

# MAIO VERMELHO

DIA ESTADUAL DE LUTA CONTRA  
O CÂNCER BUCAL - 31 DE MAIO



# PROJETO MAIO VERMELHO

## ESTOMATOLOGIA SMS - PMPA

CEO SANTA MARTA

Juliana Romanini

julianar@sms.prefpoa.com.br

CEO VILA DOS COMERCIÁRIOS

Fabio Luiz Dal Moro Maito

fabiom@sms.prefpoa.com.br

CEO BOM JESUS

Marcelo Rodrigues Dadalt

CEO UFRGS

Vinícius Coelho Carrard

CEO GHC

Maurício Volkweis

**MAIO VERMELHO**  
DIA ESTADUAL DE LUTA CONTRA  
O CÂNCER BUCAL - 31 DE MAIO



Prefeitura de  
Porto Alegre



# ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES



## PARTE 1

### INFORMAÇÕES QUE FICAM COM A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

- ✓ **COMO FUNCIONAM OS FLUXOS**
- ✓ COMO ORGANIZAR AS AÇÕES NO TERRITÓRIO
- ✓ INFORMAÇÕES QUE DEVEM SER REATADAS NO FINAL DA CAMPANHA

## ✓ COMO FUNCIONAM OS FLUXOS NA REDE MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE



### 2.2.5 Critérios de Encaminhamento para Estomatologia

A especialidade de Estomatologia irá atender pacientes de todos os territórios de Porto Alegre que necessitem de:

- Diagnóstico de lesões bucais;
- Manejo clínico e cirúrgico-ambulatorial de lesões da mucosa bucal e dos ossos maxilares;
- Solicitação de exames complementares pré-operatórios ou de necessidade diagnóstica para manifestações bucais: exames laboratoriais, exames de imagem (radiografias, tomografias, ressonância magnética, ecografia);
- Pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna da cavidade bucal (com laudo histopatológico) que devam ser encaminhados para a rede hospitalar para tratamento.

## ✓ COMO FUNCIONAM OS FLUXOS NA REDE MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE



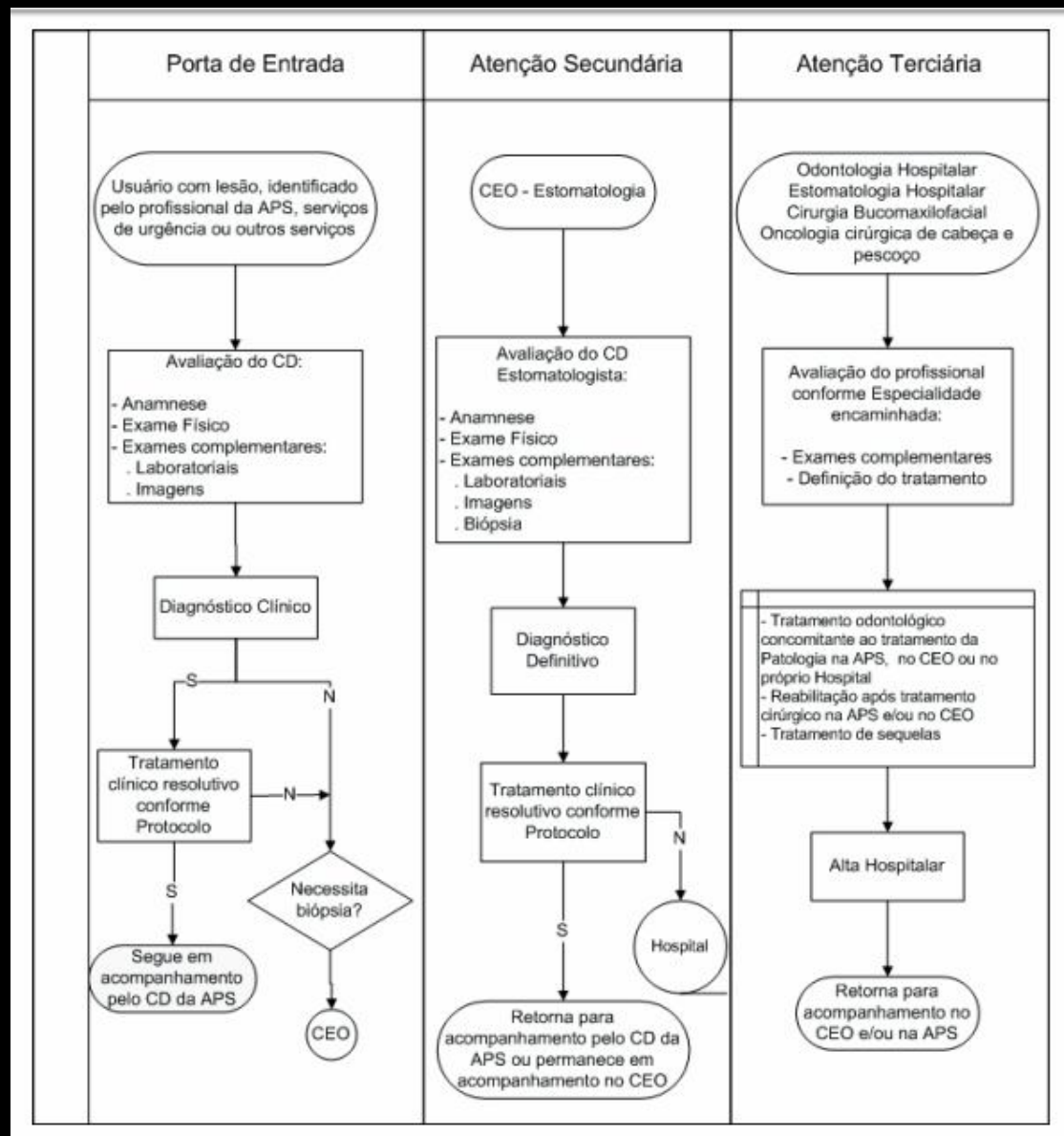
### Formas de Acesso ao Cuidado

- a) O agendamento da primeira consulta será feito pela unidade de atenção primária ou pelo serviço de urgência diretamente no sistema de marcação vigente;
- b) No DRCCR deve estar descrito o motivo do encaminhamento, tratamento prévio realizado (ajuste de próteses, medicação prescrita, etc.).
- c) Consultas de procedimento serão marcadas pelo Estomatologista;
- d) Consultas de retornos serão marcadas diretamente no CEO através do telefone ou pessoalmente pelo próprio paciente.
- e) Os pacientes devem ser encaminhados para o Serviço de Estomatologia preferentemente pelo Cirurgião-dentista integrante de:
  - equipes de atenção primária em saúde;
  - serviços de urgência;
  - serviços de alta complexidade;
  - serviços especializados (DST/AIDS, hepatites, hemocentro...);
  - campanhas e ações de prevenção em saúde.
- f) Eventualmente, o encaminhamento poderá ser feito por outro profissional da saúde de nível superior responsável pelo paciente, devendo conter no DRCCR as informações do cidadão, contato e outras necessidades importantes.

# Critérios de Encaminhamento para Estomatologia



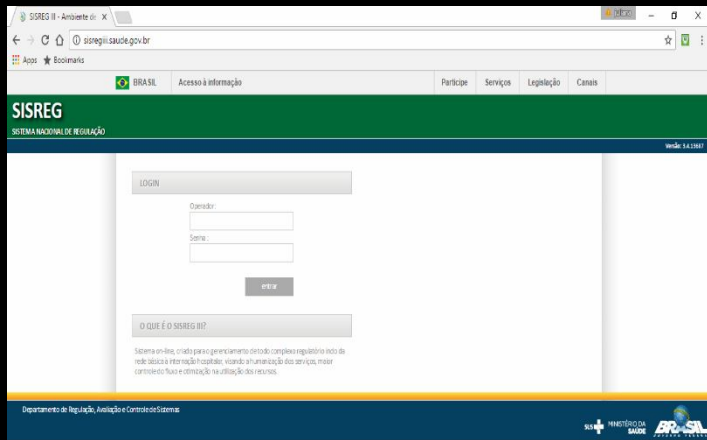
protocolosaudebucal2014.pdf





# ✓ COMO FUNCIONAM OS FLUXOS NA REDE MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

ATENÇÃO BÁSICA → CEO



CEO → HOSPITAL



## Formas de Acesso ao Cuidado

a) O agendamento da primeira consulta será feito pela unidade de atenção primária ou pelo serviço de urgência diretamente no sistema de marcação vigente;

e) Os pacientes devem ser encaminhados para o Serviço de Estomatologia preferentemente pelo Cirurgião-dentista integrante de:

- equipes de atenção primária em saúde;
- serviços de urgência;
- serviços de alta complexidade;
- serviços especializados (DST/AIDS, hepatites, hemocentro...); campanhas e ações de prevenção em saúde.

f) Eventualmente, o encaminhamento poderá ser feito por outro profissional da saúde de nível superior responsável pelo paciente, devendo conter no DRCR as informações do cidadão, contato e outras necessidades importantes.



## ✓ COMO FUNCIONAM OS FLUXOS NA REDE MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

b) No DRCR deve estar descrito o motivo do encaminhamento, tratamento prévio realizado (ajuste de próteses, medicação prescrita, etc.).

c) Consultas de Procedimento serão marcadas pelo Estomatologista;  
d) Consultas de retornos serão marcadas diretamente no CEO através do telefone ou pessoalmente pelo próprio paciente.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_  
NOME DA MÃE \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
BARRIO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_ TELEFONE PARA CONTATO \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE REFERENCIADA \_\_\_\_\_

MARCAÇÃO DA CONSULTA ESPECIALIZADA

UNIDADE DE SAÚDE REFERENCIADA \_\_\_\_\_  
SALA OU ÁREA \_\_\_\_\_  
ESPECIALIDADE \_\_\_\_\_  
PROFISSIONAL \_\_\_\_\_  
AGENDADA PARA O DIA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ SEQUÊNCIA \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO \_\_\_\_\_

OBS.: APÓS A CONSULTA ESPECIALIZADA, O PACIENTE DEVE RETORNAR A SUA UNIDADE DE SAÚDE, LEVANDO ESTE DOCUMENTO.

"DIGA NÃO ÀS DROGAS"

(148 x 210 mm - Bl. 2 x 50) A - CMA, MCD, S-200

**INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA**

DATA \_\_\_\_\_ CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA REFERÊNCIA \_\_\_\_\_ REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DE CONTRA-REFERÊNCIA**

DATA \_\_\_\_\_ CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA CONTRA-REFERÊNCIA \_\_\_\_\_ REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL \_\_\_\_\_

**CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**  
SANTA MARTA - ESTOMATOLOGIA

Paciente \_\_\_\_\_  
Prontuário \_\_\_\_\_ CNS \_\_\_\_\_  
Data da consulta \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_  
Ligar e marcar retorno em \_\_\_\_\_

Dra. JULIANA ROMANINI - ESTOMATOLOGIA  
CEO SANTA MARTA - Tel. 3289 2967  
Rua Cap. Montanha, 27 - 2º Andar Centro Histórico  
bs. \_\_\_\_\_



# PROTOCOLO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO



**Prefeitura de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal da Saúde**  
Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde  
Central de Marcação de Consultas Especializadas



## ESTOMATOLOGIA

### **PRIORIDADE ALTA (AMARELO)**

- \* Lesões com suspeita de malignidade (úlceras que não cicatrizam em 15 dias; leucoplasia; eritroplasia; lesões ósseas).
- \* Pacientes com comprometimento sistêmico: HIV+, hepatites, transplantados ou na fila para transplante, em tratamento oncológico ou em uso de bisfosfonatos.

### **PRIORIDADE BAIXA (AZUL)**

- \* Lesões que não desaparecem em 15 dias sob tratamento.
- \* Lesões com necessidade de diagnóstico e tratamento cirúrgico ambulatorial.
- \* Lesões que necessitem de diagnóstico, tratamento e acompanhamento especializado.

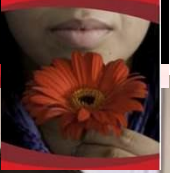
# ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES



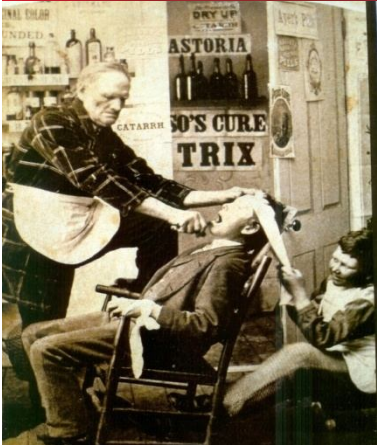
## PARTE 1

### INFORMAÇÕES QUE FICAM COM A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

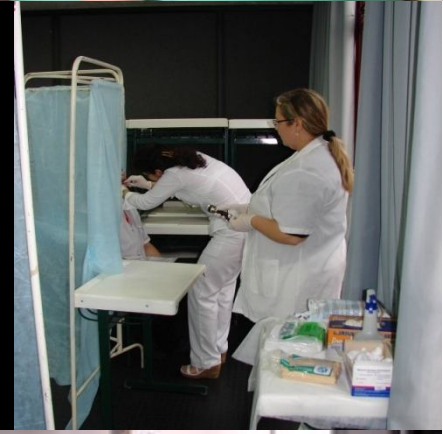
- ✓ COMO FUNCIONAM OS FLUXOS
- ✓ **COMO ORGANIZAR AS AÇÕES NO TERRITÓRIO**
- ✓ INFORMAÇÕES QUE DEVEM SER REATADAS NO FINAL DA CAMPANHA



# ✓ COMO ORGANIZAR AS AÇÕES NO TERRITÓRIO



**QUEM SOMOS?  
ONDE ATUAMOS?  
QUEM ATENDEMOS?**



# Atuação do Dentista

## DIAGNÓSTICO

**É processo pelo qual se avalia o estado clínico do paciente através da coleta de informações que permitem o reconhecimento da doença.**

O momento do diagnóstico é rico em de informações; de diálogo visando a uma orientação compatível com cada sujeito em atendimento , visando a prevenção e o autocuidado.

# Atuação da Equipe Auxiliar

## TSB

- participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

## ASB

- ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
- realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal;



Além das atribuições junto ao dentista na unidade de saúde

# Ações do ACS

- Orientar a higienização da boca de forma correta;
- Orientar para procurar o serviço de saúde bucal regularmente para avaliação e tratamento conforme orientação do cirurgião-dentista;
- Orientar sobre alimentação saudável;
- Orientar para que evitem o uso de tabaco/derivados e demais drogas;
- Evitar para que não abusem de bebidas alcoólicas;
- Orientar para procurar o serviço de saúde bucal o mais rápido possível, quando a pessoa apresentar:
  - Dentes cariados;
  - Dentes quebrados;
  - Dentaduras frouxas, mal adaptadas ou quebradas;
  - Feridas nos lábios, língua, gengiva, bochechas que não cicatrizam há vários dias;
  - Dificuldade para falar, sorrir e comer;
  - Dor, inchaço e vermelhidão



# NA CONVERSA, O QUE DEVEMOS DESCOBRIR?

- ✓ Ferida nos lábios, gengiva ou no interior da boca, que sangra facilmente e não parece melhorar;
- ✓ Um caroço ou inchaço na bochecha que se percebe ao passar a língua;
- ✓ Perda de sensibilidade ou sensação de dormência em qualquer parte da boca;
- ✓ Manchas brancas ou vermelhas na gengiva, língua ou qualquer parte da boca;
- ✓ Dificuldade para mastigar ou para engolir;
- ✓ Dor sem razão aparente ou sensação de ter algo preso na garganta;
- ✓ Inchaço que impede a adaptação correta da dentadura;
- ✓ Mudança na voz.

