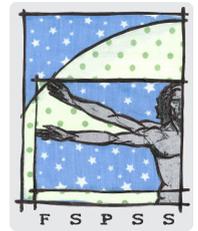




FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



POP

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

DIRETORIA DE SAÚDE BUCAL

GESTÃO (2017 -2024)

ÍNDICE

Decreto nº 9145/2024 – calendário dos feriados e pontos facultativos ano 2024	01
ÁREA ADMINISTRATIVA	
Prazos administrativos – da Diretoria para setor responsável e funcionário para a Diretoria	02
Formulários Gerais - Prefeitura de São Sebastião	03 à 08
Formulários Gerais - Fundação de Saúde Pública de São Sebastião	09 à 11
CEO	
Protocolo de Encaminhamento CEO 2024	12 à 13
Relatório de Produtividade Individual CEO	14
Câncer Bucal – Formulário da ação e orientações do preenchimento	15 à 19
Orientação em Saúde Bucal na Primeira Infância	20
PSF	
Protocolo Clínico de Urgências Odontológicas	21 à 27
Relatório de Produtividade Individual PSF	28 à 29
PSE	
Organograma equipe PSE	30
Lista das Escolas Prioritárias	31
Calendário da Educação: creche, educação infantil e ensino fundamental	32 à 35
Endereço das Unidades Escolares	36 à 37
Termo de Parceria e Colaboração	38 à 39
Protocolo do levantamento de Classificação do Índice de risco da cárie	40 à 43
Metodologia de Trabalho – levantamento de risco de cárie	44 à 45
Classificação do Índice de risco da cárie	46 à 48
Tabela de preenchimento da Classificação do Índice de risco da cárie	49 à 53
Carta de Orientação para alunos – Atendimento odontológico – Dor	54
Carta de Orientação para alunos – Necessidade de Atendimento odontológico	55
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	56
Tabela de preenchimento das Atividades Coletivas	57 à 58
Modelo explicativo de preenchimento atividade coletiva Sistema Digital	59 à 60



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO
ESTÂNCIA BALNEÁRIA ESTADO DE SÃO PAULO



DECRETO
Nº 9145/2024

“Dispõe sobre o expediente de trabalho nos órgãos da Administração Direta e Indireta no exercício de 2024 e dá outras providências.”

FELIPE AUGUSTO, Prefeito Municipal de São Sebastião, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA

Artigo 1º - Não haverá expediente nas repartições públicas municipais da Administração Direta e Indireta nos feriados nacionais, estaduais e municipais abaixo relacionados:

I - Feriados Nacionais em 2024:

- a) 1º janeiro, segunda, Confraternização Universal;
- b) 29 de março, sexta-feira, Paixão de Cristo;
- c) 01 de maio, quarta-feira, Dia Mundial do Trabalho;
- d) 15 de novembro, sexta-feira, Proclamação da República;
- e) 20 de novembro, quarta-feira, Dia da Consciência Negra;
- f) 25 de dezembro, quarta-feira, Natal.

II - Feriado Estadual em 2024, conforme a Lei Estadual n 9497, de 05 de março de 1997:

- a) 09 de julho, terça-feira, Dia da Revolução Constitucionalista.

III - Feriado Municipal em 2024:

- a) 30 de maio, quinta-feira, Corpus Christi.

Artigo 2º - Ficam declarados pontos facultativos, no exercício de 2024, os dias abaixo relacionados:

- a) 12 de fevereiro, segunda-feira, Carnaval;
- b) 13 de fevereiro, terça-feira, Carnaval;
- c) 14 de fevereiro, quarta-feira de Cinzas, até às 13:00h.;
- d) 31 de maio, sexta-feira, após o feriado do dia de Corpus Christi;
- e) 08 de julho, segunda-feira, antes do feriado do dia da Revolução Constitucionalista;
- f) 28 de outubro, segunda-feira, Dia do Servidor Público.



GABINETE DO
PREFEITO

PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO

ESTÂNCIA BALNEÁRIA ESTADO DE SÃO PAULO



Artigo 3º - Os servidores que prestam serviços essenciais, em especial os de pronto socorro, de coleta de lixo e limpeza urbana, e os que servem em regime de turno de revezamento ou escala, não serão abrangidos pelo que estabelece o presente Decreto.

Artigo 4º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, especialmente o Decreto nº 9139/2024 e retroagindo seus efeitos para a data de 01 de janeiro de 2024.

São Sebastião, 12 de janeiro de 2024.

FELIPE AUGUSTO
Prefeito

**PRAZO DA DIRETORIA DE SAÚDE BUCAL
PARA O SETOR RESPONSÁVEL**

PRAZO DO FUNCIONÁRIO PARA A DIRETORIA DE SAÚDE BUCAL

NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS - 48HRS -AO RH SESAU	DAR CIÊNCIA/ASSINAR DOC NO ADMINISTRATIVO DA DSB NA SEDE DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE E FICAR COM UMA VIA E OUTRA A VIA DRH
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO - 48HRS - AO RH SESAU	DAR CIÊNCIA/ASSINAR DOC NO ADMINISTRATIVO DA DSB NA SEDE DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO
PROCESSO DE INSALUBRIDADE - 48HRS - AO RH SESAU	DAR CIÊNCIA/ASSINAR DOC NO ADMINISTRATIVO DA DSB NA SEDE DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO
TERMO DE CIÊNCIA / MEMO CIRCULAR	DAR CIÊNCIA/ASSINAR DOC E DEVOLVER VIA MALOTE PARA DSB EM 48HRS
PRODUTIVIDADE UPA CENTRAL - 1º DIA ÚTIL - COORD HCSS	ENVIAR O MAPA MENSAL COM OS CÁLCULOS EM UMA FOTO LEGIVEL PARA SER ANEXADO NO EMAIL AO HOSPITAL
RELATÓRIO MENSAL - ATÉ DIA 10 - POLITICA PÚBLICAS -SESAU	CEO/ AB/ VD/ PSE/ UPA - PRODUTIVIDADE ATENÇÃO BÁSICA CONSTANDO ABSENTEISMO E FALTAS ATÉ O SEGUNDO DIA ÚTIL DO MÊS
PRODUTIVIDADE ATENÇÃO BÁSICA - ATÉ DIA 10 RH FSPSS	ENVIAR ATÉ O SEGUNDO DIA ÚTIL PARA ENTÃO A CONFERÊNCIA DA COORD DA AT. BÁSICA, DIRETOR E PRESIDENTE
PRESTAÇÃO DE CONTAS - DE 4 EM 4 MESES ATÉ DIA 10 - DEPLAN	CEO/ AB/ VD/ PSE/ UPA
BPA COMPETÊNCIA ODONTO - ATÉ DIA 10 - DEPLAN	PRODUTIVIDADE DO CEO (CENTRAL E SUL) E PA (COSTA NORTE, CENTRAL E SUL) ATÉ O SEGUNDO DIA ÚTIL DO MÊS
CARTÃO DE PONTO ENVIAR ATÉ DIA 10 P/ RH	ENVIAR VIA MALOTE ATÉ O DIA 05 , EXCETO SÁBADO OU DOMINGO , SERÁ CONSIDERADO DIA 07
	ASSINATURA CHEFE IMEDIATO (FUNCIONÁRIOS DA PMSS CEDIDOS PARA USF)
	ASSINATURA COORDENADOR
	ASSINATURA DIRETOR
PEDIDO DE MATERIAL - EM 4 REMESSAS NO MÁXIMO ATÉ DIA 10	ENVIAR SE POSSÍVEL O ARQUIVO EM EXCEL VIA EMAIL ATÉ O DIA 10, PODENDO SER POR MALOTE OU TELEFONE ADM - DSB
OUVIDORIA - DAR BAIXA EM ATÉ 10 DIAS - OUVIDORSUS	ESPELHO DE DEMANDA SERÁ ENVIADA POR MALOTE, RESPONDER NO VERSO DA FOLHA E DEVOLVER A DIRETORIA EM ATÉ 5 DIAS ÚTEIS
SOS - ENVIAR VIA 1 DOC PARA O ADM - DSB / OU SOLICITAR AO ADM	MANUTENÇÃO ESTRUTURAL E TECNICO DE INFORMAÇÃO MATERIAIS DE ESCRITÓRIO
TÉCNICOS DE MANUTENÇÃO - ENVIA PARA O TELEFONE ADM - DSB	INFORMAR AO TELEFONE ADM - DSB , SERVIÇO DE MANUTENÇÃO COM A DEMANDA COM O MÁXIMO DE INFORMAÇÕES MINUCIOSAS
GUIA DE REMESSA - MALOTE ATÉ ÀS 15H	SOLICITAR AO ADM ATÉ 13H, CONSIDERANDO QUE NO ADMINSITRATIVO O ENVIO MALOTE OCORRE ÀS 15H.SERÁ ENVIADO NO PRÓXIMO DIA ÚTIL * SE FOR ALGO QUE ESTEJA EM NOSSO ALMOXARIFADO, DEPENDEMOS DE TERCEIROS, O QUE PODE ACARRETAR ATRASOS
EMAIL DA DIRETORIA DE SAÚDE BUCAL	ODONTOFSPSS@GMAIL.COM

FORMULÁRIOS PMSS

PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO

ABONO	ENVIAR A DSB NO MÍNIMO 5 DIAS ANTES DA DATA
ABONO NATALÍCIO	ENVIAR A DSB NO MÍNIMO 5 DIAS ANTES DA DATA
ABONO ELEITORAL	ENVIAR A DSB NO MÍNIMO 5 DIAS ANTES DA DATA
FÉRIAS	ENVIAR A DSB O FORMULÁRIO SOLICITANDO FÉRIAS ATÉ 60 DIAS AO GOZO
LICENÇA PRÊMIO	ENVIAR A DSB O FORMULÁRIO SOLICITANDO LICENÇA PRÊMIO ATÉ 60 DIAS AO GOZO



Prefeitura Municipal de São Sebastião
ESTÂNCIA BALNEÁRIA – ESTADO DE SÃO PAULO



SOLICITAÇÃO DE ABONO

Eu, _____
matrícula nº _____ lotado (a) _____ vem pelo
presente, mui respeitosamente requerer *abono*, sem prejuízo da remuneração, nos termos
do art. 116 da Lei 146/2011 de 21/11/2011, no dia ____ / ____ / ____.

*Nestes Termos
Pede Deferimento.*

São Sebastião, ____ de ____ de ____.

Assinatura do funcionário

Carimbo e assinatura do chefe ou responsável

ARTIGO 116º - Serão abonadas as faltas, até o máximo de 05 (cinco) por ano, desde que não excedam de 01 (uma) por mês, sem prejuízo da remuneração do dia. § 1º Para cada falta injustificada, o servidor perderá no ano subsequente, um dia de Faltas abonada. § 2º O pedido de abono deverá ser feito em requerimento escrito ao chefe imediato do servidor com pelo menos 02 (dois) dias úteis de antecedência ao dia do abono. § 3º O servidor terá abonada a falta no dia de seu aniversário natalício, sem prejuízo daquelas mencionadas no caput deste artigo. § 4º O servidor que trabalhar em turno de revezamento que tiver previsão de folga no dia seguinte à falta abonada, terá essa folga substituída por dia normal de trabalho devendo se apresentar nesse dia e sua escala poderá ser refeita. § 5º O servidor que trabalhar em turno de revezamento não poderá acumular as abonadas para gozá-las de uma só vez.



SOLICITAÇÃO DE ABONO NATALÍCIO

Eu, _____
matrícula nº _____ lotado (a) na(o) _____ vem
pelo presente, mui respeitosamente requerer *abono*, sem prejuízo da remuneração, nos
termos do art.116 parágrafo 3º, da Lei 146/2011 de 21/11/2011, no dia ____ / ____ / ____

*Nestes Termos
Pede Deferimento.*

São Sebastião, ____ de ____ de ____

Assinatura do funcionário

Carimbo e assinatura do chefe ou responsável

ARTIGO 116º - Serão abonadas as faltas, até o máximo de 05 (cinco) por ano, desde que não excedam de 01 (uma) por mês, sem prejuízo da remuneração do dia. § 1º Para cada falta injustificada, o servidor perderá no ano subseqüente, um dia de Falta abonada. § 2º O pedido de abono deverá ser feito em requerimento escrito ao chefe imediato do servidor com pelo menos 02 (dois) dias úteis de antecedência ao dia do abono. § 3º O servidor terá abonada a falta no dia de seu aniversário natalício, sem prejuízo daquelas mencionadas no caput deste artigo. § 4º O servidor que trabalhar em turno de revezamento que tiver previsão de folga no dia seguinte à falta abonada, terá essa folga substituída por dia normal de trabalho devendo se apresentar nesse dia e sua escala poderá ser refeita. § 5º O servidor que trabalhar em turno de revezamento não poderá acumular as abonadas para gozá-las de uma só vez.



