

**PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

**Coordenação da Atenção Básica**  
**Área Técnica de Saúde Bucal**

**Versão atualizada em julho de 2017**

**Prefeito**

João Agripino da Costa Doria Junior

**Secretário Municipal da Saúde**

Wilson Modesto Pollara

**Assessora Especial para a Coordenação da Atenção Básica**

Marta Lopes de Paula Cipriano

**Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal**

Doralice Severo da Cruz

**DOCUMENTO CRIADO EM 2012****Prefeito**

Gilberto Kassab

**Secretário Municipal da Saúde**

Januario Montone

**Coordenadora da Coordenação da Atenção Básica**

Edjane Maria Torreão Brito

**Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal**

Maria da Candelária Soares

**Ficha Catalográfica**

616.314

S241d São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Diretrizes para a atenção em saúde bucal: crescendo e vivendo com saúde bucal /

Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal - São Paulo: SMS, 2012. 97p.

1. Saúde Bucal. 2. Atenção Básica. 3. Educação em Saúde. 4. Odontopediatria.  
5. Política de Saúde. 6. Promoção da Saúde. 7. Vigilância em Saúde Pública.

I. Coordenação da Atenção Básica. II. Título.

## **COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

### **ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL**

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

### **GRUPO TÉCNICO RESPONSÁVEL (Primeira Edição)**

Assessores da Área Técnica de Saúde Bucal

Interlocutores Regionais de Saúde Bucal

Interlocutores das Instituições Parceiras

### **Ficha Técnica**

- **Digitação e montagem:**

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

- 1ª versão (2005): 1.600 exemplares
- 2ª versão (revisada em 2009): disponível em meio eletrônico
- 3ª versão (revisada em 2012): disponível em meio eletrônico
- 4ª versão (revisada em 2017): disponível em meio eletrônico

**Área Técnica de Saúde Bucal: Rua General Jardim, 36 - 5º Andar, Centro,  
São Paulo (SP)**

**CEP 01223-010**

**Telefone (011) 33972229**

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

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

## **Apresentação**

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

As proposições nele contidas encontram amparo nas normativas do SUS, especialmente na Lei Federal Número 8.080, de 19 de setembro de 1990; no Decreto Presidencial 7.508, de 28 de junho de 2011; nas Portarias Números 599/GM/MS, de 23 de março de 2006, (Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento); 750/GM/MS, de 10 de outubro de 2006, (Normas de cadastramento das Equipes da Estratégia Saúde da Família nos tipos: Equipe de Saúde da Família – ESF; Equipe de Saúde da Família com Saúde Bucal – ESFSB e Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES); 154, de 15 de maio de 2009, (Inclui na tabela de Tipo de Equipes do SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Tipos de Equipes EACSSB M1 e EACSSB M2); 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, (Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família); 576/SAS/MS, de 19 de setembro de 2011, (Estabelece novas regras para a carga-horária semanal dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e normas para o cadastramento no SCNES das Equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ); 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, (Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde; 3.012/GM/MS, de 26 de dezembro de 2012, (Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica); 17/SAS/MS, de 15 de janeiro de 2013, (Inclui na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES, Equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das Equipes que agregam profissionais de Saúde Bucal e a composição mínima de profissionais para o “Serviço Especializado 101” da Estratégia Saúde da Família); deliberações de fóruns democráticos, como as Conferências de Saúde, 1ª, 2ª e 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2ª Conferência Municipal de Saúde Bucal, Diretrizes para a Política Estadual de Saúde Bucal e Política Nacional de Saúde Bucal vigente.

Resulta, também, de ações já experimentadas em programas locais de saúde, incluindo a própria cidade de São Paulo. São factíveis, pois não são apenas proposições teóricas e não são novas, entretanto, precisam ser reescritas e colocadas efetivamente em prática, experienciadas em toda a rede, conforme as peculiaridades de cada região da cidade. O documento foi revisado numa sequência de oficinas, com a participação de profissionais representando as diferentes Coordenarias Regionais de Saúde.

Importante ressaltar que a primeira versão deste documento foi apreciada pelo Conselho Municipal de Saúde em sua 79ª reunião, em 14 de julho de 2005, e depois disponibilizada para toda a rede municipal de saúde.

A primeira versão foi revista e atualizada em 2009, 2012 e 2015, objetivando incorporar outros avanços na construção do SUS na Cidade de São Paulo, e contribuir para ampliar o acesso dos cidadãos às ações de saúde bucal, com qualidade e resolutividade.

São Paulo, novembro de 2009.

Maria da Candelária Soares

Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

São Paulo, abril de 2015.

Luís Cláudio Sartori

Coordenador da Área Técnica de Saúde Bucal

São Paulo, julho de 2017.

Doralice Severo da Cruz

Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal

**SUMÁRIO**

1. INTRODUÇÃO	8
2. REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	10
2.1. Atenção Básica	11
2.1.1. Ações e atividades coletivas	12
2.1.1.1. Ações coletivas	13
2.1.1.2. Atividades coletivas	14
2.1.2. Operacionalização das ações e atividades coletivas em espaços sociais	15
2.1.2.1. Passo a passo	16
2.1.2.2. Consolidação dos dados relativos às ações coletivas	18
2.1.3. Operacionalização da atividade coletiva de educação em saúde na comunidade	20
2.2. Ações assistenciais	22
2.2.1. A Estratégia Saúde da Família (ESF)	24
2.2.2. Planejamento das ações segundo critérios de risco	25
2.2.2.1. Critérios de Risco Familiar	25
2.2.2.2. Critérios de Risco Individual	26
3. PRINCÍPIOS PARA O AGENDAMENTO	30
3.1. Sistema de trabalho e parâmetros	32
3.1.1. Parâmetros de atendimento individual	33
3.2. Planejamento das ações assistenciais em UBS que não contam com a ESF	33
3.3. Planejamento das ações assistenciais em UBS que contam com a ESF	38
4. MODELO DE ATENDIMENTO	42
5. AVALIAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	42
6. RESPONSABILIDADE TÉCNICA	43
7. HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO	43
8. MAIOR RESOLUTIVIDADE DA CLÍNICA BÁSICA	43
9. SERVIÇOS DE URGÊNCIA	44
10. ATENÇÃO ESPECIALIZADA	45
10.1. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Ambulatório de Especialidades	45
10.2. Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE DST/AIDS)	45
11. ATENDIMENTO EM ÂMBITO HOSPITALAR	45
12. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	47



## 1. INTRODUÇÃO

Este documento, em consonância com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles o acesso universal e equânime às ações e serviços de saúde, a integralidade, a hierarquização, a regionalização e a descentralização dos serviços, objetivou, numa primeira versão, apontar as Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para o período de 2005 a 2008. Atualizações foram incorporadas para as gestões 2009 a 2012 e 2013 a 2016, na mesma perspectiva.

O Documento de Diretrizes (primeira versão) foi construído a partir de um texto-base proposto pela Área Técnica de Saúde Bucal, discutido por um grupo de profissionais da Rede Básica e Hospitalar do Município, em oficina de trabalho.

Esta versão inclui atualizações de parâmetros, derivados das discussões realizadas no Fórum de Interlocutores de Saúde Bucal em fevereiro, março e abril de 2015, e durante o ano de 2016 em encontros com as equipes de saúde bucal e outros atores das Supervisões Técnicas de Saúde, bem como novas proposições dos atuais gestores do Sistema de Saúde.

A efetivação dos direitos de cidadania, incluindo a Saúde Bucal da população brasileira, está garantida na Constituição Federal da República de 1988. Conforme deliberado nas 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal (1986 e 1993), a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra), com o acesso à informação e aos serviços de saúde e, de acordo com a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, as condições bucais podem mostrar sinais significativos de desigualdade.

É preciso compreender que ter saúde bucal significa não apenas ter dentes e gengivas saudáveis: significa estar livre de dores crônicas e outras doenças e agravos que acometem o aparelho estomatognático. Implica na possibilidade de o ser humano exercer, plenamente, funções como a mastigação, a deglutição e a fonação, bem como exercitar a autoestima e relacionar-se socialmente, sem inibição ou constrangimento.

Durante muitas décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por privilegiar a assistência à criança – escolares ou não –, valendo-se de programas curativos voltados para o tratamento da cárie dentária. O conjunto das atividades coletivas, quando realizado nas escolas, limitava-se a um único método: o bochecho com solução fluoretada.

Outros grupos populacionais, quando da oportunidade do acesso, recebiam atendimentos, exclusivamente, para situações que caracterizavam urgência odontológica, ou simplesmente não eram atendidos. Tal modelo sempre foi muito criticado em virtude de sua cobertura exígua e por estar centrado em ações curativas, contribuindo para um perfil epidemiológico em saúde bucal muito aquém do desejado.

Por outro lado, Políticas Públicas instituídas no município de São Paulo, como a fluoretação das águas de abastecimento público (1985), o heterocontrole dos teores de flúor nas águas de abastecimento público (1990) e a rotina dos Procedimentos Coletivos (PC), proporcionaram diminuição significativa da incidência da cárie dentária na população em idade escolar.

A partir dos bancos de dados dos levantamentos epidemiológicos realizados em 2002 (parceria da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e com o Ministério da Saúde), em 2008, sob a responsabilidade da

Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, e, em 2010, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e SMS de São Paulo, observa-se a seguinte situação com relação a algumas doenças bucais:

Quadro 1: Dados epidemiológicos dos principais agravos de saúde bucal no município de São Paulo, segundo relatórios de estudos realizados em 2002, 2008 e 2010.

Idade/faixa etária (anos)	5	12	15 a 19	35 a 44	65 a 74
% pessoas livres de cárie	58,2 *	52,3*	26,7*	0,6*	0,2*
Média ceo / CPO-D	1,99*	1,41*	4,21*	15,87*	26,00*
Dentes Perdidos por cárie	0,05*	0,08*	0,37*	6,98*	22,83*
% pessoas com fluorose		31,6**			
% pessoas oclusopatias	69,5*	38,9*			
% pessoas com bolsas periodontais			8,2*	21,0*	2,9*
% pessoas edêntulas				11,5***	64***

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

A diminuição da cárie dentária na população infantil dá-se num fenômeno denominado **polarização**, qual seja: 25% a 30% desta população acumula 80% das necessidades de tratamento, enquanto o restante encontra-se livre ou com baixos índices de cárie (índice CPO-D  $\leq$  3). Esta situação reflete desigualdade social, uma vez que são as crianças de famílias de menor condição econômica que apresentam as maiores necessidades de tratamento. Por outro lado, a falta de acesso dos adolescentes e da população adulta aos serviços de saúde bucal elevou as necessidades acumuladas, consubstanciando maior complexidade no desenvolvimento das ações curativo-resolutivas.

Assim, faz-se necessária uma mudança no modelo de atenção em saúde bucal, a partir do redirecionamento das ações assistenciais, tanto no que diz respeito ao público-alvo, quanto no desenvolvimento das ações/atividades. A utilização dos dados epidemiológicos disponíveis para o planejamento dos serviços, aliados aos determinantes sócio-econômicos do processo saúde-doença, bem como a sensibilização de todos os profissionais envolvidos é questão primordial.

Experiências exitosas, desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde, têm demonstrado que a avaliação dos fatores de risco a que a família está exposta, assim como a avaliação do risco individual para as doenças bucais, são instrumentos valiosos na organização dos serviços, uma vez que permitem garantir um dos princípios do SUS: a equidade.

A urgência odontológica é também um evento primordial que deve ser levado em conta na organização dos serviços.

## 2. REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

A atenção integral à saúde inicia-se pela organização do processo de trabalho na Rede Básica de Saúde e soma-se às ações em outros níveis assistenciais, compondo o cuidado à saúde.

A evolução da rede de serviços de Saúde Bucal da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, no período de 2005 a 2016, está demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1: Número de Unidades de Saúde com atendimento em Saúde bucal e número de Recursos Humanos existentes em janeiro de 2005 e julho de 2016.

<b>Equipamentos/RH</b>	<b>Jan/05</b>	<b>Jul/2016</b>
Unidades Básicas de Saúde com serviços de Saúde Bucal (UBS)	<b>303</b>	<b>392</b>
SAE DST/AIDS *	<b>14</b>	<b>14</b>
Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); Clínica Odontológica Especializada (COE) ou Ambulatórios de especialidades.	<b>17</b>	<b>29</b>
Cirurgiões Dentistas **	<b>1.283</b>	<b>1.515</b>
Auxiliares de Consultório Dentário	<b>496</b>	<b>944</b>
Técnico em Higiene Bucal	<b>41</b>	<b>191</b>
Equipe Saúde Bucal (ESB) habilitada na Estratégia de Saúde da Família	<b>13</b>	<b>333</b>
Hospitais, PA e PS com atendimento odontológico***	<b>19</b>	<b>19</b>

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

\*\*Cirurgiões-Dentistas na Clínica

\*\*\*1 (um) hospital disponibiliza tratamento das fissuras lábio-palatinas.