**31 MAIO**  
**DIA ESTADUAL DE LUTA CONTRA**  
**CÂNCER BUCAL**  
**ABRA A BOCA! EXAMINE! PREVINA!**



**Prefeitura de  
Porto Alegre**

# CARTAZ



**ONDE:**

**QUANDO:**

**PROCURE A EQUIPE DE  
SAÚDE BUCAL**





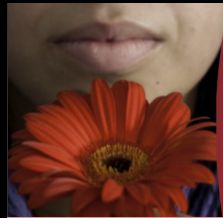
# 2016 PORTO ALEGRE FAIXAS E CARTAZES



# 2014 Porto Alegre – ESF Paulo Viaro



# FOLHETOS



**MAIO VERMELHO - 31 DE MAIO**  
**DIA ESTADUAL DE LUTA CONTRA O CÂNCER BUCAL**

## PREVENÇÃO E AUTOEXAME

A **PREVENÇÃO** SE FAZ EVITANDO AS CAUSAS: **FUMO, BEBIDAS ALCÓOLICAS, EXPOSIÇÃO SOLAR** E TAMBÉM IDENTIFICANDO PEQUENAS ALTERAÇÕES FAZENDO O **AUTOEXAME**:

SE VOCÊ ENCONTRAR ALGUMA ALTERAÇÃO OU FICAR COM ALGUMA DÚVIDA, PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DE SUA CASA OU SEU CIRURGIÃO-DENTISTA !

1. Comece pelos lábios tanto na parte interna como na externa.  
Observe se há mudança de cor ou áreas endurecidas.

2. Examine a bochecha dos dois lados.

3. Coloque a língua para fora, para um lado e para outro.

4. Sempre observe cor e qualquer outra alteração. Olhe bem a parte mais próxima à garganta.

5. Incline a cabeça para frente, coloque a língua no céu da boca e observe embaixo da língua.



6. Para finalizar, apalpe o pescoço e a mandíbula procurando caroços.



7. Aproveite o espelho e examine a garganta dizendo "AAAAA"!

6. Incline a cabeça para trás e observe o céu da boca; um espelho pode ajudar.

31 MAIO  
DIA ESTADUAL DE LUTA CONTRA  
O CÂNCER BUCAL  
ABRA A BOCA! EXAMINE! PREVINA!



# 2016 PORTO ALEGRE GERÊNCIAS DE SAÚDE



# ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES



## PARTE 1

### INFORMAÇÕES QUE FICAM COM A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

- ✓ COMO FUNCIONAM OS FLUXOS
- ✓ COMO ORGANIZAR AS AÇÕES NO TERRITÓRIO
- ✓ INFORMAÇÕES QUE DEVEM SER RELATADAS NO FINAL DA CAMPANHA

# ✓ INFORMAÇÕES QUE DEVEM SER RELATADAS



## NO FINAL DA CAMPANHA

- Que ações foram realizadas ( fora da unidade, na unidade...)
- Preenchimento adequado das fichas clínicas para obtenção de informações sobre a população
- Número de examinados, perfil dos examinados
- Quantos ficaram em tratamento na APS
- Quantos foram encaminhados para estomatologia (lesões suspeitas?)

# Por que fazer relatório?

## NO MUNDO

300.000 novos casos de câncer de boca sendo que em 2012 foram registrados 145.000 óbitos