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO

ESTÂNCIA BALNEÁRIA ESTADO DE SÃO PAULO



SOLICITAÇÃO DE ABONO ELEITORAL

Eu, _____,
matrícula nº. _____, lotado(a) no(a) _____, vem pelo presente,
mui respeitosamente requerer *abono eleitoral*, sem prejuízo da remuneração nos termos do art.98 da
Lei 9.504/97, no dia ____/____/____, por serviços prestados à Justiça Eleitoral no Pleito do ano
de _____, conforme documento anexo.

Nestes Termos
Pede Deferimento.

São Sebastião, ____ de _____ de _____.

Assinatura do funcionário

Carimbo e assinatura do chefe ou responsável

Rua: Prefeito Mansueto Pierotti, 391 - 1º Andar - Centro - São Sebastião/SP

Fone: 3891-3408 / 3891-3442

Email: sesau.rh@gmail.com



SOLICITAÇÃO DE FÉRIAS

Eu, _____, matr. _____,
ocupando o cargo de _____,
com lotação no setor de _____,
da Secretaria _____, solicito a concessão
do gozo de _____ dias de férias, a partir de ____/____/_____.

N. Termos
P. Deferimento

São Sebastião (SP), ____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor

Chefia Imediata

Secretário

USO EXCLUSIVO DO D.G.P.

Período aquisitivo: ____/____/____ a ____/____/____.
Faltas injustificadas no período? Quantas? _____.
Responde a processo adm. disciplinar? _____.
Férias lançadas para a folha de pagamento de
_____/_____, por _____.

§ 2º Após cada período de 12 (doze) meses de efetivo exercício, o servidor fará jus às férias, na seguinte proporção:
I - 30 (trinta) dias corridos, quando não houver faltado injustificadamente ao serviço mais de 05 (cinco) vezes;
II - 24 (vinte e quatro) dias corridos, quando houver tido de 06 (seis) a 14 (quatorze) faltas injustificadas;
III - 18 (dezoito) dias corridos, quando houver tido de 15 (quinze) a 23 (vinte e três) faltas injustificadas;
IV - 12 (doze) dias corridos, quando houver tido de 24 (vinte e quatro) a 32 (trinta e duas) faltas injustificadas.



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO
ESTÂNCIA BALNEÁRIA ESTADO DE SÃO PAULO



SOLICITAÇÃO DE LICENÇA PRÊMIO

Eu, _____, matr. n.º _____,
prestando serviços no cargo de _____, lotado no(a)
_____, da Secretaria de _____, venho solicitar
a concessão do gozo de _____ dias de Licença Prêmio, a partir de ____/____/____.

N. Termos
P. Deferimento,

São Sebastião (SP), ____ de _____ de _____.

Assinatura do Funcionário

Chefia Imediata

Diretor

Secretário

USO EXCLUSIVO DO D.G.P.

PROCESSO: ____/____ PERÍODO AQUISITIVO: ____/____

FORMULÁRIOS FSPSS

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

FOLGA - ATÉ 48 HRS - (PRAZO DA DSB PARA AO RH FSPSS) - ENVIAR VIA MALOTE PARA A DSB NO MÍNIMO 5 DIAS ANTES DA DATA

CAMPANHA DE VACINAÇÃO de

FOLGA ABONADA Artigo 56, XII - Regulamento Interno de Recursos Humanos

BANCO DE HORAS

SERVIÇO ELEITORAL convocação em ___ / ___ / _____ (anexar declaração T.R.E.)

CONVOCAÇÃO PARA TRABALHO EVENTUAL

CONVOCAÇÃO PARA TRABALHO EM CONCURSO PÚBLICO

ABONO NATALÍCIO Artigo 56, X - Regulamento Interno de Recursos Humanos

Formulário de Solicitação de Folga

FÉRIAS - ATÉ O DIA 15 DO MÊS ANTERIOR AO GOZO PRAZO DA DSB PARA AO RH FSPSS) - ENVIAR VIA MALOTE PARA A DSB O FORMULÁRIO SOLICITANDO FÉRIAS ATÉ 60 DIAS AO GOZO

SOLICITAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE FÉRIAS

Requisição em geral

<https://fspss.org.br/> -FUNCIONÁRIOS > FORMULÁRIOS DO RH >



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP

E-mail para contato: adm.fspss@gmail.com Telefone: (12) 3891-1084

CNPJ: 19.843.891/0001-76

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FOLGA

Funcionário		Cargo	
Matricula		Unidade	

Solicito, com as 48 (quarenta e oito) horas de antecedência previstas no Regulamento Interno de Recursos Humanos, autorização para gozo da folga conforme descrito abaixo:

Quantidade de dias:

Período: ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___.

Folga referente a:	CAMPANHA DE VACINAÇÃO de ___ / ___ / _____
	FOLGA ABONADA <i>Artigo 56, XII - Regulamento Interno de Recursos Humanos</i>
	BANCO DE HORAS
	SERVIÇO ELEITORAL convocação em ___ / ___ / _____ (<i>anexar declaração T.R.E.</i>)
	CONVOCAÇÃO PARA TRABALHO EVENTUAL de ___ / ___ / _____
	CONVOCAÇÃO PARA TRABALHO EM CONCURSO PÚBLICO de ___ / ___ / _____
	ABONO NATALÍCIO <i>Artigo 56, X - Regulamento Interno de Recursos Humanos</i>
OUTROS – <i>Descreva:</i>	

Assinatura do Funcionário

Data: ___ / ___ / _____

Autorizo o gozo da(s) folga(s) acima e comprometo-me a organizar o quadro de trabalho para que não haja problemas em decorrência da ausência do funcionário.

() Deferido

() Indeferido – Motivo: _____

Chefia imediata

Coordenador (quando houver)

Diretor

Data: ___ / ___ / _____

Data: ___ / ___ / _____

Data: ___ / ___ / _____

Despacho RH: _____

Setor de Recursos Humanos

Data: ___ / ___ / _____

ATENÇÃO

- ✓ Este formulário deve ser entregue ao Setor de Recursos Humanos com até 48 (quarenta e oito) horas de antecedência da folga solicitada sob pena da respectiva ausência ser lançada como falta pelo não atendimento do prazo mencionado.
- ✓ Não será aceita a solicitação que vier sem assinatura da Chefia imediata sendo, nestes casos, aplicado o citado no parágrafo anterior.
- ✓ A partir de maio 2017 só serão computadas folgas cuja solicitação seja feita por este formulário atendidas as regras acima.

FSPSS RH - Dfin
PROTOCOLO

Nº: _____

Data: ___ / ___ / _____

Visto: _____



Setor de Recursos Humanos

Nossa missão é promover o bem estar e saúde por meio da Gestão, do cuidado, da responsabilidade, com excelência!
Nossa Visão é ser modelo na prestação de serviços de saúde, como agente transformador das políticas públicas por meio da gestão, gerência e educação!
Nossos valores são a ética, responsabilidade individual, social e ambiental, transparência, qualidade, amor, comprometermos e efetividade!

FUNDAÇÃO DE
SAÚDE PÚBLICA
DE SÃO SEBASTIÃO



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP

E-mail para contato: adm.fspss@gmail.com Telefone: (12) 3891-1084

CNPJ: 19.843.891/0001-76

FSPSS RH - Dfin
PROTOCOLO

Nº: _____

Data: ____ / ____ / ____

Visto: _____

FORMULÁRIO DE REQUISIÇÃO EM GERAL

Funcionário		Cargo	
Matricula		Telefone:	
		Unidade	

Requisição referente à	SOLICITAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE FÉRIAS
	REVISÃO NO PAGAMENTO DE SALÁRIOS
	REVISÃO NO PAGAMENTO DE RESCISÃO
	RESTITUIÇÃO DE VALE TRANSPORTE
	CORREÇÃO OU ALTERAÇÃO DE DADOS PESSOAIS
	CORREÇÃO, ALTERAÇÃO OU INCLUSÃO DE DEPENDENTES
	SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA ESTÁGIO
	OUTROS

Descreva sua Solicitação:

Documentos Anexos:

Assinatura do Funcionário _____ Data: ____ / ____ / ____

Para Uso do Setor de Recursos Humanos:

Encaminhamos à _____ em ____ / ____ / ____ para deliberar sobre o que segue:

Setor de Recursos Humanos _____ Data: ____ / ____ / ____

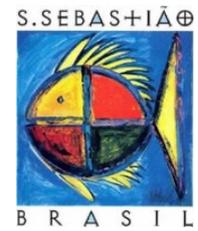
Para Uso da Chefia responsável: () DEFIRO () INDEFIRO

Manifestação:

Chefia responsável _____ Data: ____ / ____ / ____

Diretor _____ Data: ____ / ____ / ____





PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTOS - CEO – 2024

CIRURGIA

- Exodontia de dentes inclusos ou impactados e semi-inclusos.
- Cirurgias de lesões apicais.
- Cirurgias pré-protéticas.

Critérios:

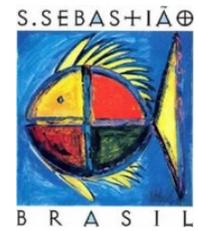
1. Pacientes em tratamento médico por diversas doenças deverão levar na consulta as prescrições de medicamentos que faz uso regular e resultados de exames que tiver.
2. Levar radiografias panorâmicas previamente solicitadas na atenção básica.
3. Anotar dados importantes no encaminhamento.
4. O pós operatório deve ser feito na UBS, salvo quando o cirurgião achar necessário o retorno ao CEO.

ESTOMATOLOGIA

- Avaliação clínica de lesões da cavidade oral e dos lábios, sobretudo as suspeitas de malignidade.
- suporte técnico aos profissionais da atenção básica.

PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS E ODONTOPEDIATRIA

- Encaminhar pacientes que realmente tenham dificuldade de atendimento pelo clínico geral (casos de difícil comportamento).
- Evitar conflitos que possam piorar o atendimento no CEO.

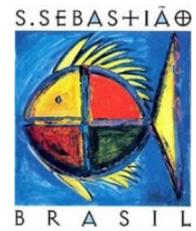


PERIODONTIA

- Gengivites de moderada a grave.
- Periodontite aguda.
- GUNA.
- Abscessos periodontais.
- Hiperplasias gengivais.
- Raspagem subgengival.

Critérios:

1. Anamnese: diabetes, hipertensão arterial, coagulopatias , hepatopatias, alterações neurológicas e outras. Anotar os medicamentos de uso regular. Em caso de alterações encaminhar para tratamento médico antes da periodontia.
2. O paciente deve ser encaminhado com preparo inicial já feito, com orientação de correta higiene oral.
3. Fazer solicitação de radiografia panorâmica e pedir para o paciente levar ao CEO no dia da consulta.
4. Observar o grau de mobilidade dos dentes, “quantos dentes se salvam”.
5. O tratamento clinico na atenção básica pode ser concomitante ao da especialidade.
6. A UBS deve encaminhar pacientes entre 15 e 65 anos de idade.
7. Dentes condenados devem ser extraídos na UBS.
8. A UBS é responsável pela manutenção do tratamento periodontal.
9. Os pacientes que não preencherem esses critérios devem permanecer na UBS.



ENDODONTIA

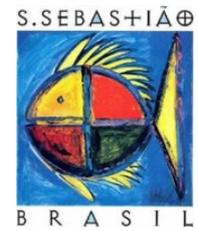
- Avaliar a vitalidade dental – proteção do complexo dentina polpa.
- Avaliar a condição bucal do paciente, periodonto agravado, mobilidade.
- Avaliar o remanescente coronário, suficiente para ser restaurado com dentística.
- Não serão executados retratamento.
- Avaliar o critério da idade para posteriores.

Critérios:

1. Enviar com o encaminhamento a radiografia periapical.
2. Promover a consulta de abertura na UBS, encaminhar o paciente com o protocolo curativo-restauração provisória.
3. Inviabilizado tratamento de elementos em extrusão sem antagonista, e anomalias de posição.
4. Inviabilizado tratamento de elementos sem condição de receber isolamento absoluto.

PRÓTESE

- No CEO só reabilitamos com prótese total.
- No CEO não realizamos tratamento de disfunção dolorosa da ATM, dores faciais e relacionadas.
- Muito cuidado com ajustes de prótese realizada em rede particular.
- Rebordos devem estar totalmente livres de dentes e raízes.
- Rebordo com retenções, pontas ósseas e raízes devem ser encaminhados para cirurgia.
- Pacientes portadores de PTs com pouco tempo de uso e bom estado de conservação, devem ser orientados a preservar suas próteses.



-Extrações recentes: o paciente deve aguardar um período aproximado de 3 meses para início do tratamento protético.

-Rebordos com grandes reabsorções: o paciente deve ser orientado sobre a possibilidades da não confecção da prótese.

-Fica inviabilizado o encaminhamento para o serviço de prótese total os pacientes que apresentam alterações motoras, psiquiátricas ou nervosas severas, pois esses distúrbios impossibilitam a moldagem, bem como a utilização posterior da prótese.

-Inviabilizado o tratamento de pacientes que fizeram prótese no CEO com menos de 5 anos.

PROTOCOLO GERAL

1. 8Guia de encaminhamento em letra legível, data, assinatura e carimbo do profissional,
2. Justificar o porquê está encaminhando.
3. Anotar na guia de encaminhamento (sempre) os dados principais da anamnese tais como remédio de uso contínuo, doenças sistêmicas, etc.
4. Verificar o real interesse do paciente no tratamento odontológico especializado antes do seu encaminhamento.
5. O paciente deve ser encaminhado sem dor, com focos de infecções controlados, terapia periodontal básica e selamento provisório das cavidades.
6. Os pacientes sem a guia de encaminhamento devidamente preenchidas não serão atendidos.

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

ANEXO VI - RELATÓRIO DE PRODUTIVIDADE INDIVIDUAL

NOME:		MATRÍCULA:		VÍNCULO:	
PERÍODO:		UNIDADE:	CEO		
CARGO:	<u>Odontólogo</u>	CARGA HORÁRIA:		FÉRIAS:	

CRITERIOS DE AVALIAÇÃO / REQUISITOS PARA COMPROVAÇÃO	QUANTIDADE (profissional com carga horária de 20, 30 ou 40h/mês)	QUANTIDADE AFERIDA PELA COORDENAÇÃO	% ATRIBUÍDO PARA CÁLCULO DA GRATIFICAÇÃO*
1 – N° DE PROCEDIMENTOS Comprovação mediante: - dados lançados no FAO ou outro sistema que venha substituí-lo (BPA)			
Número de procedimentos realizados:			
% TOTAL APURADO			

Obs. Percentual máximo para Gratificação por produtividade, calculado sobre o salário base do cargo na FSPSS: 10%

Data de Emissão: ____/____/____.
De acordo:

Profissional

Coordenação CEO
FSPSS

Diretor de Saúde Bucal
FSPSS

Diretor Presidente
FSPSS

PLANILHA DE METAS - FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

PROFISSIONAL:	DIAS																								TOTAL	
	Nº de procedimentos																									
	% TOTAL APURADO																									
	OBSERVAÇÕES																									

São Sebastião ____/____/____

Assinatura e carimbo do Profissional: _____

Parecer do Coordenador do CEO:

Em análise referente aos dados informados pelo profissional declaro que:

1 - Em relação ao nº procedimentos :

() conferem com as planilhas assinadas pelos pacientes

() não conferem com as planilhas assinadas pelos pacientes. Justificativa: _____

Devendo então o Gestor de Rh realizar o cálculo de _____ consultas e não o informado.

São Sebastião ____/____/____

Assinatura e carimbo do Coordenador: _____

Data em que o Coordenador entregou para o DRH: ____/____/____

Assinatura e carimbo de recebimento do DRH: _____

Assinatura do Diretor Técnico

Assinatura do Diretor Presidente

AValiação DO CâNCER BUCAL

CÓDIGO 0101020112

Entrar | *ficha_atividade_coletiva_v3_2.pdf | PEC

Não seguro | esus.saosebastiao.sp.gov.br/cds/atividade-coletiva?iframeUrl=%2Fpec%2Fuser%2Fcds%2FatividadeColetiva%2Fdetai...

07 - Mobilização social

07 - Outros

Público alvo *

- 01 - Comunidade em geral
- 02 - Criança 0 a 3 anos
- 03 - Criança 4 a 5 anos
- 04 - Criança 6 a 11 anos
- 05 - Adolescente
- 06 - Mulher
- 07 - Gestante
- 08 - Homem
- 09 - Familiares
- 10 - Idoso
- 11 - Pessoas com doenças crônicas
- 12 - Usuário de tabaco
- 13 - Usuário de álcool
- 14 - Usuário de outras drogas
- 15 - Pessoas com sofrimento ou transtorno mental
- 16 - Profissional de educação
- 17 - Outros

Temas para saúde

- 01 - Ações de combate ao *Aedes aegypti*
- 02 - Agravos e doenças negligenciadas
- 03 - Alimentação saudável
- 04 - Autocuidado de pessoas com doenças crônicas
- 05 - Cidadania e direitos humanos
- 06 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas
- 07 - Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)
- 08 - Plantas medicinais / Fitoterapia
- 09 - Prevenção da violência e promoção da cultura da paz
- 10 - Saúde ambiental
- 11 - Saúde bucal
- 12 - Saúde do trabalhador
- 13 - Saúde mental
- 14 - Saúde sexual e reprodutiva
- 15 - Semana saúde na escola
- 16 - Outros

Práticas em saúde *

- 01 - Antropometria
- 02 - Aplicação tópica de flúor
- 03 - Desenvolvimento da linguagem
- 04 - Escovação dental supervisionada
- 05 - Práticas corporais e atividade física
- 06 - PNCT* sessão 1
- 07 - PNCT* sessão 2
- 08 - PNCT* sessão 3
- 09 - PNCT* sessão 4
- 10 - Saúde auditiva
- 11 - Saúde ocular
- 12 - Verificação da situação vacinal
- 13 - Outras
- 14 - Outro procedimento coletivo

Participantes *

CPF / CNS do cidadão * Data de nascimento * Sexo * Avaliação alterada Peso (kg) Altura (cm)

 Feminino Masculino

Código do SIGTAP

ACÇÃO COLETIVA DE PREVENÇÃO DE CÂ x

- 0101020040 - ACÇÃO COLETIVA DE EXAME BUCAL COM FINALIDADE EPIDEMIOLÓGICA
- 0101020082 - EVIDENCIAÇÃO DE PLACA BACTERIANA
- 0101020112 - ACÇÃO COLETIVA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER BUCAL**
- 0101050011 - PRATICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
- 0101050020 - TERAPIA COMUNITÁRIA

CPF / CNS do cidadão Data de nascimento Sexo Avaliação alterada Peso (kg) Altura (cm) Cesso

Página 2 de 4



Campanha Municipal de Prevenção ao Câncer Bucal



IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data de Nascimento ____/____/____

Profissão: _____ PSF: _____

Endereço: _____ Telefone: (____) _____

ANAMNESE

É ou foi tabagista (cigarro, charuto, cachimbo)?

() SIM () NÃO Quantos por dia? _____ Há quanto tempo: _____

Tem ou teve o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas?

() SIM () NÃO Frequência _____

Costuma ficar exposto(a) ao sol?

() SIM () NÃO Frequência _____

Faz uso de prótese dentária? () SIM () NÃO Está bem adaptada? () SIM () NÃO

Outros hábitos nocivos? () Onicofagia () Morder Objetos () Apertamento () Bruxismo
() Morder / Sucção de Lábios, Bochechas e/ou língua

Existe histórico de câncer na família? () SIM () NÃO

EXAME DA CAVIDADE ORAL

Paciente apresenta alguma lesão em boca: () SIM () NÃO

Localização: () LÍNGUA () Bordo Lateral () Dorso () Ventre () Direita () Esquerda

() MUCOSA JUGAL () Direita () Esquerda

() GENGIVA / REB. ALVEOLAR () Direita () Esquerda () Superior () Inferior

() LÁBIO () Direita () Esquerda () Superior () Inferior

() PALATO () Direita () Esquerda () Duro () Mole

Tipo de Lesão: () Mácula () Mancha () Pápula () Nódulo () Vesícula () Bolha () Placa

() Erosão () Úlcera () Crosta

Característica da Lesão: () Normocrômica () Leucoplásica () Eritroplásica () Leucoeritroplásica

() Plana () Elevada () Destacável () Não Destacável () Dolorosa

() Sésil () Pediculada () Outros: _____

Tamanho da Lesão: _____ mm

Tempo de Duração? _____

Campanha Municipal de Prevenção e Diagnóstico do Câncer Bucal

Protocolo de Atendimento e Coleta de Dados

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), espera-se para o triênio de 2023-2025 o surgimento de aproximadamente 40 mil novos casos por ano destas lesões, dos quais cerca de 15 mil serão lesões da cavidade bucal.

Ainda que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 50% dos casos de CCP possam ser evitados e o índice de cura chegue a 80% quando é realizado o diagnóstico precoce, a projeção para as próximas décadas de acordo com a Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC, sigla em inglês) é que os números de incidência aumentem significativamente nos próximos anos na América Latina e, infelizmente, aproximadamente 80% dos casos são diagnosticados de forma tardia, o que resulta, muitas vezes, em tratamentos complexos e mutiladores, que diminuirão de forma considerável a qualidade de vida dos pacientes, além de gerarem um gasto significativo para o sistema de saúde.

Tendo em vista este cenário preocupante e diante do surgimento de novos casos anualmente de câncer de boca no município, o Departamento de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião vem promovendo, através da ação dos cirurgiões dentistas das unidades básicas de saúde, um levantamento epidemiológico para o rastreamento de lesões da cavidade oral e diagnóstico precoce do câncer bucal.

No ano de 2023, foram atendidos, em um período de 3 meses, mais de 900 pacientes o que corresponde, aproximadamente 1,5% da população do município que fez parte do estudo, um dado extremamente significativo.

Todavia, não podemos levar em consideração o fato de que estes números poderiam ter sido ainda mais expressivos, não fosse o fato de que inúmeras fichas tiveram que ser removidas do levantamento.

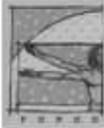
É fundamental compreender que um levantamento epidemiológico desta magnitude tem muito mais a fornecer do que apenas dados específicos de câncer, mas permite um mapeamento dos diversos fatores de risco que envolvem o desenvolvimento da doença, permitindo o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e combate, por exemplo do tabagismo e do etilismo.

Deste modo, torna-se fundamental o correto preenchimento das fichas de questionário que serão disponibilizadas para início da coleta de dados a partir do dia 15/04/2023, respondendo A TODAS AS QUESTÕES. A ficha permanecerá a mesma da campanha do ano de 2023, com apenas duas pequenas alterações que se demonstraram necessárias. É importante compreender que os itens abordados no questionário têm a sua razão para estar ali e são baseados em estudos científicos que norteiam as nossas ações.

DA COLETA DOS DADOS E ENVIO DOS DADOS

Assim como na campanha de 2023, o questionário deverá ser aplicado a todos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos que passarem em 1ª. consulta odontológica, ficando a critério do cirurgião dentista de cada unidade a aplicação do questionário aos pacientes que já estiverem em tratamento.

Se por um lado já sabemos da relação direta entre tabagismo, etilismo e exposição solar com o desenvolvimento das lesões de câncer de boca, estudos atuais apontam que lesões traumáticas, assim como fatores psicológicos e genéticos vem sendo cada vez mais associados a novos casos da doença. Isto posto, é importantíssimo que as perguntas destacadas a seguir sejam corretamente respondidas.

	Campanha Municipal de Prevenção ao Câncer Bucal	
IDENTIFICAÇÃO		
Nome: _____	Data de Nascimento	____/____/____
Profissão: _____	PSF: _____	
Endereço: _____	Telefone: (____) _____	
ANAMNESE		
É ou foi tabagista (cigarro, charuto, cachimbo)?		
() SIM () NÃO Quantos por dia? _____ Há quanto tempo: _____		
Tem ou teve o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas?		
() SIM () NÃO Frequência _____		
Costuma ficar exposto(a) ao sol?		
____) SIM () NÃO Frequência _____		
Faz uso de prótese dentária? ____) SIM () NÃO Está bem adaptada? ____) SIM () NÃO		
Outros hábitos nocivos? () Onicofagia () Morder Objetos () Apertamento () Bruxismo		
____) Morder / Sucção de Lábios, Bochechas e/ou língua		
Existe histórico de câncer na família? ____) SIM () NÃO		

possibilidades de um rápido diagnóstico e uma conduta terapêutica mais rápida e assertiva.

EXEMPLOS



EXAME DA CAVIDADE ORAL

Paciente apresenta alguma lesão em boca: SIM () NÃO

Localização: LÍNGUA () Bordo Lateral () Dorso () Ventre () Direita () Esquerda
 MUCOSA JUGAL () Direita () Esquerda
 GENGIVA / REB. ALVEOLAR () Direita () Esquerda () Superior () Inferior
() LÁBIO () Direita () Esquerda () Superior () Inferior
 PALATO () Direita () Esquerda () Duro () Mole

Tipo de Lesão: Mácula () Mancha () Pápula () Nódulo () Vesícula () Bolha () Placa
 Erosão () Úlcera () Crosta

Característica da Lesão: Normocrômica () Leucoplásica () Eritroplásica () Leucoeritroplásica
 Plana () Elevada () Destacável () Não Destacável () Dolorosa
 Séssil () Pediculada () Outros: _____

Tamanho da Lesão: 7 mm

Tempo de Evolução: 8 meses



EXAME DA CAVIDADE ORAL

Paciente apresenta alguma lesão em boca: SIM () NÃO

Localização: LÍNGUA () Bordo Lateral () Dorso () Ventre () Direita () Esquerda

MUCOSA JUGAL () Direita () Esquerda

GENGIVA / REB. ALVEOLAR () Direita () Esquerda () Superior () Inferior

() LÁBIO () Direita () Esquerda () Superior () Inferior

PALATO () Direita () Esquerda () Duro () Mole

Tipo de Lesão: Mácula () Mancha () Pápula () Nódulo () Vesícula () Bolha () Placa

Erosão () Úlcera () Crosta

Característica da Lesão: Normocrômica () Leucoplásica () Eritoplásica () Leucoeritoplásica

Plana () Elevada () Destacável () Não Destacável () Dolorosa

Sésil () Pediculada () Outros: _____

Tamanho da Lesão: 20 mm

Tempo de Evolução: 3 meses



EXAME DA CAVIDADE ORAL

Paciente apresenta alguma lesão em boca: SIM () NÃO

Localização: LÍNGUA (Bordo Lateral () Dorso () Ventre () Direita (Esquerda

MUCOSA JUGAL () Direita () Esquerda

GENGIVA / REB. ALVEOLAR () Direita () Esquerda () Superior () Inferior

() LÁBIO () Direita () Esquerda () Superior () Inferior

PALATO () Direita () Esquerda () Duro () Mole

Tipo de Lesão: Mácula () Mancha () Pápula () Nódulo () Vesícula () Bolha () Placa

Erosão (Úlcera () Crosta

Característica da Lesão: Normocrômica () Leucoplásica () Eritroplásica (Leucoeritroplásica

Plana () Elevada () Destacável () Não Destacável Dolorosa

Séssil () Pediculada () Outros: _____

Tamanho da Lesão: 5 mm

Tempo de Evolução: 6 meses

DIAGNÓSTICO

REGIÃO DA BOCA: BORDA LATERAL DE LÍNGUA ESQUERDA DIAGNÓSTICO 1: DISPLASIA EPITELIAL GRAVE

NOTA

Não se pode excluir a hipótese da ilhota epitelial representar um carcinoma de células escamosas superficialmente invasivo.



EXAME DA CAVIDADE ORAL

Paciente apresenta alguma lesão em boca: SIM () NÃO

Localização: LÍNGUA () Bordo Lateral () Dorso () Ventre () Direita () Esquerda

MUCOSA JUGAL () Direita () Esquerda

GENGIVA / REB. ALVEOLAR () Direita () Esquerda () Superior () Inferior

() LÁBIO () Direita () Esquerda () Superior () Inferior

PALATO () Direita () Esquerda () Duro Mole

Tipo de Lesão: Mácula () Mancha () Pápula () Nódulo () Vesícula () Bolha () Placa

Erosão Úlcera () Crosta

Característica da Lesão: Normocrômica () Leucoplásica () Eritroplásica Leucoeritroplásica

Plana () Elevada () Destacável () Não Destacável Dolorosa

Sésil () Pediculada () Outros: **Bordos elevados e endurecidos**

Tamanho da Lesão: **10** mm

Tempo de Evolução: **30 dias**

DIAGNÓSTICO

REGIÃO DA BOCA: PALATO

DIAGNÓSTICO 1: PROCESSO INFLAMATÓRIO CRÔNICO COM ULCERAÇÃO (VIDE NOTA).

NOTA

O aspecto clínico e histológico é sugestivo de sialometaplasia necrosante. No entanto, este diagnóstico em biópsias pequenas é desafiador, pela semelhança com neoplasias malignas, como o carcinoma mucoepidermoide e o carcinoma de células escamosas (DOI: 10.1111/j.1365-2559.2007.02762.x). Níveis foram avaliados, e o caso foi consultado com patologistas da USP e da UNICAMP. Recomenda-se, por ora, apenas o acompanhamento do paciente, uma vez que espera-se a resolução de casos de sialometaplasia necrosante após a biópsia incisiva. O caso deve ser reavaliado se a evolução não for a esperada. Este laudo substitui o anterior, que deve ser desconsiderado.

Isto exposto, reforço o pedido a todos os colegas que realizem o levantamento com o mesmo empenho e dedicação como realizado em 2023, enviando as fichas periodicamente para a tabulação dos dados coletados.

Orientações em Saúde Bucal na Primeira Infância

A prevenção de cárie na primeira infância se inicia ainda na abordagem durante o **pré natal**, no momento da avaliação odontológica à gestante aspectos sobre alimentação saudável, riscos do consumo excessivo de açúcar e instruções de higiene bucal devem ser abordados.

A cárie dentária é uma doença **açúcar-biofilme dependente**, multifatorial e dinâmica, que resulta de um desequilíbrio no processo de desmineralização e remineralização dos tecidos duros do dente, sendo determinada por fatores biológicos, comportamentais e psicossociais relacionados ao ambiente e ao indivíduo. (PITTS et. al., 2019).

- Atendimento de bebês 0 a 2 anos (Bebê Clínica)

Instituída no município em 1997 como estratégia de prevenção, o programa consiste no acompanhamento sistemático de bebês de 0 a 2 anos.

Atualmente é realizada como parte dos cuidados de puericultura no Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAMA) na Topolândia e Costa Sul.

Deve também ser organizado de acordo com a **realidade local** da Equipe de Saúde Bucal (ESB), observando-se a demanda, espaço físico, para realização de atendimento em grupo ou individual e integração com a Equipe de Saúde.

Sugere-se **um período mensal na agenda do CD**, onde os bebês dentro desta faixa etária recebam **ao menos uma consulta antes do primeiro ano de vida para avaliação e orientação aos responsáveis**. Os retornos são avaliados de acordo com o risco individual de cada caso.

Temática a ser abordada:

- **Exame clínico** das estruturas anatômicas: rodetes gengivais, 1os dentes, freios, bridas, identificação de possíveis anomalias como pérolas, cistos, nódulos.
- **Incentivo ao aleitamento materno** exclusivo até os 6 meses, riscos do uso de bicos artificiais, alimentação saudável, evitar açúcares livres para crianças com menos de 2 anos de idade, pautar orientações compatíveis com a faixa etária.
- **Sinais e sintomas da erupção dos dentes**: fase fisiológica que pode trazer desconforto ao bebê, massagem local e uso de mordedores ou alimentos gelados podem ser indicados como técnicas caseiras para promover alívio.
- **Orientações de higiene**: Não há indicação de recomendar a limpeza da cavidade bucal do bebê sem dentes, principalmente quando em aleitamento exclusivo, casos específicos devem ser avaliados individualmente.
A partir da erupção do 1o dente deve ser realizada a escovação diária com escova dental apropriada e pequena quantidade (tamanho de um grão de arroz) de creme dental fluoretado (1000ppm de fluoreto) até 2x ao dia, de preferência após as refeições.

-Atendimento infantil de 2 a 6 anos

O acesso da população infantil ao serviço odontológico deve ser priorizado com enfoque preventivo e também para o tratamento precoce das necessidades. Técnicas básicas de **manejo comportamental**, como falar-mostrar-fazer, serão necessárias devido a imaturidade emocional de crianças nesta faixa etária.

Observar:

- O **risco social** e situações de vulnerabilidade/negligência à saúde da criança, levar ao conhecimento da Equipe de Saúde para nortear as ações.
- **Orientar hábitos alimentares, limitar o consumo de açúcar** em alimentos e bebidas
- Acesso ao flúor, regiões sem acesso a água tratada
- Presença de Defeitos do Desenvolvimento do Esmalte (DDE) como HMI/HMD
- Controle efetivo de lesões iniciais cavitadas ou não: uso de **Cariostático, Verniz Fluoretado, Técnica Remoção Seletiva e Restauração Atraumática**, respeitando as indicações clínicas para as técnicas.
- **Orientação de higiene:** Recomenda-se que a escovação seja feita no mínimo 2x ao dia por um adulto responsável, principalmente antes de dormir, com pequena quantidade de creme dental fluoretado (a partir de 4 anos no tamanho de um grão de ervilha).

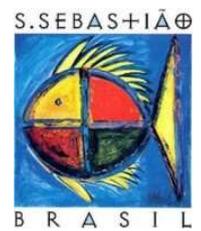
Na fase de dentição mista orientar a escovação transversal, para que as cerdas da escova alcancem o molar permanente em infra oclusão.



Para saber mais: Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde : recomendações para higiene bucal na infância : versão resumida - Ministério da Saúde, 2024.

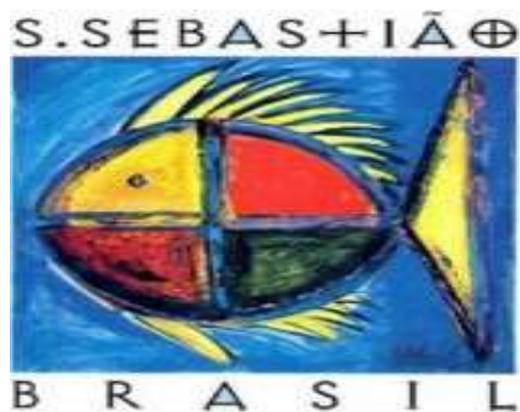
Cárie na Primeira Infância: Declaração de Bangkok da IAPD, 2019.

A saúde bucal no Sistema Único de Saúde- Ministério da Saúde, 2018.

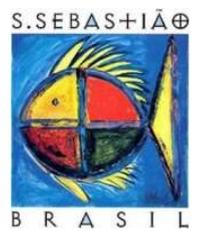


PROTOCOLO CLÍNICO
DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
NA SAÚDE BUCAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO



PROTOCOLO CLÍNICO DE URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS NA
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL – UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO –
UNIDADES DE SAÚDE BUCAL



PRÓLOGO

Este Procedimento Operacional Padrão (POP), tem como objetivo nortear os atendimentos em urgências e pronto-atendimento, nas unidades de Pronto-Atendimento (UPA) e Unidades de Saúde Bucal, das Equipes de Saúde Bucal, do município de São Sebastião.

Não se trata de um documento cujo o foco é de restringir os profissionais que atendam às urgências odontológicas, mas sim, de nortear e padronizar o acolhimento, possibilidades de diagnóstico e diagnósticos diferenciais, condutas e direcionamentos. Obviamente, o tratamento odontológico das urgências em saúde bucal são muito mais complexos e multidisciplinares que os constantes neste POP, portanto, foi construído com o intuito de ser um instrumento facilitador e consultivo e não limitador.

Foi construído em conjunto pela Diretoria de Saúde Bucal.

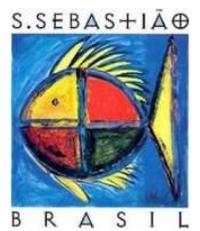
Daniel Kakimoto de Capitani - **Diretor de Saúde Bucal** ¹

Alberto Pereira Dantas Jr - **Coordenador das Unidades de Urgências e Pronto-Atendimento** ²

Romulo Luigi Maccire - **Coordenador de Odontologia – APS** ³

Aerton Pombo - **Coordenador Centro de Especialidades Odontológicas** ⁴

Patrícia Bitencourt da Rocha - **Coordenadora das Equipes de Prevenção** ⁵



INTRODUÇÃO

Sob a perspectiva dos cuidados em saúde bucal, observa-se que, na maioria das vezes, que as situações de dor ou sofrimento não implicam risco de vida, exceto infecções orofaciais disseminadas, que se não tratadas corretamente e a tempo, podem evoluir para uma condição de risco de vida por obstrução das vias aéreas superiores ou por septicemia, bem como hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de traumas ou cirurgias. Independentemente do tipo da urgência, todas necessitam de condutas prioritárias para avaliar os sintomas dolorosos agudos e restabelecer a função prejudicada pela situação de urgência.

Este protocolo se aplica aos cirurgiões-dentistas da Atenção Básica, Atenção Especializada (CEO) e Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) com a finalidade de nortear o atendimento de urgências odontológicas na prática clínica cotidiana, além de esclarecer os fluxos de encaminhamento em casos mais graves.

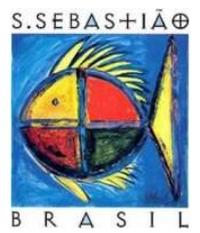
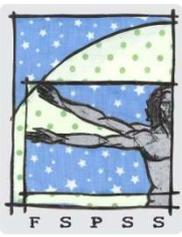
O serviço odontológico para atendimento de urgências no Município de São Sebastião conta com todas as Unidades de Saúde Bucal (USF) das 07-16h, além de unidades de Urgências Odontológicas, que hoje estão presentes na Unidade de Pronto-Atendimento Central e Hospital da Costa Sul 24h por dia, 07 dias por semana, de forma ininterrupta, além da unidade de especialidade do Jaraguá (08h – 17h). O serviço das unidades não é exclusivo para urgências, mas também de livre demanda para o atendimento de condições clínicas.

Os casos de urgências devem ser atendidos, preferencialmente, nas unidades de referência do usuário, exceto eventualidades, como ausência do profissional dentista na unidade, falta de condições técnicas para realização dos procedimentos odontológicos. Nestes casos, o cirurgião-dentista deverá fazer um encaminhamento formal, citando além do quadro clínico, o motivo técnico pelo qual não realizou o atendimento de urgência em sua unidade.

Embora todos os quadros que se encaixam no perfil de urgência odontológica tenham necessidade de rapidez no atendimento, são considerados usuários prioritários em ordem de atendimento:

- Melhor idade (60 anos ou mais)
- Gestantes
- Crianças de até 12 anos
- Portadores de necessidades especiais, com deficiências: física, mental
- Mulheres em fase de amamentação com filhos de até 2 anos de vida

Na Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) e Hospital da Costa Sul (HCS), os atendimentos odontológicos devem ser precedidos de avaliação de risco conforme o protocolo da unidade (Manchester), classificando o usuário de acordo com os sinais e sintomas clínicos apresentados.



URGÊNCIAS DE ORIGEM DENTÁRIA (PULPITES)

CÁRIE PROFUNDA COM ODONTALGIA

Em casos de lesão cariosa profunda, a queixa do usuário será por provável sensibilidade ao frio, doce e pressão cavitária. Dor sempre provocada, NUNCA ESPONTÂNEA, e cessa com a remoção do agente agressor.

- **Tratamento:** Remoção do tecido cariado e selamento com material biocompatível (CIV,OZE,IRM), precedido de forramento da cavidade (hidróxido de cálcio).
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do mesmo.

PULPITE REVERSÍVEL

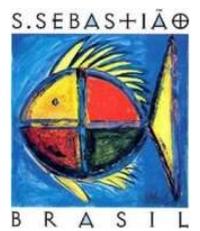
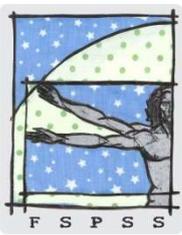
Dor provocada, que permanece por tempo maior após remoção do agente agressor

- **Tratamento:** Remoção de tecido cariado, avaliação de exposição pulpar, seguida de proteção pulpar com hidróxido de cálcio e selamento da cavidade com CIV, OZE ou IRM.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do mesmo.

PULPITE IRREVERSÍVEL

Dor intensa, contínua, espontânea, com quadro de piora em decúbito, difusa, sensível a testes térmicos, com vitalidade pulpar, atenuada por analgésicos.

- **Tratamento:** Remoção total do tecido cariado, seguido de acesso endodôntico, com remoção parcial ou total do tecido pulpar dependendo do nível de formação radicular (pulpotomia ou pulpectomia). Medicação intracanal (formocresol) e selamento da cavidade com CIV, OZE ou IRM.
- Avaliação quanto à necessidade de analgésicos e anti-inflamatório
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do mesmo. A unidade de origem se responsabilizará para o encaminhamento do paciente, caso esse preencha o protocolo de encaminhamento para CEO.



HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA

Dor que pode ter mais de uma origem, geralmente associada ao colo dentário, por exposição dentinária. O dente responde aos testes térmicos e não apresenta lesão cariada. Dor aguda, breve, localizada, quando estimulada (mecânica, química ou térmica), e cessa quando o estímulo é suspenso. Pode estar associada a pulpite aguda reversível ou irreversível.

- **Tratamento:** Supressão dos estímulos etiológicos, orientações quanto possíveis fatores causais, mudanças de hábitos (escovação traumática, dieta, orientações quanto oclusão). Adicionalmente pode ser realizada aplicação local de agentes fluoretados (flúor tópico, verniz fluoretado) para selamento dos canalículos.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do mesmo.

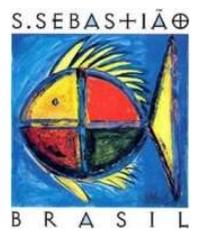
PERICEMENTITE APICAL AGUDA SIMPLES

Dor espontânea e contínua, de intensidade leve a severa, com sensibilidade a percussão vertical, pode estar associada a vitalidade pulpar (Pericementite Traumática) ou necrose pulpar.

- **Tratamento:** (TRAUMÁTICA) Existindo elemento dentário recém-restaurado, coloca-se o dente em infra-oclusão, com prescrição de analgésico ou anti-inflamatório conforme a necessidade.
- **Tratamento:** (NECRÓTICA) Investigar inicialmente se já se iniciou o PQC (Pode ser a origem da pericementite). Caso o elemento ainda não tenha sido acessado será necessário realizar a penetração desinfetante, irrigação abundante com hipoclorito e Medicação intracanal (Paramonoclorofenol). O elemento deve ser mantido em infra-oclusão, seguido do fechamento com CIV, OZE ou IRM. O uso de analgésicos, anti-inflamatórios deve ser avaliado, assim como antimicrobianos.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do mesmo. A unidade de origem se responsabilizará para o encaminhamento do paciente, caso esse preencha o protocolo de encaminhamento para CEO.

PERICEMENTITE APICAL AGUDA SUPURADA

Consiste na evolução da pericementite apical aguda, com aumento dos sinais clínicos da pericementite apical aguda simples, com extrusão dentária, leve mobilidade e tumefação dolorosa à palpação apical.



- **Tratamento:** Tentar estabelecer drenagem via canal após cuidadosa penetração desinfetante com irrigação copiosa de hipoclorito, medicação intracanal (paramonoclorofenol) e selamento da cavidade. Uso de analgésico e antimicrobiano. Em caso de recidiva da dor, o elemento deverá passar por nova penetração desinfetante avaliando a remissão da supuração.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do mesmo. A unidade de origem se responsabilizará para o encaminhamento do paciente, caso esse preencha o protocolo de encaminhamento para CEO. Paciente deve ser encarado como prioridade caso exista indicação de exodontia.

ABCESSO DENTO-ALVEOLAR

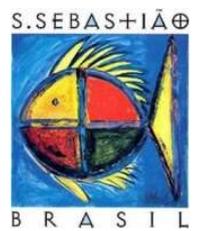
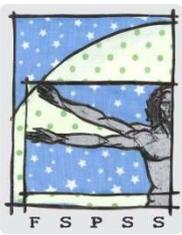
Processo infeccioso agudo, caracterizado por formação purulenta, que afeta os tecidos moles, ultrapassando a região apical, de evolução rápida e dor violenta, especialmente quando a coleção de pus não foi exteriorizada. Pode haver envolvimento de espaços intra-oral e extra-oral, edema importante, febre, mal-estar podem estar associados. Pode se desenvolver como sequência de uma pericementite aguda, abscesso apical crônico.

- **Tratamento:** Tentativa de drenagem via canal, avaliar a possibilidade de drenagem por ponto de flutuação caso este esteja presente. Aplicação de calor local (bochechos com água morna). Em caso da opção de drenagem é importante que o paciente esteja coberto com antibiótico previamente a intervenção.
- **Referência:** Importante à reavaliação do paciente inicialmente após 24h, orienta-lo quanto à possibilidade de internação (caso de evolução para celulite). Caso a evolução seja positiva, com remissão do caso, o paciente deverá ser encaminhado para a unidade de origem e ter prioridade quanto ao tratamento do caso (Encaminhamento ao CEO para endodontia, caso esteja no protocolo de encaminhamento) ou Exodontia do elemento.

CELULITES

Processo infeccioso agudo, endurecido, não limitado, que afeta os tecidos moles, ultrapassando a região apical, de evolução rápida e dor violenta, especialmente quando a coleção de pus não foi exteriorizada. Com envolvimento de espaços fasciais, tanto intra-oral e extra-oral, edema importante, febre, mal-estar e trismo podem estar associados. Pode desenvolver-se como sequência de uma pericementite aguda, abscesso apical crônico.

- **Tratamento:** Avaliar a possibilidade de drenagem por ponto de flutuação caso este esteja presente. Aplicação de calor local (bochechos com água morna). Em caso da opção de drenagem é importante que o paciente esteja coberto com antibiótico previamente a intervenção. A prescrição de antibióticos endovenosa de ampla cobertura se faz importante, assim como o uso de antibióticos via oral, caso o paciente receba alta. Em casos em que exista trismo acentuado, dificuldade de deglutição ou respiratória, mal estar, considerar a internação, via avaliação da buco maxilo facial



URGÊNCIAS DE ORIGEM PERIODONTAL

ABSCESSO PERIODONTAL

Decorre da evolução de uma bolsa periodontal, lesão endoperio, ou complicações de fratura ou fissura radicular, com drenagem espontânea, dor pulsátil e localizada, associado ou não a mobilidade dentária, com bolsa periodontal. Testes de vitalidade pulpar são positivos quando não houver lesão endoperio associada.

- **Tratamento:** Introdução de sonda milimetrada com o intuito de drenar via periodonto de inserção. Remoção de debris inflamatórios e cálculo subgingival. Caso não seja possível, se estabelece uma drenagem cirúrgica por meio de incisão da mucosa. Drenagem deve ser precedida de cobertura antibiótica prévia com 01h de antecedência. Prescrição de antimicrobiano e analgésico.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do mesmo. A unidade de origem se responsabilizará para o encaminhamento do paciente, caso esse preencha o protocolo de encaminhamento para CEO.

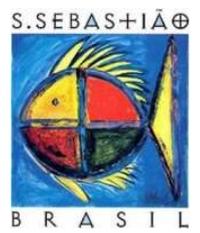
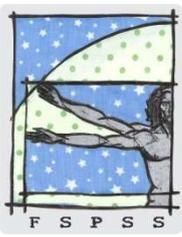
PERICORONARITE

Associada a elemento dentário em erupção, geralmente 3° molares, com mucosa que recobre o elemento eritematoso, edemaciado, com dor forte, otalgias (em caso de 3° molar), odor fétido, trismo, disfagia, febre, ausência de supuração (aguda), presença de supuração (crônica).

- **Tratamento:** Limpeza das lesões com clorexidina (0,12%), em conjunto com prescrição de antimicrobiano, analgésico, miorrelaxantes (em caso de trismo). Bochecho regulares com clorexidina 0,12%. Solicitação de exame radiográfico assim que houver remissão dos sintomas.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do mesmo. A unidade de origem se responsabilizará para o encaminhamento do paciente, caso esse preencha o protocolo de encaminhamento para CEO.

GUNA/PUNA

A anamnese revela fortes dores irradiadas, linfadenopatia satélite, gengiva avermelhada recoberta por uma camada cinzenta, destruição das papilas com aspecto crateriforme.



- **Tratamento:** limpeza das lesões com clorexidina (solução a 0,12%), complementada por uma prescrição antimicrobiana de amplo espectro, analgésicos e bochechos com clorexidina a 0,12%.
- **Referência:** A unidade de origem se responsabilizará para o encaminhamento do paciente para CEO.

URGÊNCIAS DE ORIGEM TRAUMÁTICA

CONCUSSÃO

Traumatismo moderado, sem grande repercussão no periodonto; não há mobilidade ou deslocamento; relato de sensibilidade à percussão ou à mastigação. —

- **Tratamento:** indica-se preservação em função da idade do paciente e, em caso de dentição decídua, acompanha-se o processo de reabsorção radicular; se dentição permanente, é possível realizar desgaste seletivo na presença de contato prematuro. Orienta-se alimentação leve. Exame radiográfico para se descartar a possibilidade de fissuras ou fraturas radiculares.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do caso.

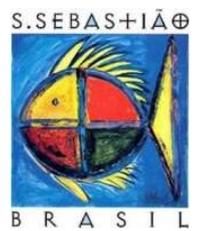
SUBLUXAÇÃO

Dor discreta, aumentada com percussão, pequena mobilidade; **não há deslocamento**; pode haver sangramento pelo sulco gengival.

- **Tratamento:** realiza-se prescrição de analgésicos e bochechos à base de clorexidina 0,12% para se evitar infecção local; em dentição permanente, se a mobilidade for grande, deve-se utilizar uma contenção semirrígida por duas semanas; orienta-se alimentação pastosa durante o período de contenção. Radiografia para descartar possibilidade de fratura radicular
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem para continuidade do caso (encaminhamento formal).

EXTRUSÃO DENTÁRIA/LUXAÇÃO

Há deslocamento do dente no sentido vestibular, palatino ou lingual, com presença de mobilidade.



- **Tratamento:** Em dentição decídua, caso haja muita mobilidade se opta pela exodontia. **NÃO SE REALIZA CONTENÇÃO** de dente decíduo. No caso de dentição permanente se reposiciona o dente com contenção semirrígida durante duas semanas, seguido de ajuste oclusal. Orientação de dieta líquido pastosa durante o período de contenção. Prescrição de antimicrobianos e analgésicos. Bochechos com clorexidina 0,12% para auxílio na higienização. Radiografia para descartar possibilidade de fratura radicular e/ou alveolar.

OBS –Em caso de fratura alveolar concomitante, redução por pressão digital de fratura alveolar e elementos dentários, com contenção rígida de 4 a 6 semanas.

- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem para continuidade do caso (encaminhamento formal).

INTRUSÃO DENTÁRIA

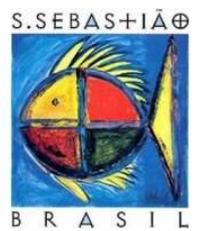
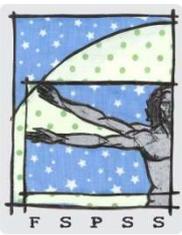
Deslocamento do elemento dentário para o interior do alvéolo devido à fratura alveolar.

- **Tratamento:** Em caso de elemento decíduo, deve ser realizada radiografia para avaliar possível lesão do dente permanente. Em caso de dente permanente, realizar radiografia para descartar avulsão e aguardar a erupção. Prescrição de antimicrobianos e analgésicos. Higiene copiosa do sítio com SF (0,9%) e clorexidina 0,12%.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem para continuidade do caso (encaminhamento formal).

AVULSÃO

Deslocamento completo do elemento dentário do interior do alvéolo.

- **Tratamento:** Em caso de exposição inferior a 2 horas, bom acondicionamento do elemento dentário, o alvéolo deve ser irrigado com SF 0,9%, assim como o elemento, reposicionando o elemento dentário imediatamente no alvéolo, aplicando contenção semirrígida, por 14 dias. Ajuste oclusal é fundamental. Prescrição de antimicrobiano e analgésico. Bochechos com clorexidina a 0,12% auxiliam no controle do biofilme.
- **DENTIÇÃO DECÍDUA O REIMPLANTE É CONTRA-INDICADO**
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem para continuidade do caso (encaminhamento formal).



FRATURAS CORONÁRIAS

FRATURA CORONÁRIA ENVOLVENDO ESMALTE

- **Tratamento:** Em caso de perda mínima do esmalte se realiza pequeno desgaste caso exista alguma ponta cortante de esmalte, seguida de aplicação de flúor. Em caso de perdas maiores, se realiza restauração convencional. Radiografia periapical para descartar possível fratura radicular.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do caso.

FRATURA CORONÁRIA DE ESMALTE E DENTINA SEM EXPOSIÇÃO PULPAR

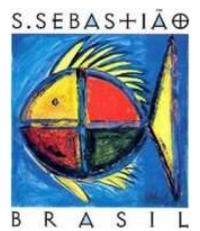
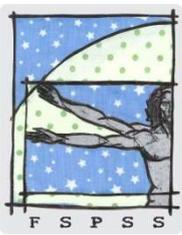
- **Tratamento:** Proteção do complexo dentinho-pulpar, seguido de colagem do fragmento ou restauração direta com RC. Radiografia periapical para descartar possível fratura radicular.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem, para início de tratamento, ou continuidade do caso.

FRATURA CORONÁRIA DE ESMALTE E DENTINA SEM EXPOSIÇÃO PULPAR

- **Tratamento:** Em caso de micro exposição, procede com o capeamento pulpar direto com hidróxido de cálcio, seguido por colagem do fragmento ou restauração direta com RC. Em caso de grandes exposições ou muito tempo com exposição pulpar realiza-se o esvaziamento da câmara pulpar. Elementos com rizogênese incompleta devem ser tratados com técnica de apicificação (Hidróxido de cálcio posterior ao esvaziamento da polpa coronária).
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem para continuidade do caso (encaminhamento formal).

FRATURA CORONORRADICULAR

- **Tratamento:** Em caso de fraturas altas, se realiza a remoção do elemento móvel, seguida do esvaziamento endodôntico, Medicação intracanal e tamponamento da cavidade. Em caso de fratura profunda se opta pela exodontia do remanescente. Prescrição de antimicrobiano e analgésico.



- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem para continuidade do caso (encaminhamento formal).

URGÊNCIAS HEMORRÁGICAS

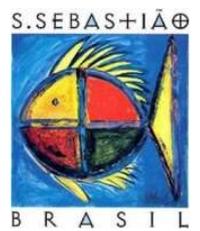
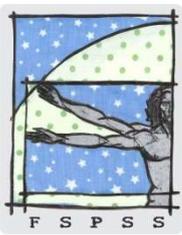
Quando a hemorragia oral está associada a condições de medicações ou estado de saúde debilitado, o controle espontâneo ou medidas locais é muito difícil. Além de medidas locais, geralmente se faz necessário associar medidas com a equipe médica local. Em casos de hemorragia por causa local, geralmente originada pós exodontia, ou condição inflamatória periodontal.

- **Tratamento:** Inicialmente diagnosticar a causa. Em caso de hemorragia pós exodontia, o primeiro passo a ser realizada é compressão da região com gaze úmida embebida em SF gelado, por pelo menos 5 minutos. Caso a medida não seja eficaz se realiza anestesia da região, limpeza da cavidade, avaliação quanto à presença de possíveis remanescente radiculares, corpo estranho, remanescente ósseo. Instalação de curativo hemostático (*Ex: Hemospon*), sutura da região e nova compressão com gaze. Orientações quanto instruções pós-operatórias como: redução de atividade e esforços físicos, alimentação pastosa fria ou gelada durante 24 horas, evitando-se bochechos e fumo nas primeiras 24 horas após a intervenção. Em geral, o tratamento de uma hemorragia local se resume a três procedimentos: revisão, sutura e compressão.
- **Medicação coadjuvante:** a critério profissional. Existem drogas que auxiliam na indução da formação de coágulos, como indutores de vitamina K ou ácido tranexâmico.
- **Referência:** Em caso de insucesso na técnica encaminhar o paciente via SAMU para o PS (caso aplicável na Unidade Saúde Bucal da APS). Caso o paciente esteja na UPA e a manobra não seja eficaz, solicitar avaliação da buco maxilo facial.

DISFUNÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR (DTM)

URGÊNCIAS DO APARELHO ESTOMATOGNÁTICO – ALGIAS E DISFUNÇÕES

O distúrbio da articulação têmporo-mandibular apresenta-se por meio de uma grande variedade de manifestações clínicas envolvendo músculos, a própria articulação ou a associação dessas duas estruturas. Para um diagnóstico diferencial e tratamento adequado o exame das relações oclusais é inevitável. No entanto, em um atendimento de urgência, essa avaliação costuma ser dificultada pelo quadro de dor ou limitação de abertura bucal, sendo então,



postergada para definição da etiologia e encaminhada para o manejo de um profissional especializado.

LUXAÇÃO CONDILAR BILATERAL/SUBLUXAÇÃO CONDILAR UNILATERAL

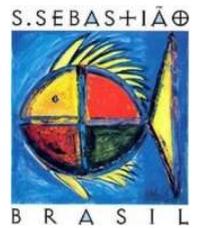
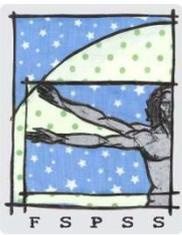
A luxação caracteriza-se pelo deslocamento do processo condilar bilateralmente para fora da cavidade mandibular, de forma a se posicionar sobre a face anterior da eminência articular. Pode ser provocada por um traumatismo ou por um movimento de abertura bucal forçada. Nessa condição, os côndilos são palpáveis na frente das depressões pré-auriculares e o usuário é incapaz de reposicionar a mandíbula sem ajuda profissional. A subluxação é a condição onde apenas um lado da articulação se desloca para fora da cavidade mandibular. O fechamento de boca não pode ser realizado espontaneamente pelo paciente.

- **Tratamento:** Reposição dos côndilos através de manobra bi-manual, com os dois polegares em região oclusal dos molares inferiores e indicadores em região de ângulo da mandíbula. Inicialmente se realiza pressão no sentido inferior, em seguida movimento para posterior. Após redução da luxação se realiza bandagem e orientações quanto dieta líquida pelo paciente (devido ao alto risco de nova luxação). Uso de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios. Em caso de insucesso na técnica encaminhar o paciente via SAMU para o PS (caso aplicável na Unidade Saúde Bucal da APS). Caso o paciente esteja na UPA e a manobra não seja eficaz, solicitar avaliação da buco maxilo facial.

DISFUNÇÃO MUSCULAR

A disfunção muscular pode ser causada por alguns hábitos parafuncionais crônicos, tais como: Bruxismo, apertamento oclusal, alterações oclusais, tensão ou estresse comportamental. A sintomatologia dolorosa pode levar a dores reflexas em cabeça e coluna cervical. Outro aspecto clínico adicional é a limitação para abertura de boca, deslocamentos assimétricos das excursões mandibulares.

- **Tratamento:** Uso de analgésico, anti-inflamatório, relaxante muscular. Como terapia adjuvante pode ser orientada a compressa com calor úmido na região muscular e dieta pastosa. Alívios oclusais podem ser realizados.
- **Referência:** Encaminhamento do caso para assistência social com referência e contra-referência para a central de regulação (aplica-se as Unidades de Saúde Bucal da APS). Para os atendimentos na UPA, após o atendimento do caso, o paciente deverá ser orientado a agendar uma consulta na APS.



DISFUNÇÃO ARTICULAR

A disfunção articular geralmente se consiste na evolução da disfunção muscular. Geralmente existe a presença de crepitações ou estalidos, restrição de movimento, entre outros.

- **Tratamento:** Uso de analgésico, anti-inflamatório, relaxante muscular. Como terapia adjuvante pode ser orientada a compressa com calor úmido na região muscular e dieta pastosa. Alívios oclusais podem ser realizados.
- **Referência:** Encaminhamento do caso para assistência social com referência e contra-referência para a central de regulação (aplica-se as Unidades de Saúde Bucal da APS). Para os atendimentos na UPA, após o atendimento do caso, o paciente deverá ser orientado a agendar uma consulta na APS.

CASOS ESPECÍFICOS

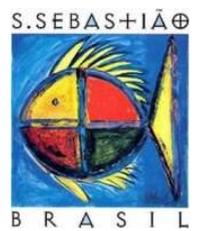
COLAGEM DE PEÇAS PROTÉTICAS

- **Tratamento:** Realizar apenas quando houver condições periodontais e adaptação adequada da peça, principalmente em dentes anteriores.

TRATAMENTO DE ALVEOLITE

Condição inflamatória do alvéolo dentário, com quadro algico importante após exodontia, de um período que vai geralmente de 24h a 72h pós o procedimento. Importante o diagnóstico quanto alveolite seca ou úmida, pois os tratamentos são distintos.

- **Tratamento:** Em caso de alveolite seca o alvéolo deve ser anestesiado, seguido de irrigação com água fenolada (SF + fenol canforado), curetagem leve, seguido de sutura. Em caso de alveolite úmida anestesia da cavidade com irrigação com SF e curetagem para remoção de tecido de granulação, corpo estranho, e etc. Sutura da cavidade.
- **Referência:** Retorno do usuário para sua unidade de origem para continuidade do caso (encaminhamento formal).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) O que são emergências e Urgências odontológicas? Conselho federal de Odontologia. CFO. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf>
- 2) Protocolo de atendimento às urgências e emergências odontológicas nas unidades de pronto-atendimento – UPA. Prefeitura Municipal de Curitiba. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Protocolo_Urg%C3%Aancia_Odontologia_UPA%202019.pdf
- 3) Alvares & Alvares. Emergência em Endodontia, diagnóstico e conduta clínica. 2 ed: Editora Santos. Cap 1 ao 8 . p. 1 -101 , 2001
- 4) Carranza Jr. . F. A. Infecções gengivais aguda & Newmann . M.G . Periodontia Clínica. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan S.A. , 1997 . Cap. 19, . p. 263-273.

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

ANEXO VI - RELATÓRIO DE PRODUTIVIDADE INDIVIDUAL

NOME:		MATRÍCULA:		VÍNCULO:	
PERÍODO:		UNIDADE:			
CARGO:	<u>Odontólogo</u>	CARGA HORÁRIA:	40hrs	FÉRIAS:	

CRITERIOS DE AVALIAÇÃO / REQUISITOS PARA COMPROVAÇÃO	QUANTIDADE (profissional com carga horária de 20, 30 ou 40h/mês)	QUANTIDADE AFERIDA PELA COORDENAÇÃO	% ATRIBUÍDO PARA CÁLCULO DA GRATIFICAÇÃO*
1 - Nº DE CONSULTAS Comprovação mediante: - dados lançados no SIAB ou outro sistema que venha substituí-lo			
Número de consultas realizadas:			
2 - ATIVIDADES COLETIVAS PREVISTAS NO CADERNO DA AT. BÁSICA/MS Comprovação mediante: - dados lançados no SIAB ou outro que venha substituí-lo - relatório de atividades			
Atividades coletivas realizadas:			
3 - VISITA DOMICILIAR Comprovação mediante: - dados lançados no SIAB ou outro que venha substituí-lo; - relatório de visitas			
Visitas domiciliares realizadas:			
4 - PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES TÉCNICAS DE EQUIPE E PROGRAMADAS PELA DIRETORIA DA ATENÇÃO BÁSICA Comprovação mediante: - lista de presença; - relatório de reunião Obs. As reuniões serão programadas e comunicadas até o dia anterior à sua realização			
Participação em reuniões programadas pela Diretoria da Atenção Básica			
			% TOTAL APURADO

Obs. Percentual máximo para Gratificação por produtividade, calculado sobre o salário base do cargo na FSPSS: 70%

Data de Emissão: ____/____/____. De acordo:

profissional

Coordenação Saúde Bucal
FSPSS

Diretor de Saúde Bucal
FSPSS

Diretor Presidente
FSPSS

DEMONSTRATIVO DE PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES TÉCNICAS DE EQUIPE E PROGRAMADAS PELA DIRETORIA DA ATENÇÃO BÁSICA

**PARA USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO*

ITEM	DATA DA REALIZAÇÃO	PARTICIPAÇÃO?
1-Reunião Técnica de Equipe		
2-Reunião Técnica de Equipe		
3-Reunião Técnica de Equipe		
4-Reunião Técnica de Equipe		
Outras Reuniões Técnicas de Equipe		
Outras Reuniões Técnicas de Equipe		
Programadas pela Diretoria de Atenção Básica		
Programadas pela Diretoria de Atenção Básica		
Programadas pela Diretoria de Atenção Básica		
Programadas pela Diretoria de Atenção Básica		
PARA ESTE PERÍODO, CONSIDERA-SE 100% (CEM POR CENTO) O TOTAL DE:		REUNIÕES
O NÚMERO DE PARTICIPAÇÕES DO EMPREGADO FOI:		
Carimbo e assinatura da Coordenação		Data

Nota1: todos os itens acima devem ser comprovados com cópia das atas e cópia das listas de presença.

Nota2: cada unidade deve realizar no mínimo 1 (uma) reunião semanal, sendo esse valor considerado a para todos os profissionais da Unidade que apuram produtividade (médicos, odontólogos e enfermeiros).

Nota3: para a unidade que realizar mais de 4 (quatro) reuniões/mês, esse valor será considerado para todos os profissionais da Unidade que apuram produtividade (médicos, odontólogos e enfermeiros).

Legenda para preenchimento dos quadros acima:

NR – Não Realizada (para as reuniões não realizadas pela equipe)

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013

ANEXO V - TABELA DE PONTUAÇÃO DE PRODUTIVIDADE (MENSAL)

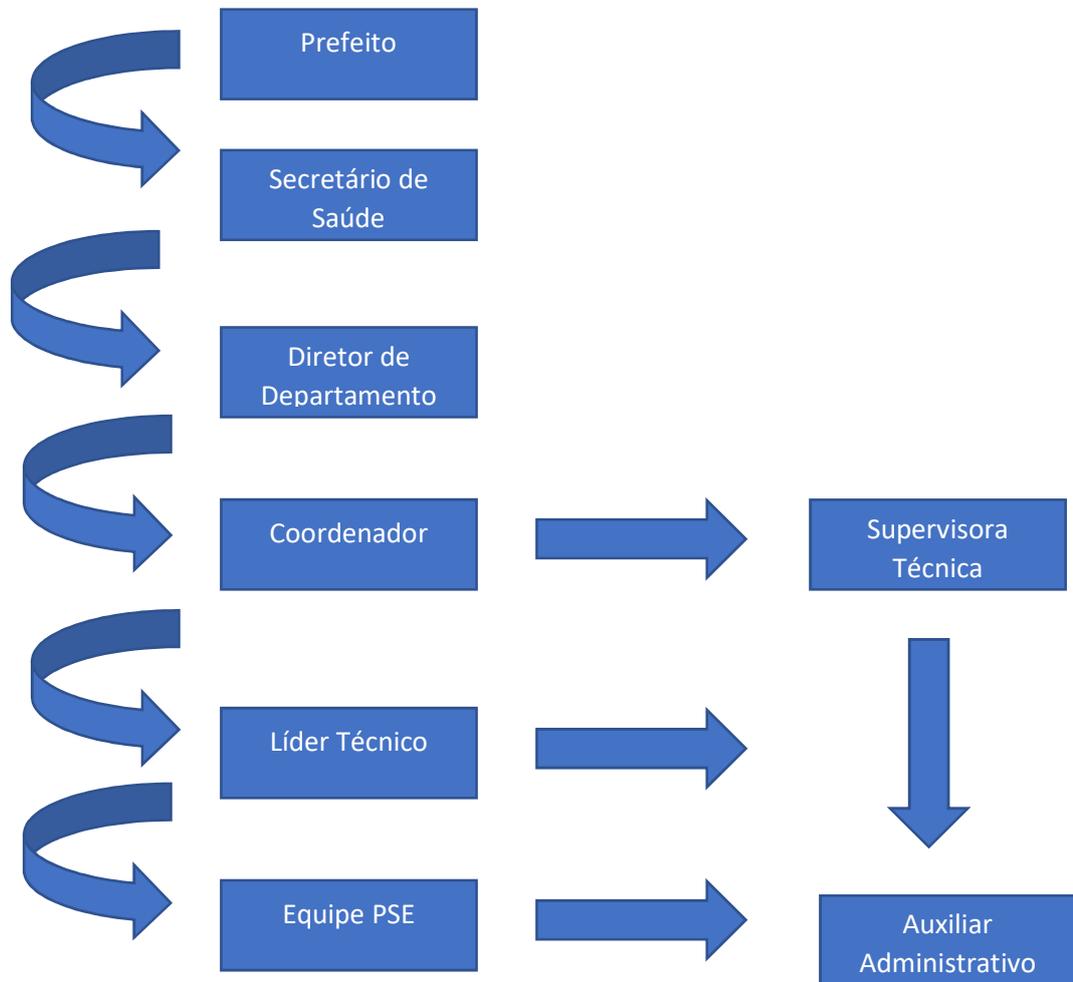
CARGO: ODONTÓLOGO

CRITERIOS DE AVALIAÇÃO / REQUISITOS PARA COMPROVAÇÃO	QUANTIDADE (profissional com carga horária de 40h/mês)	% ATRIBUÍDO PARA CÁLCULO DA GRATIFICAÇÃO *
1 – Nº DE CONSULTAS Comprovação mediante: - dados lançados no SIAB ou outro sistema que venha substituí-lo		
1.1 – Número de consultas realizadas:	180 (mínimo)	-
1.2 – Número de consultas realizadas:	entre 181 a 190	1,5%
1.3 – Número de consultas realizadas:	entre 191 a 200	3%
1.4 – Número de consultas realizadas:	a partir de 201	4,5%
2 - ATIVIDADES COLETIVAS PREVISTAS NO CADERNO DA AT. BÁSICA/MS Comprovação mediante: - dados lançados no SIAB ou outro que venha substituí-lo - relatório de atividades		
2.1 – Atividades coletivas realizadas:	04 (mínimo)	-
2.2 – Atividades coletivas realizadas:	entre 05 e 07	0,5%
2.3 – Atividades coletivas realizadas:	entre 08 e 09	1%
2.4 – Atividades coletivas realizadas:	a partir de 10	1,5%
3 - VISITA DOMICILIAR Comprovação mediante: - dados lançados no SIAB ou outro que venha substituí-lo; - relatório de visitas		
3.1 – Visitas domiciliares realizadas:	01 (mínimo)	-
3.2 – Visitas domiciliares realizadas:	02	1%
3.3 – Visitas domiciliares realizadas:	03	1,5%
3.4 – Visitas domiciliares realizadas:	04	2%
4 - PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES TÉCNICAS E DE EQUIPE PROGRAMADAS PELA DIRETORIA DA ATENÇÃO BÁSICA Comprovação mediante: - lista de presença; - relatório de reunião Obs. As reuniões serão programadas e comunicadas até o dia anterior à sua realização		
4.1 – Participação em reuniões programadas pela Diretoria da Atenção Básica	69% (mínimo)	-
4.2 – Participação em reuniões programadas pela Diretoria da Atenção Básica	entre 70% e 74%	1%
4.3 – Participação em reuniões programadas pela Diretoria da Atenção Básica	entre 75% e 90%	1,5%
4.4 – Participação em reuniões programadas pela Diretoria da Atenção Básica	Entre 91 e 100%	2%
*Percentual máximo para Gratificação por produtividade, calculado sobre o salário base do cargo na FSPSS		10%



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Organograma



Composição da equipe PSE – lotação

Diretor

Daniel Kakimoto De Capitani

Equipe de Prevenção em Saúde Bucal - PSE

Coordenadora: Patrícia Bitencourt da Rocha – **CONTATO F (12) 99634-0366**

Supervisora Técnica

Najara Silva Siqueira

Apoio administrativo



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Equipe de Prevenção em Saúde Bucal – PSE

