Saúde Bucal**

**Mapa de Produção Ambulatorial - Cirurgião-dentista - Diário - Serviços de urgência** Nome do profissional_____ Assinatura e carimbo_____

| PROCEDIMENTOS | DIAS ÚTEIS → CÓDIGO SIA/SUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Atendimento de urgência em atenção especializada | 03.01.06.006-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acesso à polpa dentária e medicação **(por dente)** | 03.07.02.001-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ajuste oclusal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capeamento pulpar (inclui selamento da cavidade) | 03.07.01.001-5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contenção dental (por pessoa) | 04.14.01.001-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Curativo de demora com ou sem prepardo biomecânico | 03.07.02.002-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Drenagem de abscesso | 04.01.01.003-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosa | 04.01.01.006-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exodontia de dente decíduo | 04.14.02.012-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exodontia de dente permanente | 04.14.02.013-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Glossorrafia | 04.14.02.017-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Polpotomia dentária **(inclui selamento da cavidade)** | 03.07.02.007-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia periapical/ inter proximal (bite wing) | 02.04.01.018-7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Radiografia oclusal | 02.04.01.016-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raspagem, alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | 03.07.03.001-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raspagem, alisamento subgengivais (por sextante) | 03.07.03.002-4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reimplante/transplante dental | 04.14.02.024-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente) | 03.01.10.015-2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Remoção de foco residual | 04.14.02.028-6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selamento provisório de cavidade dentária | 01.01.02.009-0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento cirúrgico de hemorragia buco-dental | 04.14.02.035-9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento de alveolite | 04.14.02.038-3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento de nevralgias faciais | 03.07.01.005-8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamento emergencial para redução de fratura alvéolo-dentária | 04.14.02.039-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL GERAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Total de pessoas atendidas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENCAMINHAMENTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidade Básica de Saúde | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serviços de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR TIPO DE ATIVIDADE | Consulta/Atendimento | Educ. Continuada | Reuniões/Outras atividades administrativas | Problemas com equipamento | Horas não Trabalhadas | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |