



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
ATENÇÃO BÁSICA
SAÚDE BUCAL**

“DIRETRIZES DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE BUCAL/SES-SP”

**Vol I - Reorganização da Saúde Bucal na Atenção Básica: Classificação de Risco e
Organização da Demanda.**

1. Introdução

A Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo propõe a utilização em larga escala da metodologia da **Classificação de Risco às Principais Afecções Bucais, como estratégia de PROMOVER A REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA** (objetivo 1.6.1 da Diretriz 1.6 do Plano Estadual de Saúde 2016-2019) .

A metodologia em questão resulta de um trabalho promovido pela Secretaria de Estado da Saúde - SP em 2000, intitulado “Recomendações sobre uso de produtos fluorados no âmbito do SUS-SP em função do risco de cárie dentária” (RSS 95 de 27/06/2000; RSS 164 de 21/12/2000). A princípio o método pretendia identificar quem poderia ou não participar das ações de aplicação de flúor tópico através do levantamento do risco à cárie dentária e, a exemplo de Diadema, os municípios do Estado de São Paulo foram estimulados a utilizar a intitulada “Classificação de Risco à Cárie Dentária” , como instrumento para organização da demanda na priorização do acesso ao tratamento. Na ocasião, a Secretaria de Estado da Saúde agregou o risco à doença periodontal e ao câncer bucal à proposta da classificação, quando capacitou amplamente toda a rede de atenção básica em saúde bucal sendo, até hoje, praticada por muitos municípios. Foram desenvolvidos materiais de capacitação e publicado o documento “A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica: Proposta para o SUS-SP” em 2001, com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações de saúde bucal.

Ao integrar o rol das atividades previstas nos processos de trabalho da Saúde Bucal, observou-se que a metodologia da Classificação de Risco, além de promover a organização da demanda, pode fornecer facilmente mais um traçado epidemiológico do perfil das principais afecções bucais de uma determinada população, ou mesmo ser um indicador de eficiência do serviço em relação ao acesso e/ou incorporação de práticas saudáveis.

A partir de 2012, a gestão estadual constatou que vários municípios modificaram a metodologia, indicando assim a necessidade de um estudo para adaptação às reais necessidades e práticas. A primeira alteração foi sugerida em 2013 no Encontro de Araçatuba, promovido pela FOA-UNESP, sendo que a proposta atual baseou-se em estudo desenvolvido em Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP/UNICAMP apresentado em 2015. Outras modificações foram necessárias após reuniões de coordenadores municipais, dos Articuladores de SB dos DRS e por fim, junto às reuniões do projeto de “Planificação da Atenção à Saúde” no Vale do Jurumirim durante o período de 2016-2018, consensuou-se o modelo que propomos a seguir como ferramenta viável.

Como desdobramento, vale ressaltar que em meados de 2018 o método foi utilizado no Programa de Estudos avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA) em parceria com HCFMUSP, FMUSP e FGV/EAESP para proporcionar o desenvolvimento de “Ferramenta Automática para Classificação de Risco em Saúde Bucal da SES-SP”, em forma de “Aplicativo”, disponível para todos os Municípios do Estado de São Paulo.

2. Objetivos (Classificação de Risco em Saúde Bucal –SES/SP)

2.1. Objetivo Geral

Promover a reorganização do serviço em Saúde Bucal na Atenção Básica, com base nos princípios e diretrizes do SUS e suas políticas específicas, visando à ampliação do acesso, através da melhora na resolutividade e da oferta do serviço de Atenção em Saúde Bucal.

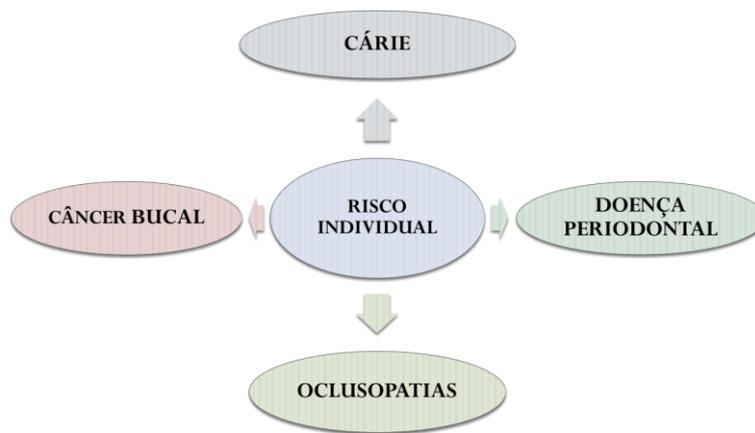
2.2. Objetivos Específicos

- Oferecer aos municípios uma **ferramenta simples** e de larga escala, que permita a fácil identificação das prioridades e definição de fluxos de encaminhamento com equidade: **a metodologia da estratificação de risco em saúde bucal**;
- Realizar a busca ativa em saúde bucal para promover o acesso com equidade, de modo a coibir os agravos em saúde.
- Promover o **acompanhamento dos casos e dos resultados pelo** gestor e toda a equipe de saúde bucal;
- Agregar outras **medidas de fundo epidemiológico**, levando-se em consideração dados coletados em **processos de trabalho rotineiros e**, que possibilitam **avaliar o impacto** das ações sobre as populações, o **custo benefício**, de modo a colaborar nos processos de **planejamento** de políticas públicas em saúde.

3. Método da Classificação de Risco em Saúde Bucal – SES/SP

Postulados:

- 3.1. O método permite aplicação em diversos tipos de ambientes, desde que respeitados os princípios da biossegurança e ergonomia. Exemplo: escola, associação de bairro, biblioteca, quadra de esportes, sala educativa da UBS, sala de espera, etc.
- 3.2. Trata-se ação coletiva, realizada em grupos de pessoas;
- 3.3. A Classificação de Risco levará em consideração as principais afecções bucais:



3.4. De modo geral, o Risco para cada afecção será padronizado, conforme abaixo:

0-BAIXO RISCO:
Sem sinais de atividade de doença e sem história progressa.

1-RISCO MODERADO:
Sem sinais de atividade de doença, história progressa de doença, ou alterações suspeitas.

2-ALTO RISCO:
Com presença de atividade de doença, com ou sem história progressa de doença

3.5. Será registrada a pior condição encontrada para cada afecção bucal conforme os quadros abaixo:

3.5.1. Doença Cárie Dentária

O profissional registrará a condição encontrada para a doença multifatorial cárie, levando em conta dois principais fatores: Fator Cárie Dentária e Fator Biofilme¹.

► **Fator Cárie:** será registrada a pior situação encontrada das condições abaixo:

Quadro 1: Situações Encontradas quanto ao Fator Cárie Dentária

| Código | Critérios |
|----------|--|
| A | Sem história de cárie: somente hígidos |
| B | Presença de dente restaurado |
| C | Presença de lesão de cárie crônica e/ou presença de restauração provisória |
| D | Presença de Mancha Branca Ativa |
| E | Presença de lesão de cárie em sulcos, fóssulas e cictrículas, sem comprometimento pulpar evidente |
| F | Presença de lesão de cárie de face proximal, ângulos da borda incisal e terço cervical, sem comprometimento pulpar evidente. |
| G | Suspeita de Comprometimento pulpar ou periapical: pulpite, fístula, polpa exposta, abscesso, foco residual e dor. |

¹ Esta classificação individual de risco a cárie foi baseada na classificação desenvolvida em 2001 pela SES/SP e atualizada em 2015, pela Coordenação da Área Técnica de Saúde Bucal da SES/SP.

- **Fator Biofilme:** deverá ser observada a presença de gengivite em pelo menos 3 elementos dentários, registrado conforme o quadro 2:

Quadro 2: Situações Encontradas quanto ao Fator Biofilme

| Código | Crítérios |
|--------------|---|
| (-) Negativo | Ausência de gengivite (com ou sem biofilme) |
| (+) Positivo | Presença de gengivite em pelo menos 3 elementos dentários |

3.5.2. Doença Periodontal

- Tomando por base o Índice de Russell Modificado, examinam-se apenas os dentes índices para cada sextante ou, na ausência deste, o adjacente no mesmo sextante:

| | | |
|----|----|----|
| 16 | 11 | 24 |
| 44 | 31 | 36 |

- O indivíduo será classificado pelo código de seu pior sextante:

Quadro 3: Classificação de Risco quanto a Doença Periodontal

| Código | Crítérios |
|--------|--|
| 0 | Elemento com periodonto sadio |
| 1 | Elemento com gengivite |
| 2 | Elemento com cálculo supra-gengival |
| X | Ausência de dentes no sextante |
| B | Seqüela de doença periodontal anterior |
| 6 | Elemento com cálculo sub-gengival (visível pelo afastamento/retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade |
| 8 | Elemento com mobilidade irreversível e perda de função |

3.5.3. Doença Câncer Bucal

O profissional registrará a condição encontrada para a Doença Câncer Bucal, levando em conta a pior situação encontrada das condições abaixo:

Quadro 4: Classificação de Risco quanto ao Câncer Bucal

| Código | Crítérios |
|--------|---|
| 0 | Indivíduo com tecidos moles sadios |
| 1 | Indivíduo com alterações em tecidos moles sem suspeita de malignidade (alterações não listadas no código 2) |
| 2 | Indivíduo com alterações em tecidos moles com suspeita de malignidade: úlceras indolores com mais de 14 dias de evolução, com bordas elevadas e base ligeiramente endurecida ou não; lesões brancas ou enegrecidas com áreas ulceradas; lesões avermelhadas com mais de 14 dias de evolução, com contornos definidos e limites nítidos sugerindo eritroplasia; lesões vegetativas de crescimento rápida (pápulas, nódulos), lisas, granuladas, verrucosas ou ulceradas. |

3.5.4. Oclusopatias

O profissional registrará a condição encontrada para oclusopatias, levando em conta alterações na posição dos dentes e na inter-relação dos maxilares, de modo a se estimar o perfil da necessidade de intervenção na faixa etária até 19 anos de idade.

Quadro 5: Classificação de Risco quanto a Oclusopatias²

| Código | Crítérios |
|---------------|--|
| 0 | Ausência de alterações oclusais |
| 1 | Quando há um ou mais dentes com giroversão, ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular, mordida cruzada posterior (uni ou bilateral), sobremordida vertical acima de 2mm. |
| 2 | Quando há um efeito considerável na aparência facial, ou significativa redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados com pelo menos uma das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores: <ul style="list-style-type: none"> • Transpasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo); • Transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (overjet negativo); • Mordida aberta; • Desvio de linha média de 4 mm ou mais; • Apinhamento ou espaçamento de 4 mm ou mais. |

3.6. Registradas a situação encontrada (Código SE), será identificado o risco e a conduta a ser realizada para cada caso, conforme os quadros abaixo:

3.6.1. Conduta Cárie Dentária

Quadro 6: Risco e Conduta para Cárie Dentária.

| CÓDIGO SE | Fator Cárie | Fator Biofilme | Risco | Conduta | | |
|------------------|---|-----------------------|--------------|---|---|---|
| A - | A - Sem história de cárie: somente hígidos | - | Baixo | Promoção/Educação Flúor tópico | | |
| A + | | + | Alto | | | |
| B - | B - Presença de restauração | - | Moderado | | | |
| B + | | + | Alto | | | |
| C - | C - Cárie crônica/ restauração provisória | - | Moderado | | | |
| C + | | + | Alto | | | |
| D - | D - Mancha branca ativa | - | Moderado | | | |
| D + | | + | Alto | | | |
| E - | E – Lesão de sulcos, fósulas e cicatrículas, sem comprometimento pulpar evidente. | - | Alto | Promoção/ Educação Flúor Tópico/ ART* | | |
| E + | | + | | | | |
| F - | F – Lesão de face proximal, ângulos da borda incisal e terço cervical, sem comprometimento pulpar evidente. | - | | Alto | Promoção/ Educação/ Flúor tópico/ Selante/ TRC** | |
| F + | | + | | | | |
| G - | G – Suspeita de Comprometimento pulpar ou periapical: pulpite, fistula, polpa exposta, abscesso, foco residual, dor. | - | | | Alto | Promoção/ Educação/ Flúor tópico/ Selante/ Urgência/ TRC** |
| G + | | + | | | | |

ART:** Tratamento Restaurador Atraumático/ *TRC:** Tratamento Restaurador Convencional

² A classificação para oclusopatias é uma adaptação do critério preconizado pelo Manual de Levantamento Epidemiológico da Organização Mundial de Saúde de 1987, modificado pela Faculdade de Saúde Pública da USP em 1996.

3.6.2. Conduta Doença Periodontal

Quadro 7: Risco e Conduta para Classificação de Risco à Doença Periodontal

| CÓDIGO SE | Critérios | Risco | Conduta |
|------------------|---|--------------|---|
| X | Ausência de dentes no sextante | Baixo | Ações Coletivas |
| 0 | Elemento com periodonto sadio | | |
| 1 | Elemento com gengivite | | |
| 2 | Elemento com cálculo supra-gengival | Moderado | Tratamento Atenção Primária |
| B | Sequela de doença periodontal anterior | | Orientação/ Acompanhamento individual |
| 6 | Elemento com cálculo sub-gengival (visível pelo afastamento/ retração gengival) e com mobilidade reversível ou sem mobilidade | Alto | Tratamento Atenção Primária e/ou Secundária |
| 8 | Elemento com mobilidade irreversível e perda de função | | Urgência |

3.6.3. Conduta Câncer Bucal

Quadro 8: Risco e Conduta para Classificação de Risco ao Câncer Bucal

| CÓDIGO SE | Critérios | Risco | Conduta |
|------------------|---|--------------|---|
| 0 | Indivíduo com tecidos moles sadios | Baixo | Orientações |
| 1 | Indivíduo com alterações em tecidos moles sem suspeita de malignidade (alterações não listadas no código 2) | Moderado | Orientações, Retriagem, Tratamento na UBS e/ou Alta |
| 2 | Indivíduo com alterações em tecidos moles com suspeita de malignidade: úlceras indolores com mais de 14 dias de evolução, com bordas elevadas e base ligeiramente endurecida ou não; lesões brancas ou enegrecidas com áreas ulceradas; lesões avermelhadas com mais de 14 dias de evolução, com contornos definidos e limites nítidos sugerindo eritroplasia; lesões vegetativas de crescimento rápida (pápulas, nódulos), lisas, granuladas, verrucosas ou ulceradas. | Alto | Retriagem e Agendamento na Atenção Secundária |

3.6.4. Conduta Oclusopatias

Quadro 9: Risco e Conduta para Classificação de Risco à Oclusopatias.

| CÓDIGO SE | Crítérios | Risco | Conduta |
|-----------|--|----------|---|
| 0 | Ausência de alterações oclusais | Baixo | Orientações |
| 1 | Quando há um ou mais dentes com giroversão, ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular, mordida cruzada posterior (uni ou bilateral), sobremordida vertical acima de 2mm. | Moderado | Referência Matricial (entrar em contato com especialista de apoio) |
| 2 | Quando há um efeito considerável na aparência facial, ou significativa redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados com pelo menos uma das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores: <ul style="list-style-type: none"> • Transpasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (overjet positivo); • Transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (overjet negativo); • Mordida aberta; • Desvio de linha média de 4 mm ou mais; • Apinhamento ou espaçamento de 4 mm ou mais. | Alto | Tratamento Especializado: Ortodontia/ Fonoaudiologia/ Cirurgia Bucomaxilofacial, etc. |

4. Agendamento e Parâmetros

Para organizar a demanda, propõe-se considerar a nova configuração de organização dos serviços de saúde, as Redes Poliárquicas de Atenção em Saúde (RAS) cujo sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção em saúde, onde a atenção básica assume o papel de ordenadora da RAS, sem que haja diferenças de importância entre seus diversos pontos da atenção, independente das densidades tecnológicas e sistemas de apoio.

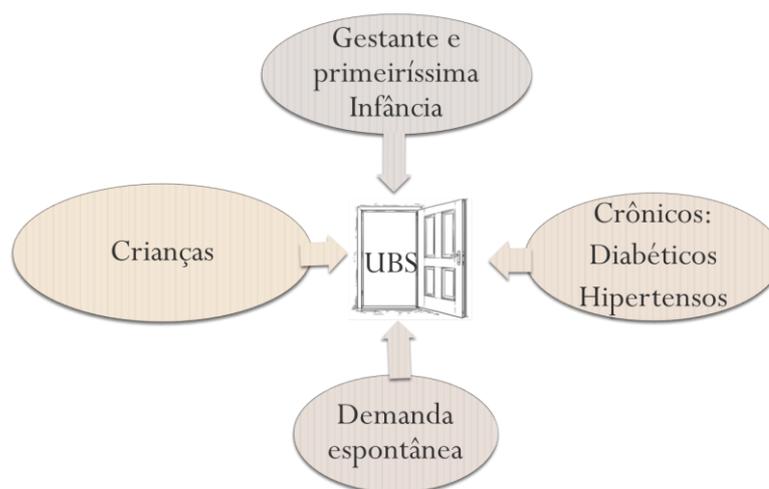


Fonte: (Mendes, 2009)



Fonte: Adaptação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (www.dab.saude.gov.br)

4.1. A agenda deve possuir reservas prévias para os grupos prioritários das Unidades Básicas de Saúde, bem como manter a porta aberta para demanda espontânea e outros grupos locais:



4.1.1. Agenda Grupo Prioritário Crianças:

São preferencialmente encaminhadas através das atividades coletivas realizadas nas escolas, quando são identificados os casos que exigem atendimento em consultório devidamente equipados. Indica-se reservar pelo menos 25% da agenda para crianças e adolescentes.

4.1.2. Agenda Grupos Prioritários: Adultos Crônicos e Gestantes:

Podem ser encaminhados durante a classificação de risco realizada nas atividades de grupo das unidades (exemplo: Academia da Saúde, grupos de condições crônicas, etc) e nas escolas, através da identificação das famílias das crianças de alto risco a cárie. Indica-se reservar cerca de 25% da agenda.

4.1.3. Agenda Grupos Não Prioritários (Demanda Espontânea):

Devem ser classificados aqueles que não pertencem aos grupos prioritários e encaminhados para agendamento. Indica-se a reserva de 5% de espaço na agenda da Unidade de Saúde.

4.1.4. Agenda Ações de Promoção e Prevenção/ Reuniões:

São as ações de promoção e prevenção de saúde (como classificação de risco, escovação supervisionada, aplicação de flúor, etc) realizadas nas escolas, Unidades de Saúde e outros espaços sociais. Inclui-se neste espaço as reuniões de equipes. Indica-se reservar cerca de 25% da agenda.

4.1.5. Urgências/Emergência

Na Atenção Básica, o Estado de São Paulo considera por parâmetro, a média de 2 consultas de emergências por período na atenção básica, o que representa cerca de 20% da agenda. Toda urgência deve ser acolhida e propõe-se usar o Protocolo de Manchester Adaptado para Saúde Bucal, como método de priorização:

Quadro 10 - Urgência/Emergência em Saúde Bucal: Manchester Adaptado para SB

| | | |
|----------|---|--|
| Vermelho | Suspeita de Septicemia; Traumatismos graves; Choque Anafilático; entre outros. | Emergência: Rede de Urgência /Emergência |
| Laranja | Pericoronarites, Alveolites; Abscessos; Hemorragias; Pulpites; Traumatismos e Restaurações Anteriores. | Urgência- Prioridade 1: Atendimento Imediato |
| Amarelo | Dor causada por cárie; Sensibilidade dentinária causada por fraturas; Reestabelecimento de função mastigatória e encaminhamentos de Classificação de risco em SB, grau 2 (dois) . | Urgência-Prioridade 2: Atendimento queixa principal; |
| Azul | Radiografias; Remoção de sutura; Exodontias sem sintomatologia dolorosa e quadro infeccioso controlado após medicação prévia. | Urgência-Prioridade 3: Atendimento indicado |

Após a priorização dos pacientes em situação de Urgência, a conduta profissional deve ser no sentido da melhor resolutividade possível para evitar retornos e novas intervenções sob o mesmo CID (código internacional de doenças). Vide nota com procedimentos mais utilizados nas urgências de saúde bucal³.

Há de se considerar que alguns casos como as Exodontias, pressupõe interação medicamentosa prévia, portanto indica-se retornar como urgência no mesmo local onde foi medicado em prazo recomendado pelo profissional. Para pulpites e abscesso, além da interação medicamentosa sistêmica, orienta-se a realização de procedimentos locais³.

Realizados os procedimentos de Urgências, os encaminhamentos para tratamento podem prosseguir através dos critérios da metodologia da Classificação de Risco em Saúde Bucal. As Emergências em Saúde Bucal implicam em encaminhamento junto à Rede de Urgência Emergência.

³ Procedimentos mais utilizados nas Urgência de Saúde Bucal: Para pulpites /abscessos: 03.07.01.001-5 - capeamento pulpar; 03.07.02.001-0 - acesso a polpa dentaria e medicacao (por dente); 03.07.02.007-0 - pulpotomia dentária; 04.01.01.003-1 - drenagem de abscesso; 03.07.01.002-3 - restauração de dente decíduo.

Outros: 03.07.01.003-1 - restauração de dente permanente anterior; 03.07.01.004-0 - restauração de dente permanente posterior; 03.07.01.005-8 - tratamento de nevralgias faciais; 03.07.04.015-1 - ajuste oclusal; 03.07.03.004-0 - profilaxia / remoção da placa bacteriana; 04.14.02.012-0 - exodontia de dente decíduo; 04.14.02.013-8 - exodontia de dente permanente; 04.14.02.015-4 - gengivectomia (por sextante); 04.14.02.028-6 - remocao de foco residual.

4.2. A proposta de uma agenda padrão para uma equipe composta de 1 Cirurgião-Dentista e 1 ASB, prevê a disponibilidade de 8 horários por turno, onde sugere-se a seguinte distribuição para contemplar todos os grupos previstos:

Quadro 11: Exemplo de agenda

| Horas | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta |
|-------|--|--|--|-------------------------------|--|
| 7:00 | ~ 2 Urgências | ~ 2 Urgências | Atividades de Campo: Classificação de Risco; ART; Escovação, Palestras, Flúor; Visitas, Reuniões. | ~ 2 Urgências | ~ 2 Urgências |
| 8:00 | Grupo Crianças/ Adolescentes | Classificação de Risco na UBS: Grupos Prioritários de Famílias de Risco | | Grupo Criança/ Adolescente | Grupo Criança/ Adolescente |
| 8:25 | Grupo Crianças/ Adolescentes | | | Grupo Criança/ Adolescente | Grupo Criança/ Adolescente |
| 8:50 | Grupo Crianças/ Adolescentes | | | Grupo Criança/ Adolescente | Grupo Criança/ Adolescente |
| 9:15 | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Crianças/ Adolescentes | | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Prioritário Adulto |
| 9:40 | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Prioritário Adulto | | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Prioritário Adulto |
| 10:05 | Grupo Demanda Espontânea | Grupo Prioritário Adulto | | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Prioritário Adulto |
| 12:00 | ~ 2 Urgências | ~ 2 Urgências | ~ 2 Urgências | ~ 2 Urgências | Atividades de Campo: Classificação de Risco; ART; Escovação, Palestras, Flúor; Visitas, Reuniões. |
| 13:00 | Grupo Crianças/ Adolescentes | Grupo Crianças/ Adolescentes | Grupo Crianças/ Adolescentes | Grupo Criança/ Adolescente | |
| 13:25 | Grupo Crianças/ Adolescentes | Grupo Crianças/ Adolescentes | Grupo Crianças/ Adolescentes | Grupo Criança/ Adolescente | |
| 13:50 | Classificação Risco US: Grupos Prioritários e famílias de Risco | Grupo Crianças/ Adolescentes | Grupo Crianças/ Adolescentes | Grupo Prioritário Adulto | |
| 14:15 | | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Prioritário Adulto | |
| 14:40 | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Prioritário Adulto | |
| 15:05 | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Demanda Espontânea | Grupo Prioritário Adulto | Grupo Demanda Espontânea | Grupo Demanda Espontânea |

4.3. Considerando-se que as agendas podem variar de acordo com as necessidades constatadas nas diferentes localidades. A seguir o cálculo utilizado para a construção da agenda padrão apresentada no **quadro 11**.

Quadro 12: Parâmetros da Agenda

| 1 EB-SB | Reserva de Agendamento para Tratamento | Total de Atendimentos | Total Pacientes* |
|----------------|--|---|---|
| DIA | <ul style="list-style-type: none"> • 3 a 6 Crianças e Adolescentes • 3 a 6 Grupos Prioritários Adultos • 1 a 0 Demandas Espontâneas: Risco Individual • 2 a 4 Urgências • 0 a 8 vagas Ações Promoção + Reuniões | 12 Atendimentos + 4 Urgências | 12 Pacientes + 4 Urgências |
| SEMANA | <ul style="list-style-type: none"> • 20 Crianças e Adolescentes • 20 Grupos Prioritários Adultos • 4 Demandas Espontâneas: Risco Individual • 16 Urgências • 20 vagas Ações Promoção + Reuniões | 44 Atendimentos +16 Urgências + 20 vagas de Ações de Promoção | 44 Pacientes + 16 Urgências |
| MÊS | <ul style="list-style-type: none"> • 80 Crianças e Adolescentes • 80 Grupos Prioritários Adultos • 16 Demandas Espontâneas: Risco Individual • 64 Urgências • 80 vagas Ações de Promoção + Reuniões | 176 Atendimentos + 64 Urgências + 80 vagas de Ações de Promoção | 88 Pacientes + 64 Urgências |
| ANO | <ul style="list-style-type: none"> • 880 Crianças e Adolescentes • 880 Grupos Prioritários Adultos • 176 Demandas Espontâneas: Risco Individual • 704 Urgências • 880 vagas Ações de Promoção + Reuniões | 1.936 Atendimentos + 704 Urgências +880 vagas Ações de Promoção | Crianças e Adolescentes: 294 Adultos Prioritários: 176 Demandas Espontâneas: 36 Total=506 Pacientes + 704 Urgências |

**Base de cálculo para agendamento: No cálculo do total de pacientes por mês indica-se considerar retornos quinzenais. No cálculo anual, considera-se: 220 dias de trabalho/ano, Equipe de 40h com 1 dentista e 1 auxiliar; 3 consultas-retorno para escolares e 5 consultas-retorno para adultos.*

5. Considerações Finais:

- 5.1. As ações de educação em saúde para orientação em grupo na Atenção Básica deverão ser realizadas em atividades coletivas, em grupos de no mínimo 10 participantes, com duração mínima de 30 minutos. Deve-se registrar no e-sus o número de atividades realizadas por mês (procedimento 01.01.01.001-0 do e-sus);
- 5.2. A Classificação de Risco Individual deve ser aplicada a todos os grupos prioritários das UBS e à Demanda Espontânea, que também constituirá um grupo. Trata-se do procedimento Ação Coletiva de Exame Clínico Odontológico com Finalidade Epidemiológica - código 01.01.02.004-0 do e-sus;
- 5.3. Nos casos em que o tratamento indicado seja realizado integralmente durante as atividades de campo, pode ser registrado como Primeira Consulta Odontológica Programática, código 03.01.01.015-3, desde que inclua a elaboração de um plano preventivo –terapêutico e a inserção das informações em prontuário (e-sus);
- 5.4. Os encaminhamentos para ART, prioritariamente em sessão única, podem ser realizados em ambiente sem equipamentos odontológicos desde que respeitados os princípios de biossegurança e ergonomia;
- 5.5. Considerando-se a baixa cobertura de Equipes de Saúde Bucal, deve-se evitar o encaminhamento para consultórios odontológicos para ações coletivas e de ART;
- 5.6. O Programa deverá constar no Plano Municipal de Saúde (PMS), nas Programações Anuais de Saúde (PAS), nos Relatórios Quadrimestrais e Relatórios Anuais de Gestão. A partir do 9º mês, deverão ser entregues os relatórios quadrimestrais, e o último relatório de gestão (do ano anterior);
- 5.7. Para agilizar as ações propostas, bem como viabilizar o monitoramento dos objetivos ora propostos, foi desenvolvido um aplicativo específico para a Classificação de Risco e elaborou-se os anexos instrucionais:
 - 5.7.1. Passo a passo (Anexo 1);
 - 5.7.2. Tutorial para a utilização do Aplicativo Classificação de Risco (Anexo 2);
 - 5.7.3. Principais códigos a serem utilizados nas ações coletivas (Anexo 3).