Em relação à complexidade das ações que são desenvolvidas faz-se necessária a paulatina ampliação deste conjunto, apontando para a obtenção de maior resolubilidade e qualidade, dinamizando, inclusive, o processo da referência e contrarreferência. As ações especializadas, ou de maior grau de complexidade, devem ser resolvidas em Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ou em Unidades com estrutura para desenvolver este tipo específico de ação.

O atendimento da urgência e da emergência odontológica, efetuado no Pronto Atendimento, Pronto Socorro, UPA e hospital deve ser resolutivo, frente às necessidades acumuladas e não resolvidas da população. Tais serviços devem consubstanciar “porta de entrada” alternativa para o Sistema Municipal de Saúde.

Atendimentos de maior complexidade são realizados em âmbito hospitalar, sob a responsabilidade de Cirurgiões-Dentistas especialistas em cirurgia bucomaxilofacial. Ressalta-se que tais atendimentos necessitam ser dinamizados e aprimorados, incluindo a possibilidade da oferta de procedimentos sob a anestesia geral, enquanto suporte à Rede Especializada Ambulatorial, bem como o atendimento de usuários com agravos complexos que não

apresentam condições momentâneas para o atendimento ambulatorial ou que necessitam de retaguarda hospitalar (usuários com discrasias sanguíneas, oncológicos, dentre outros).

## **2.1. Atenção Básica**

De acordo com o Ministério da Saúde (Portaria Nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011) a “Atenção Básica caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma do trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde das populações de maior frequência e relevância”.

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

A Rede Básica de Saúde é a grande responsável pelo cuidado em saúde. Cuidado, neste contexto, significa vínculo, responsabilização e solicitude na relação da equipe de saúde com os indivíduos, famílias e comunidades. Significa compreender as pessoas no seu contexto social, econômico e cultural e acolhê-las em suas necessidades em relação ao Sistema de Saúde de forma humanitária, garantindo a continuidade da atenção à saúde e a participação social.

Conforme a Carta de Sergipe (2003), este nível de atenção deve ser orientado para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade, e ser qualificado para prover cuidados contínuos para os usuários portadores de patologias crônicas e deficiências. Neste contexto, estão inseridas as ações de saúde bucal – individuais e coletivas – planejadas sob o perfil epidemiológico da população.

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

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

A UBS caracteriza-se como Unidade Ambulatorial Pública de Saúde, destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, sob a responsabilidade de Equipe Multiprofissional. É fundamental que a saúde bucal esteja inserida nesta equipe, participando do planejamento das ações de forma interdisciplinar, bem como do Conselho Gestor da

Unidade. Nas UBS são desenvolvidas ações do nível primário de atenção e de assistência integral, buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados na população, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, tendo como campo de intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente. Desenvolve processos educativos com a população, por meio de grupos comunitários, enfocando aspectos da melhoria de saúde e qualidade de vida. Deve garantir a resolubilidade tecnológica, assegurando referência e contrarreferência com os diferentes níveis do sistema.

As UBS que contam com Equipes de Saúde da Família dispõem de alguns recursos facilitadores, como o cadastro das famílias e as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, entretanto, tais fatores, ausentes noutras Unidades, não devem descaracterizar o desenvolvimento de abordagens com direcionamento familiar, quando da organização das ações de saúde bucal no coletivo das UBS.

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

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

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

### **2.1.1. Ações e atividades coletivas**

As ações e atividades coletivas incluem os anteriormente denominados **Procedimentos Coletivos (PC)**, bem como as ações de educação em saúde realizadas com grupos específicos nas UBS, nos domicílios ou em outros espaços comunitários.

Ações e atividades coletivas são desenvolvidas em grupos cadastrados, a partir da determinação do risco individual e direcionadas a uma população previamente definida e acompanhada durante período de tempo determinado, incluindo (i) atividades de educação e prevenção em saúde bucal; (ii) rastreamento das doenças bucais; (iii) ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel; (iv) fluoroterapia intensiva para os casos identificados como de médio e alto risco para a cárie dentária; (v) escovação dentária supervisionada semestral; e (vi) tratamento restaurador atraumático, realizado no próprio ambiente escolar, quando possível, com encaminhamento dos casos que necessitem de tratamento mais complexo para as Unidades de Saúde.

Os espaços prioritários para as ações e atividades coletivas são as Creches/Centros de Educação Infantil (CEI), que matriculam crianças entre 0 e 4 anos de idade, as Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI), que matriculam crianças entre 5 e 6 anos de idade e as Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), que matriculam crianças entre 7 e 14 anos

de idade. As Escolas Estaduais de Ensino Fundamental (EEEF) também são contempladas, desde que todas as programações na Rede Municipal de Ensino, **incluindo o Programa Saúde na Escola (PSE)**, estejam devidamente cobertas.

Os interlocutores de saúde bucal das Coordenações Regionais de Saúde (CRS) e das Supervisões Técnicas de Saúde (STS) devem auxiliar, tecnicamente, os Cirurgiões Dentistas e as Equipes de Saúde Bucal (ESB) no planejamento das ações e atividades coletivas. Todas as Unidades Básicas de Saúde do município, incluindo-se aquelas onde está implantada a ESF, devem cadastrar espaços escolares para realização das ações e atividades coletivas em saúde bucal.

#### **2.1.1.1 Ações coletivas**

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

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

No município de São Paulo é realizada nos espaços escolares, duas vezes em cada ano (uma no primeiro e outra no segundo semestre), envolvendo todas as crianças matriculadas, em grupos de até 12 crianças. É realizada, também, em outros indivíduos e grupos, dentro e fora das Unidades de Saúde e o procedimento evidenciação de placa bacteriana faz parte da ação. Ou seja, a realização da escovação dental supervisionada pressupõe a evidenciação de placa bacteriana e deve-se apontar *apenas* o procedimento de escovação dental supervisionada.

Este tipo de ação pode e deve ser realizada em usuários que tiveram seu tratamento concluído, nos usuários relacionados na lista de espera, nos usuários dos grupos de educação em saúde e em outros grupos realizados nas Unidades de Saúde e nos espaços sociais a elas referenciados, não envolvidos em ações coletivas em espaços escolares.

Sua execução pode ser de responsabilidade do Cirurgião-dentista (CD), do Técnico em Saúde Bucal (TSB), do Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou, ainda, de equipe local com treinamento efetuado pela ESB.

A responsabilidade do planejamento e supervisão da escovação dental supervisionada é do CD, entretanto, por tratar-se de procedimento de baixa complexidade deve ser delegado a outro profissional auxiliar, com exceção do exame epidemiológico (atribuição exclusiva do CD).

Conforme disposto no documento “Recomendações sobre o uso de Produtos Fluorados no Âmbito do SUS/SP em Função do Risco de Cárie Dentária” (RSS-95, de 27/06/2000 e RSS-164, de 21/12/2000), crianças entre 2 e 4 anos de idade deglutem, em média, 50% do dentifrício utilizado na escovação, enquanto que crianças entre 5 e 7 anos de idade ingerem menos que 25% do dentifrício. Isto é fator de risco para fluorose dentária, portanto, quando crianças pequenas são envolvidas em escovação supervisionada devem ser acompanhadas e observadas com muito cuidado.

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

**Ação coletiva bochecho fluorado** (código SIA 01.01.02.002-3)

Não se aplica ao município de São Paulo, considerando o perfil epidemiológico da população escolar, conforme as recomendações para o Uso de produtos fluorados no âmbito do SUS SP (RSS-95, de 27/06/2000 e RSS-164 de 21/12/2000).

**Ação coletiva aplicação de flúor-gel** (código SIA 01.01.02.001-5)

Consiste na aplicação tópica de flúor-gel (concentração 1,23%) em grupos populacionais específicos, sob a orientação e a supervisão de um ou mais profissionais de saúde, utilizando-se escova dentária, moldeira dentária, técnica do pincelamento, ou outras formas controladas de aplicação. Os critérios de risco para a cárie dentária, estabelecidos pela RSS-95, RSS-164 e por este Documento de Diretrizes, devem ser sistematicamente observados para o desenvolvimento da “ação coletiva bochecho fluorado” e para a aplicação tópica de flúor-gel, bem como para o encaminhamento de usuários para a assistência individual.

Ao considerar a indicação da fluoroterapia deve-se observar que a maioria da população do município está exposta à água fluoretada e aos dentifrícios fluoretados. Entretanto, se em alguma comunidade esta não for a realidade, as orientações sobre o uso do flúor devem ser redefinidas. Para os grupos D, E e F (Classificação de Risco – Quadro 3) pode-se planejar 4 aplicações de gel fluorado em 4 semanas seguidas, como terapia de choque, sendo reduzidas, gradativamente, para 2 aplicações no mês seguinte e, finalmente, para 1 no terceiro mês. São possíveis flexibilizações nesta frequência, em função da reclassificação do risco do indivíduo. É importante que estas aplicações sejam registradas pela ESB na ficha de atendimento individual do E-SUS. A técnica de aplicação recomendada neste Documento de Diretrizes é a da escova dental (RSS-164).

**Ação coletiva exame bucal com finalidade epidemiológica** (código SIA 01.01.02.004-0)

“Compreende a avaliação de estruturas da cavidade bucal com finalidade de diagnóstico, segundo critérios epidemiológicos, em estudos de prevalência, incidência e outros, com o objetivo de elaborar perfil epidemiológico e/ou avaliar o impacto das atividades desenvolvidas, subsidiando o planejamento das ações para os respectivos grupos populacionais e a comunidade”. Para o SUS São Paulo compreende, também, as triagens de risco às doenças bucais, quer sejam realizadas em espaços escolares, da comunidade ou em grupos nas Unidades de Saúde. Devem ser apontadas na ficha de ação coletiva do E-SUS por cartão SUS.

**2.1.1.2. Atividades coletivas**

As atividades coletivas podem ser executadas por profissional de nível médio e superior e os códigos (SIA) não são exclusivos da área de saúde bucal. Referem-se à Educação em Saúde, tendo códigos específicos no SIA/SUS.

**Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica** (código SIA 01.01.01.001-1)

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

### Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada (código SIA 01.01.01.002-8)

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

Observações:

- o apontamento das atividades realizadas no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) deverá ser feito utilizando-se o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) do profissional que executou a ação;
- será considerado como “grupo” o mínimo de **10 participantes**, sem limite máximo (por exemplo: uma ação realizada com 30 pessoas será considerada uma única atividade de educação em saúde: nunca três atividades);
- nos espaços escolares devem ser realizadas, no mínimo, duas atividades coletivas de educação (uma no primeiro semestre e outra no segundo semestre).

#### 2.1.2. Operacionalização das ações e atividades coletivas em espaços sociais

Considerações gerais:

As Equipes de Saúde Bucal, sem nenhuma exceção, devem realizar ações e atividades coletivas nos espaços escolares da área de abrangência/influência da Unidade, uma vez por semana, despendendo, para tanto, até 20% da carga-horária semanal para esta finalidade.

Os parâmetros para o planejamento destas ações/atividades consideram a composição da Equipe de Saúde Bucal, bem como os critérios de risco para a cárie dentária. O Quadro 2 mostra o parâmetro e o planejamento anual para um Cirurgião-Dentista de 20 horas semanais, sem pessoal auxiliar.

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

Ação	Capacidade: 4 horas	Tempo para realização	Cronograma	
Triagens	300 crianças por período de 4 horas	2 semanas	1ª quinzena de março	
Ação educativa	30 minutos por sala de aula: 6 salas por período de 4 horas	600 crianças ocuparão, em média, 17 salas de aula; portanto, em 3 semanas poder-se-á concluir a atividade	março/abril (primeira vez)	agosto/setembro (segunda vez)
Escovações supervisionadas	Grupos de 12 crianças; 15 minutos por grupo; em média, 12 grupos por período de 4 horas	600 crianças comporão, em média, 50 grupos; levar-se-á cerca de 4 semanas para a escovação de 50 grupos	março/abril/maio/junho (primeira vez)	agosto/ setembro /outubro /novembro (segunda vez)
Fluorterapia intensiva	Grupo de 12 crianças; 15 minutos por grupo; em média, 12 grupos num período de 4 horas	Risco D, E e F: cerca de 35,7% das crianças = 214 crianças = 14 grupos: levar-se-á cerca de 2 semanas para concluir estes grupos	março/abril/maio/ junho	
Urgências	Individual: 6 crianças/dia	Risco F: cerca de 3,7% das crianças = 23 crianças	Encaminhamento para a UBS: março/abril/maio/junho	
<b>600 crianças: estimativa de Alto Risco: 35,7%</b>	<b>214 crianças</b>	<b>D: 10% = 60 crianças</b>	<b>E: 22% = 132 crianças</b>	
		<b>F: 3,7%: = 23 crianças</b>		



**Parâmetro para uma Equipe de Saúde Bucal com 1 CD de 20 horas e 1 ASB = 1000 crianças:** 1CD com uma ASB exclusiva amplia o rendimento em **50%** - este percentual deve ser aplicado sobre os parâmetros do Quadro 2.

**Parâmetro para uma Equipe Modalidade I da ESF = 1000 crianças:** 1CD com uma ASB exclusiva amplia o rendimento em **50%** - este percentual deve ser aplicado sobre os parâmetros do Quadro 2.

**Parâmetro para uma Equipe Modalidade II da ESF = 1900 crianças:** neste caso, várias ações devem ser realizadas concomitantemente; enquanto a triagem é realizada pelo CD e ASB, a TSB já inicia as ações educativas; as ações educativas, escovação dental supervisionada e fluoroterapia intensiva ficam, exclusivamente, sob a responsabilidade da TSB que também inserirá o ionômero de vidro nas cavidades de cárie; nestes casos, a média para período de 4 horas são 16 crianças para a ART. O percentual de ampliação sobre o Quadro 2 é 95%.

**NOTAS:**

- o retorno nos espaços escolares dar-se-á em 2 anos, objetivando ampliar a cobertura das ações coletivas; a meta é conseguir, em 2 anos, que todas as cavidades de cárie das crianças em escolas públicas estejam seladas e as urgências resolvidas.
- deve ser constituído um Prontuário por Equipe de Saúde Bucal, onde constará o espaço cadastrado, o cronograma das ações coletivas e os mapas individuais de procedimentos, depois de os mesmos terem sido condensados pela Unidade.

O TSB é o responsável pelas ações educativas, escovação supervisionada e fluoroterapia intensiva, auxiliado, ou não, por ASB. Nesta condição, o Cirurgião-Dentista, depois da triagem e realização do tratamento restaurador atraumático (quando possível), não mais se deslocará para o espaço escolar; no dia reservado para tanto, concluirá o atendimento das crianças com necessidades de tratamento destes espaços ou, quando concluir estas ações, terá esse dia incluído na agenda de rotina da Unidade.

O escolar com necessidades de tratamento odontológico deverá ser encaminhado para a Unidade Básica de Saúde- UBS, referência de sua residência ou referência da escola, de acordo com a preferência dos responsáveis pelo escolar. É indispensável a participação do responsável pelo PSE no espaço escolar, nesse processo de encaminhamento.

Lembrar que o CD deve, também, planejar suas ações de maneira a realizar o ART em todos os escolares classificados como de **Risco E** para a cárie dentária no próprio espaço escolar, quando possível. Quando dispuser de TSB, este profissional fará a inserção do cimento de ionômero de vidro nas cavidades. Recomenda-se que o CD que identificou a necessidade de tratamento realize o atendimento fazendo ART na escola e se houver a necessidade de procedimentos cruentos ou de maior invasividade. O atendimento na UBS deverá ser em período do diferente do que a criança está frequentando aulas para reduzir o absenteísmo escolar. O agendamento no horário de aula só deverá acontecer nos caso em que a UBS não conte com atendimento em saúde bucal no período em que a criança não está em aula.

### **2.1.2.1. Passo a passo**

#### **Identificação dos espaços sociais e escolares adstritos a cada Unidade de Saúde e obtenção do calendário escolar de cada espaço.**

Os espaços prioritários são as creches (Centros de Educação Infantil - CEI), que matriculam crianças entre 0 e 4 anos de idade, as Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI), que matriculam crianças entre 5 e 6 anos de idade e as Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF), que matriculam crianças entre 7 e 14 anos de idade. As Escolas Estaduais de Ensino Fundamental (EEEF) serão contempladas, segundo a disponibilidade de tempo, recursos humanos e materiais, desde que toda a Rede Municipal de Ensino esteja coberta, especialmente as Unidades Escolares inscritas no **Programa Saúde na Escola (PSE)**. O número de espaços escolares por Cirurgião-Dentista pode variar de acordo com o número total de crianças entre 0 e 14 anos de idade matriculadas em cada espaço escolar; a divisão deve ser acordada em reunião prévia com toda Equipe de Saúde Bucal, observando-se os parâmetros do Quadro 2 e o calendário escolar de cada espaço.

#### **Contato com os espaços escolares para cadastro e viabilização das atividades em saúde bucal**

Nas escolas com PSE é fundamental que o profissional da saúde bucal identifique o responsável pelo programa no espaço escolar que dará o suporte para o desenvolvimento das ações e obtenha o quanto antes o calendário escolar, caso ainda não o tenham feito, de forma que o planejamento das ações esteja em conformidade com o mesmo.

O período é o ano letivo e as atividades são desenvolvidas em, aproximadamente, 30 semanas: 15 semanas em cada semestre. Cada CD deve cadastrar o número de crianças, segundo sua carga horária e composição da equipe, em um ou mais espaços escolares. Cada CD deve agendar uma reunião com a direção ou com quem a represente na instituição, objetivando apresentar a proposta de trabalho para o período letivo, de forma a estabelecer uma relação amistosa e de corresponsabilidade em consonância com o calendário escolar: este agendamento poderá ser feito por telefone, ou pessoalmente, em cada espaço social. Nesta mesma oportunidade solicitará a lista nominal de alunos matriculados e verificará as instalações e os recursos disponíveis (disponibilidade de pátios, bebedouros coletivos, salas de aula ou de vídeo com recursos projetivos ou audiovisuais, assim como número de funcionários, qualidade e natureza da merenda, existência de cantina e os produtos nela comercializados). Nessa oportunidade deve se identificar qual o funcionário da escola será o contato com a equipe de saúde bucal e também um responsável por entregar e recolher os termos de consentimento livre e esclarecido – TCLE. Nas escolas cadastradas no PSE procurar o representante desse Programa para acordar a melhor forma de desenvolver as atividades e o fluxo dos TCLE. A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – SMSP-SP acordou com Secretaria Municipal da Educação de São Paulo – SME-SP que a reprodução dos impressos do TCLE serão de responsabilidade da SME-SP. A SMS-SP fará a impressão de TCLE somente para escolas da rede estadual de ensino.

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

A Equipe de Saúde Bucal deve agendar reunião com os professores e os funcionários para incentivo à corresponsabilidade, participação ativa no processo e esclarecimentos a

respeito do trabalho que será desenvolvido, sempre com o auxílio do responsável pelo PSE na escola. Na oportunidade, deve identificar e quantificar os recursos humanos do setor saúde, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que serão envolvidos na execução das atividades propostas, bem como de outros setores, como professores, funcionários de creches, pessoas da comunidade, dentre outros. Importante apresentar o cronograma e as atividades que serão realizadas e verificar se as datas propostas não coincidem com passeios, festas ou outras atividades escolares.

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

A Equipe de Saúde Bucal deve promover reunião para discussão e capacitação dos professores em atividades de saúde bucal.

#### **Reunião com pais e/ou responsáveis para apresentação das propostas e distribuição das autorizações**

A Equipe de Saúde Bucal deve providenciar que se obtenha o consentimento por escrito dos pais e/ou responsáveis para a inclusão das crianças nas Ações Coletivas (AC) (Anexo 1) e apresentar o cronograma e as atividades que serão realizadas. Nesta oportunidade, deve promover uma orientação sobre os aspectos preventivos da saúde bucal e a responsabilidade da família no desenvolvimento dos autocuidados.

Para os espaços escolares com PSE a obtenção do consentimento por escrito dos pais/responsáveis é de responsabilidade do responsável pelo programa na escola.

#### **Triagem de risco para todos os alunos no início do período letivo**

A Equipe de Saúde Bucal deve iniciar as Ações Coletivas pela Triagem de Risco, para que as crianças sejam incluídas nos Grupos de Fluorterapia e Tratamento Restaurador Atraumático. É desejável que a Triagem de Risco seja completada até o final do mês de abril. Deve verificar a possibilidade de que os professores e funcionários da escola auxiliem na organização e fluxo das crianças, uma vez que será necessário inserir no E-SUS todas as crianças alvo das ações de saúde. Para tanto, a escola deve providenciar que número do cartão SUS de todos os matriculados esteja registrado na escola.

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

Depois da triagem de risco, ou concomitantemente, deve-se realizar as ações de educação em saúde. A Equipe deve verificar, nas escolas da rede municipal de ensino, a existência de macro modelos enviados pela Secretaria Municipal de Educação e/ou Secretaria Municipal da Saúde. Se a Equipe de Saúde Bucal contar com TSB, enquanto o CD realiza a triagem de risco, a TSB já pode executar as ações educativas.

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

Identificadas segundo risco de cárie e instruídas quanto aos cuidados básicos em saúde bucal inicia-se a escovação supervisionada, valendo-se da entrega de uma escova dental para cada criança e um tubo de creme dental para cada 30 crianças, a cada semestre. A escovação deve ser precedida da ação educativa e de evidenciação de placa bacteriana, e realizada em grupos de 6 a 12 crianças.

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

Para as crianças de alto risco deve-se planejar 4 sessões de gel fluorado em 4 semanas consecutivas (uma aplicação por semana), como terapia de choque (terapia intensiva com flúor), sendo reduzidas, gradativamente, para 2 aplicações no mês seguinte (uma a cada 15 dias) e, finalmente, para 1, no terceiro mês, totalizando 7 aplicações (no próprio espaço escolar). Nesta oportunidade, é conveniente ressaltar que as crianças que necessitam de fluoroterapia intensiva deverão ser encaminhadas para a UBS de referência da Unidade Escolar ou da residência, o que for melhor para os responsáveis.

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

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

As crianças encaminhadas para a UBS devem ter prioridade no agendamento em relação às outras crianças. A Equipe deve iniciar o tratamento odontológico pela remoção de focos de infecção, realizando exodontias quando não houver a possibilidade de tratamento endodôntico, remoção de tecido cariado e selamento de cavidades, preferencialmente, com cimento de ionômero de vidro ou, na falta deste, cimento de óxido de zinco e eugenol.

Ressalta-se que para os espaços com PSE o encaminhamento, quando necessário, para a UBS e o atendimento da criança são de responsabilidade do CD responsável pelas ações e da pessoa responsável pelo programa, na escola.

Para evitar absenteísmo, é fundamental conhecer o que é melhor para o responsável, se o encaminhamento para a UBS de referência da escola ou para a UBS de referência da residência da criança. Essas tratativas são de responsabilidade da equipe de saúde bucal que deverá, juntamente com o responsável pelo PSE na escola e o interlocutor de saúde bucal da STS, organizar os encaminhamentos de forma correta e responsável.

Outro cuidado primordial é evitar encaminhar a criança para atendimento na UBS no seu horário de aula. Essa organização é complexa e deve ser feita em conjunto com o responsável pelas ações de saúde da escola e o interlocutor de saúde bucal da STS.

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

A Equipe deve propor aos professores que, no segundo semestre, solicitem dos alunos em grupo, por classe, ou individualmente, a elaboração de um trabalho final para avaliação dos conteúdos apreendidos: desenho, colagem, cartaz ou pesquisa sobre saúde bucal.

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

Todos os procedimentos realizados nos espaços escolares ou nas UBS devem ser registrados nos mapas de produção preconizados pela área técnica de saúde bucal da SMS-SP e nas escolas do PSE, também nos mapas do E-SUS – Planilha PSE.

Os mapas das ações coletivas devem ser preenchidos com a consolidação das informações referentes ao número de espaços sociais cadastrados, por tipo de espaço e

número de indivíduos inscritos nas AC. Estes mapas devem ser encaminhados, mensalmente, para as Supervisões Técnicas de Saúde, que, por sua vez, devem encaminhar para a Coordenadoria Regional de Saúde correspondente. O consolidado das triagens de risco, a partir do mapa correspondente, deve ser enviado mensalmente (até o 10º dia útil de cada mês) para que sejam consolidados os dados do município.

Tanto as STS, quanto as CRS, devem apresentar a consolidação das informações referentes aos procedimentos efetivamente realizados, com os respectivos cálculos das coberturas alcançadas.

O quantitativo e percentual de crianças classificadas como de risco E e F que foram atendidas nas Unidades Básicas de Saúde através do encaminhamento deverá ser enviado à Área Técnica de Saúde Bucal até o dia 18 de dezembro do ano em que se realizou as ações coletivas.

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

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

#### **Relatório no final do ano letivo**

A Equipe de Saúde Bucal, no encerramento das ações coletivas, deixará em cada espaço escolar um resumo das atividades desenvolvidas durante o ano, a partir de seus relatórios mensais, com os comentários que forem pertinentes.

#### **Observações importantes:**

- Contato intersecretarias (Saúde e Educação) deve ser feito pelas Coordenações e Supervisões Regionais, a fim de esclarecer as propostas que serão desenvolvidas pelas Equipes de Saúde nos espaços escolares.
- A Equipe de Saúde Bucal deve realizar reunião de planejamento, objetivando a divisão das escolas, horários e responsáveis por cada espaço escolar.
- Serão fundamentais vontade e disponibilidade dos profissionais para que os trabalhos possam ser desenvolvidos, apesar de todas as dificuldades que possam ocorrer.
- As atividades educativas devem considerar sempre métodos ativos de ensino-aprendizagem e serem adequadas para cada faixa etária ou ano escolar.
- A Equipe de Saúde Bucal deve valer-se, preferencialmente, de materiais disponíveis nas escolas e envolver todos os profissionais do espaço escolar.
- A Equipe de Saúde Bucal deve respeitar o cronograma e a rotina do espaço escolar, adequando-se aos horários disponíveis.

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

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

A ação coletiva de educação dental supervisionada é um dos indicadores pactuados pelos municípios junto ao Ministério da Saúde e deve ser gradativamente ampliada.

Média anual da Ação Coletiva:

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

Além deste indicador, as programações serão monitoradas pelos seguintes:

Cobertura da Ação Coletiva:

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

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

Cobertura dos espaços escolares:

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

### **2.1.3. Operacionalização da atividade coletiva de educação em saúde na comunidade**

#### **Grupos – Educação em Saúde**

#### **Grupo é um conjunto de pessoas com um objetivo comum**

Ações de promoção de saúde bucal devem favorecer novos padrões de comportamento. Os indivíduos não são totalmente independentes do grupo social ao qual pertencem nas escolhas dos hábitos de vida. Sendo assim, as equipes de saúde bucal devem conhecer o território no qual atuam e, de posse deste conhecimento, promoverem ações que favoreçam a adoção de comportamentos mais saudáveis. Estas ações poderão realizar-se por meio da Educação em Saúde – conforme item 1.2 (Descrição das Ações e Atividades Coletivas) –, com grupos específicos ou não: podem ou não ter caráter contínuo. Também podem ser realizadas nos domicílios pelos ACS devidamente capacitados (neste caso, não serão consideradas atividades em grupo, a menos que tenham, no mínimo, 10 pessoas no grupo domiciliar).

A ESB deve, também, participar dos grupos organizados que já são realizados nas Unidades de Saúde, integrando-se à equipe multiprofissional, bem como criar outros grupos de orientações específicas. Os grupos devem ser organizados conforme a necessidade própria de cada Unidade e os fatores de risco identificados.

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

Grupos propostos:

- ❖ Grupo de atenção às gestantes
- ❖ Grupo de adultos
- ❖ Grupos de atenção aos bebês
- ❖ Grupo de idosos
- ❖ Grupo de pré-escolares
- ❖ Grupos específicos como hipertensos, diabéticos, caminhada, dentre outros
- ❖ Grupo de escolares
- ❖ Outros grupos que a unidade já realiza
- ❖ Grupo de adolescentes

**Gestantes:** devem ser abordados aspectos em relação ao seu cuidado pessoal, incluindo a cavidade bucal e sua importância na primeira janela de infectividade da cárie dentária. Além disto, deve ser desmistificada a assistência odontológica durante a gestação (estimulando as gestantes para o atendimento odontológico na unidade de saúde), bem como enfatizados os cuidados com a higiene bucal, considerando o aumento da frequência de alimentação e possíveis episódios de vômitos. Aspectos relacionados a alterações gengivais em decorrência de mudanças hormonais também devem ser destacados (sangramento gengival e granuloma gravídico). No Projeto Cárie Zero da SMS-SP propõe-se o desenvolvimento de ações voltadas à futura mãe e ao bebê para que ambos tenham boas condições de saúde bucal (disponível em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/nascendo\\_cresc\\_viv.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/nascendo_cresc_viv.pdf)).

**Bebês:** Os cuidados com os bebês devem ser salientados, sobretudo a importância do aleitamento materno exclusivo, como fator de proteção para vários agravos (cárie, oclusopatias e fluorose). A cárie, doença infecciosa crônica e transmissível, passa de mãe para filho não só pela contaminação primária, mas, principalmente, pela transmissão de hábitos inadequados. Existe, portanto, a necessidade de conscientização dos pais para a instalação de um ambiente familiar favorável, com hábitos de dieta e higiene corretos, que certamente contribuirão para a saúde bucal da criança por toda sua vida. Orientações sobre os malefícios do uso de chupetas e cuidados com a limpeza da cavidade bucal, a partir do aparecimento dos primeiros dentes decíduos são fundamentais. As gestantes devem ser orientadas a levar os bebês para a primeira consulta odontológica, se possível no mesmo dia da consulta de puerpério, onde deverão receber as primeiras orientações sobre a saúde bucal do bebê. Devem ser abordados, também, com pais ou responsáveis os cuidados com o aleitamento artificial que deverá ser evitado, assim como os malefícios da amamentação noturna. Destaque deve ser dado aos cuidados durante o período de troca da dentição, sobre a importância da manutenção dos dentes decíduos e sobre o uso correto do flúor. O Projeto Cárie Zero contém maiores detalhes sobre os cuidados e ações para uma boa saúde bucal das gestantes e de seus bebês. (disponível em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/nascendo\\_cresc\\_viv.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/nascendo_cresc_viv.pdf)).

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

**Adolescentes:** devem ser abordados aspectos relacionados a mudanças de hábitos alimentares e de higiene e os cuidados com a saúde bucal. Cuidados com a utilização de aparelhos ortodônticos e “piercings”, bem como alterações gengivais decorridas de mudanças hormonais, precisam ser lembrados. Erosões dentárias (perimólise) devidas a episódios de bulimia e provocadas pela ingestão de alimentos e bebidas ácidas devem ser consideradas.

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

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

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

As ações de saúde bucal devem contemplar pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes, depressão, ansiedade, transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas). Participar de ações educativas deve ser pré-requisito para os indivíduos ingressarem na ação assistencial. Os grupos operativos para as ações educativas efetuadas nas UBS devem ser constituídos por, no mínimo, 10 pessoas: é adequado que cada indivíduo receba esta ação, pelo menos, em três momentos diferentes. Outros espaços comunitários também podem ser considerados para esta finalidade.

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

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

Cobertura:

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

$$\frac{\text{Número de gestantes participantes de grupos de saúde bucal}}{\text{Número de gestantes inscritas na Rede Cegonha}} \times 100$$



## 2.2. Ações assistenciais

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

As ações de maior complexidade que pressupõem a utilização de equipamentos, insumos e recursos humanos especializados, inicialmente, devem ocorrer nas Unidades que já possuem consultório/módulo odontológico, podendo ser incorporado o recurso dos módulos transportáveis instalados em equipamentos sociais, como estratégia para melhorar o acesso e aumentar a cobertura oferecida de serviços. No município de São Paulo, as Unidades Odontológicas Móveis – UOM são utilizadas para atender a demanda das pessoas em situação de rua e são o componente de saúde bucal dos Consultórios na Rua.

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

A disponibilidade de recursos humanos é variada, pois há serviços com CD, TSB e ASB e serviços onde o CD ainda realiza o atendimento sem pessoal auxiliar. Para a elaboração dos parâmetros de atendimento é imprescindível considerar as diferentes composições das Equipes de Saúde Bucal, segundo os recursos humanos disponíveis. Para a otimização dos recursos disponíveis é importante que, onde a Equipe de Saúde Bucal esteja presente, se priorize o sistema de trabalho incorporando a técnica a quatro e seis mãos.

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

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

Dois tipos de TC podem ser realizados dependendo da relação CD/habitante em cada região e da cobertura possível: Tratamento Concluído (TC) Convencional e Tratamento Concluído em CDB (Controle das Doenças Bucais).

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

Na impossibilidade de se realizar um TC Convencional, considerando o número máximo de consultas acima recomendado, deve-se concluir o tratamento por meio de

Tratamento Restaurador Atraumático - TRA. O tratamento é considerado concluído em CDB (Controle de Doenças Bucais) e o usuário orientado para o retorno, em ciclo anual.

Dependendo da demanda, dos recursos humanos e materiais, a região e/ou a Unidade de Saúde devem estabelecer o tratamento em duas fases: isto é particularmente indicado para regiões onde a Estratégia Saúde da Família orienta as ações da Atenção Básica.

1. Primeira fase: não são realizados os TC Convencionais. Opta-se pelo Controle das Doenças Bucais (CDB), por meio da eliminação de focos infecciosos, tratamento periodontal e a utilização da Técnica de Restauração Atraumática (TRA), possibilitando o TC em CDB, num número mais reduzido de sessões, ressaltando-se a possibilidade de restaurações estéticas anteriores, quando necessário, o que permitirá maior abrangência populacional.
2. Segunda fase: em situação de controle são realizadas as restaurações convencionais. Cabe ressaltar que a realização de restaurações também não garante o caráter “definitivo” do tratamento.

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

### 2.2.1. A Estratégia Saúde da Família (ESF)

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

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

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

Uma estratégia recomendável para as ESB, nos territórios da ESF, é a realização das “Triagens de Risco”, a partir das informações do cadastro. Estas, juntamente com os aspectos

biológicos ligados ao risco individual, possibilitam a classificação de risco dos indivíduos e das famílias de cada micro área, orientando a organização da demanda assistencial e das ações coletivas.

As UBS que não contam com a ESF utilizam o Prontuário de cada usuário matriculado que, embora com menor número de informações, substitui parcialmente o Cadastro de Famílias e pode, juntamente com as informações advindas da anamnese cuidadosa, fornecer indicações do grau do risco familiar.

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

Para que se contemple o princípio da equidade, garantindo atenção privilegiada onde e para quem ela se verifique necessária, aos dados dos Cadastros das Famílias/Prontuários dos Usuários devem ser somadas informações epidemiológicas da população adstrita à área de abrangência da Unidade, levando-se em consideração os critérios de risco às doenças bucais propostos neste Documento de Diretrizes.

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

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

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

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

- 1) Interromper a livre progressão da doença nos grupos populacionais, evitando o surgimento de casos novos (diminuir incidência ou incremento);
- 2) Detectar lesões e sinais reversíveis, mediante diagnóstico precoce e empregar tecnologias não invasivas (diminuir prevalência);
- 3) Reabilitar, valendo-se de procedimentos restauradores, os doentes e/ou portadores de sequelas, tanto na Atenção Básica, como na Secundária e na Terciária, por meio de um sistema de referência e contrarreferência eficiente.

Para garantir a eficácia e a eficiência desta abordagem, as UBS com ESF contam com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), capacitados para intervirem junto a cada domicílio, buscando a adesão das famílias às programações da Unidade. Nas UBS que não contam com a ESF, a própria Equipe de Saúde Bucal, envolvida com os demais profissionais, assume esta responsabilidade, seja na orientação dada na recepção humanizada, no acolhimento da demanda, nas ações educativas em grupo ou individuais, nas ações preventivas e assistenciais na Unidade e no planejamento de ações educativas que realiza na comunidade.

### 2.2.2.1. Critérios de Risco Familiar

Considerando os determinantes socioeconômico-culturais do processo saúde/doença e a integralidade das ações, um dos fatores a considerar é o Risco Familiar, com a finalidade de se obter um mapeamento das famílias do território de abrangência das Unidades, por meio da identificação de famílias com maior risco biológico, social e ambiental.

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

Para as Unidades com ESF o risco familiar é critério considerado no planejamento, mormente quando a relação entre o número de Equipes de Saúde Bucal e Equipes de Saúde da Família for muito baixa (por exemplo, 1 Equipe de Saúde Bucal para 4 ou mais Equipes de Saúde da Família): a determinação do risco familiar é subsidiada pelo Cadastro de Famílias (SISAB). As famílias de alto risco devem ser as primeiras a receberem as ações educativas e a participarem da **Triagem de Risco**, objetivando imediata inserção nos grupos de controle e da assistência. Deve ser enfatizada, também, a questão do recorte étnico-racial.

Alguns aspectos, quando identificados, devem ser considerados pelo seu potencial de aumentar a vulnerabilidade de qualquer ser humano: habitação de risco, habitação em áreas de risco (enchentes, áreas de encosta e lixo), trabalho infantil, prostituição infantil, criança em idade escolar fora da escola, mãe ou cuidador analfabeto, pessoa com incapacidade funcional para realizar atividades de vida diária (AVD) sem cuidador, renda *per capita* inferior (mensal) a R\$ 70,00, violência intrafamiliar (abuso físico, psicológico, sexual, negligência), risco de agressão física e ou mental fora da família, fome, densidade familiar (*adensamento excessivo: na definição do limite aceitável de pessoas por domicílio é utilizado o indicador "moradores por dormitório" e define-se como "congestionado" todo domicílio com presença de mais de três pessoas por dormitório*), crianças abaixo de 5 anos de idade com cuidadores domiciliares abaixo de 12 anos de idade, não ter documentos, dentre outros fatores.

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

Importante observar que em Unidades onde a ESF está implantada, a identificação do risco familiar pode preceder a identificação do risco individual (principalmente onde a relação Equipes de Saúde Bucal X Equipes de Saúde da Família for igual ou maior que quatro), entretanto, em Unidades que não contam com o Cadastro de Famílias é a identificação do risco individual que aponta indícios deste usuário pertencer a uma família de alto risco. O envolvimento do Conselho Gestor da UBS pode auxiliar na identificação do risco social e familiar.

### 2.2.2.2. Critérios de Risco Individual

A avaliação do Risco Individual é ferramenta ímpar para a identificação precoce, controle e prevenção das doenças bucais, na perspectiva da obtenção da equidade na atenção em saúde bucal. Para o planejamento das atividades preventivas e educativas (coletivas ou individuais) e atividades curativas, os indivíduos são classificados, segundo os critérios especificados a seguir, quer nas Triagens de Risco prévias ao tratamento nas Unidades, quer nos espaços sociais reconhecidos e cadastrados para grupos de Ações Coletivas.

Os critérios apontam, classicamente, para três agrupamentos:

- **Baixo risco:** sem sinais de atividade de doença e sem história pregressa de doença.
- **Risco moderado:** sem sinais de atividade de doença, entretanto, com história pregressa de doença.
- **Alto risco:** com presença de atividade de doença, com ou sem história pregressa de doença.

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

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

#### **Critérios de risco de cárie**

As pesquisas têm apresentado, claramente, a diferença entre a doença cárie e suas sequelas: as cavidades de cárie. A capacidade de diferenciar as lesões ativas das inativas é essencial para diferenciar o indivíduo doente que deve ser submetido a um tratamento específico para controlar a doença, do indivíduo com sequelas de uma doença que ocorreu em outro momento. Os indivíduos são classificados por risco, segundo a situação individual mostrada no Quadro 3.

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

CLASSIFICAÇÃO	GRUPO	SITUAÇÃO INDIVIDUAL
BAIXO RISCO	A	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
RISCO MODERADO	B	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
	C	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa.
ALTO RISCO	D	Ausência de lesão de cárie ou presença de dente restaurado, mas, com presença de placa, de gengivite e/ou de mancha branca ativa.
	E	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda.
	F	Presença de dor e/ou abscesso.

#### Critérios de risco para oclusopatias

Alterações na posição dos dentes e na inter-relação dos maxilares devem ser registradas, de modo a se estimar o perfil da necessidade de intervenção em ortodontia e/ou ortopedia funcional dos maxilares da população até 19 anos de idade. Os códigos e critérios adotados são os seguintes:

Quadro 4: classificação de risco quanto à condição oclusal

CÓDIGO	CLASSIFICAÇÃO	CONDIÇÃO
N	Normal	Classe I de Angle (normo-oclusão).
L	Leve	Mordida cruzada unilateral, apinhamento.
M	Moderada	Mordida cruzada bilateral, Classe II de Angle, mordida aberta, mordida cruzada de primeiro molar permanente.
S	Severa	Classe III de Angle, mordida aberta com oclusão apenas de molares, mordida profunda.

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

#### Critérios de risco periodontal

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

14	11	26
46	31	34

O índice leva em conta a unidade dente e atribui, a cada dente-índice, um código, conforme os sinais da doença periodontal presentes, sendo classificado segundo os critérios apresentados no Quadro 5. O indivíduo é então classificado pelo código de seu pior sextante.

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

CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
BAIXO RISCO	0	Elemento com periodonto sadio.
	X	Ausência de dentes no sextante.
RISCO MODERADO	1	Elemento com gengivite.
	2	Elemento com cálculo supragengival.
	B	Sequela de doença periodontal anterior.
ALTO RISCO	6	Elemento com cálculo subgengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade.
	8	Elemento com mobilidade irreversível e perda de função.

#### Critérios de risco em tecidos moles

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

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

CLASSIFICAÇÃO	CÓDIGO	CRITÉRIOS
BAIXO RISCO	0	Tecidos moles normais.
RISCO MODERADO	1	Alterações sem suspeita de malignidade, não contempladas no Código 2.
ALTO RISCO	2	Alterações com suspeita de malignidade: úlceras com mais de 15 dias de evolução, com sintomatologia dolorosa, ou não, bordas elevadas, ou não; lesões brancas e negras com áreas ulceradas; lesões vermelhas com limites bem definidos, sugerindo eritroplasia; nódulos de crescimento rápido com áreas ulceradas.

Para as crianças de até 15 anos de idade são utilizados, exclusivamente, os critérios de risco para a cárie dentária e para oclusopatias. As informações obtidas durante o processo de triagem realizado quando das Ações Coletivas em espaços sociais e no atendimento individual devem ser anotadas em fichas específicas.

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

Para a ESB da ESF a prioridade para a Triagem de Risco são os cadastrados por micro área e, dentro desta, das famílias de risco. Uma vez feita a triagem, a prioridade para

tratamento é dada para os indivíduos e grupos de alto risco, sem deixar de lado os demais, que devem ser incluídos em ações coletivas (ações de educação e prevenção), até que possam também receber o tratamento individual necessário. Os principais grupos de ações estão contidos no Quadro 7.

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

AÇÃO	RISCO													
	CÁRIE						PERIODONTAL					TECIDOS MOLES		
	B		M		A		B		M		A	B	M	A
	A	B	C	D	E	F	0/X	1/2	B	6	8	0	1	2
Educação em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Escovação supervisionada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aplic. tópica flúor seriada				X	X	X								
Prioridade 1 (tratamento)						X					X			X
Prioridade 2 (tratamento)					X					X			X	
Prioridade 3 (tratamento)			X					X	X					

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

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

1. Dor e/ou abscesso é o critério de prioridade para a cárie dentária.
2. Doença periodontal: considerando o Grupo de Alto Risco, os primeiros a receberem tratamento são os do Grupo F e Grupo 8, respectivamente; eventualmente, o Grupo 6 (com abscesso pelo critério de doença periodontal), conforme a necessidade acumulada.
3. São acolhidos, como 2ª prioridade, os classificados no Grupo E para a cárie dentária.
4. O Grupo C (para a cárie dentária) é a 3ª prioridade da ação curativa, tendo em vista a necessidade de reabilitação dental. Neste Grupo há ausência de atividade de doença (cavidades crônicas).
5. Seguindo o mesmo raciocínio, os Grupos 2 e B, segundo os critérios de doença periodontal, exigem atenção individual (respectivamente, raspagem e avaliação; eventualmente, cirurgia periodontal).
6. Os grupos com estágios reversíveis da doença - Grupos D (cárie), 1 e 2 (doença periodontal) devem receber atenção individual ou em grupos pequenos. Sempre que possível esta ação deve ser efetuada pelo TSB ou ASB, controlando os fatores de risco e revertendo o quadro para saudável, cabendo ao CD reavaliá-los depois da terapêutica estabelecida ter sido realizada. Assim, para o Grupo D pode-se planejar terapia intensiva com gel fluorado, enquanto condições de alto risco forem detectadas.
7. Para os Grupos B (risco moderado de cárie) e A (baixo risco de cárie), bem como 0 (baixo risco de doença periodontal), além da atenção básica e reforço educativo dos



ACS em domicílio ou nas UBS, em grupos operativos, o acompanhamento e controle deve ocorrer a cada 2 anos

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

**NOTA:** para todos os Grupos acima citados recomenda-se a participação em atividades educativas e em escovação supervisionada, objetivando controle da placa bacteriana.

Os retornos dos usuários para a manutenção do tratamento segue o disposto no Quadro 8, de forma sintética. Os usuários são agendados para Grupos Operativos, nos quais são reforçadas as orientações e verificada a necessidade, ou não, de encaminhamento para agendamento individual. Considerar o bom senso para agendar os retornos, para que critérios clínicos e da anamnese não sejam sobrepujados pelas orientações aqui descritas.

Quadro 8: Programação de retornos, conforme a classificação de risco.

AGRAVO	GRUPO DE RISCO	CLASSIFICAÇÃO	RETORNO PROGRAMADO
CÁRIE	Baixo e moderado	A, B e C	A cada 2 anos
	Alto	D	Depois de 12 meses
	Alto	F e E	Depois de 12 meses
DOENÇA PERIODONTAL	Baixo e moderado	0 e X	A cada 2 anos
	Moderado	1, 2 e B	Depois de 12 meses
	Alto	6 e 8	Depois de 12 meses
TECIDOS MOLES	Baixo	0	Anual
	Moderado	1	Depois de 6 meses
	Alto	2	Depois de 3 meses

### 3. PRINCÍPIOS PARA O AGENDAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde, considerando as prioridades constitucionais, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Legislação Municipal vigente sobre o atendimento em Saúde Bucal às crianças pré-escolares e escolares, define que **30% das vagas** disponíveis para agendamento nas Clínicas de Saúde Bucal devem ser distribuídas às crianças entre **0 e 15 anos de idade** e as demais vagas, **70%**, devem ser distribuídas aos maiores de **15 anos de idade**. Esta distribuição deve considerar, entretanto, algumas prioridades, como o controle ou a manutenção dos usuários que tiveram seu tratamento concluído até os 15 anos de idade, os idosos, os pacientes com doenças crônicas como diabetes, hipertensos, portadores de HIV e outros encaminhados pela equipe multiprofissional ou aqueles identificados nas atividades grupais da própria Unidade, lembrando-se, não obstante, a garantia constitucional da Universalidade do Acesso às ações e serviços de saúde.

As gestantes devem ser especialmente consideradas e orientadas sobre a possibilidade de realizarem o tratamento odontológico durante a gestação e puerpério, integrando as ações de saúde bucal às ações do Projeto Cárie Zero e São Paulo Carinhosa.

Os idosos devem ter suas vagas asseguradas, tendo em vista a legislação específica que protege este grupo, não raro aliado dos serviços de saúde. Os usuários atendidos em situação de urgência também devem ser agendados para tratamento programático, conforme os critérios de risco e organização da Unidade de Saúde.

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

Quadro 9: Agendamento para a equipe de saúde bucal, segundo o risco identificado nas Triagens de Risco.

CONDIÇÃO	PATOLOGIA	RISCO	RH	ABORDAGEM
BAIXO RISCO	Cárie	A	ASB	<b>Grupos de orientação</b> de, no mínimo, 12 pessoas com duração de, no mínimo, 30 minutos. Retorno em 1 ano em Grupos com a ASB. <b>Escovação supervisionada, preferencialmente, no dia da triagem.</b> <b>Retorno em 1 ano em Grupos com a ASB.</b>
	Doença periodontal	0		
	Tecidos moles	0		
RISCO MODERADO	Cárie	B, C	ASB TSB	<b>Grupos de orientação</b> de, no mínimo, 12 pessoas com duração de, no mínimo, 30 minutos. Retorno em 1 ano em Grupos com a ASB. <b>Escovação supervisionada, preferencialmente, no dia da triagem.</b> <b>Retorno em 1 ano em Grupos com a ASB ou TSB.</b>
	Doença periodontal	B		
	Tecidos moles	1	CD	<b>Critério do cirurgião-dentista.</b>
ALTO RISCO	Cárie	D	CD TSB	<b>Grupos de orientação</b> de, no mínimo, 12 pessoas com duração de, no mínimo, 30 minutos preferencialmente no dia da triagem. <b>Fluorterapia intensiva sob a responsabilidade do CD ou TSB.</b> <b>Retorno em 8 meses (Grupos).</b>
	Doença periodontal	1, 2		
	Cárie	E, F	CD TSB	<b>Grupos de orientação</b> de, no mínimo, 12 pessoas com duração de, no mínimo, 30 minutos preferencialmente no dia da triagem. <b>Prioridade para atendimento clínico que deve ser feito por hemiarco, se possível.</b> <b>Retorno em 4 meses (Grupos).</b>
	Doença periodontal	6, 8		
	Tecidos moles	2	CD	<b>Encaminhamento imediato para o CEO.</b>

O número de indivíduos agendados dependerá da composição da ESB, conforme os Quadros 10 e 11.

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

Entre os motivos citados para as faltas às consultas, destacam-se o esquecimento assim como o agendamento em horários inoportunos. Alguns ruídos na comunicação entre os usuários com a Unidade de Saúde também são motivos para as faltas, como a impossibilidade de cancelamento do encontro sem que o usuário compareça ao serviço.

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

**Nota:** o agendamento deve ser efetuado por hora marcada, com a utilização obrigatória da agenda local do Sistema SIGA Saúde.

Especial atenção deve ser dada às urgências odontológicas. Como urgência pressupõe-se um estado agudo de dor, abscesso, hemorragias alveolares, traumatismos dentais, dentre outros que requeiram atendimento imediato. Os casos caracterizados como urgência, sob a responsabilidade do profissional do período, são prioritários para avaliação e devem ser intercalados entre as consultas agendadas. Podem suprir os faltosos do dia e, se necessário, o tempo destinado às consultas agendadas será diminuído, realizando-se menos procedimentos, nesta hipótese. Num dia em que, eventualmente, o número de urgências seja excepcionalmente elevado, pode-se reagendar para outro dia algum dos demais usuários previamente agendados. Se essa for uma realidade constante na Unidade, pode-se pensar numa programação com um menor número de agendados, mas, **apenas nesta hipótese**. O **Fluxograma para o atendimento dos casos de urgências odontológicas** (Anexo 5) deve ser do conhecimento da equipe de saúde bucal e de toda a Unidade, em particular da recepção e da Equipe de Enfermagem.

A consulta de retorno, ou subsequente, deve ser agendada entre 2 e 5 dias úteis no máximo, para que os tratamentos se iniciem e se concluam em curto espaço de tempo, evitando-se o abandono do tratamento e, com isto, diminuindo os Índices de Atrição.

### 3.1. Sistema de trabalho e parâmetros

O Ministério da Saúde destacou, em 1999, que as ESB devem estar preparadas para desenvolverem Ações Coletivas e Assistência Individual. Ressaltou que estas atividades desenvolvem-se com maior produtividade e melhor qualidade, quando realizadas com a participação de todos os componentes da Equipe. Advertiu que, objetivando produtividade e qualidade das ações, deve-se evitar o tradicional **Gabinete Dentário**, substituindo-o pelas **Clínicas Odontológicas Modulares Fixas e Transportáveis**, valendo-se do trabalho a quatro, seis ou oito mãos. Assim, a constituição ideal da Equipe deve obedecer aos seguintes critérios, além dos anteriormente expostos, considerando-se a jornada de 40 horas semanais:

**Clínica Modular com 3 equipamentos: 01 CD / 2 TSB / 4 ASB**

**Clínica Modular com 2 equipamentos: 01 CD / 1 TSB / 3 ASB**

**Clínica com 1 equipamento: 01 CD / 1 ASB**

Nas Unidades que contam com a Estratégia Saúde da Família é recomendável que uma ou mais Equipes sejam da **Modalidade II**, mesmo que não conte com a cadeira exclusiva para o TSB, principalmente naquelas onde a relação Equipe de Saúde Bucal /Equipe de Saúde da Família for de 1 para 3 ou mais. Isto para possibilitar maior amplitude das ações coletivas, liberando maior tempo do Cirurgião-Dentista para as atividades clínicas e a utilização deste profissional em Tratamento Restaurador Atraumático em espaços comunitários.

#### 3.1.1. Parâmetros de atendimento individual

O Agendamento e os parâmetros para a realização dos procedimentos odontológicos variam segundo a composição das ESB e observam os princípios da economicidade e da biossegurança, bem como a qualidade das consultas e dos atendimentos. Consideram, ainda,

que o número de consultas e o rendimento dependem das necessidades de tratamento acumuladas na população-alvo, conforme os indicadores epidemiológicos oficiais e as triagens de risco realizadas.

Além disto, deve ser observado o seguinte pressuposto: o número de procedimentos realizados é mais importante do que o número de usuários atendidos. Assim, a forma do atendimento, além de buscar uma racionalização do trabalho, permite que o mesmo se efetue com menor esforço físico, por parte da ESB, com mais qualidade e com menos custos, tanto para o usuário, quanto para a Instituição. Outro aspecto fundamental a ser considerado diz respeito à biossegurança. Os procedimentos odontológicos envolvem toda uma rotina que deve ser observada e esta se torna difícil, ou até mesmo inviável, se houver uma alta rotatividade de usuários por período. A rotatividade, além de influir de forma negativa na qualidade dos procedimentos, elevará o custo/benefício por indivíduo atendido. Exemplificando: para cada usuário deverá ser utilizado um par de luvas descartáveis. Este par de luvas necessita "render" o máximo possível neste mesmo atendimento: se isso não for levado em conta, o custo/benefício de um tratamento será mais elevado.

Os parâmetros para o agendamento diário e mensal, segundo a carga horária do cirurgião-dentista e composição das ESB estão descritos nos Quadros 10 e 11 e referem-se à distribuição das vagas na proporção de 30% para usuários com idade abaixo de 15 anos e 70% para usuários com idade acima de 15 anos. Nos Quadros 10 A e 11 A encontram-se o número de primeiras consultas; tratamentos iniciados / tratamentos completados esperados, mensalmente, para os usuários classificadas como alto risco e que necessitam de tratamento individual, bem como o número de usuários agendados para o atendimento em período de 4 e 8 horas de trabalho, respectivamente; o número médio de procedimentos realizados por usuário atendido e o número total de procedimento por período, segundo a composição da ESB.

### **3.2. Planejamento das ações assistenciais em Saúde Bucal em UBS que não contam com ESF**

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

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

A triagem permite identificar os usuários, segundo o grau de risco às diferentes doenças bucais, inserindo-os no programa adequado para cada uma delas, proporcionando a equidade no acesso às ações de saúde bucal.

As Unidades de Saúde devem realizar um Grupo de Triagem para cada Cirurgião-Dentista, a cada intervalo de 30 a 40 dias, no máximo. O número de usuários que comporão o Grupo variará segundo a composição da ESB e a carga-horária do CD e sua composição obedecerá à proporção de 70% das vagas para adultos e 30% para crianças de até 15 anos de idade, conforme já mencionado.

A **Ficha de Triagem** (Anexo 8) ficará na recepção da Unidade para a inscrição dos usuários – para cada Cirurgião-Dentista –, segundo o número de pessoas que cada um triará.

O acolhimento dar-se-á por meio de:

- Grupos realizados nas Unidades: a ESB deve participar dos Grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, dentre outros, objetivando garantir que os participantes sejam orientados para a triagem de saúde bucal.
- Demanda espontânea: os usuários que procuram a Unidade, buscando o serviço de saúde bucal, devem ser agendados para a triagem de saúde bucal imediatamente subsequente.
- Campanha de diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal: o grupo de idosos, triado durante a Campanha, deve ser absorvido para o tratamento odontológico nas suas respectivas Unidades de referência.
- Urgência: os usuários atendidos nesta condição devem ser agendados para a próxima triagem de saúde bucal da Unidade, depois do primeiro **atendimento resolutivo**. Deve-se lembrar que não há número limite de urgências por período e por CD.

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

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

Os usuários são registrados na **Ficha de Triagem** que deve permanecer na recepção da Unidade. A triagem é realizada em Grupos, segundo horários definidos previamente pela ESB / Gerência da Unidade. Os Quadros 10 e 11 apontam o número de pessoas que devem ser triadas, segundo a composição da ESB e carga-horária do CD.

Estima-se que do número de usuários agendados para a triagem de saúde bucal, aproximadamente 15% não comparecem, segundo relatos e registro do que ocorre usualmente na Rede de Unidades.

Por outro lado, a série histórica de triagens no município mostra que cerca de 60% dos adultos e 30% das crianças que procuram atendimento estão incluídos no Risco E ou F, necessitando, assim, de agendamento para o tratamento individual. Por outro lado, cerca de 10% dos triados estão incluídos no Risco D e não necessitam, portanto, de tratamento individual. Este percentual deve participar dos Grupos de Fluoroterapia Intensiva.

Todos os triados que apresentam Risco A, B ou C devem ser agendados para Grupos de Atividade Coletiva de Ação Educativa e Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada.

Todas as triagens realizadas nas unidades devem ser anotadas como **Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica** (código: 01.01.02.004-0).

O Técnico de Saúde Bucal (TSB) deve ser utilizado em toda sua potencialidade técnica, mormente na responsabilização e condução das atividades de grupos. Especialmente nas Unidades onde não há cadeira odontológica exclusiva para o TSB, este assumirá mais amplamente as Ações Coletivas, conforme já especificado anteriormente.

### **NOTAS:**

- A Unidade deve organizar **Grupos de Fluoroterapia Intensiva** para os usuários identificados como de alto risco (D, E e F para risco de cárie; 6 e 8 para risco periodontal) e devem ser agendados para os cuidados do TSB e do CD.
- Os usuários classificados como de risco D para cárie dentária e risco 1 e 2 para doença periodontal serão agendados para o TSB, nas Unidades que contam com este profissional.

- Para a agenda do CD são priorizados os usuários que apresentam risco F, risco E (dentre os riscos E, aqueles em que forem identificadas cavidades com maior urgência de intervenção) e aqueles com maior risco no que se refere aos tecidos moles.

### Organização do prontuário odontológico

A consulta odontológica deve ser qualificada e do prontuário devem constar a anamnese, o exame clínico e a autorização do usuário, com referência aos procedimentos e tratamentos indicados, conforme legislação em vigor. As Fichas Odontológicas vigentes estão apresentadas no capítulo dos Anexos.

Quadro 10: Agendamento mensal e diário para uma ESB considerando o CD de 20 h semanais.

ESB	Grupo de triagem	Grupo etário	Estimativa de faltas = 15%	Nº total p/ triagem	Número de usuários classificadas como de alto risco	Resultado da Triagem: alto risco	Agendamento
1 CD	55 usuários	33 adultos	5	28 adultos	60% aprox. 17 adultos	17 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doença Bucal (CDB) em, no máximo, 5 consultas	4 agendados por dia, em consultas de 40 minutos, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco, se possível
		32 crianças	5	27 crianças	30% aprox. 8 crianças	8 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas	1 agendado por dia, em consulta de 40 minutos, sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco, se possível
1 CD e 1 ASB	70 usuários	50 adultos	8	42 adultos	60% aprox. 25 adultos	25 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doença Bucal (CDB) em, no máximo, 5 consultas	4 agendados por dia, em consultas de 40 minutos, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco, se possível
		20 crianças	3	17 crianças	30% aprox. 5 crianças	5 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas	2 agendados por dia, em consultas de 40 minutos, sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco, se possível

**NOTA:** Média de 20 dias úteis por mês para o cálculo da produtividade mensal, excluindo-se o tempo destinado às Ações Educativas, Ações Coletivas, Reuniões e/ou Educação Continuada.

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

AGENDAMENTO / RENDIMENTO / ACOLHIMENTO (NOVAS CONSULTAS)		EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	
		1 CD	1 CD + 1 ASB
AGENDAMENTO	DIAS ÚTEIS/MÊS NA CLÍNICA	16 (70%)	18 (70%)
	Nº AGENDAMENTOS/DIA	5 (4 adultos / 1 criança)	6 (4 adultos / 2 crianças)
RENDIMENTO	PROCEDIMENTOS/USUÁRIO	2,5	3,5
	PROCEDIMENTOS/HORA	3,75	5,25
	PROCEDIMENTOS/DIA	12,5	21,0
MÉDIA 1ºS NOVAS CONSULTAS: TI ESTIMADO / MÊS PARA ALTO RISCO	ADULTOS	10 (média)	14 (média)
	CRIANÇAS	6 (média)	5 (média)
	TOTAL TI /MÊS = ACOLHIMENTO POTENCIAL	16 (média)	19 (média)

Quadro 11: Agendamento Mensal e Diário para uma ESB, considerando CD de 40 horas semanais.

ESB	Grupo triagem	Grupo etário	Estimativa de faltas: 15%	Nº total p/ triar	Número de pessoas classificadas como E, F	Agendamento mensal	Agendamento diário
1 CD	110 pessoas	90 adultos	13	77 adultos	60% aprox. 35 adultos	35 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doenças Bucais (CDB) em, no máximo, 5 consultas	7 agendados por dia, em 40 minutos de consulta, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco, se possível
		20 crianças	6	15 crianças	30% aprox. 15 crianças	15 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas	3 agendados por dia, em 40 minutos de consulta, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco, se possível
1 CD e 1 ASB	140 pessoas	75 adultos	11	64 adultos	60% aprox. 38 adultos	38 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas	8 agendados por dia, em 40 minutos de consulta, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco, se possível
		65 crianças	10	55 crianças	30% aprox. 15 crianças	16 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas	4 agendamentos por dia, em 40 minutos de consulta, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco, se possível
1 CD, 1 ASB e 1 TSB	150 pessoas	90 adultos	13	77adultos	60% aprox. 45 adultos	45 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas	8 agendados por dia, em 40 minutos de consulta, sendo que o tratamento será realizado por hemiarco, se possível
		60 crianças	5	50 crianças	30% aprox.. 15 crianças	15 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 5 consultas	4 agendamentos por dia, em 40 minutos de consulta, sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco, se possível

**NOTA:** Média de 20 dias úteis por mês para o cálculo da produtividade mensal, excluindo-se o tempo destinado às Ações Educativas, Ações Coletivas, Reuniões e/ou Educação Continuada.



Quadro 11 A: Média de atendimento diário, rendimento e número esperado de Primeiras Consultas / Tratamentos concluídos (convencional ou em CDB) para equipe de 40 h semanais.

AGENDAMENTO / RENDIMENTO / ACOLHIMENTO (NOVAS CONSULTAS)		EQUIPE DE SAÚDE BUCAL		
		1 CD	1 CD + 1 ASB	1 CD + 1 ASB + 1 TSB
AGENDAMENTO	DIAS ÚTEIS/MÊS NA CLÍNICA	16 (70%)	18 (80%)	20 (90%)
	Nº AGENDAMENTOS/DIA	10 (7 adultos / 3 criança)	12 (8 adultos / 4 crianças)	12 (8 adultos / 4 crianças)
RENDIMENTO	PROCEDIMENTOS/USUÁRIO	2,5	3,5	3,5
	PROCEDIMENTOS/HORA	3,75	5,25	5,25
	PROCEDIMENTOS/DIA	25,0	42,0	42,0
MÉDIA 1ªS NOVAS CONSULTAS: TI ESTIMADO / MÊS PARA ALTO RISCO	ADULTOS	25 (mínimo)	27 (mínimo)	30 (mínimo)
	CRIANÇAS	11 (mínimo)	11 (mínimo)	13 (mínimo)
	TOTAL TI /MÊS = ACOLHIMENTO POTENCIAL	36 (mínimo)	38 (mínimo)	43 (mínimo)

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

- realização das ações coletivas de saúde bucal (20% da carga-horária do CD, por semana);
- 1 hora semanal para reunião de equipe;
- 1 hora semanal para visita domiciliar (dependendo da composição da equipe a VD dependerá do planejamento da Unidade)
- 1 hora semanal para a realização de grupos educativos (ou quinzenal, dependendo da composição das Equipes de Saúde Bucal de cada Unidade);
- 1 hora semanal para educação permanente
- 1 hora mensal para o planejamento das triagens e tabulação dos dados e organização da agenda e 4 horas mensais para a realização das triagens;
- até 1 hora mensal para reuniões administrativas, dentre outras.

### 3.3. Planejamento das ações assistenciais em saúde bucal nas Unidades que contam com a ESF

Passo-a-passo para a triagem / Planejamento da triagem:

- Planejar as atividades com 45 dias de antecedência da data agendada para a triagem;
- Incluir, no planejamento, a necessidade de impressos e insumos indispensáveis;
- Entregar os convites para as famílias e solicitar a aposição da assinatura do recebedor;

- Marcar 1 (uma) micro área a cada 2 horas;
- Realizar a triagem, sempre que possível, na própria Unidade Básica de Saúde;
- Realizar a triagem a cada 6 / 8 semanas, conforme a Modalidade da ESB (Quadro12).

Com um mês de antecedência (mês referente a um ciclo do SISAB), entregar aos Agentes Comunitários de Saúde:

- A planilha de convite (notificação do usuário: Anexo 7). Esta planilha deve conter: (i) o número/nome da Equipe; (ii) número da micro área; (iii) número da família; (iv) nome dos membros de cada família que será convidada e a assinatura da pessoa convidada ou do seu responsável. A planilha é preenchida pelo ACS em suas visitas programadas;
- Convite às famílias, constando o dia, local e horário em que será realizada a triagem; este convite também é entregue pelo ACS, no momento em que preencher a planilha de notificação do usuário;
- A ESB receberá as planilhas de convite preenchidas pelos ACS, uma semana antes do dia marcado para a triagem.

No dia da triagem:

- Explicar às famílias presentes o processo da triagem e como se dá o acesso às ações de saúde bucal;
- Realizar a triagem de risco, preenchendo a planilha de triagem. O procedimento para apontamento dessa atividade deverá ser: ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica – 01.02.02.004-0;
- Para os usuários classificados como de baixo risco e risco moderado para a cárie e baixo risco à doença periodontal (0) e tecidos moles (0) abrir uma ficha clínica, realizar escovação dental supervisionada (com evidenciação da placa bacteriana) e anotar na ficha os procedimentos realizados. Para os usuários identificadas como de alto risco (D, E e F para cárie; 1, 2, 6 e 8 para doença periodontal; 1 e 2 para tecidos moles), organizar os grupos de fluoroterapia intensiva e o agendamento para o TSB e o CD. Os usuários classificados como de risco D para cárie dentária e risco PI e P2 para doença periodontal são agendados para o TSB, nas Equipes que dispõem deste profissional. Para a agenda do Cirurgião Dentista são priorizados aqueles que apresentaram risco F; risco E (dentre os riscos E, aqueles que foram identificados cavidades com maior urgência de intervenção).

Número de famílias a serem chamadas: depende da relação entre a ESB e a Equipe Saúde da Família. Quando esta relação for de 1 Equipe de Saúde Bucal para até três Equipes Saúde da Família, dever-se-á chamar 25 e 50 famílias por micro área para a Equipe Modalidade I e II, respectivamente. Quando esta relação for maior, as 50 famílias a serem convidadas podem ser identificadas, ao invés de por micro área, entre as famílias de maior vulnerabilidade social de diferentes micro-áreas. De qualquer forma, a capacidade de atendimento de cada Equipe de Saúde Bucal é a mesma e, portanto, o número de pessoas a serem triadas será o mesmo, conforme o Quadro 12.

Outras formas de organização podem ser estabelecidas quanto ao número de famílias a serem chamadas para a triagem, contanto que, a cada mês, cada Equipe Modalidade I e Equipe Modalidade II ofereçam, no mínimo, as vagas dispostas no Quadro 12 A, para os usuários classificados como de alto risco.

Também serão encaminhados para a triagem os usuários advindos do Acolhimento que poderá incluir:

- Grupos realizados na Unidade: a Equipe de Saúde Bucal deve participar dos Grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e outros, para garantir que os participantes sejam orientados a se agendarem para a triagem de saúde bucal subsequente.
- Demanda espontânea: os usuários que procurarem a Unidade, buscando o serviço de saúde bucal, devem ser agendados para a triagem subsequente.
- Campanha de diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal: os idosos triados, durante a Campanha devem também ser absorvidos em suas unidades de referência para o tratamento odontológico.
- Urgência: os usuários atendidos em situação de urgência devem ser agendados para a próxima triagem que ocorrerá na unidade, depois do primeiro **atendimento resolutivo**.

Quadro 12: Agendamento Mensal e Diário, segundo Modalidade de Equipe de Saúde Bucal na ESF.

4 MICRO ÁREAS POR ESF / 4 COMPONENTES POR FAMÍLIA	GRUPO TRIAGEM	
	MODALIDADE I [100 FAMÍLIAS (25 POR MICRO ÁREA: MÍNIMO)] [400 USUÁRIOS (MÍNIMO)]	MODALIDADE II [200 FAMÍLIAS (50 POR MICRO ÁREA: MÍNIMO)] [800 USUÁRIOS (MÍNIMO)]
ESTIMATIVA DE FALTAS (60%)	240 usuários	480 usuários
Nº TOTAL PARA TRIAR	<b>160 USUÁRIOS</b>	<b>320 USUÁRIOS</b>
PESSOAS CLASSIFICADAS COMO RISCO E, F	50% (considerando que é uma média entre adultos, que tem maior risco e crianças) = 80 usuários	50% (considerando que é uma média entre adultos, que tem maior risco e crianças) = 160 usuários
AGENDAMENTO MENSAL	56 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em Controle de Doenças Bucais (CDB) em, no máximo, 6 consultas (média)	112 adultos de alto risco para cárie ou doença periodontal; TC ou TC em CDB em, no máximo, 6 consultas (média)
	24 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 4 consultas (média)	48 crianças de alto risco; TC ou TC em CDB em, no máximo, 4 consultas (média)
AGENDAMENTO DIÁRIO	8 adultos agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por arcada ou hemiarco, se possível	8 adultos agendados por dia, sendo que o tratamento será realizado por arcada ou hemiarco, se possível
	4 crianças agendamentos por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco, se possível	4 crianças agendamentos por dia sendo que o tratamento deverá ser realizado por arcada ou hemiarco, se possível
TEMPO (APROXIMADO) PARA CONCLUSÃO	<b>5 SEMANAS</b>	<b>5 SEMANAS</b>

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

AGENDAMENTO / RENDIMENTO / ACOLHIMENTO (NOVAS CONSULTAS)		EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	
		MODALIDADE I: 1 CD + 1 ASB	MODALIDADE II: 1 CD + 1 TSB + 1 ASB
AGENDAMENTO	DIAS ÚTEIS/MÊS NA CLÍNICA	18 (80%)	20 (90%)
	Nº AGENDAMENTOS/DIA	12 (8 adultos / 4 crianças)	12 (8 adultos / 4 crianças)
RENDIMENTO	PROCEDIMENTOS/USUÁRIO	3,5	3,5
	PROCEDIMENTOS/HORA	5,25	5,25
	PROCEDIMENTOS/DIA	42,0	42,0
MÉDIA 1ªS NOVAS CONSULTAS: TI ESTIMADO / MÊS PARA ALTO RISCO	ADULTOS	27 (mínimo)	30 (mínimo)
	CRIANÇAS	11 (mínimo)	13 (mínimo)
	TOTAL TI /MÊS = ACOLHIMENTO POTENCIAL	38 (mínimo)	43 (mínimo)

Quadro 13: Agendamento para a equipe de saúde bucal, segundo o risco identificado (Triagem).

CONDIÇÃO	PATOLOGIA	RISCO	RH	ABORDAGEM
BAIXO RISCO	Cárie	A	ASB	Grupos de orientação de, no mínimo, 12 pessoas com duração de, no mínimo, 30 minutos. Escovação supervisionada, preferencialmente no dia da Triagem. Retorno em 1 ano, em Grupos, com a ASB.
	Doença periodontal	0		
	Tecidos moles	0		
RISCO MODERADO	Cárie	B, C	ASB, TSB	Grupos de orientação de, no mínimo, 12 pessoas com duração de, no mínimo, 30 minutos. Escovação supervisionada, preferencialmente no dia da Triagem. Retorno em 1 ano, em Grupos, com a ASB ou TSB.
	Doença periodontal	B		
	Tecidos moles	1	CD	Critério do Cirurgião-Dentista.
ALTO RISCO	Cárie	D	CD, TSB	Grupos de orientação de, no mínimo, 12 pessoas com duração de, no mínimo, 30 minutos, preferencialmente no dia da Triagem. Fluorterapia intensiva, sob a responsabilidade do CD ou TSB. Retorno em 8 meses, em Grupos.
	Doença periodontal	1, 2		
	Cárie	E, F	CD, TSB	Grupos de orientação de, no mínimo, 12 pessoas com duração de, no mínimo, 30 minutos, preferencialmente no dia da Triagem. Prioridade para atendimento clínico feito por hemiarco. Retorno em 4 meses, em Grupos.
	Doença periodontal	6, 8		
	Tecidos moles	2	CD	<b>ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA O CEO.</b>

#### 4. MODELO DE ATENDIMENTO

O atendimento obedecerá aos pressupostos declarados neste Documento de Diretrizes e realizado, preferencialmente em **duas fases**, com o objetivo de ampliar, num tempo menor, a cobertura das ações de saúde bucal e tirar do risco às doenças bucais o maior número de pessoas.

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

##### **Primeira Fase (plano de tratamento sugerido):**

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

##### **Segunda Fase (plano de tratamento sugerido):**

- Restaurações definitivas, cirurgias eletivas e encaminhamentos para as especialidades odontológicas.

