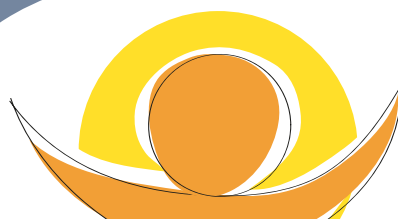


**PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM  
SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE**  
**ORGANIZAÇÃO DA REDE E FLUXOS DE ATENDIMENTO**



PORTO ALEGRE  
MAIS SAUDÁVEL

**2014**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ÁREAS TÉCNICAS  
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL

**PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE PORTO ALEGRE**

**ORGANIZAÇÃO DA REDE E FLUXOS DE ATENDIMENTO**

Organização  
Área Técnica de Saúde Bucal

Porto Alegre, Outubro de 2014.

## APRESENTAÇÃO

*"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação"* (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A qualificação das ações de Promoção, Prevenção e Reabilitação deve incidir sobre a lógica do sistema de saúde em todos os níveis de atenção, fortalecendo os princípios da Atenção Primária em Saúde (APS) em direção à integralidade do cuidado. Em Porto Alegre, a ampliação das Equipes de Saúde Bucal pretende fomentar mudanças estratégicas no modelo de atenção à saúde.

É fundamental garantir racionalidade e transparência ao fluxo de usuários dentro do Sistema Único de Saúde, com a definição de atores, posições e responsabilidades em todos os níveis de atenção, tendo por base os princípios organizativos da APS. Na Rede de Saúde, a Equipe de Saúde Bucal é composta pelo Cirurgião-Dentista (generalista ou especialista), Técnico de Saúde Bucal e Auxiliar de Saúde Bucal. Cada categoria profissional possui atribuições específicas e complementares na atenção individual e/ou coletiva ao paciente. Entre os espaços de atuação destes profissionais estão as unidades de saúde, unidades móveis, escolas, espaços comunitários, consultório de rua, domicílios, Centro de Especialidades Odontológicas, hospitais e ambientes em que as atividades odontológicas se fizerem necessárias.

Historicamente, políticas focais resultaram no aumento das desigualdades em saúde. As necessidades de saúde bucal se apresentam de forma heterogênea em uma determinada população e a busca por equidade torna imprescindível a redistribuição dos recursos de acordo com critérios epidemiológicos e sociais. Acesso, resolutividade e vínculo são conceitos centrais à produção do cuidado em Saúde Bucal. A partir desses conceitos, foi construído o **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal de Porto Alegre**. O objetivo principal deste Protocolo é propor

diretrizes ao acolhimento e estabelecimento da necessidade do usuário para a provisão dos serviços no momento propício e com a tecnologia adequada.

O **Protocolo de Atenção à Saúde Bucal de Porto Alegre** facilita a organização institucional do acesso aos serviços de saúde bucal através de condutas embasadas cientificamente e pactuadas em colegiado, formado por gestores e trabalhadores da SMS. O protocolo apresentado demandará constante debate e atualização entre gestores, profissionais e usuários, de forma a garantir efetividade e integração das ações aqui propostas.

Área Técnica de Saúde Bucal

**Prefeito Municipal de Porto Alegre**

José Fortunati

**Secretário Municipal de Saúde**

Carlos Henrique Casartelli

**Coordenação de Áreas Técnicas**

Gerson Barreto Winkler

**Área Técnica de Saúde Bucal**

Evelise Klein da Rosa  
Evelise Tarouco da Rocha  
Sibila Persici

**Grupo de Trabalho**

**Atenção Primária em Saúde**

Alex Elias Lamas  
André Luiz Horlle  
Bruna Mua  
Caroline Eidelwein Dani  
Cátia Rubinstein Selistre  
Débora Maldaner Cibils  
Denise Antunes do Nascimento  
Evelise Klein da Rosa  
Evelise Tarouco da Rocha  
Fernando Ritter  
Luciana Bitello Firmino  
Mariza Ochoa Favarini  
Rosimeri Canazaro Coutinho  
Sibila Persici  
Silvana Lúcia Coelho de Souza  
Victor Nascimento Fontanive  
Vinícius Anterio Graff

## **Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial**

Fernando Osório Murad  
Guilherme Gimenes Sieck  
Karine Maria Baddo Zuanazzi  
Raul Fernando Floriani Pereira

### **Endodontia**

Eliane Tereza Castro Menezes de Borba  
Letícia Vasconcellos Tonding  
Liane Krause Kilian  
Luciano Zandonai  
Ricardo Lucena de Oliveira

### **Estomatologia**

Fábio Luiz Dal Moro Maito  
Juliana Romanini  
Maria Antonia Zancanaro de Figueiredo  
Vinícius Coelho Carrard

## **Pacientes com Necessidades Especiais**

Lúcia Cláudia Mossry Sperb

### **Periodontia**

Alessandra Natasha Rinaldi Maliska  
Liliane Cardoso Hilgert  
Luciana Maria de Souza  
Roberta Garcia

### **Urgência**

Carlos Frederico Wannmacher  
Carolina Velly Perlott  
Deborah Platcheck  
Efraim Golbert  
Elmo José Zibetti  
Ernani Schneider  
Fábio Cipele  
José Felipe Luz Coimbra  
Lia Capsi Pires

Lori Hildegard Mertz  
Mirian Nurkim  
Najla Cecília Allem da Veiga  
Rosana Zenni Jaeger  
Viterbo de Castro Filho

**Colaboradores Acadêmicos e Residentes em Saúde Coletiva**

Átila da Silva  
Bárbara Koppe  
Caroline da Costa Souza  
Caroline Machado Weber  
Fernanda Milanesi  
Roger Junges  
Vanessa Soares

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	2
1 Atenção Primária em Saúde – organização e fluxos de atendimento.....	8
<b>1.1 Atribuições dos Profissionais da Equipe de Saúde Bucal.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1.1 Cirurgião-Dentista .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1.2 Técnico de Saúde Bucal.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1.3 Auxiliar de Saúde Bucal.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1.4 Agente Comunitário de Saúde.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Território, Informação em Saúde e Planejamento.....</b>	<b>17</b>
<b>1.3 Acesso a Atenção em Saúde Bucal na APS.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3.1 Acolhimento e Definição de Necessidades na Atenção em Saúde.....</b>	<b>20</b>
<b>1.3.2 O Grupo de Saúde Bucal.....</b>	<b>27</b>
<b>1.3.2.1 Inquérito Clínico para Identificação da Demanda.....</b>	<b>28</b>
<b>1.3.3 Promoção da Saúde Bucal .....</b>	<b>30</b>
<b>1.3.3.1 Programa Saúde na Escola (PSE).....</b>	<b>31</b>
<b>1.3.4 Organização da Agenda e Atendimento Clínico Odontológico na APS.....</b>	<b>35</b>
2 Atenção Secundária em Saúde – organização e fluxos de atendimento.....	37
<b>2.1 Acesso a Atenção em Saúde Bucal no CEO .....</b>	<b>37</b>
<b>2.2 Critérios de encaminhamento para o CEO.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2.1 Critérios gerais.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2.2 Critérios de Encaminhamento para Periodontia.....</b>	<b>38</b>
<b>2.2.3 Critérios de Encaminhamento para Endodontia.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2.4 Critérios de Encaminhamento para Cirurgia e Traumatologia         Bucamaxilofacial (CTBMF).....</b>	<b>45</b>
<b>2.2.5 Critérios de Encaminhamento para Estomatologia.....</b>	<b>49</b>
<b>2.2.6 Critérios de Encaminhamento para Pacientes com Necessidade         Especial.....</b>	<b>52</b>
<b>3 Atenção às Urgências em Saúde Bucal .....</b>	<b>57</b>
<b>3.1. Pronto Atendimento e Urgência Odontológica .....</b>	<b>57</b>
<b>3.1.1 Formas de Acesso.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1.2 Critérios de atendimento clínico de urgência odontológica .....</b>	<b>58</b>
<b>3.1.3 Critérios de exclusão do atendimento clínico de urgência odontológica.....</b>	<b>59</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
APÊNDICE A.....	63
APÊNDICE B.....	71



## 1 Atenção Primária em Saúde – organização e fluxos de atendimento

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 através da Declaração de Alma-Ata como:

*"[...] o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível, do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde".*

Segundo Starfield (2002), a APS é a porta de entrada no sistema para as necessidades de saúde, determinando o fluxo do cidadão em todos os níveis de atenção, organizando e racionalizando o uso de todos os recursos. A APS estabelece as possibilidades de acesso à rede de serviços, por sua vez, voltados ao indivíduo e à família, mais do que à doença. Melhores resultados são encontrados em sistemas nacionais de saúde que seguem tais princípios.

A APS propõe-se a cumprir atributos que possibilitam a integralidade na atenção aos sujeitos no sistema de saúde, são eles:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Acesso: reflete tanto a acessibilidade, quanto o uso dos serviços. Engloba componentes geográficos e sócio-organizacionais como: horas de disponibilidade; arranjos para noite e fins de semana; transporte e distância da unidade; facilidade no agendamento de consultas; tempo de espera; ausência de barreiras culturais;</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Coordenação do cuidado: capacidade em integrar e articular todo cuidado que o cidadão recebe nos diferentes serviços da rede de atenção; proporciona o seguimento do usuário no sistema através da referência a outros níveis de atenção;</li></ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Longitudinalidade (vínculo): acompanhamento ao longo do tempo; envolve o vínculo entre o cidadão o profissional de saúde através de uma relação de confiança e corresponsabilização do cuidado;</li></ul>   |

- Integralidade: todos os cuidados em saúde necessários para resolução de problemas da comunidade em questão, sejam orgânicos, funcionais ou sociais.

Em 2005 a Organização Pan-Americana de Saúde reforçou que:

*"[...] basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas" (OPAS, 2005).*

A portaria nº 648 GM/2006 reestruturou as diretrizes e normas para a organização da APS, introduziu conceitos de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. Tais práticas compreendem a responsabilidade sanitária das equipes sob seu território de atuação. A utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade passou a ser descrita como ferramenta de trabalho no cotidiano das equipes.

Nesse contexto, a APS passou a ser definida como:

*"Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (BRASIL, 2006).*

Mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488) considera equivalentes os termos **Atenção Básica** e **Atenção Primária a Saúde**. Esta portaria também estabelece que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. A utilização de critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético são ferramentas de organização da demanda nos serviços, com o intuito de desenvolver *"uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades"* (BRASIL, 2011).

A oferta da atenção, individual e coletiva prevê acesso universal com equidade e cuidado integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis. Tais desafios

demandam da gestão municipal o dimensionamento adequado da rede de serviços e um reordenamento dos processos de trabalho. Os protocolos, ora apresentados, são instrumentos fundamentais para alinhar as ações municipais em saúde bucal aos princípios filosóficos do Sistema Único de Saúde.

## **1.1 Atribuições dos Profissionais da Equipe de Saúde Bucal**

Na Atenção Primária a Saúde (APS), a Equipe de Saúde Bucal (ESB) é composta pelo Cirurgião-Dentista generalista ou especialista (CD), Técnico de Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Participa ainda, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que também faz parte das Equipes de Saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde de Família (USF). Cada categoria profissional possui atribuições específicas e complementares na atenção individual ou coletiva ao paciente.

### **1.1.1 Cirurgião-Dentista**

Conforme a Lei 5.081 de 24/08/1966, que regula o exercício da Odontologia no País, compete ao Cirurgião-Dentista:

- Praticar todos os atos pertinentes à Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação;
- Prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia;
- Atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive, para justificação de faltas ao emprego;
- Proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;
- Aplicar anestesia local e troncular;
- Empregar a analgesia e hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento;

- Manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalação adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com os casos específicos de sua especialidade, bem como aparelhos de Raios X, para diagnóstico, e aparelhagem de fisioterapia;
- Prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente;
- Utilizar, no exercício da função de perito odontólogo, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça.

Ainda, Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17 - Saúde Bucal, de 2008, do Ministério da Saúde, são atribuições do Cirurgião-Dentista:

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento da equipe, com resolutividade;
- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Realizar supervisão técnica do Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Mais recentemente a Portaria 2488 de 21/10/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica acrescentou às atribuições dos CD:

- Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.

### **1.1.2 Técnico de Saúde Bucal**

Conforme a lei Nº 11.889/2008, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e de Auxiliar em Saúde Bucal, compete ao Técnico, sempre sob a supervisão direta ou indireta do Cirurgião-Dentista, as seguintes atividades além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal:

- 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;
- Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;
- Fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- Supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;
- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

- Proceder à limpeza e a antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;
- Remover suturas;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Realizar isolamento do campo operatório;
- Exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

Ainda, Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17 - Saúde Bucal, de 2008, do Ministério da Saúde, são atribuições do TSB:

- Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Mais recentemente, a Portaria 2488 de 21/10/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica acrescentou às atribuições dos TSB:

- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

### 1.1.3 Auxiliar de Saúde Bucal

Segundo a lei nº 11.889/2008, que regulamenta o exercício desta profissão, é função do Auxiliar em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão direta ou indireta do Cirurgião-Dentista ou do Técnico em Saúde Bucal:

- Organizar e executar atividades de higiene bucal;
- Processar filme radiográfico;
- Preparar o paciente para o atendimento;
- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;
- Manipular materiais de uso odontológico;
- Selecionar moldeiras;
- Preparar modelos em gesso;
- Registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle Administrativo em saúde bucal;
- Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;
- Realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal, exceto como examinador;
- Adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

Ainda, Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 17 - Saúde Bucal, de 2008, do Ministério da Saúde, são atribuições do ASB:

- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

- Executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

Mais recentemente a Portaria 2488 de 21/10/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica acrescentou às atribuições do ASB:

- Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião-dentista e/ou o TSB nos procedimentos clínicos;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;

#### **1.1.4 Agente Comunitário de Saúde**

Segundo a Portaria 2488 de 21/10/2011 que aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, é atribuição do Agente Comunitário de Saúde:

- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;
- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

Neste âmbito, pode o Agente Comunitário de Saúde realizar atividades de promoção e prevenção de saúde bucal através de orientações sobre doenças bucais e métodos de prevenção. Orientações essas que podem ser realizadas através de



escovação dental supervisionada (se assim for capacitado pelo cirurgião-dentista ou outro membro da Equipe de Saúde Bucal) com dentífrico fluoretado e o uso de fio dental.

## 1.2 Território, Informação em Saúde e Planejamento

Cada equipe de Atenção Primária em Saúde está vinculada a um contingente populacional e a uma região geográfica específica e deve obedecer, em sua atuação, aos atributos preconizados por Starfield (2002): vínculo, acompanhamento longitudinal, co-responsabilização, coordenação do cuidado e acesso.

Portanto, a territorialização é um dos instrumentos de trabalho da APS e tem como propósito:

- Permitir a identificação de vulnerabilidades nos grupos sociais;
- Caracterizar os perfis demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos e ambientais da comunidade de atuação;
- Demarcar limites das áreas de atuação dos serviços;
- Reconhecer o ambiente e recursos sociais;
- Estabelecer relações com outros serviços adjacentes e centros de referência;
- Conhecer a dinâmica social existente;
- Potencializar os resultados e os recursos presentes nesse território.

O reconhecimento do território surge como elemento essencial para o planejamento de ações, é uma ferramenta de gestão que influi no processo saúde-doença da população e na criação de ambientes saudáveis. Nesse sentido, o processo de territorialização implica também em processar e sistematizar dados que alimentarão Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e farão parte do planejamento em saúde das populações.

Os Sistemas de Informação em Saúde têm a função de compilar informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção ambulatorial e composição das equipes de saúde de APS. Os SIS auxiliam no diagnóstico situacional e suas informações embasam o planejamento das ações, o monitoramento e avaliação da atenção básica, além de fornecer informações que subsidiam a tomada de decisão pelos gestores do SUS. Desse modo, os SIS produzem indicadores capazes de medir a organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas e consolida progressivamente a informação através de relatórios de gestão.

Dos sistemas de informação de saúde de abrangência nacional, o **Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS)** e o **Sistema**

**de Informação da Atenção Básica (SIAB)** registram procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal. No entanto, é importante que as equipes de saúde bucal, em conjunto com os demais profissionais da unidade de saúde, trabalhem com os dados populacionais que estão disponíveis no site da Secretaria Municipal de Saúde do município, no espaço da Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde < <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/>>.

Este site contém os sistemas de informação do Ministério da Saúde e os programas de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre que são importantes fontes de acompanhamento do perfil epidemiológico da população e têm especial significado na percepção da magnitude e nas tendências dos vários indicadores sociais de nossa cidade. São também essenciais para o planejamento e controle de ações por parte dos gestores do SUS. Com o intuito de disponibilizar ao usuário estas informações, foi desenvolvido o "**VITAIS**", planilhas em Excel que possibilitam a tabulação dos dados em valores absolutos, porcentagens e coeficientes. As seguintes tabelas estão disponíveis:

[Apresentação do VITAIS](#)

[Manual de uso do VITAIS, Dados demográficos - IBGE 2010](#)

[Localizador de endereços](#)

[Localizador de endereços em planilha 2012](#)

[SIM & SINASC, 2012](#)

[SIM por causas múltiplas, 2001- 2011](#)

[SIM & SINASC, 2001-2011](#)

[SIM por causas múltiplas](#)

[SIM coeficientes2001-2011](#)

Outra fonte importante de dados para o planejamento das ações em saúde bucal é o último levantamento de **Saúde Bucal (SB Brasil 2010)** que mostra o índice de Dentes Cariado Perdidos e Obturados (CPOD) aos 12 anos de idade com redução de 26% em relação ao levantamento realizado em 2003 (SB Brasil 2003). A proporção de crianças livres de cárie aos 12 anos cresceu de 31% para 44%. Ainda nesta mesma linha, observou-se que o CPOD aos 12 anos que, em 2003, era de 2,8 decresceu para 2,1. Estes resultados permitiram que o Brasil fosse incluído no grupo de países com baixa prevalência de cárie.

Em contrapartida, o CPOD na faixa etária acima dos 35 a 44 anos permanece alto (16,3). Em função disto, torna-se visível a necessidade de direcionar as ações para ciclos de vida notadamente vulneráveis aos problemas de saúde bucal: adultos e idosos. Essa população é historicamente menos visada nos programas de saúde bucal e no cotidiano dos serviços, urge pelo cumprimento por parte dos órgãos assistências e governamentais do princípio básico da longitudinalidade, já que o acompanhamento e atenção à saúde devem contemplar todos os ciclos de vida que se apresentam nas comunidades (STARFIELD, 2002).

Desse modo, a organização social no território influencia na forma de produzir saúde nas comunidades e nos serviços. É necessário que as ações de promoção da saúde ambiental contemplem o território como categoria-base para o planejamento e gestão de ações.

### **1.3 Acesso a Atenção em Saúde Bucal na APS**

#### **1.3.1 Acolhimento e Definição de Necessidades na Atenção em Saúde**

*"Para a organização deste modelo de atenção, pautado na integralidade do cuidado, é fundamental que sejam pensadas as linhas de cuidado (do adulto, do adolescente, do idoso e da criança), com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, como acolher, informar, atender e encaminhar (referência e contra-referência). Onde o cidadão, através de um acesso universal, saiba sobre cada lugar que compõe a estrutura do serviço a partir da sua vivência nele: como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele, e que é capaz de influir em seu andamento. A linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho onde o processo de trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes" (BRASIL, 2004).*

Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção do acolhimento com identificação de necessidades. Para tanto, o trabalho em equipe é fundamental sendo que todos os profissionais têm responsabilidade: portaria, auxiliares administrativos, técnicos de enfermagem, técnicos em saúde bucal, auxiliares de saúde bucal, enfermeiros, médicos, dentistas e agentes comunitários de saúde. Esses atores podem identificar situações que apresentam maior vulnerabilidade ou que geram sofrimento intenso em saúde geral e bucal, mais especificamente.

Na APS, é importante priorizar o atendimento de alguns casos, sob pena de manter a pessoa em sofrimento por tempo prolongado. A identificação de necessidades não só auxilia no processo de acolhimento do cidadão orientando a oferta de cuidado, mas também o tempo em que isso deve ocorrer. O acolhimento com identificação de necessidades têm como objetivo ampliar o acesso aos serviços

de atenção primária em saúde bucal e fortalecer a organização do processo de trabalho em APS.

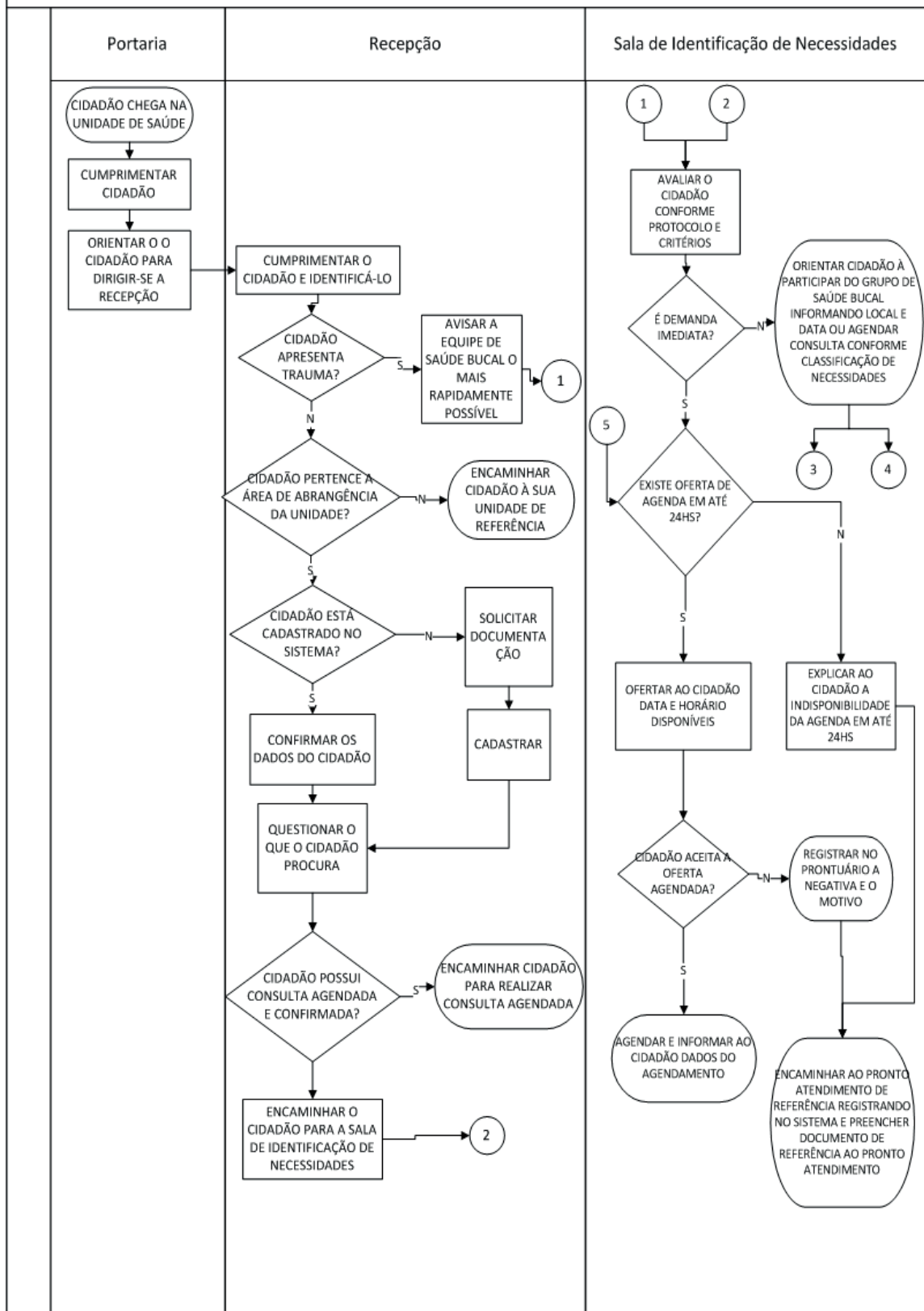
O fluxo para o acesso e longitudinalidade do cuidado estabelece uma visão sistêmica que envolve:

- A integração dos setores e trabalho em equipe;
- A definição de necessidades;
- A resolutividade pelo nível primário de atenção;
- A referência aos demais níveis (secundário e terciário) de atenção.

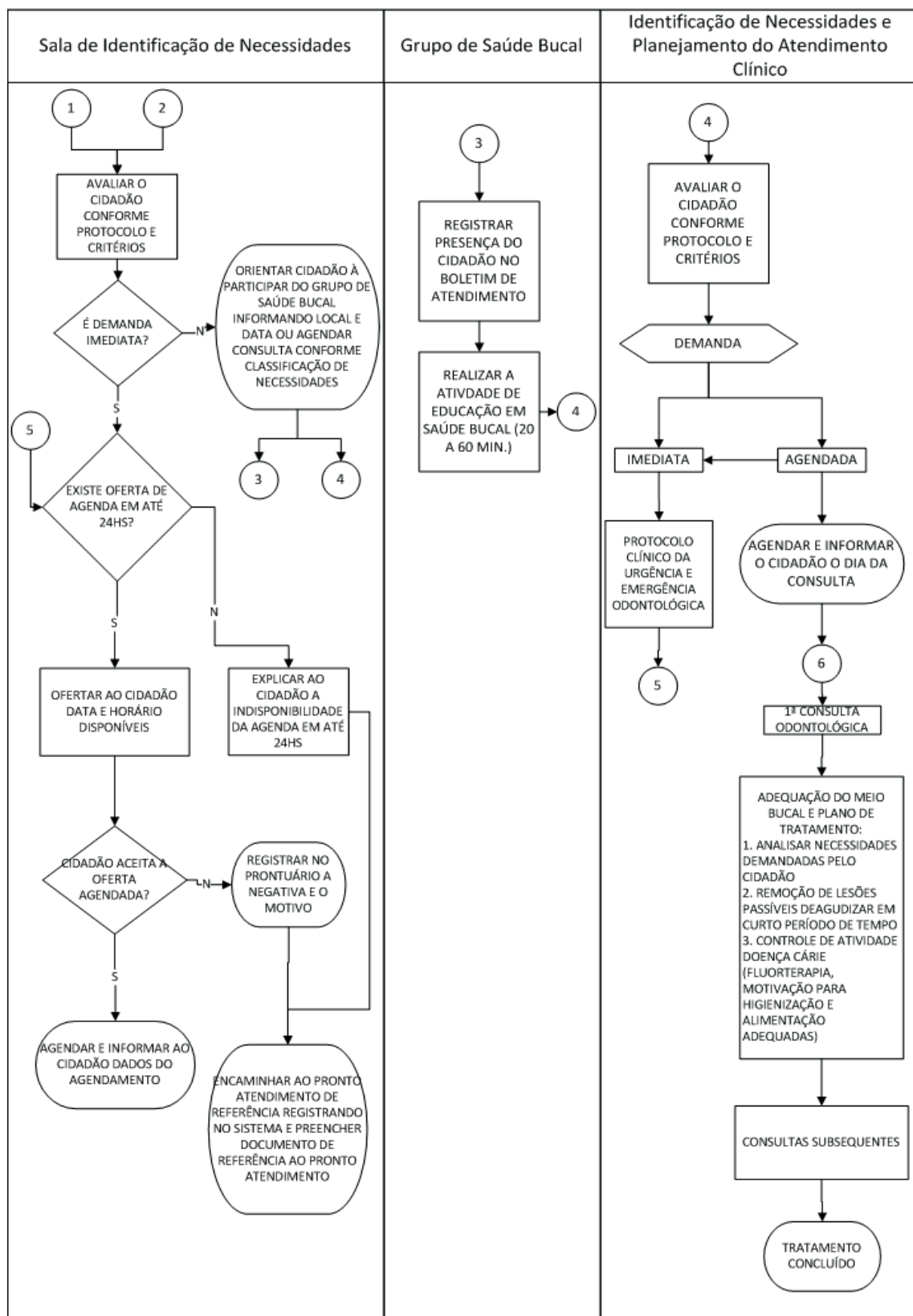
Entre o momento da chegada do cidadão na unidade de atenção primária e a resolução de suas demandas, está a escuta qualificada com a identificação das suas necessidades. Este processo é dinamizado por meio dos espaços da Recepção e Portaria, Sala de Identificação de Necessidades, Grupo de Saúde Bucal e eventualmente no próprio consultório Odontológico (**Figuras 1 e 2**). Portanto, é fundamental que todos os profissionais da Unidade de Saúde estejam envolvidos no acolhimento do cidadão que busca o serviço de saúde, independente de sua demanda, de forma a organizar o acesso ao serviço com porta de entrada única.

