Diretrizes de Gestão para a Saúde Bucal SUS-SP

Módulo I: Organização da Demanda
Oficina de Classificação de Risco Atenção Básica

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/SP

Capacitação em Rede (Multiplicadores)

CPS -Coordenadoria de Planejamento de Saúde
GTAE-Grupo Técnico de Ações Estratégicas
Área Técnica de Saúde Bucal

CRS-Coordenadoria de Regiões de Saúde
DRS-Departamento Regional de Saúde
Articuladores de Saúde Bucal

Representantes CIR
SMS-Secretarias Municipais de Saúde
Divisão de Saúde Bucal
Coordenador de Saúde Bucal

Unidades de Saúde
Equipe Básica de Saúde Bucal – EB-SB

Área Técnica de Saúde Bucal

Nível Central

Coordenação Geral

Maria Fernanda de Montezuma Tricoli

Assessoria Técnica SES

Ana Flávia Pagliusi
Eliana H. Kawahara

Apoio Técnico de Projetos Especiais

Juliane Húngaro de Carvalho
Julie Silvia Martins
Silvana Incerpi
Sílvio Carlos Coelho de Abreu
Vladen Vieira

Nível Regional

Equipe Técnica

Aylton Correa
Lucia Maria Lima Lemos de Melo
Sônia Cristina Gemeinder de Mendonça
Sílvia Cristina Sano
Andréa Mello Dresch Oliveira Gomes Mello
Emília Cristina Zanetti Martins
Fabíola Leão Soares Yamamoto
Maria Goreti Nogueira
Marília Augusta Sousa Nascimento
Cláudio César de Rossi
João Greve Neto
Fernando di Mase
Paulo Roberto dos Santos
Assahito Joel Sakamoto
Maria Inês Faccioli Locatelli
Nídia Martinelli
Cláudia Maria Krauss Alves Lima
Kamilla Borges de Souza

Considerações

Módulo I: Oficina de Classificação de Risco

Considerou-se

- SUS - 80 80 /81142 - 1990 / decreto 7508 Regulamentação 2011
- Política Nacional de Atenção Básica 2011
- Diretrizes da Política Nacional de SB 2004
- A Organização das Ações de SB na Atenção Básica : uma proposta para o SUS – SP 2001 – em Revisão
- Resolução SS 159 – 2007 – Estabelece Rotinas de monitoramento das ações coletivas- (em Revisão)
- Cadernos de Atenção Básica Nº 17
- Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil, 2009

Constituição Federal: Seguridade Social

Art. 196. **A SAÚDE É DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde**, CABENDO AO PODER PÚBLICO** dispor, nos termos da lei, sobre sua **REGULAMENTAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE**, devendo sua **EXECUÇÃO** ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram **UMA REDE REGIONALIZADA E HIERARQUIZADA** e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes **DIRETRIZES:**

I - **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;

II - **atendimento integral**, com **prioridade** para as atividades **preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - **participação** da comunidade.

Princípios do SUS

I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- **II - integralidade** de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação **da autonomia das pessoas** na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - **direito à informação**, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII **-** utilização da **epidemiologia** para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - **participação** da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
- a) ênfase na **descentralização dos serviços para os municípios**;
- b**) regionalização** e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, **meio ambiente e saneamento** básico;
- XI - **conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios **na prestação de serviços** de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII **- organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos**.

Modelo de Saúde SUS

Após Alma Ata (1978) – 8ª Conferencia Nacional de Saúde (1986)

MODELO BIOMÉDICO

- **Visão segmentada** da saúde com foco na doença : A saúde foi fragmentada em **especialidades** e o ser humano, visto sob o olhar da doença em partes isoladas do corpo.
- profissional **Tecnicista**, Adestrado e que gera Produto
- **Exclui a SB** do resto do corpo

MODELO INTEGRADO

- Visão ampliada de saúde
- Correlaciona ambiente/sociedade/biologia
- Promoção de saúde; visão intersetorial
- Inclusão da SB – equipe Multidisciplinar

Estratégia para Reorganização da Atenção Básica

- ESF

•CUIDADO INTEGRAL DO USUÁRIO

VÍNCULO
ACOLHIIMENTO
ABORDAGEM PSICOSOCIAL
VISITA DOMICILIAR

- TRABALHO MULTIPROFISSIONAL INTERDISCIPLINAR
- APOIO MATRICIAL

•PROCESSO SAÚDE DOENÇA

DEFINIÇÃO DE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
PLANEJAMENTO E
PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO

CLÍNICA AMPLIADA

ESCALA DE COELHO

PROMOÇÃO DE SAÚDE
PREVENÇÃO DE DOENÇAS
TRATAMENTO

NASF (MATRICIAMEMTO)

PSE- PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

PST-
PROJ.DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

PTS-
PROJ. TERAPEUTICO SINGULAR

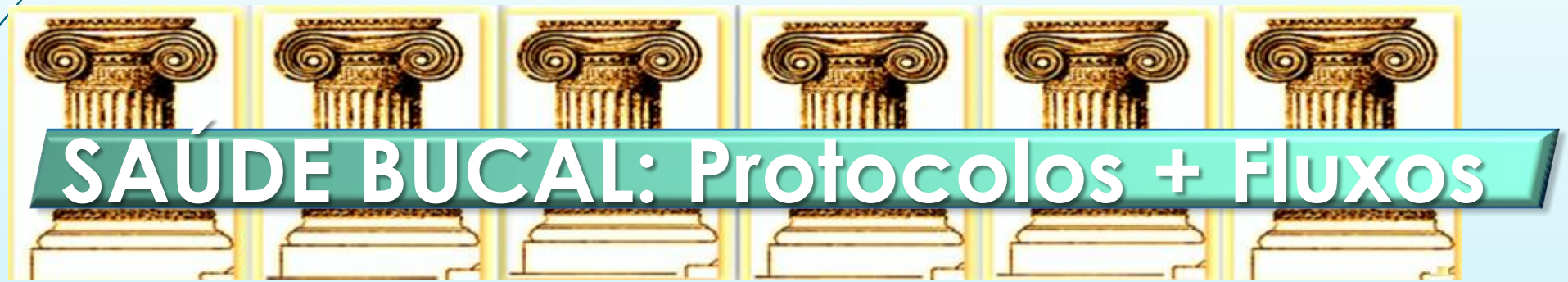
GENOGRAMA
ECOMAPA

Onde deve estar a Saúde Bucal

LINHAS DE CUIDADO:

Protocolos: Ciclos de vida:
Gestante; 0 a 24 meses; 2 a 9 anos; 10 a 19 anos; Adultos; Idosos; Pessoas com deficiência

Redes Temáticas
Integralidade: Fluxos



CEGONHA | PESSOA DEFICIÊNCIA | PSICO SOCIAL | CRÔNICO-ONCO-OBESIDADE-NEFRO | URGÊNCIA EMERGÊNCIA

População socialmente vulnerável

Diretrizes da
Política Nacional de Saúde Bucal (2004)

1-PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS AÇÕES:

- Gestão Participativa
- Ética
- Acesso
- Acolhimento
- Vínculo
- Responsabilidade Profissional
- **Epidemiologia**

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

II-PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE BUCAL

- Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo
- Integralidade da Atenção
- Intersetorialidade
- Ampliação e Qualificação da Assistência
- Condições de Trabalho
- Parâmetros

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

III-AÇÕES:

- 1.Ações de Promoção e Proteção de Saúde:
  - 1.1.Fluoretação das Águas
  - 1.2.Educação em Saúde
  - 1.3.Higiene Bucal Supervisionada
  - 1.4.Aplicação Tópica de Flúor
  - **ART**

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

- 2. **Ações de Recuperação**: Diagnóstico e o tratamento de doenças.

- **3.Ações de Reabilitação** : Recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo ao seu ambiente social e a sua atividade profissional

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

IV- AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:

- Prevenção e controle do câncer bucal
- Implantação e aumento da Resolutividade do pronto-atendimento
- **Inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica**
- **Inclusão da reabilitação protética na atenção básica**

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

V-Ampliação do acesso

- Grupo de 0 a 5 anos
- Grupo de crianças e adolescentes (6-18 anos)
- Grupo de gestantes
- Grupo de adultos
- Grupo de idosos
- ***Grupos de vulnerabilidade Social***

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal

VI- AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO 2ª RIA E 3ª RIA

- CEO
- LRPD
- REDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
- ODONTOLOGIA HOSPITALAR

VII- ESTRATÉGIA PARA A REORGANIZAÇÂO DA ATENÇÂO BÁSICA:

- **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF**

Revisão Documento 2001 :A Organização das Ações de SB na Atenção Básica : uma proposta para o SUS – SP

Recorte e Atualização - **Classificação de Risco**

Objetivo Geral

1-"Promover a **Organização** do serviço em SB na Atenção Básica, com base nos princípios e diretrizes do SUS e suas políticas específicas, visando a **ampliação do acesso**, através da melhora na **resolutividade** e da oferta do serviço de Atenção em Saúde Bucal .

"Atendimento Eficiente/Eficaz /Efetivo com foco o cidadão"

0bjetivo Especifico do Projeto

- 1- Oferecer aos municípios uma **ferramenta fácil** e de larga escala, que permita a fácil identificação das prioridades e definição de fluxos de encaminhamento com equidade;

- 2-Realizar a busca ativa com identificação dos riscos coletivos, familiares e individuais às principais afecções de saúde bucal, para que se possa atuar em **tempo hábil** em indivíduos ou grupos através da utilização de medidas de promoção de saúde e/ou **prevenção de agravos**, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população, além de **reduzir as despesas** de serviços públicos com procedimentos curativos mais complexos;

- 3-Promover o **acompanhamento dos casos** e **monitoramento dos resultados pelo gestor** e toda a equipe de saúde bucal ;

CONTINUAÇÃO

4-Agregar outras **medidas de fundo epidemiológico**, levando-se em consideração dados coletados em **processos de trabalho rotineiros**, de modo que se possa **avaliar o impacto** da ação sobre as populações e seu **custo benefício**, bem como **colaborar** nos processos de **planejamento** de políticas públicas em saúde.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SAÚDE BUCAL

Tipos de Risco

- Coletivo: considera os determinantes socioeconômicos e culturais do processo saúde-doença. **Visão de comunidade e/ou localidade;**

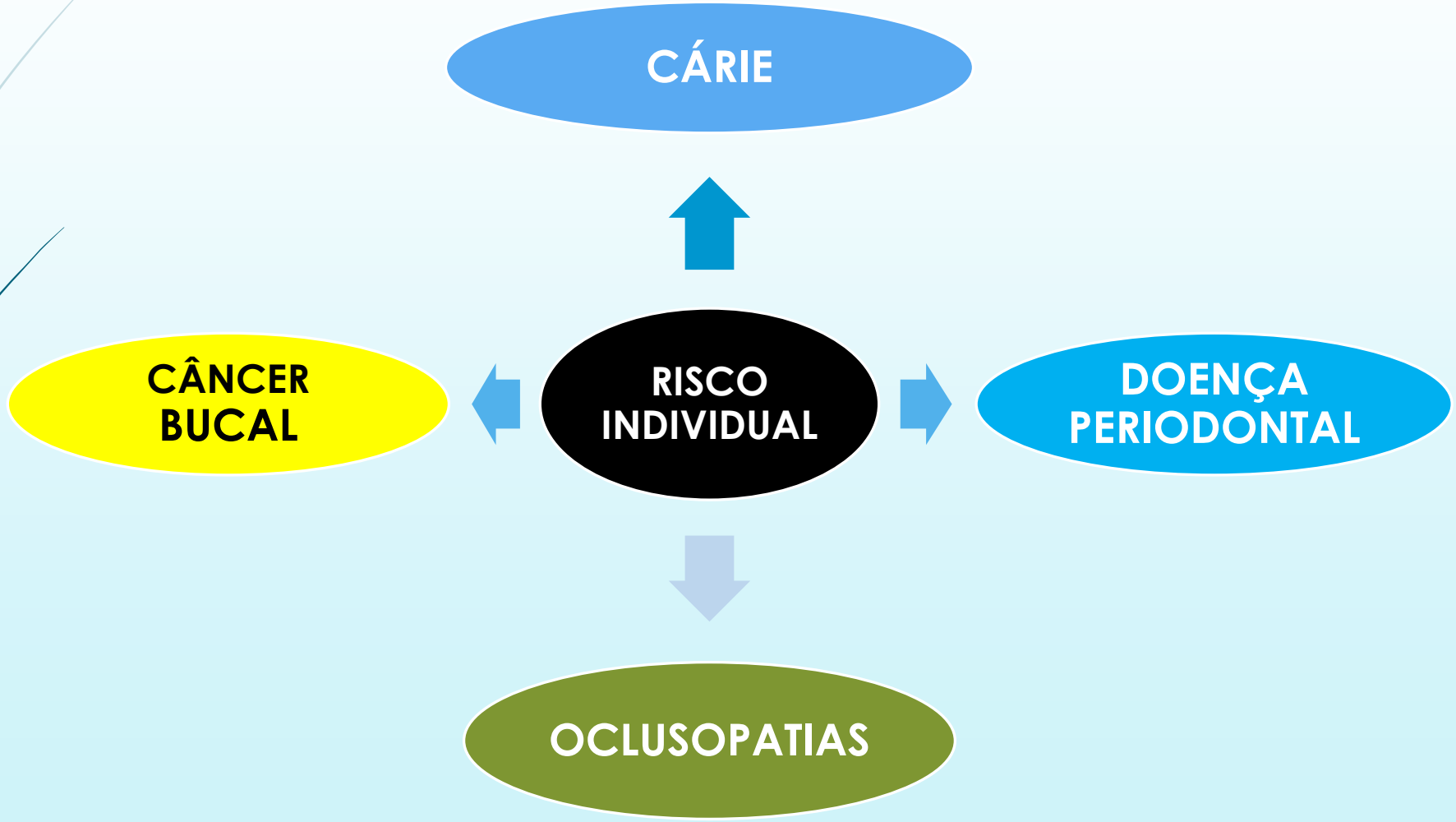
- Familiar: considera a forma de organização, hábitos comportamentais e culturais e relações sociais estabelecidas pelas **famílias;**

- Individual: considera os **determinantes biológicos do Processo saúde-doença**;

ONDE/ PARA QUEM REALIZAR

- NAS **UNIDADES DE SAÚDE**: GRUPOS – GESTANTES, HIPER/DIA, etc
- NAS **ESCOLAS**
- Espaços Sociais**: igreja, associação de Bairro, Industrias, etc**
- EVENTOS: **Feiras de Saúde, Ação Global**, etc
- **VISITAS DOMICILIARES** (menos indicadas por serem menos abrangentes e dispenderem mais tempo)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO INDIVIDUAL PRINCIPAIS DOENÇAS BUCAIS



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: CONSIDERA A SITUAÇÃO ENCONTRADA

0-BAIXO RISCO:

Sem sinais de atividade de doença e sem história pregressa.

1-RISCO MODERADO:

Sem sinais de atividade de doença, mas com história pregressa de doença.

2-ALTO RISCO:

Com presença de atividade de doença, com ou sem história pregressa de doença

CLASSIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA

- O INDIVÍDUO SERÁ CLASSIFICADO PELA PIOR CONDIÇÃO ENCONTRADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À DOENÇA **MULTIFATORIAL** CÁRIE

- **O PROFISSIONAL REGISTRARÁ A CONDIÇÃO ENCONTRADA PARA A DOENÇA MULTIFATORIAL , CÁRIE, LEVANDO EM CONTA 2 PRINCIPAIS FATORES:**
  - **PRESENÇA DE CÁRIE**
  - **PRESENÇA DE BIOFILME**

Risco Individual
Risco Familiar
Risco Coletivo

1-Fator Necessário: BIOFILME

2-Fatores determinantes:

- **Negativo: exposição a açúcares**
- **Positivo: Exposição ao Fluoretos**

3-Fatores Modulares:

-Biológico Saliva

-Social: contexto socioeconômico cultural de inserção dos indivíduos

Obs.: Para o controle da doença, deve-se procurar agir sobre esses fatores.

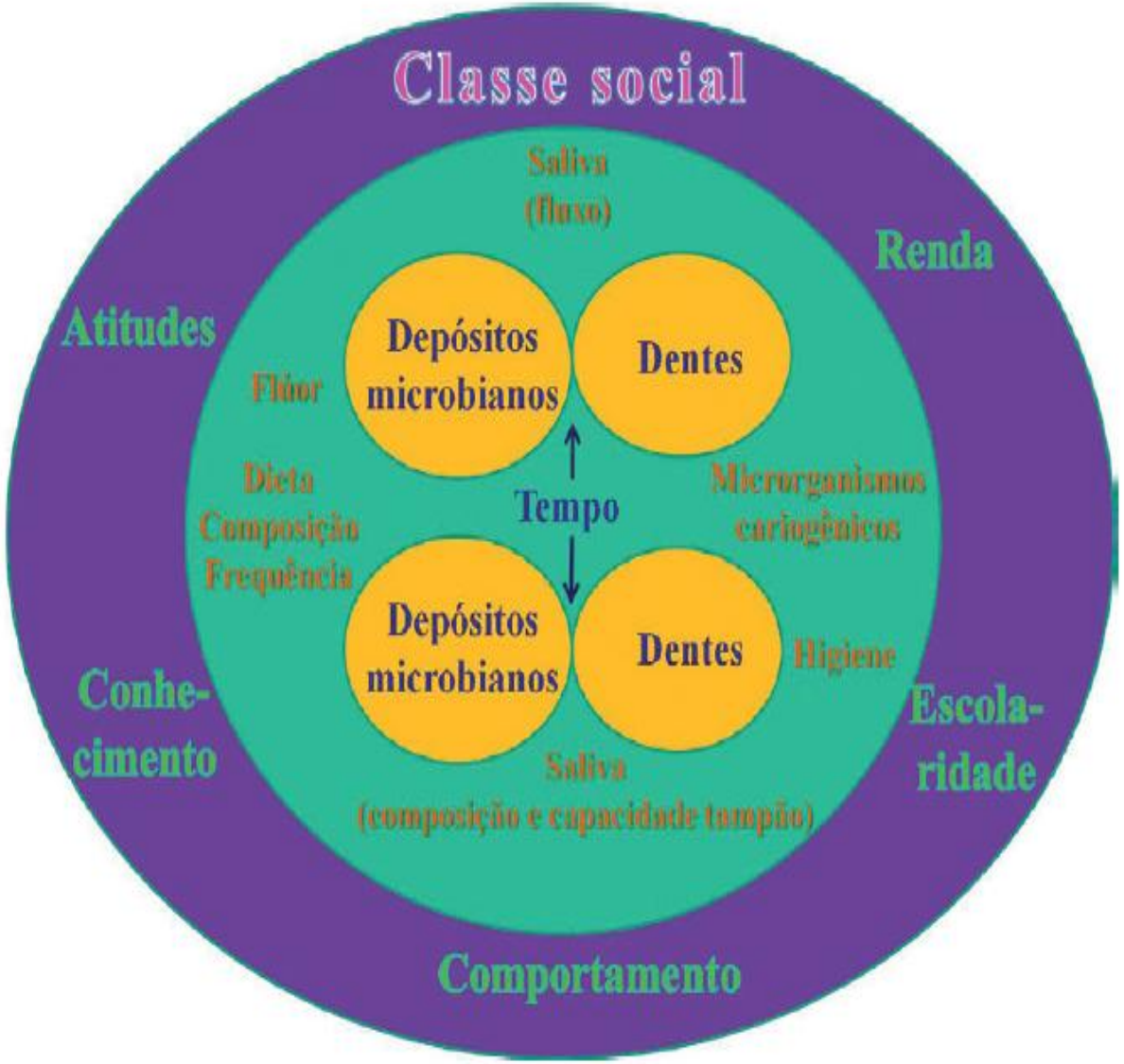


Diagrama multifatorial (cárie como doença complexa)
fonte adaptada de Fejerskov e Manji

RISCO COLETIVO

- Acesso à água tratada;
- Acesso à fluoretação das águas de abastecimento público;
- CPO-D acima da média ou de 3;
- Morador de município ou região com baixo IDH, alto IPRS , morador de bolsões de pobreza;
- Acesso a programas de atenção em Saúde Bucal;
- Hábitos culturais
- Agricultores, surfistas, Tabagistas, confeiteiros (grupos de iguais)

RISCO FAMILIAR

- Baixa renda familiar;
- Menor grau de escolaridade materna;
- Desemprego dos pais ou responsáveis;
- Maior concentração de habitantes no domicílio;
- Falta de acesso ao creme dental com flúor;
- Uso coletivo da escova;
- Hábitos alimentares na família que favorecem o consumo de sacarose e carboidrato;
- Exposição à violência doméstica
- Desestruturação Familiar –
- Cultura familiar
- Rede social de Apoio

Escala de Coelho*: Risco Familiar

DADOS DA FICHA A SIAB (SENTINELAS DE RISCO)	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

Escore total	Risco Familiar
5 e 6	R1- risco menor
7 e 8	R2- risco médio
Acima de 9	R3- risco máximo

*Elege-se informações da **Ficha A** , do **ESF** (ESF)como sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas no dia-a-dia, e a partir daí realiza-se a pontuação de risco familiar.

RISCO INDIVIDUAL

- Saliva
- Esmalte Hipoplásico
- **Experiência de cárie** (principal preditor)
- **Presença de Placa (qualidade e quantidade): (fator necessário)**
- Exposição ao flúor (meio de uso)
- Frequência de ingestão de sacarose
- Frequência de escovação; (tempo para formação da cárie)
- Início tardio do hábito de escovação
- Atraso escolar
- Autopercepção sobre os agravos bucais

Risco Individual: SITUAÇÃO ENCONTRADA Fator 1: PRESENÇA DE CÁRIE **(SP,2000)**

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

CRÍTICA : Observações para atualização

- As **restaurações provisórias** com necessidade de observação não estão previstas nas descrições;
- Ao integrar conjuntamente **dois fatores primordiais** à doença cárie, num mesmo grupo "D", observa-se viés para a análise estatística devido constatação de **subnotificações** para o fator placa/gengivite. O que impossibilita também, o acompanhamento do **impacto das ações educativas** e de promoção de saúde, com atuação principal sobre a placa bacteriana.
- há necessidade de distinguir as cáries, **indicadas para ART**, clássicas oclusais e cíngulos (tipo classe I de Black), visando o controle epidemiológico da Cárie recomendada pela SES, desde 1989, onde já indicava-se a adequação de meio como forma de estabilizar a doença.
- **Ampliar a abrangência ao código F**, pois não contempla com clareza o comprometimento pulpar e periapical, para os casos de pulpites e os focos residuais.

Revisão

- **O Código C**, pode incorporar as **restaurações provisórias** com necessidade de observação
- **No código "D" separa-se o registro para os 2 fatores** considerados na metodologia original: Fator História de Cárie e Fator Placa.Permanece o fator cárie, de mancha branca ativa.
- **O código "E"** passa a descrever as cáries de **cavidade tipo Classe I de Black** (Indicadas para **ART**), **sem comprometimento Pulpar**.
- **O código F** passa a designar cáries de cavidade tipo **Classe II,III, IV e V de Black.**
- **O Código F** original, passa a denominar-se **G** sob o seguinte **descritivo**: **comprometimento pulpar e periapical: pulpite, abscesso e focos residuais**.

Risco Individual: SITUAÇÃO ENCONTRADA
Fator 1: PRESENÇA DE CÁRIE

Grupo	SITUAÇÃO INDIVIDUAL
A	Ausência de Cárie ou História pregressa de cárie
B	Presença de dente restaurado
C	Presença de situação de lesão de cárie crônica e/ou presença de restauração provisória.
D	Presença de Mancha Branca Ativa,
E	Presença de lesão de cárie tipo Classe I de Black, sem comprometimento pulpar evidente (sem dor)
F	Presença de lesão de cárie de cavidade Classes tipo II, III, IV ou V de Black, sem comprometimento pulpar evidente. (Sem dor)
G	Comprometimento pulpar e ou periapical: presença de dor, pulpite, abscesso e ou focos residuais.

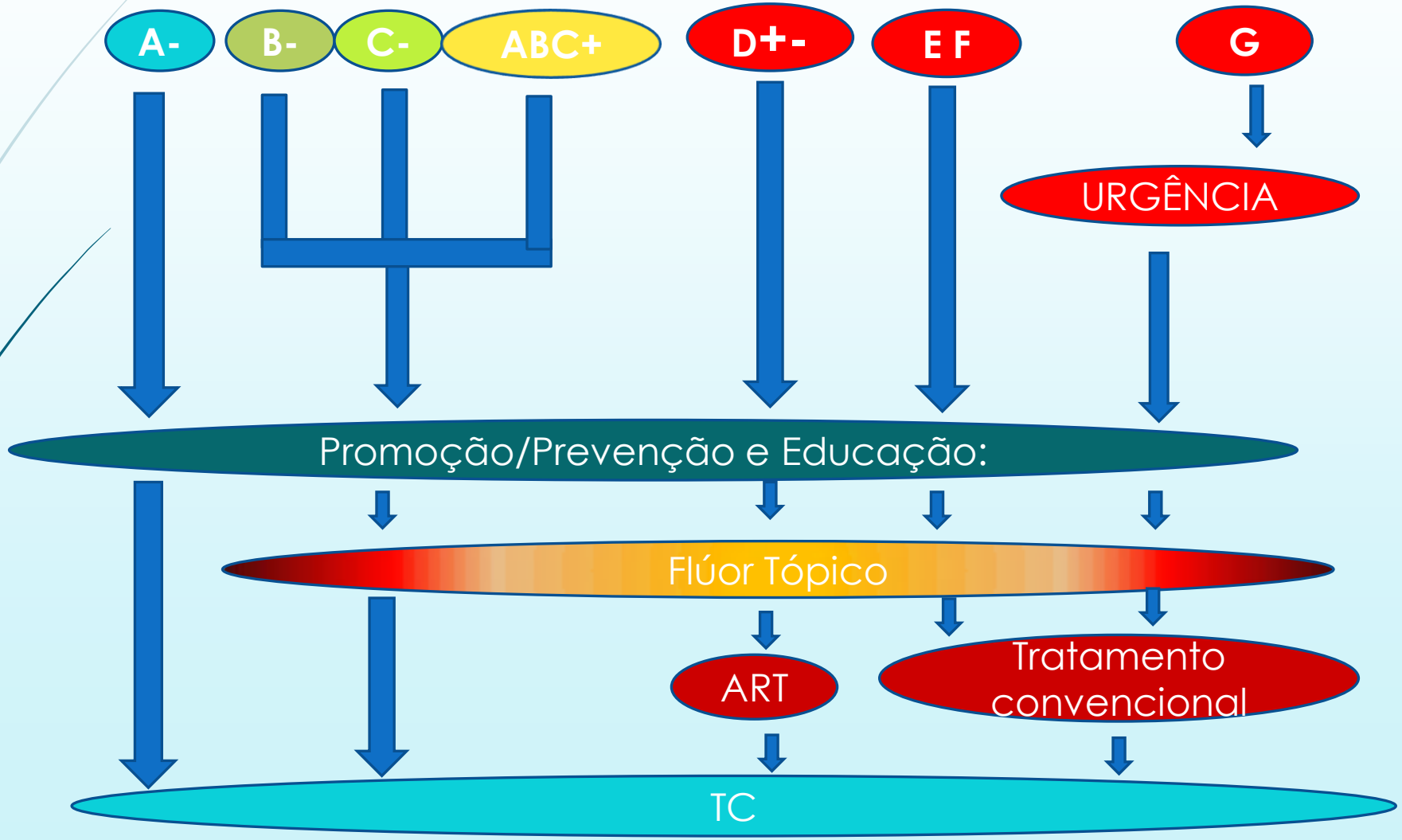
RISCO INDIVIDUAL: SITUAÇÃO ENCONTRADA FATOR 2: BIOFILME

BIOFILME	SITUAÇÃO INDIVIDUAL
NEGATIVO	AUSÊNCIA DE PLACA E GENGIVITE
POSITIVO	PRESENÇA DE PLACA E/OU GENGIVITE

Escore de Risco à CÁRIE e Encaminhamentos

Fator Cárie	Fator Biofilme	Risco	Encaminhamento
A-Sem história de cárie : somente hígidos	**-**	0	**Promoção/Educação**
	+	2	Promoção/ Educação **Flúor tópico**
B-Presença de restauração	**-**	1	
	+	2	
C-Cárie crônica / restauração provisória	**-**	1	
	+	2	
D-Mancha Branca Ativa	**+ OU-**	2	
E-Lesão Classe I de Black, sem comprometimento pulpar	**+ OU-**	2	Promoção /Educação Flúor tópico/**ART**
F-Lesão Classe II,III,IV,V, sem comprometimento pulpar	**+ OU-**	2	Promoção/ Educação /Flúor tópico**/ Selante/ Trat. Restaurador Convencional TRC**
G-Comprometimento Pulpar ou Periapical: Dor, pulpite, abscesso, foco residual	**+ OU-**	2	Promoção/ Educação /Flúor tópico/ Selante**/Urgência ** / Trat. Restaurador Convencional TRC**

Organização da Demanda (Encaminhamentos Risco cárie)



mudanças

- Os **Riscos continuam iguais** = Baixo/Moderado/Alto (B/M/A)
- **Alteração de código E** para os casos indicados para ART;
- **Inclusão de situações não especificadas** claramente: Presença de **Restauração Provisória**, **Pulpite** e **Focos Residuais**;

- identifica-se os dois principais fatores, separadamente:
  - Presença e grau de **evolução da cárie**: A, B, C, D, E, F, G.
  - Presença de **Placa e/ou gengivite**: + ou –

Recomendações: RISCO DE CÁRIE

- Organizar a Demanda : Priorização dos indivíduos de alto risco individual para as **unidades de saúde** e encaminhamento dos riscos moderados e baixo para **ações coletivas (Promoção-Educação-Flúor-ART**) que correspondem em cerca de **3/4** dos encaminhamentos
- Monitorar individualmente a evolução da doença cárie ao longo dos anos
- Monitorar a evolução epidemiológica da cárie em grupos populacionais em espaços sociais:
  - **Analisar o ACESSO ao tratamento odontológico;**
  - **Analisar IMPACTO das ações de promoção em saúde nas populações e espaços sociais;**

CLASSIFICAÇÃO QUANTO À ATIVIDADE DAS LESÕES DE CÁRIES

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DAS ETAPAS VISÍVEIS DA DOENÇA CÁRIE	
LESÃO INICIAL DE CÁRIE, SEM CAVITAÇÃO – MANCHA BRANCA	COR BRANCA, TEXTURA OPACA, LOCALIZADA EM ÁREA DE ACÚMULO DE PLACA
LESÃO INICIAL DE CÁRIE CONTROLADA – MANCHA BRANCA INATIVA	COR BRANCA OU PIGMENTADA, TEXTURA LISA, BRILHANTE
LESÃO DE CÁRIE CRÔNICA	COR ESCURECIDA, BRILHANTE, ASPECTO ENDURECIDO
LESÃO DE CÁRIE ATIVA	COR AMARELADA, ASPECTO ÚMIDO E AMOLECIDO
DOR/PULPITE/ABSCESSO	DOR AO ESTÍMULO; DOR AGUDA; TUMEFAÇÃO E/OU FÍSTULA
FOCO RESIDUAL	RAÍZES

RISCO DE CÁRIE BAIXO

A-

- A: Ausência de lesão de cárie,
- História anterior e atual do indivíduo não revelam sinais de doença cárie
- sem sinal de biofilme: sem gengivite, sem placa, sem mancha branca ativa

RISCO DE CÁRIE MODERADO

B -

- B: História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou mancha branca ativa
- Presença de restaurações com material definitivo, restaurações provisórias em dentes decíduos próximos da idade de esfoliação, **ausência de dentes compatível com exodontia por cárie**.

RISCO DE CÁRIE MODERADO

C-

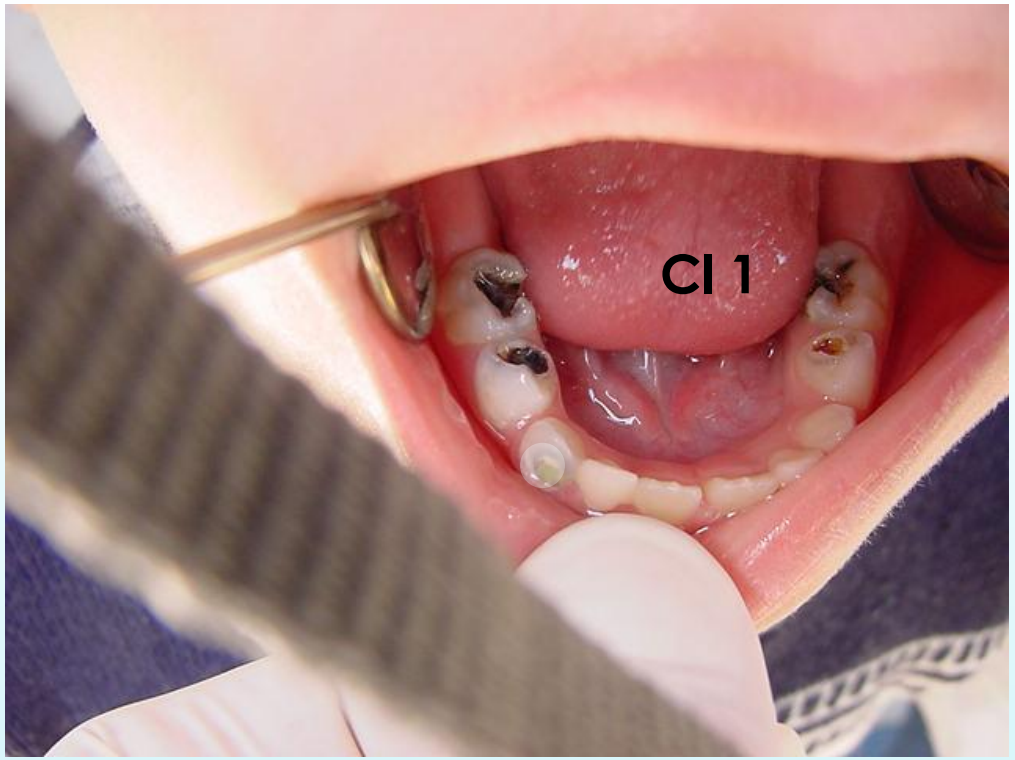
- Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica; mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
- Lesão de cárie de cor escurecida, brilhante, aspecto endurecido, em faces lisas ou oclusais, sem base amolecida. Considera-se também dentes permanentes com restaurações provisórias.
- Presença de restauração provisória

ALTO RISCO DE CÁRIE

D

- Mancha branca ativa
- Cor branca, textura opaca, rugosa, localizada em área de acúmulo de placa.

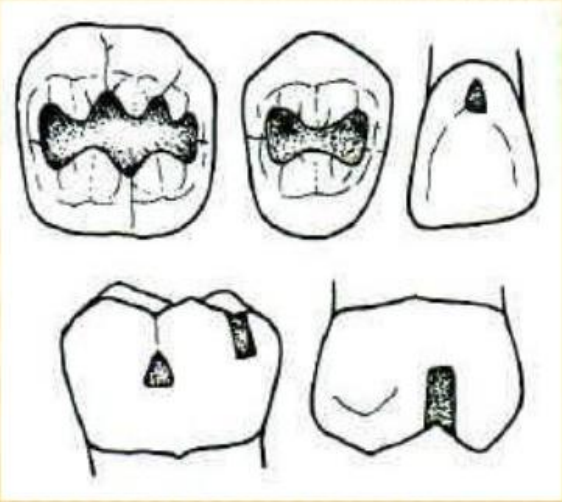
ALTO RISCO DE CÁRIE



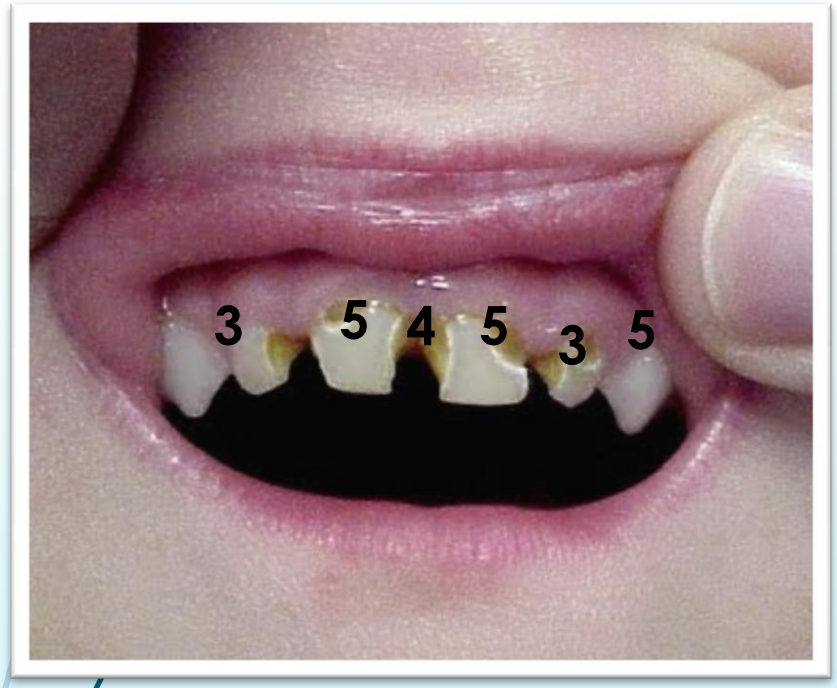
- Lesão de cárie ativa oclusal
- Cor amarelada, aspecto úmido e amolecido.

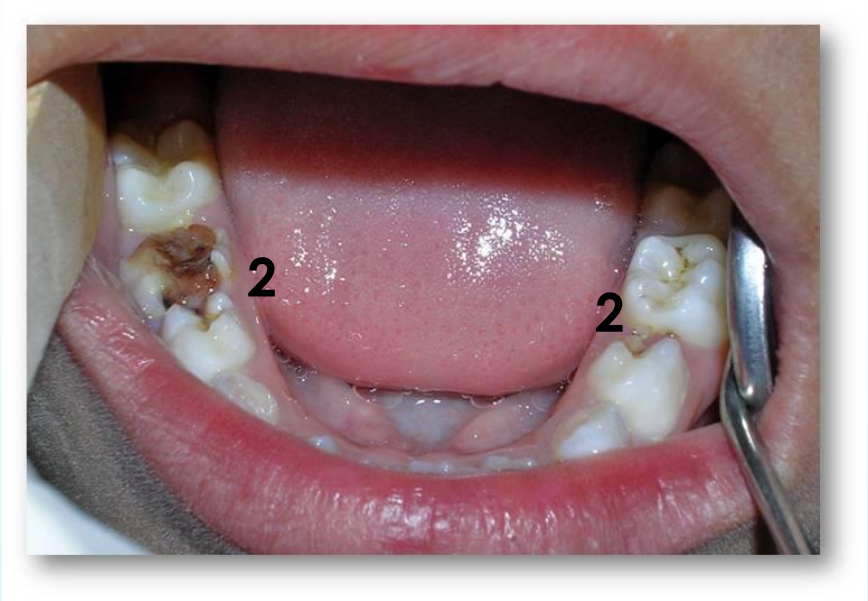
CLASSIFICAÇÃO DE BLACK

- Classe I simples.

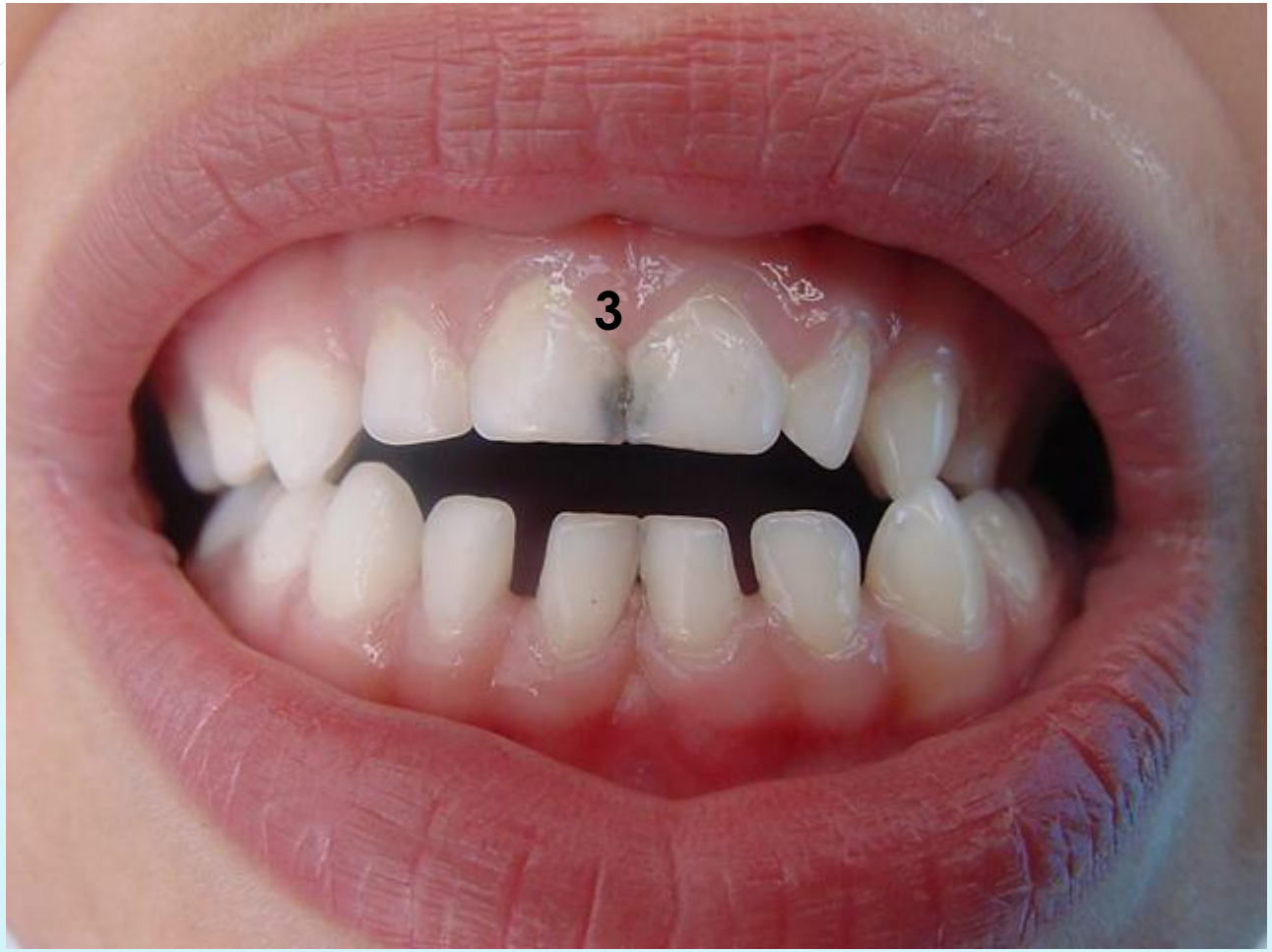


ALTO RISCO DE CÁRIE





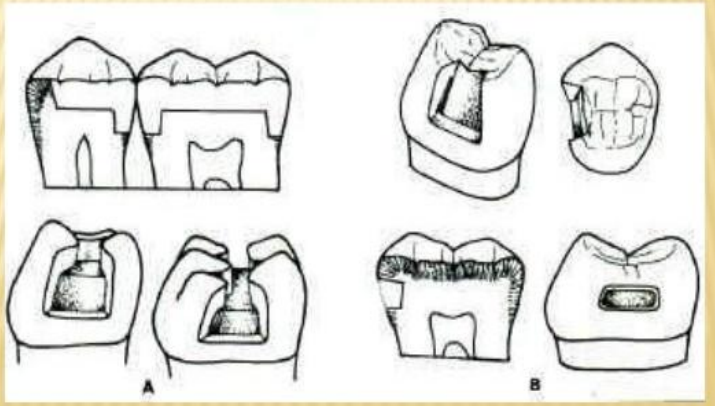
- Lesão de cárie ativa – classe II, III, IV E V DE BLACK
- Cor amarelada, aspecto úmido e amolecido.



F

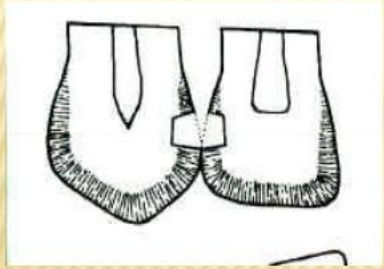
CLASSIFICAÇÃO DE BLACK

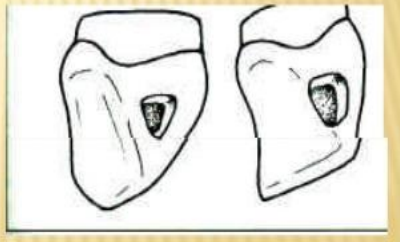
- Classe II.
  - Cavidades que envolvam as faces proximais dos pré-molares e molares.

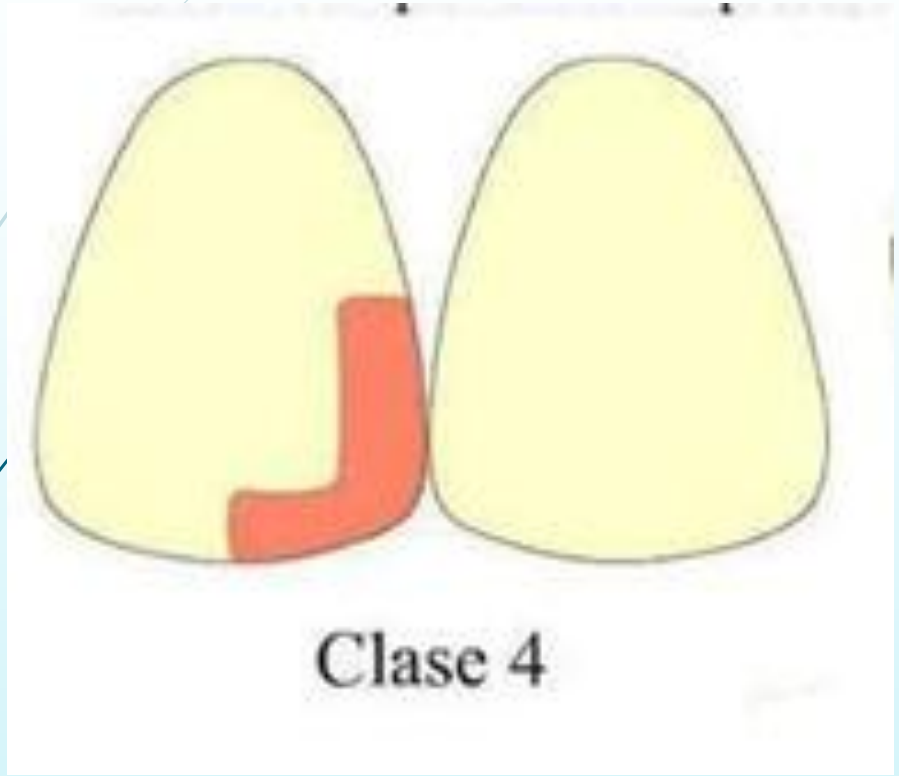


CLASSIFICAÇÃO DE BLACK

- Classe III.
  - Cavidades preparadas nas faces proximais dos dentes anteriores, sem envolvimento da incisal.

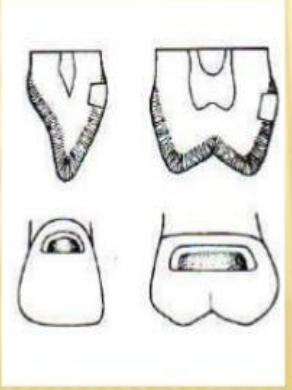






CLASSIFICAÇÃO DE BLACK

- Classe V.
  - Cavidades preparadas no terço gengival, nas faces vestibular e lingual / palatina de todos os dentes.



ALTO RISCO DE CÁRIE

G

- Presença de dor, abscesso e/ou raízes residuais.

ALTO RISCO DE CÁRIE

A+

- Presença de placa e/ou gengivite
- Presença de placa na superfície dental, visível sem corar ou secar, em iluminação ambiente, ou sinal indicativo de inflamação e sangramento gengival.

FLUORTERAPIA SEGUNDO O RISCO

- De acordo com o Ministério da Saúde o flúor tópico , como método populacional, é recomendada aplicação semestral ou quadrimestral

Guia de Recomendação de Fluoretos, 2009

Bibliografia

- 1. http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade15o/unidade15o.pdf
- 2.Estado São Paulo. 2001. A organização das ações de saúde bucalBrasil, 2009. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil
- 3.Pereira, AC. Saúde Coletiva: Métodos Preventivos para doenças bucais, 2013
- 4. SMS São Paulo: Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal,2012

Periodontia

Conceitos Atuais

CRITÉRIOS DE RISCO DOENÇA PERIODONTAL

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

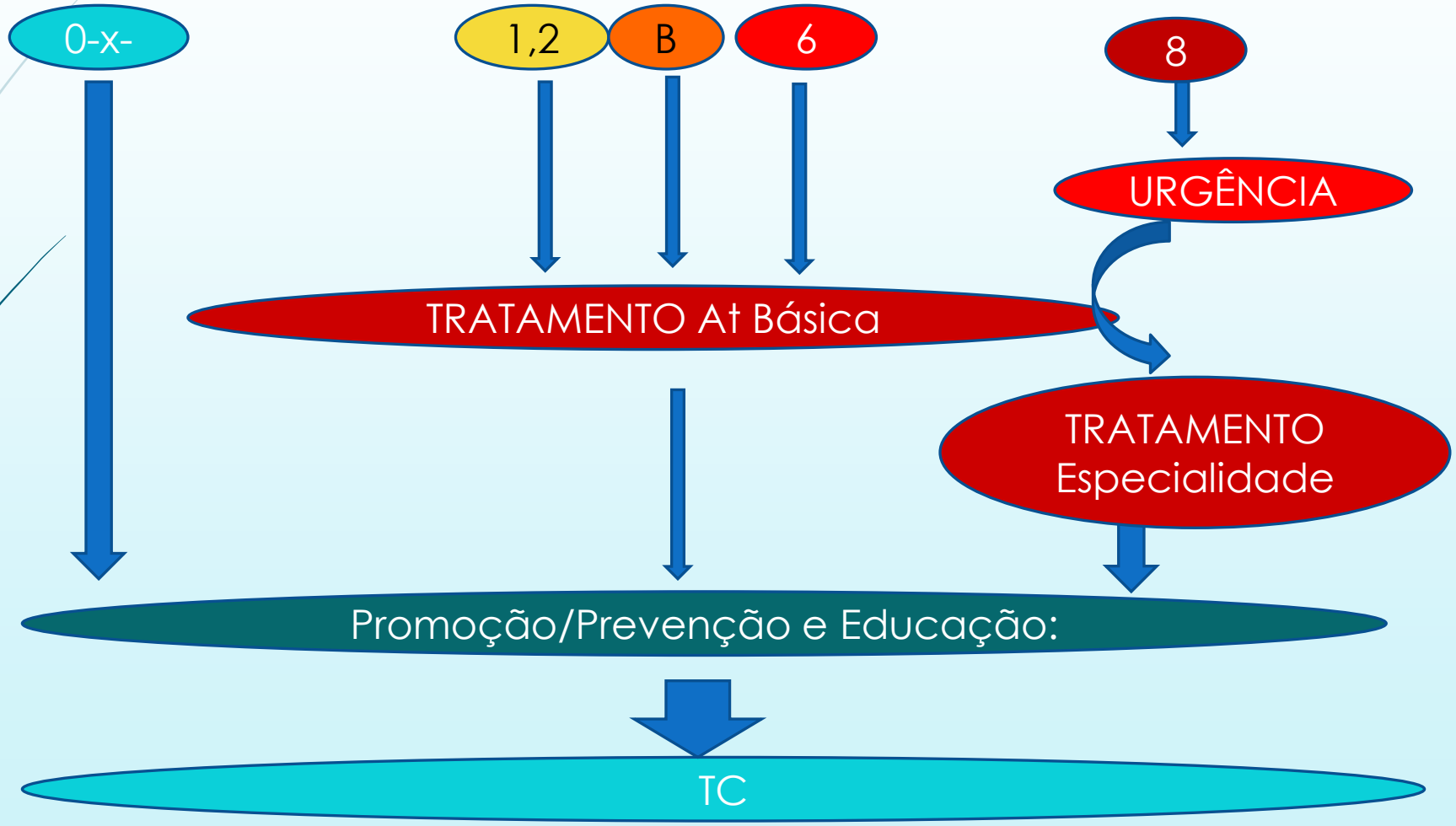
Fonte: SMS São Paulo, 2012 (Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal)

RISCO PERIODONTAL

- Tomando por base **o índice de Russell modificado**, examinam-se e classificam-se apenas os **dentes índices** para cada sextante ou, na ausência deste, o adjacente no mesmo sextante.
- O indivíduo será **classificado** pelo código de seu **pior sextante.**

14	**11**	**26**
46	31	34

Organização da Demanda (Encaminhamentos Risco Perio)



Câncer Bucal

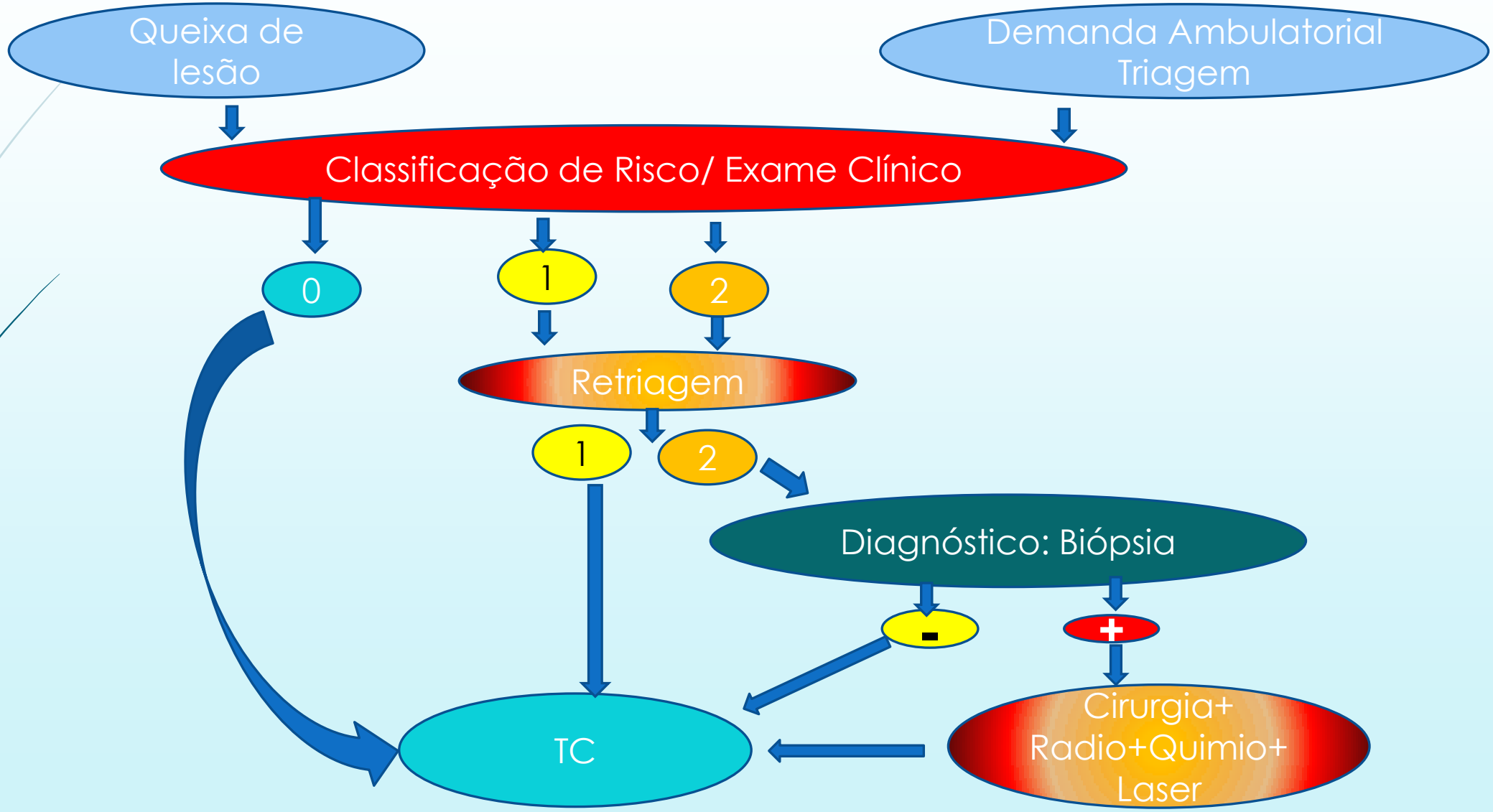
Conceitos Atuais

CRITÉRIOS DE RISCO EM TECIDOS MOLES

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

Fonte: SMS São Paulo, 2012. (Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal)

Organização da Demanda (Encaminhamentos Risco CA Bucal)



Ficha de Exame Coletivo
Classificação de Risco

Familia/Escola/ Presidio/ Crônicos	Idade	Sexo	Risco à Cárie			Risco Perio		Risco CA Bucal		Outros
			Fator Cárie	Fator Biofilme	Risco	Códigos	Risco	Códigos	Risco	Necessidade Prótese
Nomes		M, F	A,B,C,D,E,F	Positivo, Negativo	B/M/A	0,1,2,x,b,6,8	B/M/A	0,1,2	B/M/A	0,1 PT, 2PT, 1PPR, 2PPR, 1PT+1PPR

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES:

- DE ACORDO COM A **REALIDADE** Situação encontrada (**contextualização e classificação**)
- PRIORIDADE PARA INDIVÍDUOS/GRUPOS DE **ALTO RISCO PARA O TRATAMENTO INDIVIDUAL**
- **Encaminhamento para todos**

Agenda Saúde Bucal

P	Agenda (após classificação dos grupos)	Falta	TC	1ª Consulta Tratamento	Identificar Grupo	Ativ Campo	Reunião
MANHÃ	1-CRIANÇAS E ADOLESCENTES 2 –CRIANÇAS E ADOLESCENTES 3- CRIANÇAS E ADOLESCENTES 4- Grupo Prioritário da US 5- Grupo Prioritário da US 6- Grupo da Demanda Espontânea com Prioridade Individual						
TARDE	1-CRIANÇAS E ADOLESCENTES 2 –CRIANÇAS E ADOLESCENTES 3- CRIANÇAS E ADOLESCENTES 4- Grupo Prioritário da US 5- Grupo Prioritário da US 6- Grupo da Demanda Espontânea com Prioridade Individual						

- Grupo de Crianças e Adolescentes:
- Grupo de atenção Saúde da Mulher
- Grupo de Idosos
- Grupos hipertensos, diabéticos, caminhada, obesos,etc
- Grupo de adultos/ Trabalhadores/ Homem
- Grupos socialmente vulneráveis

Organização da Demanda
Agenda Programada

1 EB-SB	**Agendamento para Tratamento (3a5 consultas / paciente)**	Total de Atendimento	Total Pacientes **(3a5 consultas/paciente)**
DIA	6 Crianças e Adolescentes: 4 a 6 Grupos Prioritários da US 0 a 2 Grupo Demanda Espontânea com Prioridade Risco Individual	12	12
SEMANA	30 Grupos Crianças e Adolescentes: 28 Grupos Prioritário 2 Grupo Demanda Espontânea com Prioridade Risco Individual	60	60 (120 quinzenal)
MÊS	120 Grupos Crianças e Adolescentes: 112 Grupos Prioritários 8 Grupo Demanda Espontânea com Prioridade Risco Individual	240	120
ANO	1320 Grupos Crianças e Adolescentes: 1232 Grupos Prioritários 88 Grupo Demanda Espontânea com Prioridade Risco Individual	2.640	440 246 22 Total=708

Base de cálculo: 220 dias de trabalho/ equipe 40h com 1 dentista e 1 auxiliar / 3 consulta-retorno para escolares e 5 consulta-retorno para grupos/ retornos quinzenais/ 3 procedimentos por paciente;

Programação de Retornos conforme a Classificação de Risco

Agravo	Grupo de Risco	Código	Retorno programado
Cárie	Baixo e Moderado	A.B,C (-)	ANUAL
	Alto	D	8 Meses
	Alto	E,F e G	6 Meses
Doença Periodontal	Baixo e Moderado	0.X e B	2 Anos
	Moderado	1 e 2	**Anual**
	Alto	6 e 8	4 Meses
Tecidos Moles	Baixo	0	Anual
	Moderado	1	**6 Meses**
	Alto	2	**3 meses**

Em vermelho: adotada programação do município de São Paulo

LITERATURA: a **falta de acesso** ao serviço odontológico às famílias cadastradas está entre os **principais problemas da estratégia** saúde de família. Existe dificuldade de universalidade e equidade dessa população assistida.

- Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais de saúde bucal no Brasil. ***Cad Saúde Pública***. 2008;24(2):241-246.
- Ministério da Saúde. ***Caderno de Atenção Básica - nº 17 – Saúde Bucal***. Brasília; 2006.
- Brasil. Portaria n. 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às ações de saúde bucal: portaria de normas e diretrizes da saúde bucal. ***Diário Oficial da União*** 2003; 21 jan.
- Brasil. Portaria n. 302, de 17 de fevereiro de 2009. Estabelece que profissionais de saúde bucal da estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS. ***Diário Oficial da União*** 2009; 18 fev.
- Bourget IMMM. ***Programa Saúde da Família – Saúde bucal – Coleção O Cotidiano do PSF***- Ed Martineri. 2006.

LITERATURA: ...“**modelos de priorização** da demanda ao tratamento odontológico encontrados nas ESF-ESB:

a) **Convocação das famílias** por ordem cadastral;
b) Percepção e **relato dos ACS** em reuniões;
Obs.: Pode sobrecarregar o AC ou promover o clientelismo;
c) Em Recife foi criado o **índice de necessidade de atenção em SB**: leva em consideração o tipo de moradia e a educação materna da ficha A /SIAB em relação ao CPOD-ceo, dor de dente e acesso ao CD nos últimos anos.

- Kobayashi Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar. [Dissertação] . Piracicaba: Unicamp/FOP; 2012

- . Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. ***Cien Saúde Colet*** 2011;16(7):3083-91.

.

LITERATURA: ... a **presença de cáries** e suas sequelas são diretamente proporcionais ao **aumento da idade**.

- Ministério da Saúde. ***Projeto SB Brasil 2003. Condições da saúde bucal da população brasileira 2002-2003 Resultados principais***. Brasília; 2004.
- Ministério da Saúde. ***Caderno de Atenção Básica - nº 17 – Saúde Bucal***. Brasília; 2006.
- Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF. Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). ***Cad Saúde Pública*** 2007;23(8):1803-14.
- Martins JS.***Análise do fatores associados às perdas dentárias em adultos na zona leste do município de São Paulo*** [tese]. Universidade de São Paulo. 2009.

LITERATURA: ... '**o risco à cárie** numa mesma **família** pode estar relacionados à genética, fatores do meio ambiente tais como mesmos hábitos, similar prática de higiene bucal, mesma exposição a produtos fluorados e similar condição dental... possibilidade de iguais streptococos mutans.

Há relação para **fatores sócio demográficos** (educação, ocupação dos pais, status de pobreza, raça, etnia, etc)

- Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. ***Cien Saúde Colet*** 2011;16(7):3083-
- Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF. Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). ***Cad Saúde Pública*** 2007;23(8):1803-14.

Literatura: Autores que **relacionam a cárie a questões sociais**;
..." há uma relação estatisticamente significante entre a classificação de risco de cárie e a escala de risco familiar. Observou-se relação entre cárie dentária e algum membro da família que apresentava problemas como **deficiência mental, drogadição** e maior de 70 anos"

39- Henri Menezes Kobayashi[1], Antonio Carlos Pereira[2], Marcelo de Castro Meneghim[2], Rívea Inês Ferreira[3], Glaucia Maria Bovi Ambrosano·. **Acurácia e reprodutibilidade da classificação de risco de cárie dentária em São Paulo, Brazil.** Arq, odontol. 2012; 48(03): 125-33

26- Henri Menezes Kobayashi· Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar. [Dissertação] . Piracicaba: Unicamp/FOP; 2012

24-Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. ***Cien Saúde Colet*** 2011;16(7):3083-91

30-Martins JS.***Análise do fatores associados às perdas dentárias em adultos na zona leste do município de São Paulo*** [tese]. Universidade de São Paulo. 2009.

.

Literatura: '...conclusão **da 3ª Conferência Nacional** de Saúde, em que foi afirmado que "**a saúde bucal** é parte integrante e inseparável da saúde geral, e está diretamente relacionada com as **condições de vida do indivíduo** (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra)"

- BRASIL. Relatório final da 3.ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. ***Ministério da Sáude***; 2004, jul.

OBRIGADA

mftricoli@saude.sp.gov.br
Maria Fernanda de Montezuma Tricoli
Coordenadora da Área Técnica de Saúde Bucal do Estado de SP