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

- Participação semanal de um dos membros da Equipe de Saúde Bucal nas reuniões semanais das Equipes da Unidade;
- Atendimento domiciliar aos usuários impossibilitados de locomoção, observando-se o disposto no documento “**Cuidados Domiciliares em Saúde Bucal**”, disponível no site da Secretaria Municipal de Saúde;
- Reuniões das Equipes de Saúde Bucal (que não excedam 4 (quatro) horas mensais);
- Realização das ações coletivas de saúde bucal (4 horas semanais para o Cirurgião-Dentista) e maior número de horas para o TSB que estiver fora da cadeira odontológica;
- 1 hora semanal para a realização de grupos educativos (ou quinzenal, dependendo da relação equipe de saúde bucal/Equipe Saúde da Família);
- 1 hora mensal para o planejamento das Triagens.

**De qualquer forma, no mínimo, 32 horas semanais devem ser dedicadas, exclusivamente, à clínica.**

#### 5. AVALIAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

É imprescindível que os profissionais da ESB conheçam os Sistemas de Informação e a façam o preenchimento adequado das fichas e alimentem o sistema informatizado de acompanhamento das ações desenvolvidas e avaliação, bem como do conjunto dos Indicadores.

Assim, a ESB deve consultar sistematicamente o documento “**Nota Técnica – Saúde Bucal – Módulo Reduzido do SIGA**” de janeiro de 2011.

Indicadores para Avaliação: consultar o Anexo 12: Monitoramento das ações de Saúde Bucal.

## 6. RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Para atender à legislação vigente (Resolução Conselho Federal de Odontologia – CFO Nº 063/2005) faz-se necessária a indicação de um Responsável Técnico, Cirurgião-Dentista, nos estabelecimentos de prestação de serviços odontológicos.

## 7. HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO

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

Acolher a pessoa que procura a Unidade, ouvir a queixa, atender, orientar, encaminhar, informando-a sobre seus direitos é um dos aspectos mais importantes do serviço de saúde. Neste sentido, mesmo na Unidade que não conte com a Saúde da Família, a busca de ações domiciliares para pacientes acamados deve ser uma estratégia a ser adotada, bem como a capacitação dos cuidadores em relação à saúde bucal.

## 8. MAIOR RESOLUTIVIDADE DA CLÍNICA BÁSICA

Com o avanço do processo da universalização das ações de saúde bucal e sempre na perspectiva do cuidado integral, como direito precípuo de cidadania, é imperativo que este nível de atenção esgote seus limites de atuação, encaminhando de forma criteriosa para o nível especializado, apenas as pessoas portadoras de condições que efetivamente requeiram atenção em outro nível do sistema. Neste sentido, há necessidade de que sejam observadas as rotinas de encaminhamento das ações básicas para as especializadas, bem como observadas a contrarreferência.

Assim cada vez mais é necessário que o clínico geral amplie o seu leque de ações. Os “Cadernos de Saúde Bucal” produzidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2004, com recomendações para atendimento de pacientes com necessidades especiais, cirurgia ambulatorial, endodontia, periodontia, semiologia, odontopediatria e ortodontia preventiva podem subsidiar os cirurgiões-dentistas da atenção básica, constituindo-se num instrumento que, além de auxiliar na ampliação da resolatividade, agiliza o processo de referência e contrarreferência. Estes documentos e outros produzidos pela Área Técnica de Saúde Bucal encontram-se disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde.

## 9. SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Sob a ótica da Rede de Serviços o Pronto Atendimento e Pronto Socorro, frequentemente, consubstanciam “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 equipamentos odontológicos, desenvolvem as ações durante as 24 horas do dia: **ações que necessitam ser resolutivas e de qualidade**, permeadas pelo princípio da humanização e do acolhimento, baseadas nas boas práticas da clínica (com qualidade e respeito à biossegurança).

Neste sentido, faz-se necessária a **realização efetiva de procedimentos odontológicos** (ex. exodontias, drenagens de abscessos entre outros) e não apenas medicação e encaminhamento, para a real solução de urgências odontológicas há a necessidade de intervenção. Só não é possível intervir se houver trismo ou edema limitante da abertura da boca. Caso contrário em todo atendimento de urgência odontológica deve haver intervenção, o mais resolutiva possível, com realização de procedimentos, acompanhado ou não de terapêutica medicamentosa.

**O indivíduo deve ser atendido e seu problema resolvido!** Ressalte-se que a Rede Básica do Município será sempre insuficiente, particularmente considerando a demanda de adultos que acumulam grandes necessidades de tratamento. Por este motivo, dentro das possibilidades de cada serviço, deve ser considerado 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.

As principais atividades realizadas nos PA e PS são: **tratamento de odontalgias, tratamento dos abscessos dento-alveolares, tratamento das hemorragias dentárias e das alveolites, além do atendimento a politraumatizados e cirurgia oral menor.**

Necessidades que mereçam encaminhamento devem ser avaliadas, bem como a forma de fazê-lo, garantindo-se o processo de referência e contrarreferência para assegurar a resolutividade dos problemas dos indivíduos: estes não podem ser deixados à mercê da própria sorte e “soltos” no sistema. Os PS e PA assumem, portanto, relevante importância na assistência em saúde bucal, pois caracterizam intersecção entre o atendimento primário, secundário e terciário. São os responsáveis pelo atendimento de urgências e emergências e representam a porta de entrada do politraumatizado, antes do seu encaminhamento para o hospital de referência.

Cabe destacar que as Unidades de Saúde são referências para os PS e PA. Após o atendimento de urgência, o usuário deverá ser encaminhado para sua Unidade de referência para o cuidado em saúde bucal. Deve-se buscar a sintonia entre o plantonista e a equipe de saúde bucal da UBS de referência do usuário. Destaca-se que todas as equipes de saúde bucal das Unidades Básicas de Saúde devem acolher as urgências e atendê-las, incluindo o usuário na triagem subsequente.

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

Ante estas considerações recomenda-se que, nos plantões diurnos, sejam mantidos dois plantonistas, em benefício de um pronto atendimento às urgências, em que as boas práticas da clínica possam ser observadas, e que o atendimento humanizado possa ser utilizado em benefício do usuário, sobretudo, mas também do trabalhador de saúde, considerando-se os momentos de picos do serviço, momentos em que as urgências odontológicas somam-se às urgências resultantes de politraumatismos, e que alguns procedimentos requerem, por vezes, a atuação de dois profissionais, concomitantemente.

## **10. ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

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

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) estão preparados para realizar as seguintes especialidades: diagnóstico bucal, com ênfase na detecção do câncer, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, atendimento a usuários com deficiências e próteses totais e parciais removíveis e fixas (unitárias e múltiplas até 3 elementos).

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

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

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

Foram criadas, na SMS, Unidades Especializadas para essa finalidade, que contam com equipes multiprofissionais que incluem o Cirurgião-Dentista, tendo em vista o histórico da epidemiologia da AIDS e a dificuldade do atendimento pela rede básica dos indivíduos HIV positivos. Estas Unidades devem realizar, nesta população, todos os procedimentos previstos para a atenção básica, observando-se os parâmetros propostos e já descritos (com exceção das Ações Coletivas realizadas nos espaços escolares), devendo, também, ter sua resolutividade ampliada.

Desta forma, procedimentos de endodontia (no mínimo em dentes uni-radiculares) e procedimentos de periodontia não cirúrgicos podem ser executados na própria Unidade, referenciando para os CEO apenas o que não for passível de resolução, respeitados os protocolos de encaminhamento. Estas unidades também podem ser referência para os profissionais da rede básica e dos CEO no que diz respeito à capacitações em DST/AIDS.

Deve-se salientar, todavia, que se para o usuário for melhor que o atendimento odontológico, no âmbito das ações da atenção básica em saúde bucal, seja feito na UBS mais próxima de sua residência, a Unidade Básica de Saúde não pode negar o atendimento a pessoas portadoras de DST/AIDS.

## **11. ATENDIMENTO EM ÂMBITO HOSPITALAR**

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



Tradicionalmente, o atendimento em saúde bucal nos hospitais da rede municipal direciona-se, quase que exclusivamente, aos indivíduos com trauma bucomaxilofacial. Entretanto, a partir do reconhecimento da interação entre doenças bucais e sistêmicas, e sempre na perspectiva do “cuidado integral”, torna-se premente a atenção odontológica para pacientes hospitalizados portadores de doenças sistêmicas, seja por condições momentâneas em que o atendimento ambulatorial não for possível, seja por condições do indivíduo que requerem, mesmo para um procedimento simples, uma retaguarda hospitalar (pacientes com discrasias sanguíneas, oncológicos, dentre outros).

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

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

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

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

## 12. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PSF Santa Marcelina. Diretrizes Gerais. São Paulo, 1999

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Composição da equipe</b>	<b>Atividades</b>	<b>Horas</b>	<b>TOTAL/MÉDIA EXECUTADAS</b>	
<b>Equipe de Saúde Bucal Modalidade I (1 CD + 1 ASB) – 40 horas</b>	Reunião semanal da equipe	1	1 reunião/semana	
	Visita domiciliar	1	Conforme planejamento da unidade	
	Educação permanente/atividades administrativas	1	Conforme planejamento da unidade	
	Grupo educativo	1	02 atividades/semana	
	Procedimentos coletivos	4	Meio período/semana	
	Consultas programáticas (40 minutos)	32	12 atendimentos/dia	
	<b>Nº de atendimentos / mês</b>		<b>192 atendimentos</b>	
	<b>Número mínimo de primeiras consultas odontológicas/mês</b>		<b>38 primeiras consultas odontológicas /mês</b>	
	<b>Nº de procedimentos/ atendimento=3,5</b>		<b>672 procedimentos / mês</b>	
	<b>Nº de tratamentos concluídos</b>		<b>100% das primeiras consultas odontológicas do mês</b>	

<b>Equipe de Saúde Bucal Modalidade II</b> <b>(1 CD + 1ASB + 1 TSB)</b> <b>– 40 horas</b>	Reunião semanal da equipe	1	1 reunião/semana	
	Visita domiciliar	1	Conforme planejamento da unidade	
	Educação permanente/atividades administrativas	1	Conforme planejamento da unidade	
	Grupo educativo	1	02 atividades/semana	
	Procedimentos coletivos	4	Triagem realizada pelo CD e demais atividades realizadas pelo TSB.	
	Consultas programáticas (40 minutos)	36	12 atendimentos/consultas dia	
	<b>Nº de atendimentos / mês</b>		216 consultas/atendimentos/mês	
	<b>Número mínimo de primeiras consultas odontológicas/mês</b>		<b>43</b> primeiras consultas odontológicas/mês	
	<b>Nº de procedimentos/ atendimento=3,5</b>		<b>756 procedimentos/mês</b>	
	<b>Nº de tratamentos concluídos</b>		100% das primeiras consultas odontológicas do mês	

<b>Equipe de Saúde Bucal - 1 CD + 1ASB – 20 horas</b>	Educação permanente/reunião de equipe	-	Conforme planejamento
	Grupo educativo	-	01 atividade/semana
	Procedimentos coletivos	4	Um período/semana
	Consultas programáticas (40 minutos)	16	6 atendimentos/dia
	<b>Nº de atendimentos / mês</b>		<b>96 atendimentos</b>
	Número mínimo de primeiras consultas odontológicas/mês		19 primeiras consultas odontológicas/mês 1 atendimento = consulta de 40 minutos
	<b>Nº de procedimentos / atendimento=3,5</b>		<b>336 procedimentos / mês</b>
	<b>Nº de tratamentos concluídos</b>		<b>100% das primeiras consultas odontológicas do mês</b>

<b>Saúde Bucal 1 CD – 20 horas</b>	Educação permanente/reunião de equipe	-	Conforme planejamento
	Grupo educativo	1	01 atividades/semana
	Procedimentos coletivos	4	Um período/semana
	Consultas programáticas (45 minutos)	15	5 atendimentos/dia
	<b>Nº de Atendimentos / mês</b>		<b>80 atendimentos</b>
	Número de primeiras consultas odontológicas/mês		16 primeiras consultas odontológicas/mês
	<b>Média de Nº de procedimentos / Atendimento=2,5</b>		<b>200 procedimentos / mês</b>

<b>Saúde Bucal - 1 CD – 40 horas</b>	Educação permanente	1	Conforme planejamento	
	Grupo educativo	1	01 atividades/sem.	
	Procedimentos coletivos	4	Um período/sem	
	Consultas programáticas (45 minutos)	34	10 atendimentos/dia	
	<b>Nº de Atendimentos / mês</b>		<b>180 atendimentos</b>	
	Número de primeiras consultas odontológicas/mês		36 primeiras consultas odontológicas/mês	
	<b>Média de Nº de procedimentos / Atendimento=2,5</b>		<b>450 procedimentos / mês</b>	