## NO BRASIL

2016 mais de 15.000 novos casos

## NO RIO GRANDE DO SUL

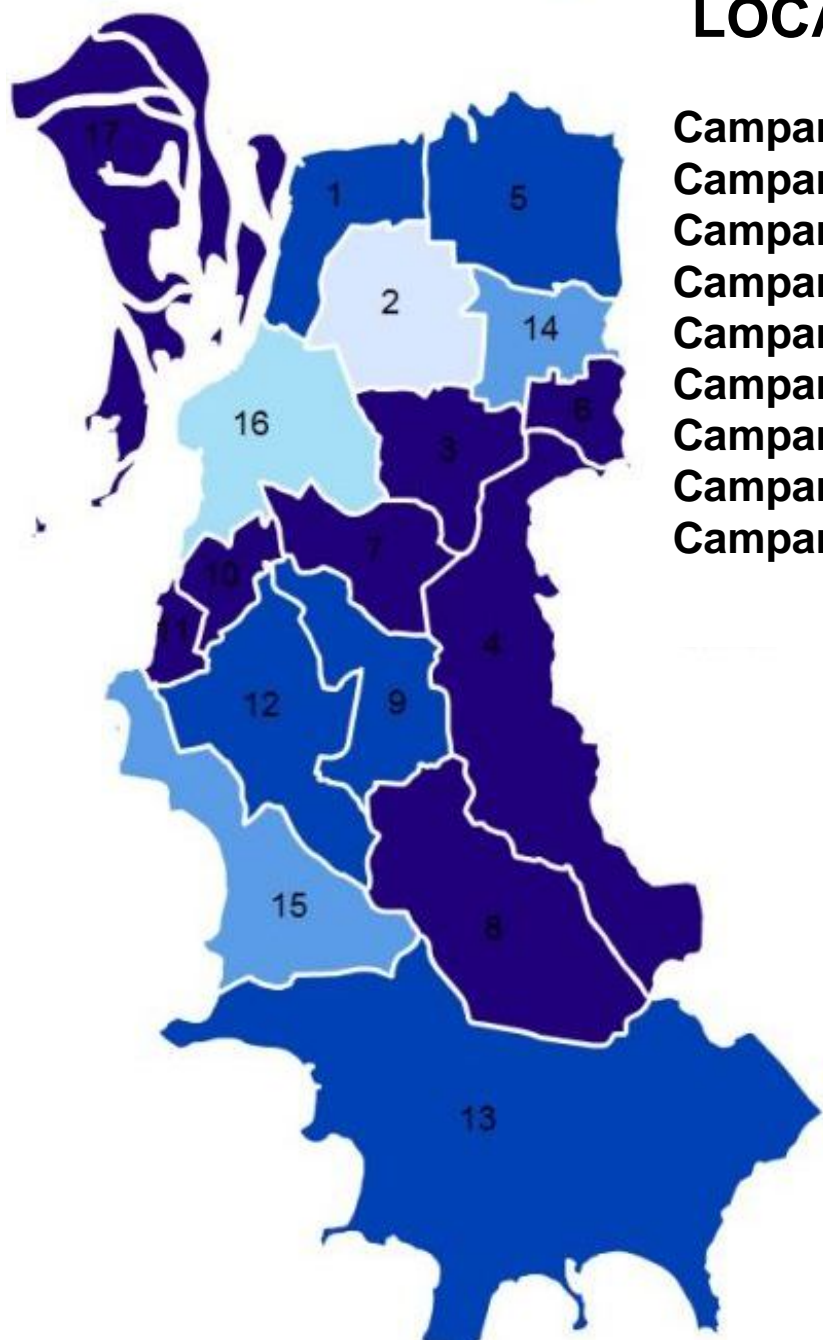
1.030 novos casos

150 novos casos em Porto Alegre

880 casos para o interior

**Estas estimativas são reais?**

## LOCAIS PARA EXAMES EM PORTO ALEGRE



- Campanha na Região Partenon Lomba do Pinheiro -
- Campanha na Região Restinga Extremo Sul
- Campanha na Região Norte Eixo Baltazar –
- Campanha na Região Leste NordestE -
- Campanha na Região Sul Centro Sul
- Campanha na Região NHNI
- Campanha na Região Centro
- Campanha na Região Ilhas
- Campanha na Glória Cruzeiro Cristal

~ 70 profissionais

1485 pacientes examinados

133 pacientes encaminhados

3 CEC  
confirmados



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**31 DE MAIO - DIA ESTADUAL DE LUTA CONTRA O CÂNCER BUCAL**  
**CAMPANHA DE PREVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_**

**Dados de identificação - Paciente**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 End.: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Fone/Cel.: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( ) Incompleto  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Renda: ( ) até R\$ 500,00 ( ) de R\$ 501,00 a R\$ 1000,00  
 ( ) de R\$ 1001,00 a 1500,00 ( ) acima R\$ 1500,00

**Doenças Sistêmicas:**

Hipertensão ( ) Não ( ) Sim Diabetes ( ) Não ( ) Sim Hepatite ( ) Não ( ) Sim  
 Colesterol alto ( ) Não ( ) Sim Outras ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

**Medicamentos (em caso afirmativo, especificar abaixo)**

Antihipertensivo ( ) Não ( ) Sim Diurético ( ) Não ( ) Sim Hipoglicemiante ( ) Não ( ) Sim  
 Antibiótico ( ) Não ( ) Sim Analgésico ( ) Não ( ) Sim A/NE ( ) Não ( ) Sim  
 Anticoncepcional ( ) Não ( ) Sim Antidepressivo ( ) Não ( ) Sim  
 Outros ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

**Hábitos:**

**Fumo**

Não  Sim  Parou há \_\_\_\_\_ (meses, anos)  
 Tipo \_\_\_\_\_ Cig/dia \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos

**Chimarrão**

Não  Sim  
 Temp. \_\_\_\_\_ Qtd/dia \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos

Outros (Especificar): \_\_\_\_\_  
 Temp. \_\_\_\_\_ Qtd/dia \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos

**Alcool**

Não  Sim  Parou há \_\_\_\_\_ (meses, anos)  
 Tipo \_\_\_\_\_ Qtd/sem (ml) \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos

**Exposição solar (atual e anterior)**

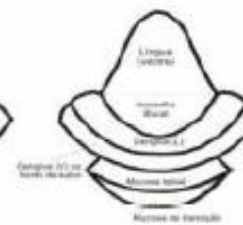
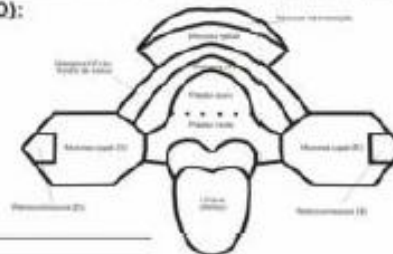
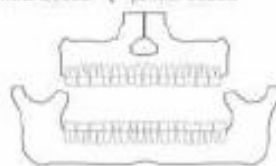
Não  Sim  Parou há \_\_\_\_\_ (meses, anos)  
 Tipo \_\_\_\_\_ Uso de protetor \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos  
 Ocupacional  Não  Sim  
 Lazer FPS \_\_\_\_\_

**Uso de prótese:**

Não  Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Condições: \_\_\_\_\_  
 Tempo de uso \_\_\_\_\_ anos (Última troca \_\_\_\_\_ (meses, anos) Tempo (anos) \_\_\_\_\_  
 Remove à noite  Não  Sim

**Exame Físico Intra-oral (USAR DESENHO):**

( ) Intra-óssea ( ) Extra-óssea



**Exame Físico Extra-oral:**

	Lesão fundamental	Tamanho (mm)	Cor	Consistência	Diagnóstico Clínico	Conduta
Lesão 1						
Lesão 2						
Lesão 3						
Lesão 4						

**Encaminhamento**

( ) Não ( ) Sim Onde? ( ) UBS ( ) CEO-Estomatologia Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) Outro: Qual? \_\_\_\_\_

Declaro que fui informado a respeito do meu estado de saúde bucal e que autorizo utilização dos meus dados de forma confidencial a fim de garantir minha privacidade para utilização em atividades de ensino e pesquisa.  
 Assinatura: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**31 DE MAIO - DIA ESTADUAL DE LUTA CONTRA O CÂNCER BUCAL**  
**CAMPANHA DE PREVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_**

**Dados de Identificação - Paciente**

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
End.: \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Fone/Cel.: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( ) Incompleto  
Ocupação: \_\_\_\_\_ Renda: ( ) até R\$ 500,00 ( ) de R\$ 501,00 a R\$ 1000,00  
( ) de R\$ 1001,00 a 1500,00 ( ) acima R\$ 1500,00

**Doenças Sistêmicas:**

Hipertensão ( ) Não ( ) Sim      Diabetes ( ) Não ( ) Sim      Hepatite ( ) Não ( ) Sim  
Colesterol alto ( ) Não ( ) Sim      Outras ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

**Medicamentos (em caso afirmativo, especificar abaixo)**

Antihipertensivo ( ) Não ( ) Sim      Diurético ( ) Não ( ) Sim      Hipoglicemiante ( ) Não ( ) Sim  
Antibiótico ( ) Não ( ) Sim      Analgésico ( ) Não ( ) Sim      AINE ( ) Não ( ) Sim  
Anticoncepcional ( ) Não ( ) Sim      Antidepressivo ( ) Não ( ) Sim  
Outro(s) ( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico

**Hábitos:**

**Fumo**

Não  Sim  Parou há \_\_\_\_\_ (meses,anos)

Tipo \_\_\_\_\_ Qtd/dia \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos

**Chimarrão**

Não  Sim

Temp. \_\_\_\_\_ Qtd/dia \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos

Outros (Especificar): \_\_\_\_\_

Temp. \_\_\_\_\_ Qtd/dia \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos

**Alcool**

Não  Sim  Parou há \_\_\_\_\_ (meses,anos)

Tipo \_\_\_\_\_ Qtd/sem (ml) \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos

**Exposição solar (atual e anterior)**

Não  Sim  Parou há \_\_\_\_\_ (meses,anos)

Tipo \_\_\_\_\_ Uso de protetor \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_ anos

Ocupacional  Não  Sim

Lazer FPS \_\_\_\_\_

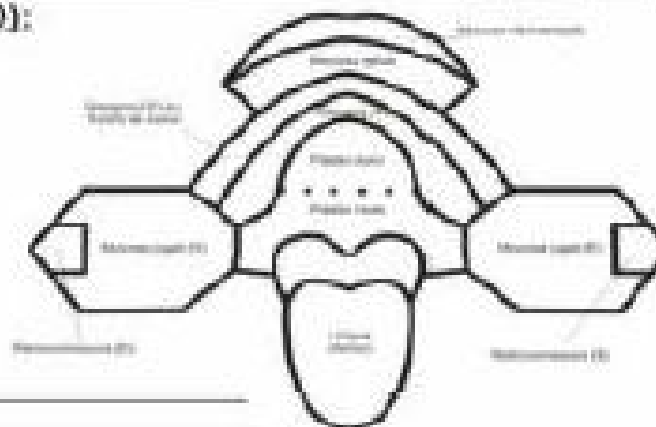
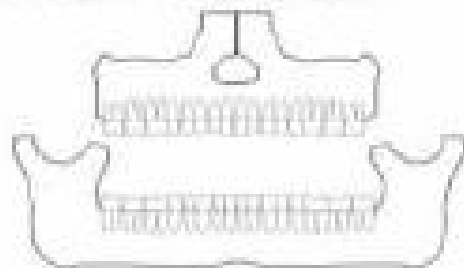
**Uso de prótese:**

Não  Sim Tipo: \_\_\_\_\_ Condições: \_\_\_\_\_

Tempo de uso \_\_\_\_\_ anos Última troca \_\_\_\_\_ (meses,anos) Tempo (anos) \_\_\_\_\_ Remove à noite  Não  Sim

**Exame Físico Intra-oral (USAR DESENHO):**

Intra-óssea  Extra-óssea



Exame Físico Extra-oral: \_\_\_\_\_

	Lesão fundamental	Tamanho (mm)	Cor	Consistência	Diagnóstico Clínico	Conduta
Lesão 1						
Lesão 2						
Lesão 3						
Lesão 4						

**Encaminhamento**

Não  Sim Onde?  UBS  GEO-Estomatologia Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Outro, Qual? \_\_\_\_\_

Declaro que fui informado a respeito do meu estado de saúde bucal e que autorizo utilização dos meus dados de forma confidencial a fim de garantir minha privacidade para utilização em atividades de ensino e pesquisa.

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



## ✓ INFORMAÇÕES QUE DEVEM SER RELATADAS NO FINAL DA CAMPANHA

- Que ações foram realizadas ( fora da unidade, na unidade...)
- Preenchimento adequado das fichas clínicas para obtenção de informações sobre a população
- Número de examinados, perfil dos examinados
- Quantos ficaram em tratamento na APS
- Quantos foram encaminhados para estomatologia (lesões suspeitas?)

As informação serão relatadas diretamente para a SMS por meio de formulário eletrônico:  
LINK A SER REPASSADO para a equipe

# ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES



## PARTE 2

### INFORMAÇÕES QUE PASSAM PARA EQUIPE DA UNIDADE

- ✓ CANCER BUCAL : NÚMEROS, ASPECTOS CLÍNICOS
  - ✓ FATORES DE RISCO
- ✓ PREVENÇÃO PRIMÁRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE
  - ✓ O QUE E COMO OBSERVAR O PACIENTE
- ✓ COMO SERÃO ORGANIZADAS AS AÇÕES NO TERRITÓRIO