**Figura 1:** Fluxo de acesso e longitudinalidade do cuidado em Saúde Bucal na APS

Acolhimento com Identificação de Necessidades em Saúde Bucal



**Figura 2:** Espaços da unidade de saúde para realização da Identificação da Necessidade





## Portaria e Recepção

O primeiro contato do cidadão deve ser realizado, preferencialmente, pela portaria. O trabalhador deste setor deve cumprimentar o cidadão e encaminhá-lo à recepção da unidade. A recepção deve saudar o usuário e identificá-lo. Se não for uma situação de emergência, deve ser averiguada a adstrição à unidade e o cadastramento no sistema informatizado. Uma vez confirmados os dados, questionar o que o cidadão procura:

- Se o usuário sofreu algum tipo de **traumatismo dento-alveolar, a equipe de saúde bucal deve ser avisada o mais rapidamente possível**, pois o tempo é determinante neste tipo de situação, sendo plenamente justificada, portanto, a interrupção do atendimento que a equipe de saúde bucal estiver realizando, pois a agilidade no atendimento é de fundamental importância para redução de sequelas;
- Se o usuário já tem consulta agendada ele é encaminhado ao atendimento;
- Se o usuário não tiver consulta agendada e demanda atendimento odontológico, este será encaminhado à sala de identificação de necessidades, onde terá a escuta da sua necessidade por um dos profissionais da equipe de acolhimento.

## Sala de Identificação de Necessidades


A identificação da necessidade do cidadão que busca atendimento odontológico poderá ser feita na sala de identificação de necessidades da Unidade de Saúde, no Grupo de Saúde Bucal ou, eventualmente, no próprio consultório odontológico (**Figura 2**). Dessa forma, torna-se importante definir prioridades para o tratamento, buscando promover a equidade, isto é, priorizar situações cujas necessidades clínicas são mais imediatas ou que apresentam necessidades de tratamento cirúrgico-restaurador programado. Segundo alguns autores, não parece justo, e muito menos ético, atender um usuário sem fazer a identificação de sua necessidade para realização de uma intervenção cirúrgico-restauradora, e deixar de atender um cidadão com dor aguda com uma situação crônica mais grave em saúde

bucal, somente porque uma pessoa madrugou em uma fila ou tem seu nome no topo de uma lista de espera (Pimental, Ferreira, 1998). O objetivo da sala de identificação de necessidade é criar um espaço para que seja feita a identificação das necessidades de tratamento odontológico da população do município de Porto Alegre, a fim de que se possa organizar o acesso ao serviço de Atenção Primária em Saúde.

A principal medida, nesse momento, será verificar se a necessidade do cidadão justifica que ele precise de atendimento do tipo imediato (de até 24 horas) ou se ele precisa ser encaminhado ao serviço de pronto atendimento mais próximo da Unidade, com documento de referência específico (modelo S-819 - **Figura 3**) ou, ainda, se o atendimento pode ser programado:

- Conforme a necessidade identificada no acolhimento, ele será agendado para uma consulta imediata ou programada com o Cirurgião-Dentista ou será informado do local e horário do grupo de saúde bucal, onde receberá orientações sobre os cuidados com a saúde bucal e passará por avaliação clínica da sua necessidade pela equipe de saúde bucal.
- Quando houver fratura dento-alveolar que tenha clinicamente deslocamento ósseo ou quando da impossibilidade de fazer o atendimento na APS, o paciente deve ser encaminhado para a Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital de Pronto Socorro. Nesses locais, deve ser confirmado o diagnóstico da fratura óssea e realizado o tratamento com contenção e suturas, quando necessário.
- Quando houver traumatismo sem suspeita de fratura dento-alveolar, o atendimento deverá ser realizado pela APS, no Pronto Atendimento PACS ou na Unidade de Pronto Atendimento Odontológico (UPA). Situações com envolvimento estético que precisem de sutura deverão ser encaminhadas para o atendimento de urgência hospitalar.

**Figura 3:** Documento de referência para serviço de urgência odontológica Modelo S-819.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		NÚMERO	JUSTIFICATIVA
DOCUMENTO DE REFERÊNCIA PARA EMERGÊNCIA			
UNIDADE DE SAÚDE			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE			
NOME DA MÃE			
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PROFISSIONÁRIO	
ENDEREÇO			
BARRIO	CIDADE		
CNP	TELEFONE PARA CONTATO		
HISTÓRICO			
DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO	REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL	

(148 x 210 mm - B: 2 x 62) A-CGMA, MOD: S-819

No caso de atendimento programado, o usuário poderá ser agendado pela equipe do acolhimento conforme a Classificação de Necessidade Referida (**Figura 4**) ou ser convidado a participar do Grupo de Saúde Bucal, onde será orientado em relação aos cuidados de saúde bucal e terá suas necessidades identificadas pela equipe de saúde bucal.

A utilização desta classificação pela equipe de saúde deverá ser orientada pela equipe de saúde bucal da própria Unidade ou da Unidade de referência, de forma que a classificação seja realizada conforme a queixa referida do usuário, sendo passível de adaptação frente a necessidades locais.

**Figura 4:** Classificação de Necessidade Referida

Código	Necessidade Referida	Prioridade	Sugestão de Aprazamento de Consulta
N0	Sem queixas, solicitação de consulta de revisão	Baixa	20 a 30 dias ou Grupo de Saúde Bucal
N1	Com queixas e sem dor	Média	15 a 20 dias
N2	Com queixas e com dor leve a moderada	Média a Alta	05 a 10 dias
N3	Com queixas e com dor intensa	Alta	Agendar em 24 horas ou Pronto Atendimento

Nas situações em que o cidadão não aceitar a oferta de atendimento, é importante que seja feito o registro no prontuário da pessoa, identificando o motivo da recusa e os encaminhamentos propostos.

Além disso, atividades de "sala de espera" são oportunidades de diálogo entre equipe e comunidade que podem auxiliar na identificação de necessidades mais evidentes.

### 1.3.2 O Grupo de Saúde Bucal

O Grupo de Saúde Bucal é um espaço importante para a realização de atividades educativas e de promoção da saúde, assim como uma excelente ferramenta de comunicação em saúde. Ele pode constituir-se como uma forma de acesso ao tratamento odontológico ou ser parte integrante do tratamento odontológico para aqueles usuários que já se encontram em acompanhamento pela equipe de saúde bucal.

A frequência de realização poderá ser semanal, quinzenal ou mensal, conforme planejamento local das Unidades de Saúde. Preconiza-se que as atividades educativas tenham duração média de 30 a 60 minutos, e que os participantes tenham suas necessidades identificadas pela Equipe de Saúde Bucal utilizando-se a Classificação de Necessidade Referida (**Figura 4**), se realizada pelos profissionais auxiliares (ASB e/ou TSB) ou utilizando-se o Inquérito Clínico (**Figura**

5) se for realizado pelo cirurgião-dentista, para planejamento do tratamento. Toda ação no grupo deve ser registrada no boletim de atendimento diário dos profissionais que o realizaram: cirurgião-dentista, TSB e/ou ASB.

### 1.3.2.1 Inquérito Clínico para Identificação da Demanda

Buscando estimar as necessidades e demandas da população por serviços de saúde bucal, foi desenvolvido o Inquérito Clínico para Identificação de Necessidades, baseado em estudos prévios ou experiências de outros municípios como mostra a **Figura 5**.

O inquérito clínico para identificação da demanda individual, a partir do grupo de saúde bucal, a partir do acolhimento realizado na sala de identificação de necessidades ou no próprio consultório odontológico, orienta a coleta de dados para a tomada de decisão no planejamento da assistência individual. É um instrumento de vigilância epidemiológica e deve ser utilizado com finalidade de planejamento das ações em odontologia, subsidiando o agendamento para atendimento individual (SÁ, 2005).

Uma vez realizada a escuta da demanda do usuário, a avaliação e os encaminhamentos pactuados com o usuário seguem critérios pré-estabelecidos. Este momento do fluxo prevê a classificação da **demanda** em **imediata, agendada** ou **alta clínica**. Para as demandas imediatas deve ser disponibilizado atendimento em 24 horas na própria unidade ou referenciar ao Pronto Atendimento, no caso da impossibilidade de atendimento. **A demanda agendada** requer verificação de adstrição para eventual referência à unidade de origem (**Figura 1**).

Este inquérito clínico poderá ser feito pela equipe de saúde bucal, ou equipe de saúde da unidade, em qualquer espaço: no próprio serviço de saúde em grupos promovidos pela equipe ou na sala de identificação de necessidades, escolas ou creches e, inclusive, nos domicílios dos usuários. Nos inquéritos são produzidos dados considerados necessários para definir o tipo de serviço a ser disponibilizado sem que a pessoa utilize o tempo de consulta da agenda clínica, determinado em 40 minutos (**Apêndice A**).

A utilização deste inquérito pela equipe de saúde bucal, ou equipe de saúde, deverá ser orientada pelo cirurgião-dentista da própria Unidade ou da Unidade de

referência, de forma que a classificação seja realizada considerando a queixa referida do usuário, sendo passível de adaptação frente a necessidades locais.

**Figura 5:** Classificação do Inquérito Clínico para Identificação de Necessidade

Código Permanente/Decíduo	Condição	Conduta	Retorno	Número de Consultas recomendadas
Não apresenta necessidade clínica	Não apresenta necessidade clínica	Alta Clínica	1 ano	1-4 escovações dentais supervisionadas
N1	Atividade de Cárie não cavitada e/ou Gengivite	ATF e IHO realizado pelo THB	60 a 90 dias	4 consultas para ATF (preferentemente coletiva)
N2	Doença Periodontal (supra e/ou sub) sem fator retentivo de cárie	6-8 Meses	6-8 Meses	2 consultas
N3	1 a 3 (necessidades clínicas) Cavidades e/ou Extração Indicada e/ou RAP	Agendar	1 ano	2 consultas
N4	4 a 7 (necessidades clínicas) Cavidades e/ou Extração Indicada e/ou RAP	Agendar	6-8 Meses	4 consultas
N5	8 ou mais (necessidades clínicas) Cavidades e/ou Extração Indicada e/ou R AP	Agendar	9-11 meses	6 consultas
N6	Alteração de Tecido Mole	Agendar ou encaminhar para o CEO	Conforme o caso	-
N7	Dor espontânea	Agendar em 24 horas ou Pronto Atendimento	-	-

### 1.3.3 Promoção da Saúde Bucal

O conceito de Promoção da Saúde preconiza estratégias amplas de empoderamento; intersetorialidade; cidades e políticas públicas saudáveis. Entre as concepções da literatura para as ações de Promoção podemos citar:

- *[...] processo de educação em saúde dos cidadãos e comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. (BRASIL, 2002, p. 19);*
- *[...] fortalecimento do empowerment econômico, político, social e cultural dos múltiplos atores sociais que, em conjunto, possam compreender a determinação do processo saúde e doença e conquistar o direito à vida com ética e dignidade humana. (Heidmann et. al, 2006, p.357);*
- *[...] preocupação com as condições de emprego, renda, moradia, educação e segurança, entre outras coisas, que facilitam ou dificultam a obtenção de graus satisfatórios de saúde e bem-estar pelas pessoas e comunidades (Fernandez et al. 2008, p.157).*

Desta forma, é atribuição da equipe de saúde bucal na atenção primária fomentar tais estratégias, com base em diagnóstico situacional e participação dos atores locais. Ao pensar a atuação da equipe como possibilidade de construção de cidadania é primordial compreender o contexto ambiental, social, político e econômico das comunidades, transcendendo o foco cirúrgico-restaurador-mutilador em saúde bucal. Entre as ações de promoção e proteção específicas podemos citar a fluoretação das águas de abastecimento; a educação em saúde; a higiene bucal supervisionada e a aplicação tópica de flúor.

A oferta da atenção individual e coletiva prevê acesso universal com equidade e cuidado integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis. Tais desafios demandam da gestão municipal o dimensionamento adequado da rede de serviços e um reordenamento dos processos de trabalho. O protocolo, aqui apresentado, é um instrumento fundamental para alinhar as ações municipais em saúde bucal aos princípios filosóficos do SUS.

As ações coletivas de saúde bucal devem ser planejadas para os diferentes ciclos de vida, incluindo a população adulta e idosa, e devem ser realizadas preferencialmente pelos profissionais auxiliares: TSB, ASB e ACS. É da competência do cirurgião-dentista o planejamento, organização, supervisão e avaliação dessas ações (VASCONCELOS, 2001). Além disso, é importante lembrar que a abordagem preventiva e de promoção de saúde envolve todos os profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2009), em todos os espaços possíveis de encontro entre profissionais de saúde e cidadãos: salas de espera, associações e espaços comunitários, unidades de saúde, escolas e outras instituições presentes no território de abrangência da Unidade de Saúde. Estas ações abrangem uma série de atividades que podem ser realizadas pela equipe de saúde bucal como participação em campanhas de vacinação, campanhas de prevenção ao câncer de boca, grupos de tratamento do tabagismo, grupo de idosos, grupos de promoção de saúde e alimentação saudável, dentre outras atividades realizadas em conjunto com a equipe de saúde local e de acordo com a característica e necessidades locais de cada território.

#### **1.3.3.1 Programa Saúde na Escola (PSE)**

Durante muitos anos a odontologia priorizou os escolares em programas de saúde bucal, fato que possibilitou parte do controle da cárie dentária em muitos países. Contudo, estudos afirmam a baixa eficácia de "palestras" e orientações pontuais para esta porção populacional. Por isso, é necessário se utilizar estratégias capazes de viabilizar a continuidade de ações educativas e preventivas entre os escolares (MILORI et al., 1994; PAULETO et al, 2004). Nesse sentido, o **Programa Saúde na Escola (PSE)** utiliza a intersetorialidade através da integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação conjunta da comunidade escolar e as Equipes de Atenção Primária. É um programa voltado para crianças e, especialmente, para adolescentes matriculados em escolas públicas (estes últimos com maior carga de doença segundo o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal SB2010) e busca o desenvolvimento da política de ambientes saudáveis nas escolas (BRASIL, 2009).



Desta forma, a Educação em Saúde na escola não deve estar vinculada à transmissão de informações, mas sim permitir à criança analisar e problematizar os conhecimentos adquiridos para que possa mudar seu comportamento. Assim, a saúde na escola "significa a formação de atitudes e valores que levam a criança e o adolescente a práticas conducentes à saúde. Deve estar presente em todos os aspectos da vida escolar e integrada à saúde global".

As ações coletivas de saúde bucal, tanto as relacionadas ao PSE quanto outras que forem planejadas para os diferentes ciclos de vida (população adulta), devem ser feitas, preferencialmente, pelos TSB, ASB e ACS. É da competência do cirurgião-dentista o planejamento, organização, supervisão e avaliação dessas ações (VASCONCELOS, 2001). Além disso, é importante lembrar que a abordagem preventiva e de promoção de saúde envolve também os demais profissionais da equipe de saúde (BRASIL, 2009).

O trabalho com escolares no município de Porto Alegre, através do PSE, seguirá metodologia padrão para todas as unidades de atenção primária em saúde (UBS e USF), não excluindo a possibilidade de alterações pelas equipes de acordo com as necessidades locais. Para alterações, a equipe deve apresentar a justificativa da nova proposta e aos colegiados locais ativos nas Gerências Distritais de Saúde do município de Porto Alegre. A metodologia padrão para desenvolvimento das ações do PSE é composta dos seguintes passos, definidos pelo Colegiado da Área Técnica de Saúde Bucal:

**Passo 1:** Apresentação do projeto pelas Coordenações das Áreas Técnicas de Saúde Bucal e de Saúde da Criança e Adolescente para as Secretarias da Saúde e Educação (municipal e estadual);

**Passo 2:** Apresentação do projeto pelos profissionais que compõe as equipes de saúde bucal para suas respectivas unidades de saúde, esclarecendo quais atividades que irão desenvolver, lembrando de apresentar o instrumento para monitoramento e avaliação da ação;

**Passo 3:** Entrar em contato com a direção da escola e professores, expor o projeto e o instrumento que vai ser usado para monitoramento e avaliação da atividade de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal. A coleta de

autorizações para a realização de atividades como aplicação tópica de flúor e exame bucal é obrigatória e deve ser realizada, preferencialmente, pela direção da escola no ato da matrícula, juntamente com a coleta de cópias dos documentos: cartão SUS, carteira de vacinação e registro da unidade de saúde de referência para o escolar. O cronograma de atividades a serem desenvolvidas ao longo do ano deverá ser pactuado com a direção da escola neste momento.

**Passo 4:** No primeiro encontro com os escolares, desenvolver uma atividade de educação em saúde bucal a ser realizada por turma e com didática apropriada para a faixa etária do grupo, utilizando técnica pedagógica problematizadora. Posteriormente a essa atividade, cada aluno será examinado, seguindo o modelo da ficha do PSE, e se classificará esse estudante de acordo com as suas condições bucais, a fim de ser realizado um planejamento de intervenções para esse aluno. Para a identificação de necessidades clínicas do público alvo, será utilizado o Inquérito Clínico para Identificação da Demanda, desenvolvido pelo Colegiado Gestor da Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (**Figura 5**). Todo aluno que necessitar encaminhamento para a unidade de saúde de referência para tratamento clínico, este deverá ser feito através de Documento de Referência e Contra-Referência (DRCR – **Figura 6**), entregue à direção da Escola.

**Passo 5:** Ao término do levantamento das necessidades nos escolares, a direção da escola deverá ser informada dos casos que necessitam de agendamento de consulta odontológica na unidade de saúde, através da entrega dos documentos de referência e contra-referência de cada aluno examinado à direção. A direção fará o contato com as famílias que devem ir até a unidade de saúde de referência do escolar para agendar a consulta odontológica, corresponsabilizando os pais e/ou familiares pela situação de saúde de sua família;

**Passo 6:** Proceder às atividades de escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor, de acordo com as necessidades observadas nos exames odontológicos.

**Passo 7:** Realizar as atividades de formação com os educadores e pais/responsáveis, abordando os temas relativos ao PSE.

**Passo 8:** Todas as atividades realizadas deverão ser registradas no Boletim Diário de Atendimento (SIA-SUS). Além do registro diário, ao final de cada quadrimestre (até o quinto dia útil após o término do quadrimestre) deverá ser preenchido, juntamente com a equipe de saúde da unidade, o formulário online do PSE (ULI). Esse preenchimento permitirá compilar os resultados que comporão os relatórios quadrimestrais do Programa Saúde na Escola (PSE).

**Figura 6:** Documento de Referência e Contra-Referência (DRCR)

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		NÚMERO
<b>DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA</b>		
UNIDADE DE SAÚDE		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME DO PACIENTE		
NOME DA MÃE		
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PRONTUÁRIO
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE	
CEP	TELEFONE PARA CONTATO	
ESPECIALIDADE REFERENCIADA		
<b>MARCAÇÃO DA CONSULTA ESPECIALIZADA</b>		
UNIDADE DE SAÚDE REFERENCIADA		
SALA OU ÁREA		
ESPECIALIDADE		
PROFISSIONAL		
AGENDADA PARA O DIA	HORA	SEQÜÊNCIA
ENDEREÇO		
OBS.: APÓS A CONSULTA ESPECIALIZADA, O PACIENTE DEVE RETORNAR A SUA UNIDADE DE SAÚDE, LEVANDO ESTE DOCUMENTO.		
"DIGA NÃO ÀS DROGAS"		
<b>INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA</b>		
DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA REFERÊNCIA	REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL
<b>INFORMAÇÕES DE CONTRA-REFERÊNCIA</b>		
DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA CONTRA-REFERÊNCIA	REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL

### 1.3.4 Organização da Agenda e Atendimento Clínico Odontológico na APS

As atribuições da Equipe de Saúde Bucal na Atenção Primária em Saúde envolvem todas as áreas da odontologia: Dentística Restauradora, Cirurgia Oral, Periodontia, Endodontia, Estomatologia, Prótese Dentária, Odontopediatria, Pacientes com Necessidades Especiais e Urgência Odontológica. O fluxo de acesso ao atendimento deverá seguir os princípios do Acolhimento com Identificação de Necessidades, descrito nas **Figuras 1 e 2**. As ações a serem desenvolvidas deverão seguir o fluxo de atendimento descrito na **Figura 7**.

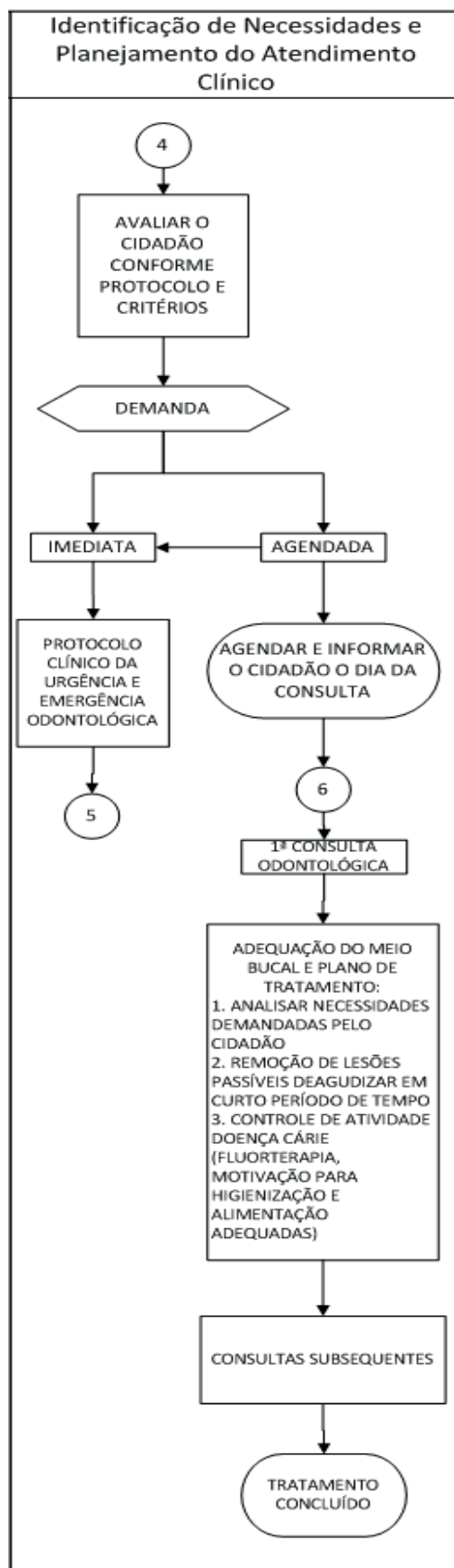
Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, a organização das atividades da equipe de saúde bucal deverá ser orientada de forma a garantir que 75 a 85% das ações sejam voltadas ao atendimento clínico individual em consultório odontológico enquanto 15 a 25% devem ser direcionadas a atividades coletivas, como atividades de promoção de saúde, visitas domiciliares, atividades em escolas, participação em conselhos locais dentre outras. Para o município de Porto Alegre, ficou definida uma proporção de 80% de atividades clínicas e 20% para atividades coletivas, conforme modelos de agenda descritos no **Apêndice A**.

Todos os cidadãos que iniciarem tratamento clínico odontológico deverão inicialmente receber adequação do meio bucal para controle de afecções agudas e posteriormente ter as suas demandas gradativamente solucionadas ao longo do tempo, conforme o planejamento do tratamento realizado pelo cirurgião-dentista e pactuado com o cidadão, de forma a garantir um acompanhamento longitudinal.

Todas as consultas e procedimentos realizados deverão ser registrados no Boletim Diário de Atendimento conforme categoria profissional e de acordo com os códigos da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, disponível no SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS < <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Os códigos dos tipos de consultas e procedimentos realizadas pelos profissionais da equipe de saúde bucal estão descritos no Manual de Códigos de Procedimentos Odontológicos organizado pela Área Técnica de Saúde Bucal e atualizado periodicamente pelo Colegiado da Saúde Bucal.

Os cidadãos que necessitarem de atendimento especializado deverão ser encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas conforme os fluxos de cada especialidade.

Figura 7: Fluxo para o Atendimento Clínico no consultório Odontológico.



## **2 Atenção Secundária em Saúde – organização e fluxos de atendimento**

### **2.1 Acesso a Atenção em Saúde Bucal no CEO**

Os cidadãos que não tiverem suas necessidades em saúde bucal resolvidas na APS e necessitarem de atendimento especializado poderão ser encaminhados para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) para tratamentos em Periodontia, Endodontia, Cirurgia Bucomaxilofacial (CTBMF), Estomatologia e Pacientes com Necessidades Especiais (PNE).

O cirurgião-dentista da Unidade de Saúde da APS deverá preencher o documento de referência e contra-referência (DRCR – **Figura 6**) em duas vias, indicando a especialidade referenciada, para que o usuário tenha acesso à primeira consulta no CEO (**Figura 8**). Este documento deverá conter o máximo de informações sobre a necessidade do usuário, o motivo do encaminhamento e suas condições clínicas.

A marcação da primeira consulta no CEO será feita pela ESB através do sistema de marcação vigente (Central de Marcação/SISREG), preferentemente para o CEO de referência da sua Unidade de Saúde nas especialidades de PERIODONTIA, ENDODONTIA e CTBMF.

Para as especialidades de ESTOMATOLOGIA e PNE, a área de atendimento é aberta, sendo possível às Unidades de Saúde agendar para qualquer um dos CEOs do Município, também através do sistema de marcação vigente.

### **2.2 Critérios de encaminhamento para o CEO**

#### **2.2.1 Critérios gerais**

- Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) de Porto Alegre atenderão as pessoas com necessidade de tratamento odontológico especializado, encaminhadas pelo cirurgião-dentista da Atenção Primária em Saúde (APS). Para Estomatologia, outros profissionais de nível superior

também podem fazer o encaminhamento. Para as especialidades de Periodontia, Endodontia e CTBMF as vagas serão regionalizadas. As vagas para especialidades de Estomatologia e PNE serão área aberta para o município de Porto Alegre.

- O encaminhamento deve ser feito através de Documento de Referência e Contra Referência (DRCR) preenchido em duas vias, de forma legível, assinado e carimbado pelo profissional responsável. No DRCR deve estar descrito o diagnóstico, tratamento realizado, medicação prescrita e o tratamento solicitado.
- A marcação da primeira consulta será feita pela APS através do sistema de marcação vigente. É de responsabilidade da equipe da APS o acompanhamento da solicitação da consulta no sistema de marcação e a comunicação ao cidadão do agendamento da consulta especializada. É necessário que o usuário compareça pontualmente no dia e hora de sua consulta com o DRCR devidamente preenchido.
- O paciente deve receber adequação do meio bucal previamente ao encaminhamento à Endodontia, Periodontia e CTBMF, com remoção dos fatores retentivos de placa (restos radiculares, cálculo dental, selamento de cavidades de cárie) e instrução de higiene bucal.
- Pacientes com condições sistêmicas alteradas devem estar com a doença sistêmica compensada no momento da referência ao CEO e, preferencialmente, em acompanhamento médico.

### **2.2.2 Critérios de Encaminhamento para Periodontia**

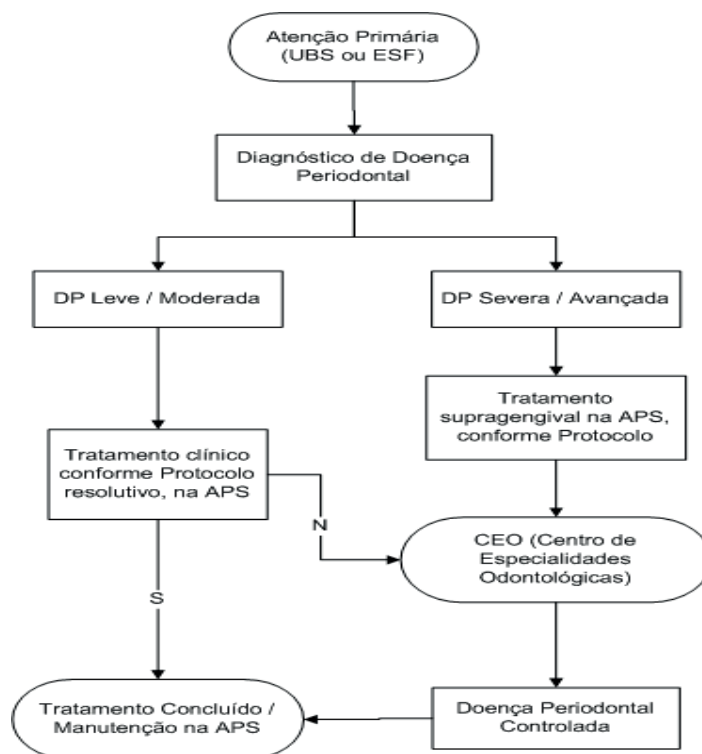
**A especialidade de Periodontia irá atender** casos de periodontite crônica moderada e avançada que tenham sido tratados na rede de atenção básica sem sucesso e aqueles que necessitem do restabelecimento das distâncias biológicas com fins restauradores (cirurgia de aumento de coroa clínica) da população de Porto Alegre usuária da rede SUS.

## **Formas de Acesso ao Cuidado**

- a) Através de DRCCR, onde deve estar descrito o diagnóstico, tratamento realizado, medicação prescrita e o tratamento solicitado.
  
- b) Após a conclusão do tratamento periodontal, o cidadão deverá retornar à sua unidade de referência da APS, com o respectivo DRCCR preenchido e assinado pelo profissional responsável pelo tratamento no CEO, onde deve estar escrito o diagnóstico, tratamento realizado, medicação prescrita e a continuidade do tratamento solicitado.
  
- c) As consultas para manutenção deverão ser garantidas e agendadas na APS de origem sem a necessidade do usuário entrar na espera das primeiras consultas, visando à manutenção periódica e preventiva do tratamento periodontal, de acordo com o indicado no DRCCR pelo profissional responsável no CEO.
  
- d) A organização da agenda da especialidade de Periodontia deverá seguir o modelo de agenda proposto pela Área Técnica de Saúde Bucal conforme **Apêndice B**.



## Fluxograma de Encaminhamento para Periodontia



## Critérios Clínicos de Encaminhamento para Periodontia

- Os pacientes que não preencherem os critérios de adequação bucal deverão permanecer em atendimento na APS até que suas necessidades sejam adequadas e possibilitem o encaminhamento para CEO.
- Previamente ao encaminhamento para o CEO, o paciente deverá receber informações e esclarecimentos sobre a doença, tais como causas, fatores modificadores e o tratamento a ser realizado.
- O paciente encaminhado deve estar motivado e demonstrando capacidade de realizar o autocontrole de placa dental bacteriana.
- Nos casos de necessidade de restabelecimento das distâncias biológicas (Aumento de Coroa Clínica - ACC) também devem ser respeitados os critérios de adequação bucal e motivação do paciente. É necessária a remoção total do tecido cariado, selamento com material restaurador provisório e/ou definitivo do dente com necessidade de ACC.

## **Critérios de exclusão para Periodontia no CEO**

- Pacientes sem o devido controle dos fatores retentivos de placa supragengivais:
  - Restos radiculares;
  - Cavidades de cárie;
  - Cálculo supragengival;
- Pacientes com doenças sistêmicas descompensadas;
- Pacientes desmotivados, sem interesse em realizar o tratamento.

### **2.2.3 Critérios de Encaminhamento para Endodontia**

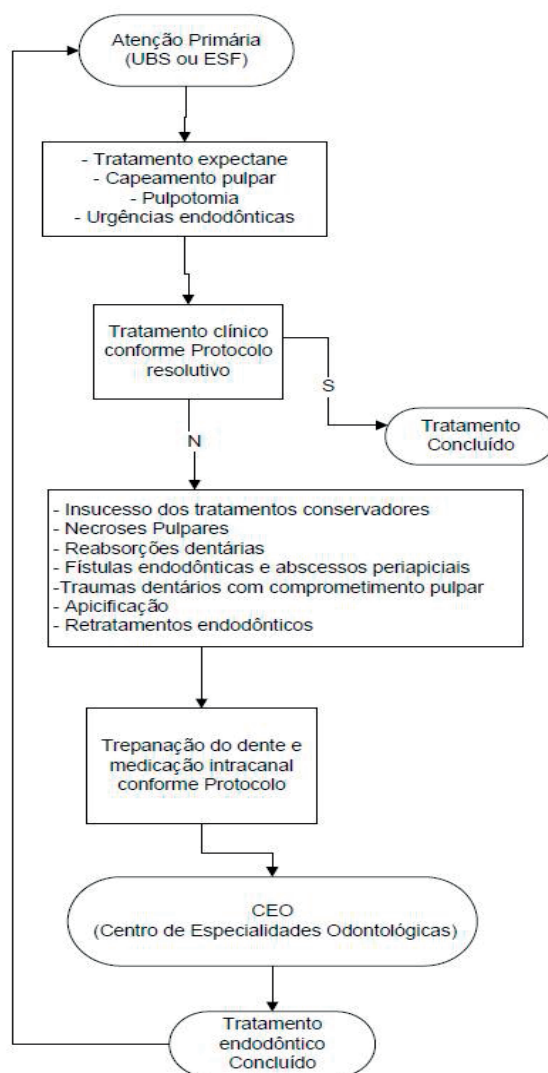
**A especialidade de Endodontia irá atender** a necessidade de tratamento endodôntico em dentes permanentes mono e polirradiculados com condições técnicas de receber tratamento restaurador na APS.

#### **2.2.3.2 Formas de Acesso ao Cuidado**

- a) Através de DRRCR onde deve estar descrito o diagnóstico, tratamento realizado, medicação prescrita e o tratamento solicitado.
- b) Cada DRRCR fará referência para o tratamento de 01 dente.
- c) Após a conclusão da endodontia, o cidadão deverá retornar à sua unidade de referência da APS, com o respectivo DRRCR preenchido e assinado pelo profissional responsável pelo tratamento no CEO, onde deve estar escrito o diagnóstico, tratamento realizado, medicação prescrita e a continuidade do tratamento solicitado.
- d) A consulta para restauração definitiva após a endodontia deverá ser garantida e agendada na APS de origem sem a necessidade do usuário entrar na espera das primeiras consultas.

e) A organização da agenda da especialidade de Endodontia deverá seguir o modelo de agenda proposto pela Área Técnica de Saúde Bucal conforme **Apêndice B**.

### Fluxograma de Encaminhamento para Endodontia



## **Critérios Clínicos de Encaminhamento para Endodontia**

Para encaminhar o paciente para tratamento endodôntico no CEO, devem ser considerados os seguintes critérios:

- Remoção total do tecido cariado do dente a ser tratado;
- Curativo de demora e restauração provisória com cimento de ionômero de vidro ou resina;
- O dente deve apresentar estrutura coronária remanescente (considerar os desgastes necessários para a realização do tratamento endodôntico) que permita a realização de restauração direta após o tratamento endodôntico, restabelecendo forma e função;
- Em casos de grande destruição coronária, o dente deve ser previamente restaurado com material restaurador definitivo devolvendo os contornos axiais normais que possibilitem a colocação do grampo para o isolamento absoluto. Colocar bolinha de algodão na entrada dos condutos com o objetivo de evitar que se obliterem com o material restaurador, mantendo o acesso aos canais;
- O dente deve permitir o uso de isolamento absoluto. Quando houver necessidade de cirurgia de aumento de coroa clínica, deve ser feito encaminhamento para periodontia anteriormente à endodontia;
- Dentes com doença periodontal (bolsa periodontal, mobilidade, lesão de furca) devem ser avaliados e tratados pela periodontia previamente;
- Nos casos em que foi realizado tratamento conservador da polpa dental (capeamento pulpar, curetagem pulpar ou pulpotomia), a preservação do tratamento deve ser realizada na APS. Encaminhar à Endodontia somente em caso de insucesso (pulpite/necrose pulpar) do tratamento;

- Dentes com tratamento endodôntico já realizado e que apresentam sinais e sintomas representativos de alguma patologia poderão ser encaminhados para avaliação, com radiografias prévias (evolução do quadro), para definir se podem receber retratamento ou não.
- Dentes com rizogênese incompleta e vitalidade pulpar devem ser submetidos à técnica de pulpotomia, e a proervação realizada na APS, com o objetivo de obter a apicigênese;
- Dentes de canino a canino com rizogênese incompleta e necrose pulpar podem ser encaminhados para tratamento de apicificação;
- Urgências de origem endodôntica devem ser atendidas na APS. No CEO serão atendidas somente urgências decorrentes do tratamento endodôntico em andamento (reagudização);
- Os usuários atendidos em serviços de urgência devem ser orientados a procurar a APS para adequação aos critérios estabelecidos e encaminhamento para o CEO.

### **Critérios de exclusão para Endodontia no CEO**

- Terceiros molares;
- Dentes com extrusão e sem antagonista;
- Dentes que não possam ser restaurados com restauração direta, recuperando forma e função (ponto de contato), na APS. Os dentes com estrutura dentária remanescente mínima apresentam riscos elevados de fratura, proporcionam uma retenção reduzida para a restauração e apresentam o risco de invasão do espaço periodontal, bem como a dificuldade de restabelecimento do ponto de contato. As restaurações de dentes tratados endodonticamente são planejadas para substituir a estrutura dentária ausente e para proteger a estrutura remanescente contra fraturas;

- Dentes que não possam receber isolamento absoluto;
- Dentes com problemas periodontais devem ser avaliados e tratados primeiramente pela periodontia;
- Dentes com envolvimento de furca grau 3 e doença periodontal severa e grande mobilidade por perda de inserção.

#### **2.2.4 Critérios de Encaminhamento para Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF)**

##### **A especialidade de CTBMF irá atender:**

- Exodontia de dentes inclusos e/ ou impactados: dentes que apresentam retenção óssea ou mucosa ou impactação em outro dente e que, por não terem erupcionado totalmente, são incapazes de realizar sua função mastigatória. O tratamento é eletivo para remoção de dentes inclusos, com maior frequência os terceiros molares superiores e inferiores, por indicação preventiva ortodôntica, periodontal ou patologias associadas a estes.
- Exodontias complexas com fatores de retenção: anatomias radiculares curvas, localização desfavorável, com difícil acesso cirúrgico ou muito próximo de estruturas anatômicas importantes, em que as manobras cirúrgicas podem determinar lesões ou sequelas irreparáveis.
- Cirurgias pré-protéticas: cirurgias ósseas alveolares com finalidade protética e/ou estético-funcionais devido a alterações morfológicas dos rebordos ósseos alveolares dos maxilares que impedem a adaptação funcional de próteses.

Além destes procedimentos mais comuns, os CEOs estão habilitados para realizar os demais procedimentos listados abaixo, conforme avaliação do CBMF:

- Apicetomias e obturação retrógrada
- Cirurgia de dentes retidos/semirretidos, priorizando casos com sintomatologia;
- Frenectomia lingual e labial;
- Ulectomias;
- Cirurgia de tecidos duros e moles (tórus palatino e mandibular, cistos, outros);
- Cirurgia pré-protética.
- Correção de bridas musculares;
- Correção de hipertrofia do rebordo alveolar;
- Excisão e sutura de lesão na boca;
- Excisão de fenômenos de retenção salivar;
- Reconstrução de sulco de rebordo alveolar;
- Exodontia múltipla com alveoloplastia por hemiarco;
- Remoção de cisto;
- Remoção de foco residual;
- Remoção de dente retido (incluso ou impactado);
- Tratamento cirúrgico de fístula intraoral;
- Marsupialização de lesões;
- Curetagem periapical, exceto os indicados para ambiente hospitalar.

### **Formas de Acesso ao Cuidado**

a) Através de DRCCR onde deve estar descrito o diagnóstico, tratamento realizado, medicação prescrita e o tratamento solicitado;

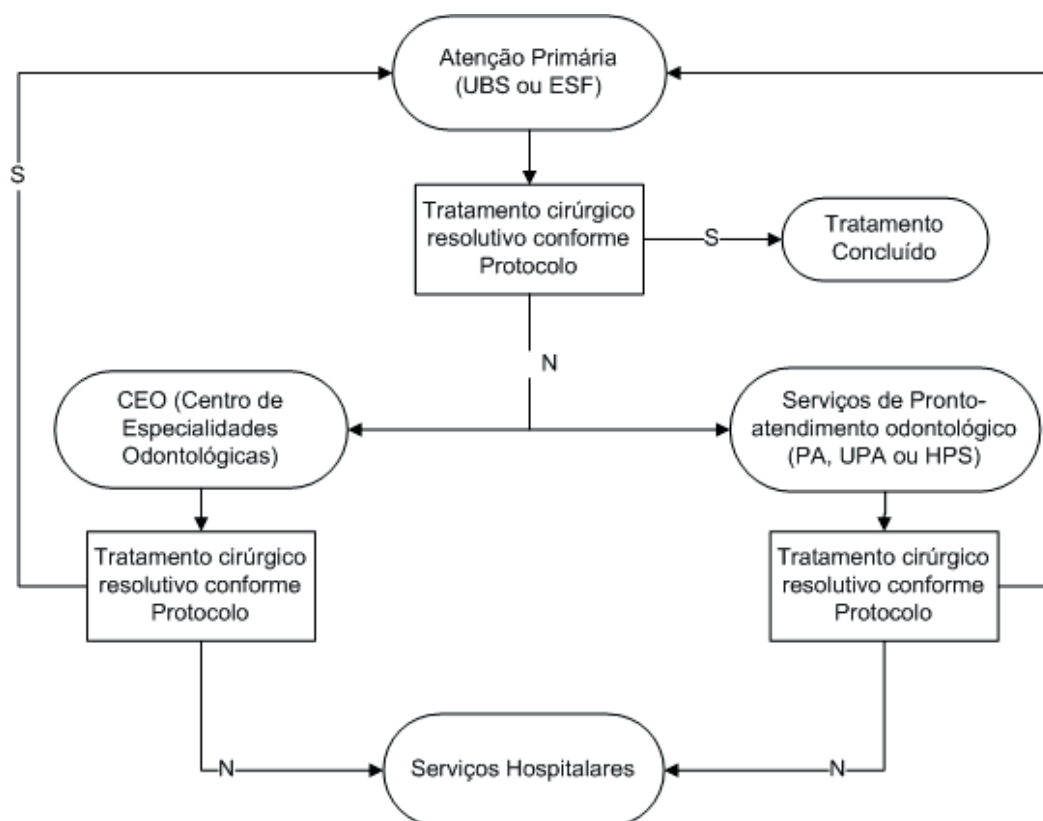
b) Cada DRCCR indicará a realização de no máximo dois procedimentos.

c) O paciente já deverá levar para a primeira consulta o exame radiográfico periapical e/ou panorâmico, solicitado pelo cirurgião-dentista responsável pelo encaminhamento; caso sejam necessárias outras tomadas radiográficas podem ser solicitadas pelo especialista para auxiliar no diagnóstico e tratamento. Tomografias poderão ser solicitadas pelo CTBMF, quando houver indicação.

c) Após a realização do procedimento cirúrgico no CEO, é o cirurgião-dentista da equipe de Atenção Primária quem vai fazer o acompanhamento pós-operatório, a remoção da sutura e a solicitação de radiografias de controle, nos casos em que isto se fizer necessário, conforme as orientações do cirurgião bucomaxilofacial no documento de contra referência.

d) A organização da agenda da especialidade de CTBMF deverá seguir o modelo de agenda proposto pela Área Técnica de Saúde Bucal conforme **Apêndice B**.

### Fluxograma de Encaminhamento CTBMF



### Critérios Clínicos de Encaminhamento para CTBMF

a) Quando houver indicação de procedimentos cirúrgicos de média ou alta complexidade, o cirurgião-dentista da APS vai encaminhar o paciente para CEO



para que o cirurgião avalie se o procedimento pode ser feito no nível secundário ou se necessita ser realizado em nível hospitalar. Neste caso, o cirurgião bucomaxilofacial vai encaminhar o paciente ao hospital de referência, onde o paciente vai ser submetido ao procedimento de alta complexidade a que foi referenciado e, após a alta, o profissional que fez o atendimento hospitalar vai contra-referenciar o paciente para o cirurgião-dentista da equipe de atenção básica.

d) Pacientes que apresentem algum comprometimento sistêmico que possa contraindicar ou exigir algum cuidado especial durante o procedimento cirúrgico já devem ter passado por avaliação médica antes de serem encaminhados para o especialista.

e) Pacientes que passaram por atendimento de urgência, devem procurar a unidade de saúde mais próxima de sua residência, pois o cirurgião-dentista da equipe de atenção básica é quem vai fazer o encaminhamento para o serviço especializado, após fazer a adequação do meio bucal.

f) nos casos de apicectomia, o tratamento ou retratamento endodôntico deverá ser realizado previamente.

### **Critérios de exclusão para CTBMF no CEO**

- Exodontias simples e de raízes residuais (inclusive para finalidade protética e/ou ortodôntica), exceto casos de exodontias simples que complicam no trans-cirúrgico;
- Pacientes com processos inflamatórios pulpares e/ ou periapicais em dentes adjacentes ao leito cirúrgico;
- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos cirúrgicos em ambulatório;
- Pacientes com sequela de fraturas/traumas dos ossos da face que necessitam de tratamento cirúrgico deverão ser encaminhados para a CTBMF no nível

hospitalar diretamente pelo serviço de Urgência onde foi atendido ou pelo Cirurgião-dentista da APS.

- Pacientes que necessitem procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, e também aqueles com algum comprometimento sistêmico que inviabilize o procedimento cirúrgico em ambulatório, devem ser encaminhados pelo cirurgião-dentista do Centro de Especialidades Odontológicas para um hospital de referência.

### **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.

### **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 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.

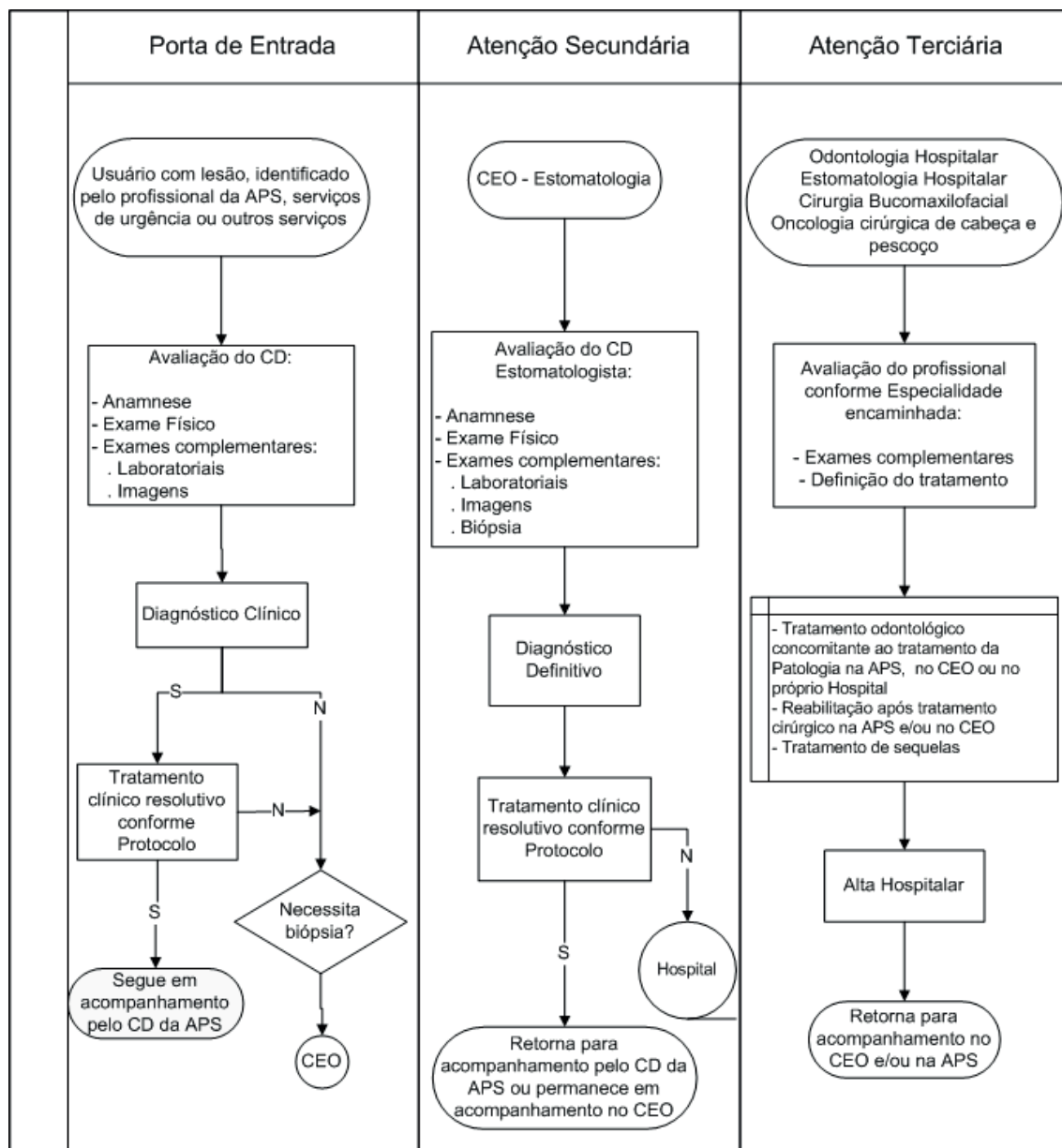
e) Os pacientes devem ser encaminhados para o Serviço de Estomatologia preferentemente pelo Cirurgião-dentista integrante de:

- 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.

d) A organização da agenda da especialidade de Estomatologia deverá seguir o modelo de agenda proposto pela Área Técnica de Saúde Bucal conforme **Apêndice B**.

## Fluxograma de Encaminhamento para Estomatologia



## Critérios Clínicos de Encaminhamento para Estomatologia

- Lesões que não desaparecem em 15 dias sob tratamento;
- Lesões com suspeita de malignidade;
- Lesões com necessidade de diagnóstico e tratamento cirúrgico ambulatorial;

- Lesões que necessitem de diagnóstico, tratamento e acompanhamento especializado.

### **Critérios de exclusão para Estomatologia no CEO**

Estes pacientes devem ser encaminhados para a Estomatologia no nível hospitalar:

- Pacientes com diagnóstico de patologias benignas extensas ou com localização de difícil acesso;
- Pacientes com comprometimento sistêmico ou situação especial que necessitem de atenção no nível hospitalar.

### **2.2.6 Critérios de Encaminhamento para Pacientes com Necessidade Especial**

**A especialidade de Pacientes com Necessidade Especial irá atender** os casos que não podem ser resolvidos na APS, quando a quantidade e/ou extensão dos procedimentos e a natureza do mesmo (grau de complexidade) exigem um grande número de consultas ou existe a necessidade de se adequar a prazo específico para tratamento de comorbidades e ou doenças sistêmicas, o encaminhamento ao CEO poderá ser a forma de atendimento mais adequada.

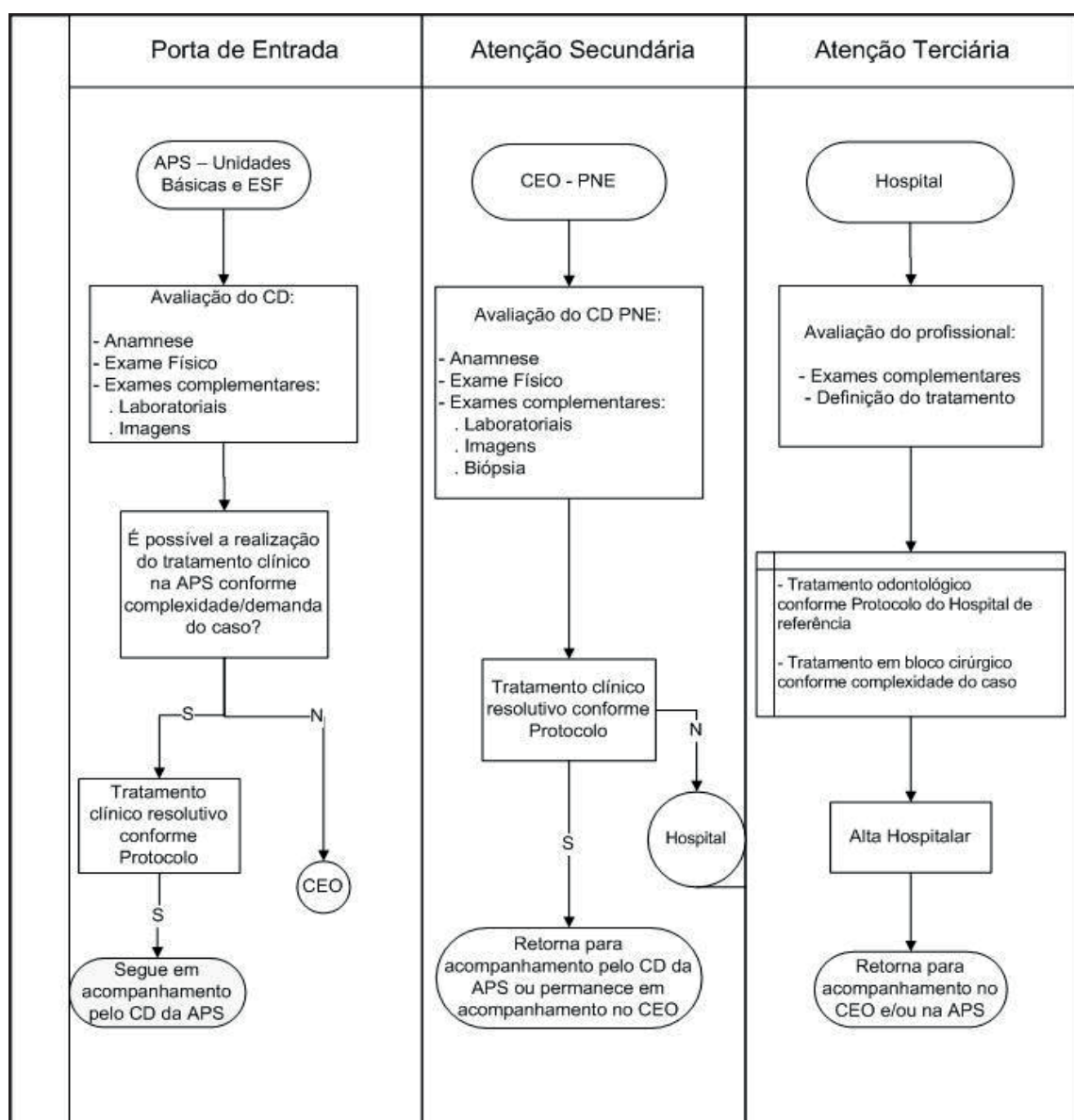
#### **Formas de Acesso ao Cuidado**

- a) No DRCR deve estar descrito o relatório odontológico detalhado (diagnóstico, tratamento realizado, medicação prescrita e o tratamento solicitado), justificando a necessidade da referência.

b) Além do DRCR, o paciente deve ser encaminhado com relatório do diagnóstico e avaliação clínica geral (sistêmica) do paciente e avaliação médica com laudo, quando disponível.

d) A organização da agenda da especialidade de PNE deverá seguir o modelo de agenda proposto pela Área Técnica de Saúde Bucal conforme **Apêndice B**.

**Fluxograma de encaminhamento para Pacientes com Necessidade Especial**



## **Critérios Clínicos de Encaminhamento para Pacientes com Necessidade Especial no CEO**

- Pacientes não colaboradores ou com comprometimento severo, podem ser encaminhados para o CEO, que efetuará o atendimento e avaliará a necessidade ou não de atendimento hospitalar;
- Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física e aqueles cuja história médica e condições complexas necessitem de uma atenção especializada;
- Pacientes portadores de sofrimento mental que apresentam impossibilidade de atendimento nas unidades básicas de saúde, após tentativas frustradas de atendimento;
- Paciente com deficiência mental, ou outros comprometimentos que não responde a comandos, não cooperativo, após tentativas frustradas de atendimento na rede básica;
- Pacientes deficientes sensoriais e físicos, quando associados a distúrbios de comportamento, após tentativas frustradas de atendimento na unidade básica;
- Pessoas com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- Deficiente neurológico "grave" (ex. paralisia cerebral);
- Doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando impossibilitados de atendimento na APS;
- Paciente autista quando da impossibilidade de atendimento na APS;

- Crianças de 0 a 2 anos com cárie aguda ou crônica generalizada, que não cooperam com o atendimento clínico tentado na unidade básica;
- Outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o profissional de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

### **Critérios de exclusão para Pacientes com Necessidade Especial no CEO**

- A porta de entrada do cuidado da pessoa com deficiência deverá ser sempre a Unidade de Atenção Primária em Saúde. Deverão ser atendidos, nesse nível de atenção, pessoas com limitações motoras, deficientes visuais, deficientes auditivos, deficientes de fala, gestantes, bebês, diabéticos, cardiopatas, idosos, HIV positivos, pacientes com disfunção renal, defeitos congênitos ambientais e transplantados, sem outras limitações.
- Deficientes e doentes mentais e sistêmicos crônicos descompensados necessitam de um manejo odontológico diferenciado e adequado para cada necessidade, como condições de equipamentos, materiais e suporte básico e/ou avançado de vida. Esta estrutura deve ser oferecida nos serviços de média e alta complexidade, por profissionais capacitados.
- Pacientes com necessidades mais complexas como anestesia geral, preparo prévio com hemoderivados, monitorização cardíaca complexa em cardiopatas graves, hepatopatas, pacientes já internados em ambiente hospitalar, imunodeprimidos que necessitem ambiente biosseguro e asséptico e outros, de acordo com a evolução e dificuldade de compensação clínica de cada doença, necessitam de assistência de alta complexidade em ambiente hospitalar.



- Pacientes que necessitam de tratamento odontológico e apresentam alterações sistêmicas graves que necessitem de monitoramento das funções vitais durante a cirurgia.

### **3 Atenção às Urgências em Saúde Bucal**

#### **3.1. Pronto Atendimento e Urgência Odontológica**

Conceitualmente, urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata.

As dores orofaciais bem como os traumas constituem a maior parte das urgências em odontologia; nestes casos é necessária uma intervenção imediata para resolução deste problema.

##### **3.1.1 Formas de Acesso**

O atendimento de urgência odontológica no município de Porto Alegre divide-se no atendimento aos traumatismos bucomaxilofaciais, às dores orofaciais e aos traumatismos alveolodentários. Os casos de trauma bucomaxilofacial deverão ser encaminhados diretamente para os hospitais de referência (Hospital Cristo Redentor e Hospital de Pronto Socorro), onde será feito o atendimento.

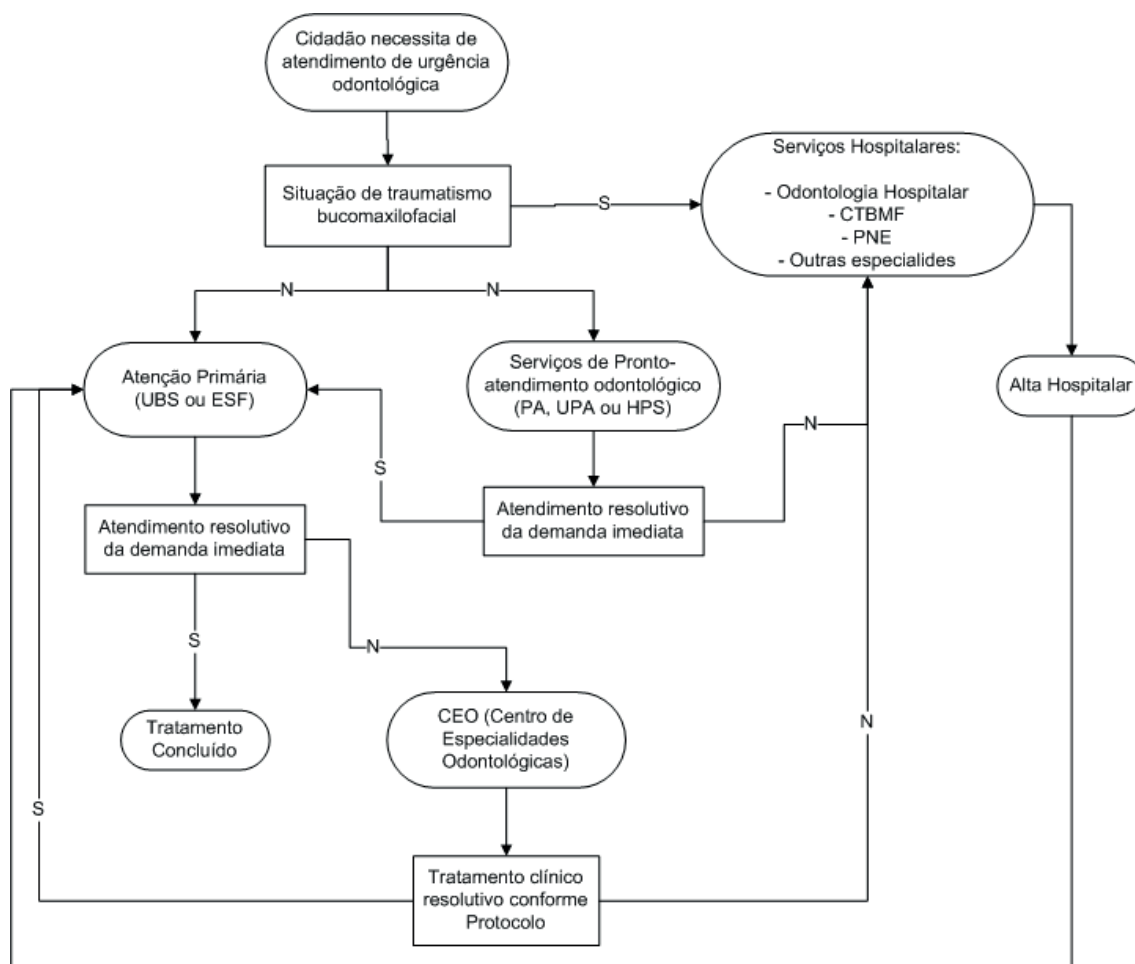
Nos casos que não se caracterizam como traumatismos bucomaxilofaciais, o cidadão poderá optar por dirigir-se aos serviços de pronto-atendimento odontológico (PA e UPA), que funcionam 24 horas por dia, ou à sua unidade de saúde de referência (UBS ou ESF).

Nos serviços de pronto-atendimento (PA e UPA) o acolhimento do cidadão será feito pela equipe de enfermagem e/ou equipe de saúde bucal, por ordem de chegada, e a organização do atendimento se dará conforme o protocolo de Manchester. Após a resolução do caso no serviço de pronto-atendimento, o usuário será encaminhado para a sua unidade de saúde de referência para a continuidade do tratamento.

Nas unidades de saúde da Atenção primária (UBS e ESF) o acolhimento do caso será feito pela equipe de saúde local, conforme demonstrado nas figuras 1 e 2. Havendo a presença de um profissional cirurgião-dentista na unidade e disponibilidade de horário, o atendimento será feito na própria unidade ou na unidade de saúde de referência. Os casos que não puderem ser atendidos na unidade de saúde deverão ser encaminhados para o serviço de urgência mais

próximo, através do preenchimento de formulário próprio de encaminhamento (Figura 3).

### Fluxograma da Atenção às Urgências



### 3.1.2 Critérios de atendimento clínico de urgência odontológica

- Pacientes com dor orofacial
- Pacientes com traumatismo dentoalveolar
- Pacientes com infecções odontogênicas graves que necessitem intervenção clínica
- A consulta de urgência diferencia-se das consultas odontológicas de rotina, pois visa à resolução pontual do agravo que motivou a busca por

atendimento. Desta forma, haverá uma adequação da anamnese e exame do paciente buscando, primordialmente, informações que possam influenciar na escolha da conduta.

- O exame clínico na consulta de urgência deverá focar aspectos significativos sobre a patologia que motivou o atendimento, não deixando de observar aspectos relevantes de saúde do paciente.
- Na busca do diagnóstico, além das características clínicas, podem ser utilizados os testes de vitalidade pulpar, pressão e percussão. Exames complementares devem ser realizados sempre que necessários, como radiografias, verificação de sinais vitais, hemoglicoteste, etc.
- As condutas clínicas devem seguir o Protocolo de Urgência Odontológica vigente.

### **3.1.3 Critérios de exclusão do atendimento clínico de urgência odontológica**

- Pacientes assintomáticos ou que não se incluam nos critérios clínicos do Protocolo de Urgência em Odontologia;
- Pacientes com traumatismo bucomaxilofacial

Pacientes que não se incluam nos critérios clínicos do Protocolo de Urgência Odontológica deverão ser encaminhados para atendimento nos diferentes níveis de atenção:

Atenção primária:

- Serão encaminhados para atendimento prioritário os pacientes que estiveram internados na sala de observação devido a quadro clínico com potencial risco de vida evitando assim a sua recidiva.

Atenção secundária:

- Serão encaminhados para a Estomatologia dos CEOs os pacientes portadores de lesões orofaciais.

- Serão encaminhados para a CTBMF dos CEOs os pacientes com necessidades cirúrgicas que cumpram os critérios de encaminhamento conforme protocolo desta especialidade.
- Serão encaminhados Endodontia dos CEOs somente os casos de avulsão dentária.

Atenção terciária:

- Serão encaminhados para os hospitais aqueles pacientes que não responderam ao tratamento realizado na sala de observação do PA ou necessitam de intervenção cirúrgica especializada.
- Serão encaminhados para a CTBMF dos hospitais os pacientes com trauma em face.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Legislação do SUS 1988.
2. BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria 1. de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília (BR): Ministério da Saúde; 2004.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. il.
4. BRASIL Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil / Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. BRASIL.. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488, 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 (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 24 out.
7. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Washington: PAHO 46º Conselho Diretivo; Agosto de 2005.
8. URSS. D de Alma Ata - Alma Ata Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro de 1978.
9. STARFIELD B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; Unesco, 2004.

- 10.FERNANDEZ JCA, Andrade EA, Pelicioni MCF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde: elemento instituinte? Saúde e Sociedade. 2008 ;17(1):153-164.
- 11.MILORI AS, NORDI PP, VERTUAN V & CARVALHO J 1994. Respostas de um programa preventivo de placa dentária bacteriana. Revista de Odontologia da Unesp 23(2): 325-231
- 12.PAULETO, A. R. C. et al. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1):121-130, 2004
- 13.VASCONCELOS R. Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. PGR-Pós-Grad R. Fac. Odontol., São José dos Campos, v. 4, p. 43-51, 2001.

## APÊNDICE A

### 1. Modelo de Agenda para Atenção Primária em Saúde – Cirurgião-dentista com carga horária de 40 horas semanais

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	P1	P1	P1	P1	P1
08:20-08:40					
08:40-09:00	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)
09:00-09:20					
09:20-09:40	Acolhimento (Urgência/PA)	P1	Acolhimento (Urgência/PA)	P1	Acolhimento (Urgência/PA)
09:40-10:00					
10:00-10:20	P1	Atividade Coletiva	P1	P1	P1
10:20-10:40					
10:40-11:00	P1	Atividade Coletiva	P1	P2	P2
11:00-11:20					
11:20-11:40	Reconsulta	Atividade Coletiva	P1	Reconsulta	Planejamento
11:40-12:00	Planejamento				
<b>INTERVALO</b>					
13:00-13:20	Atividade Coletiva	Acolhimento (Urgência/PA)	P1	Acolhimento (Urgência/PA)	P1
13:20-13:40					
13:40-14:00	Atividade Coletiva	P1	P1	P1	P1
14:00-14:20					
14:20-14:40	Atividade Coletiva	P1	P1	P1	P1
14:40-15:00					
15:00-15:20	Atividade Coletiva	P1	P1	P1	Atividade Coletiva
15:20-15:40					
15:40-16:00	Atividade Coletiva	P2	P2	P1	Atividade Coletiva
16:00-16:20					
16:20-16:40	Atividade Coletiva	Planejamento	Reconsulta	Reconsulta	Atividade Coletiva
16:40-17:00				Planejamento	



**2. Modelo de Agenda para Atenção Primária em Saúde – Cirurgião-dentista com carga horária de 40 horas semanais e com atividades de Preceptoría: alunos de graduação e/ou residentes**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)
08:20-08:40					
08:40-09:00	Acolhimento (Urgência/PA)	P1	Acolhimento (Urgência/PA)	P1	Acolhimento (Urgência/PA)
09:00-09:20					
09:20-09:40	P1	P1	P1	P1	P1
09:40-10:00					
10:00-10:20	P1	Atividade Coletiva	P1	Preceptoría	P1
10:20-10:40					
10:40-11:00	P1	Atividade Coletiva	P1	Preceptoría	P2
11:00-11:20					
11:20-11:40	Reconsulta	Atividade Coletiva	P1	Preceptoría	
11:40-12:00	Planejamento				Planejamento
<b>INTERVALO</b>					
13:00-13:20	Atividade Coletiva	Acolhimento (Urgência/PA)	Preceptoría	Acolhimento (Urgência/PA)	P1
13:20-13:40					
13:40-14:00	Atividade Coletiva	P1	Preceptoría	P1	P1
14:00-14:20					
14:20-14:40	Atividade Coletiva	P1	Preceptoría	P1	P1
14:40-15:00					
15:00-15:20	Atividade Coletiva	P1	P1	P1	Atividade Coletiva
15:20-15:40					
15:40-16:00	Atividade Coletiva	P2	P2	P1	Atividade Coletiva
16:00-16:20					
16:20-16:40	Atividade Coletiva	Planejamento	Reconsulta	Reconsulta	Atividade Coletiva
16:40-17:00				Planejamento	

**3. Modelo de Agenda para Atenção Primária em Saúde – Cirurgião-dentista com carga horária de 30 horas semanais**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)
08:20-08:40					
08:40-09:00	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	P1	P1	Acolhimento (Urgência/PA)
09:00-09:20					
09:20-09:40	P1	P1	Atividade Coletiva	P1	P1
09:40-10:00					
10:00-10:20	P1	P1	Atividade Coletiva	P1	P1
10:20-10:40					
10:40-11:00	P2	P1	Atividade Coletiva	P1	P1
11:00-11:20					
11:20-11:40		Atividade Coletiva	P1	P2	P1
11:40-12:00					
13:00-13:20	Atividade Coletiva	P1	Reconsulta	P1	Atividade Coletiva
13:20-13:40					
13:40-14:00	Atividade Coletiva	Reconsulta	Planejamento	Reconsulta	Planejamento

**4. Modelo de Agenda para Atenção Primária em Saúde – Cirurgião-dentista com carga horária de 30 horas semanais e com atividades de Preceptoria: alunos de graduação e/ou residentes**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)
08:20-08:40					
08:40-09:00	Acolhimento (Urgência/PA)	P1	P1	P1	Acolhimento (Urgência/PA)
09:00-09:20					
09:20-09:40	P1	P1	Atividade Coletiva	P1	P1
09:40-10:00					
10:00-10:20	P1	P1	Atividade Coletiva	P1	P1
10:20-10:40					

10:40-11:00	P2	Preceptoria	Atividade Coletiva	P1	P1
11:00-11:20		Preceptoria	P2	P1	Atividade Coletiva
11:20-11:40	Atividade Coletiva	Preceptoria		Reconsulta	P1
11:40-12:00	Atividade Coletiva	Preceptoria	Planejamento		
13:00-13:20	Atividade Coletiva	Preceptoria	Reconsulta	P1	Atividade Coletiva
13:20-13:40					
13:40-14:00					

**Observação 1:** Segundo Política Nacional de Saúde Bucal 75% - 85% das atividades da equipe de saúde bucal deve ser de atividades clínicas na cadeira (procedimentos clínicos em consultório dentário).

**Observação 2:** 15% - 25% das atividades da equipe de saúde bucal deve ser para as atividades coletivas (grupo operativo, visita domiciliar, reunião de equipe, atividade com escolas, reunião do conselho local ou distrital de saúde...).

**Observação 3:** A Área Técnica de Saúde Bucal do Município de Porto Alegre definiu que para o município 80% das atividades deve ser para clínica (procedimentos em consultório dentário).

**Observação 4:** As Unidades de Saúde que tiverem alunos de graduação ou pós-graduação (especialização, residência) terão tempo na organização da agenda para fazer a preceptoria desses alunos que será de até 10%.

**Observação 5:** Somente serão aceitos espaços na agenda para preceptoria mediante apresentação de projeto de conteúdos a serem abordados, que podem ser feitos de modo coletivo e terá que enviar relatório trimestral padrão.

**Observação 6:** Qualquer outra alteração deve ser feita através de projeto por escrito com acordo da equipe, do conselho local de saúde e colegiado gestor de saúde bucal da secretaria municipal de saúde de Porto Alegre.

**Legenda:**

**P1** = horários de consulta de 40 minutos

**P2** = horários de consulta de 60 minutos

**Acolhimento** = horários destinados a consultas de urgência e/ou pronto-atendimento

**Reconsulta** = horários de consulta de 20 minutos

**Planejamento** = horários destinados a atividades de Planejamento da equipe de saúde bucal

**Preceptoria** = horário destinado a atividades de preceptoria de alunos de graduação e/ou residência (pós-graduação)

**5. Modelo de Agenda para Atenção Primária em Saúde – Técnico de Saúde Bucal com carga horária de 40 horas semanais em Unidades com apenas 01 consultório odontológico**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
08:20-08:40					
08:40-09:00					
09:00-09:20	Planejamento	Planejamento	Planejamento	Planejamento	Planejamento
09:20-09:40	Atividade Coletiva	Planejamento	VD	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva
09:40-10:00		Planejamento			
10:00-10:20	Atividade Coletiva	P1	VD	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva
10:20-10:40					
10:40-11:00	Atividade Coletiva	P1	VD	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva
11:00-11:20					
11:20-11:40	Atividade Coletiva	P1	VD	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva
11:40-12:00					
<b>INTERVALO</b>					
13:00-13:20	P1	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
13:20-13:40					
13:40-14:00	P1	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	Planejamento
14:00-14:20					Planejamento
14:20-14:40	P1	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	Planejamento
14:40-15:00					Planejamento
15:00-15:20	P1	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	P1
15:20-15:40					
15:40-16:00	P1	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	P1
16:00-16:20					
16:20-16:40	P1	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	P1
16:40-17:00					

**6. Modelo de Agenda para Atenção Primária em Saúde – Técnico de Saúde Bucal com carga horária de 40 horas semanais em Unidades com 02 consultórios odontológicos**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
08:20-08:40					
08:40-09:00					
09:00-09:20	Planejamento	Planejamento	Planejamento	Planejamento	Planejamento
09:20-09:40	Atividade Coletiva	P1	VD	P1	Atividade Coletiva
09:40-10:00					
10:00-10:20	Atividade Coletiva	P1	VD	P1	Atividade Coletiva
10:20-10:40					
10:40-11:00	Atividade Coletiva	P1	VD	P1	Atividade Coletiva
11:00-11:20					
11:20-11:40	Atividade Coletiva	P1	P1	P1	Atividade Coletiva
11:40-12:00					
<b>INTERVALO</b>					
13:00-13:20	P1	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
13:20-13:40					
13:40-14:00	P1	P1	Atividade Coletiva	P1	Planejamento
14:00-14:20					Planejamento
14:20-14:40	P1	P1	Atividade Coletiva	P1	P1
14:40-15:00					
15:00-15:20	P1	P1	Atividade Coletiva	VD	P1
15:20-15:40					
15:40-16:00	P1	P1	Atividade Coletiva	VD	P1
16:00-16:20					
16:20-16:40	P1	P1	Atividade Coletiva	VD	P1
16:40-17:00					

**7. Modelo de Agenda para Atenção Primária em Saúde – Técnico de Saúde Bucal com carga horária de 30 horas semanais em Unidades com 01 consultório odontológico**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)
08:20-08:40					
08:40-09:00			Atividade Coletiva	Planejamento	
09:00-09:20					
09:20-09:40	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	Atividade Coletiva
09:40-10:00					
10:00-10:20	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	Atividade Coletiva
10:20-10:40					

10:40-11:00		Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	
11:00-11:20	P1	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	P1
11:20-11:40		Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	
11:40-12:00	P1	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	P1
13:00-13:20		Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	
13:20-13:40	P1	Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	P1
13:40-14:00		Planejamento	Planejamento	Planejamento	

**6. Modelo de Agenda para Atenção Primária em Saúde – Técnico de Saúde Bucal com carga horária de 30 horas semanais em Unidades com 02 consultórios odontológicos**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)	Acolhimento (Urgência/PA)
08:20-08:40					
08:40-09:00			Atividade Coletiva	VD	
09:00-09:20	Atividade Coletiva	Planejamento	Atividade Coletiva	VD	Atividade Coletiva
09:20-09:40		Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	
09:40-10:00	Atividade Coletiva				Atividade Coletiva
10:00-10:20		Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	
10:20-10:40	Atividade Coletiva				Atividade Coletiva
10:40-11:00		Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	
11:00-11:20	P1				P1
11:20-11:40		Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	
11:40-12:00	P1				P1
13:00-13:20		Atividade Coletiva	Atividade Coletiva	VD	
13:20-13:40	P1				P1
13:40-14:00		Planejamento	Planejamento	Planejamento	

**Observação 1:** Para as unidades que possuem apenas um gabinete odontológico, as atividades em cadeira serão realizadas nos horários em que o dentista estiver realizando atividades coletivas.

**Observação 2:** Considera-se supervisão direta os procedimentos realizados pelo TSB quando o dentista estiver no território da unidade de saúde.

**Observação 3:** Na primeira consulta deverá ser realizada a identificação das necessidades, visando a distribuição dos agendamentos - dentista e TSB.

**Observação 4:** As reuniões de equipe deverão ser contempladas nos horários de planejamento.

**Observação 5:** As atividades de Visita Domiciliar poderão ser realizadas pelo TSB visando o levantamento da demanda informada pelo paciente, bem como a realização de orientação de saúde bucal.

**Observação 6:** As atividades coletivas compreendem as atividades na escola, os grupos na unidade, os grupos no território e os grupos na sala de espera.

**Observação 7:** As atividades em cadeira compreendem as atribuídas ao TSB conforme a lei 11889/08.

**Observação 8:** O Acolhimento tem por objetivo realizar a escuta dos pacientes que procurarem atendimento na unidade. Fazer a discussão dos casos com o cirurgião dentista e realizar os encaminhamentos necessários para cada caso.

**Legenda:**

**P1** = horários de consulta de 40 minutos

**VD** = horários destinados a visitas domiciliares

**Acolhimento** = horários destinados à escuta qualificada dos cidadãos que buscam atendimento na unidade.

**Planejamento** = horários destinados a atividades de Planejamento da equipe de saúde bucal

## APÊNDICE B

### 1. Modelo de Agenda para Centros de Especialidades Odontológicas – Cirurgião-dentista Periodontista

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	1C	1C	1C	1C	
08:20-08:40					
08:40-09:00	P1	P1	P1	P1	RE
09:00-09:20					
09:20-09:40	P2	P2	P1	P1	P1
09:40-10:00					
10:00-10:20	P3	P3	P2	P2	P1
10:20-10:40					
10:40-11:00	P3	P3	reconsulta	reconsulta	P2
11:00-11:20					
11:20-11:40	planej.	planej.	reconsulta	reconsulta	planej.
11:40-12:00					
<b>INTERVALO</b>					
13:00-13:20	1C	1C	1C	1C	P1
13:20-13:40					
13:40-14:00	P1	P1	P1	P2	P1
14:00-14:20					
14:20-14:40	P1	P1	P2	P3	P2
14:40-15:00					
15:00-15:20	P2	P2	P3	P3	P3
15:20-15:40					
15:40-16:00	reconsulta	reconsulta	P3	reconsulta	P3
16:00-16:20					
16:20-16:40	reconsulta	reconsulta		reconsulta	
16:40-17:00	planej.	planej.	planej.	planej.	planej.



2. Modelo de Agenda para Centros de Especialidades Odontológicas – Cirurgião-dentista Estomatologista

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	1C	1C	1C	1C	RE
08:20-08:40					
08:40-09:00	P1	P1	P1	P1	RE
09:00-09:20					
09:20-09:40	P1	P1	P1	P1	1C
09:40-10:00					
10:00-10:20	P1	P1	P1	P2	P2
10:20-10:40					
10:40-11:00					
11:00-11:20	P2	P2	P2	reconsulta	reconsulta
11:20-11:40				reconsulta	reconsulta
11:40-12:00	planej.	planej.	planej.	planej.	planej.
<b>INTERVALO</b>					
13:00-13:20	1C	1C	1C	1C	1C
13:20-13:40					
13:40-14:00	P1	P1	P1	P1	P1
14:00-14:20					
14:20-14:40	P1	P1	P1	P1	P1
14:40-15:00					
15:00-15:20	P3	P3	P3	P3	P3
15:20-15:40					
15:40-16:00					
16:00-16:20	reconsulta	reconsulta	reconsulta	reconsulta	reconsulta
16:20-16:40					
16:40-17:00	planej.	planej.	planej.	planej.	planej.

3. Modelo de Agenda para Centros de Especialidades Odontológicas – Cirurgião-dentista  
CTBMF

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	1C	1C	1C	1C	RE
08:20-08:40					
08:40-09:00	1C	1C	1C	1C	RE
09:00-09:20					
09:20-09:40	P1	P1	P1	P1	P1
09:40-10:00	P3	P3	P3	P3	P3
10:00-10:20					
10:20-10:40					
10:40-11:00					
11:00-11:20	reconsulta	reconsulta	reconsulta	reconsulta	reconsulta
11:20-11:40					
11:40-12:00	planej.	planej.	planej.	planej.	planej.
<b>INTERVALO</b>					
13:00-13:20	1C	1C	1C	1C	1C
13:20-13:40					
13:40-14:00	1C	1C	1C	P2	P2
14:00-14:20					
14:20-14:40	P1	P1	P1	P3	P3
14:40-15:00					
15:00-15:20	P1	P1	P1	reconsulta	reconsulta
15:20-15:40					
15:40-16:00	P2	P2	P2	reconsulta	reconsulta
16:00-16:20					
16:20-16:40					
16:40-17:00	planej.	planej.	planej.	planej.	planej.

4. Modelo de Agenda para Centros de Especialidades Odontológicas – Cirurgião-dentista PNE

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	1C	1C	1C	1C	RE
08:20-08:40					
08:40-09:00	P1	P1	P1	P1	RE
09:00-09:20					
09:20-09:40	P2	P2	P2	P2	P1
09:40-10:00					
10:00-10:20	P3	P3	P3	P3	P2
10:20-10:40					
10:40-11:00					
11:00-11:20					reconsulta
11:20-11:40	reconsulta				
11:40-12:00	planej.	planej.	planej.	planej.	planej.
<b>INTERVALO</b>					
13:00-13:20	1C	1C	1C	1C	P1
13:20-13:40					
13:40-14:00	P1	P1	P1	P2	P2
14:00-14:20					
14:20-14:40	P2	P2	P2	P3	P3
14:40-15:00					
15:00-15:20	P3	P3	P3	P3	P3
15:20-15:40					
15:40-16:00					
16:00-16:20					
16:20-16:40	reconsulta				
16:40-17:00	planej.	planej.	planej.	planej.	planej.

5. Modelo de Agenda para Centros de Especialidades Odontológicas – Cirurgião-dentista Endodontista

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00-08:20	1C	1C	1C	1C	RE
08:20-08:40					
08:40-09:00	P1	P1	P1	1C	RE
09:00-09:20					
09:20-09:40	P2	P2	P2	P3	1C
09:40-10:00					
10:00-10:20					P1
10:20-10:40	P3	P3	P3	P3	P3
10:40-11:00					
11:00-11:20					
11:20-11:40					
11:40-12:00	planej.	planej.	planej.		
<b>INTERVALO</b>					
13:00-13:20	1C	1C	1C	1C	1C
13:20-13:40					
13:40-14:00	P1	1C	P3	P3	P3
14:00-14:20					
14:20-14:40	P3	P3	P3	P3	P3
14:40-15:00					
15:00-15:20					
15:20-15:40	P3	P3	P3	P3	P3
15:40-16:00					
16:00-16:20	P3	P3			
16:20-16:40			reconsulta	reconsulta	reconsulta
16:40-17:00			planej.	planej.	planej.

**Legenda:**

**1C** = horários de Primeira Consulta, com duração de 40 minutos

**P1** = horários de consulta de 40 minutos

**P2** = horários de consulta de 60 minutos

**P3** = horários de consulta de 80 minutos

**Reconsulta** = horários de consulta de 20 minutos

**Planejamento** = horários destinados a atividades de Planejamento da equipe de saúde bucal



**Gráfica RJR**

[www.graficarjr.com.br](http://www.graficarjr.com.br)

Impresso em sistema digital, com  
papel proveniente de florestas  
plantadas e certificadas.

**IMESF**  
Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família



**Prefeitura de  
Porto Alegre**  
Secretaria Municipal de Saúde