Lívia Correa	Cirurgião-dentista – líder técnico	Prevenção Costa Sul
Fernanda Almeida Vitor Ribeiro	Cirurgião-dentista	Prevenção Costa Sul
Benícia C. de Almeida Oliveira	Cirurgião-dentista	Prevenção Costa Sul
Ana Paula Sousa Galantini	Cirurgião-dentista	Prevenção Costa Sul
Aguardando concurso	Auxiliar de Saúde Bucal	Prevenção Costa Sul
Maria Márcia Teixeira Dias	Cirurgião-dentista – líder técnico	Prevenção Costa Norte
Tania Anselmo Pignataro	Cirurgião-dentista	Prevenção Costa Norte
Fabiana Santos De Jesus	Auxiliar de Saúde Bucal	Prevenção Costa Norte
Mariana Aparecida Leire de Moraes	Auxiliar de Saúde Bucal	Prevenção Costa Norte
Amanda Faustino dos Santos Moura	Auxiliar de Saúde Bucal – líder técnico	Prevenção Centro
Carolina Clemencio Santana	Cirurgião-dentista	Prevenção Centro
Veruska Fabrine Gitirana Galimberti	Cirurgião-dentista	Prevenção Centro
Flávio Francisco de Godoy Peres	Cirurgião-dentista	Prevenção Centro
Jéssica Simas Amorim	Auxiliar de Saúde Bucal	Prevenção Centro

ESCOLAS PACTUADAS/ PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

EQUIPE COSTA NORTE

UNIDADE ESCOLAR	BAIRRO	QTD ALUNO
Creche Débora Tavares Bahia	Jaraguá	204
Creche Diva Bernardino	Canto do Mar	140
TOTAL		344 ALUNOS PRIORITÁRIOS

EQUIPE CENTRO

UNIDADE ESCOLAR	BAIRRO	QTD ALUNO
EM. Patricia Viviani Santana	Topolandia	633
ETEC São Sebastião	Porto Grande	800
TOTAL		1.433 ALUNOS PRIORITÁRIOS

EQUIPE COSTA SUL

UNIDADE ESCOLAR	BAIRRO	QTD ALUNO
Emei Gilmar F. De Oliveira - Alegria das Crianças	Boiçucanga	227
Emei Sonho de Criança	Barra do Sahy	147
EM. Edileusa Brasil S. de Souza	Maresias	914
Creche de Camburi	Camburi	91
TOTAL		1.379 ALUNOS PRIORITÁRIOS



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO
SEGUNDO RESOLUÇÃO SEDUC 59, DE 17/11/2023
CRECHE



CALENDÁRIO ESCOLAR - 2024

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	DL	AC		
Jan	FE	S	D	S	D	S	D	S	D	22	22	
Fev	.	.	S	D	S	D	PF	PF	RP	.	.	AP	D	S	D	18	40	
Mar	.	S	D	S	D	S	D	S	D	FE	S	D	.	.	20	60
Abr	S	D	S	D	RP	S	D	S	D	22	82	
Mai	FE	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	.	.	S	D	.	.	FE	AS	20	102
Jun	S	D	AP	D	S	D	S	D	S	D	.	.	21	123	
Jul	.	.	.	.	.	CV	D	PF	FE	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	RP	S	D	.	.	.	21	144
Ago	.	.	S	D	S	D	S	D	S	D	AP	.	.	23	167
Set	D	CV	D	S	D	S	D	S	D	.	.	.	22	189	
Out	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	AS	FE	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	FE	.	.	.	.	20	209
Nov	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	FE	S	D	.	.	FE	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	.	.	19	228
Dez	D	.	.	.	.	EXP	EXP	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	23	251

.	Dia Letivo
AS	Atividade Suspensa
FE	Feriado
CV	Comemoração Cívica
AP	Atividade Programada
RP	Reunião Pedagógica
PF	Ponto Facultativo
EXP	EXPOTEC

1º Semestre 02/02/2024 a 06/07/2024
2º Semestre 10/07/2024 a 31/12/2024

São Sebastião, de Março de 2024.
Homologado pelo Conselho de Escola em de Março de 2024

Diretor Unidade Escolar

Supervisor de Ensino

Dirigente de Ensino

REUNIÃO DE PAIS E MESTRES	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

REUNIÃO CONSELHO DE ESCOLA	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

REUNIÃO APM	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

ATIVIDADES PROGRAMADAS	
17 de Fevereiro	Escola e Família/Assembleia sobre o PPP
08 de Junho	Festa da Cultura Popular
31 de Agosto	Festa da Leitura

PROJETO LEITURA	
1º Bimestre	26/04/24
2º Bimestre	28/06/24
3º Bimestre	20/09/24
4º Bimestre	08/11/24

PROJETOS	
18 a 22 de Março	Semana de Combate à Violência contra a mulher (Lei 14.164)
02 a 31 de Maio	Combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes/Combate ao bullying
13 a 17 de maio	Semana do Bebê e do Brincar
03 a 07 de Junho	Semana de cuidar da natureza
05 a 09 de Agosto	Semana de Prevenção às Deficiências/TDH
16 a 20 de Setembro	Semana do Trânsito
01 a 30 de Novembro	Consciência Negra
7 de Novembro	3º Prêmio Nina
03/12 a 06/12	Semana da Pessoa com Deficiência
6 e 7 de Dezembro	Expotec



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO
SEGUNDO RESOLUÇÃO SEDUC 59, DE 17/11/2023
EDUCAÇÃO INFANTIL



CALENDÁRIO ESCOLAR - 2024

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	DL	AC		
Jan	FE	F	F	F	F	S	D	F	F	F	F	F	S	D	F	F	F	F	F	S	D	F	F	F	F	F	S	D	F	F	F		0		
Fev	R	R	S	D	R	R	PL	PL	R	S	D	PF	PF	R	.	.	AP	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	.	.	12	12
Mar	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	JP	S	D	.	.	.	.	FE	S	D	.	.	19	31
Abr	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	CN	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	22	53
Mai	FE	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	.	S	D	.	.	FE	AS	.	.	20	73	
Jun	S	D	.	.	.	.	.	AP	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	21	94
Jul	.	.	.	.	CN	CV	D	PF	FE	R	R	R	S	D	R	R	R	R	R	S	D	R	R	R	JP	RP	S	D	.	.	.	6+3	103	
Ago	.	.	S	D	S	D	S	D	S	D	AP	.	.	23	126
Set	D	.	.	.	.	.	CV	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	22	148
Out	.	.	.	CN	S	D	.	.	.	.	S	D	AS	FE	.	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	FE	.	.	.	.	.	.	20	168
Nov	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	FE	S	D	.	.	FE	.	.	S	D	.	.	.	.	S	.	.	.	19	187
Dez	D	AT	.	.	.	EXP	EXP	D	.	.	.	.	S	D	.	.	CN	R	R	S	D	R	R	R	R	R	R	S	D	R	R	13	200	

.	Dia Letivo
R	Recesso Escolar
FE	Feriado
CV	Comemoração Cívica
PL	Planejamento
OE	Organização Escolar
PF	Ponto Facultativo
AT	Atribuição de Classe

CN	Conselho de Nível
AS	Atividade Suspensa
AP	Atividade Programada
RP	Reunião Pedagógica
F	Férias
EXP	EXPOTEC
CF	Conselho Final
JP	Jornada Pedagógica

1º Semestre 15/02/2024 a 06/07/2024
2º Semestre 29/07/2024 a 18/12/2024

1º BIMESTRE 15/02/2024 a 19/04/2024
2º BIMESTRE 22/04/2024 a 06/07/2024
3º BIMESTRE 29/07/2024 a 04/10/2024
4º BIMESTRE 07/10/2023 a 18/12/2024

Homologado pelo Conselho de Escola em ,
São Sebastião, de Março de 2024.

Março de 2024

Diretor Unidade Escolar

Supervisor de Ensino

Dirigente de Ensino

REUNIÃO DE PAIS E MESTRES	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

REUNIÃO CONSELHO DE ESCOLA	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

REUNIÃO APM	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

ATIVIDADES PROGRAMADAS	
17 de Fevereiro	Escola e Família/Assembleia sobre o PPP
08 de Junho	Festa da Cultura Popular
31 de Agosto	Festa da Leitura

PROJETOS	
18 a 22 de Março	Semana de Combate à Violência contra a mulher (lei 14.164)
22 de Março	Jornada Pedagógica
02 a 31 de Maio	Combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes/Combate ao bullying
13 a 17 de Maio	Semana do Bebê e do Brincar
03 a 07 de Junho	Semana de cuidar da natureza
25 de Julho	Jornada Pedagógica
05 a 09 de Agosto	Semana de Prevenção às Deficiências/TDH
13 de Setembro	Dia Mundial de Limpeza de Praias e Rios
16 a 20 de Setembro	Semana do Trânsito
01 a 30 de Novembro	Consciência Negra
07 de Novembro	3º Prêmio Professora Nina
03/12 a 6/12	Semana da Pessoa com Deficiência
06 e 07 de Dezembro	Expotec

PROJETO LEITURA	
1º Bimestre	26/04/24
2º Bimestre	28/06/24
3º Bimestre	20/09/24
4º Bimestre	08/11/24

AVALIAÇÃO EXTERNA	
DIAGNÓSTICA	DATA A SER DEFINIDA
1º Semestre	
2º Semestre	

CONSELHO DE NÍVEL	
1º Bimestre	19/04/24
2º Bimestre	05/07/24
3º Bimestre	04/10/24
4º Bimestre	18/12/24

ATRIBUIÇÃO 02 de dezembro



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO
SEGUNDO RESOLUÇÃO SEDUC 59, DE 17/11/2023
ENSINO FUNDAMENTAL (Anos Iniciais)



CALENDÁRIO ESCOLAR - 2024

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	DL	AC	
Jan	FE	F	F	F	F	S	D	F	F	F	F	F	S	D	F	F	F	F	F	S	D	F	F	F	F	F	S	D	F	F	F		0	
Fev	R	R	S	D	R	R	PL	PL	R	S	D	PF	PF	R	.	.	AP	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	.	.	12	12
Mar	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	JP	S	D	.	.	.	.	FE	S	D	19	31
Abr	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	CC	S	D	.	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	22	53
Mai	FE	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	FE	AS	20	73
Jun	S	D	.	.	.	.	.	AP	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	21	94
Jul	.	.	.	.	CC	CV	D	PF	FE	R	R	R	S	D	R	R	R	R	R	S	D	R	R	R	JP	RP	S	D	.	.	.	6+3	103	
Ago	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	.	AP	23	126
Set	D	.	.	.	.	.	.	CV	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	22	148
Out	.	.	.	CC	S	D	.	.	.	.	.	S	D	AS	FE	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	FE	.	.	.	20	168	
Nov	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	FE	S	D	.	.	FE	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	.	19	187	
Dez	D	AT	.	.	.	EXP	EXP	D	.	.	.	.	CC	S	D	.	.	CF	R	R	S	D	R	R	R	R	R	R	S	D	R	R	13	200

.	Dia Letivo
R	Recesso Escolar
FE	Feriado
CV	Comemoração Cívica
PL	Planejamento
OE	Organização Escolar
PF	Ponto Facultativo
AT	Atribuição de Classe

CC	Conselho de Classe
AS	Atividade Suspensa
AP	Atividade Programada
RP	Reunião Pedagógica
F	Férias
EXP	EXPOTEC
CF	Conselho Final
JP	Jornada Pedagógica

1º Semestre 15/02/2024 a 06/07/2024
2º Semestre 29/07/2024 a 18/12/2024

1º BIMESTRE 15/02/2024 a 19/04/2024
2º BIMESTRE 22/04/2024 a 06/07/2024
3º BIMESTRE 29/07/2024 a 04/10/2024
4º BIMESTRE 07/10/2023 a 18/12/2024

São Sebastião, de Março de 2024
Homologado pelo Conselho de Escola em de Março de 2024

Diretor Unidade Escolar

Supervisor de Ensino

Dirigente de Ensino

REUNIÃO DE PAIS E MESTRES	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

REUNIÃO CONSELHO DE ESCOLA	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

REUNIÃO APM	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

ATIVIDADES PROGRAMADAS	
17 de Fevereiro	Escola e Família
08 de Junho	Festa da Cultura Popular
31 de Agosto	Festa da Leitura

PROJETOS

07 e 08 de Fevereiro	Planejamento
22 de Março	Jornada Pedagógica
18 a 22 de Março	Semana da Água
02 a 31 de Maio	Combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes/Combate ao bullying
03 a 07 de Junho	Semana do Meio Ambiente
25 de Julho	Jornada Pedagógica
01 a 31 de Agosto	Jogos Interescolares
05 a 9 de Agosto	Semana de Prevenção às Deficiências/TDH
12 de Setembro	2º Desafio da Soletração
13 de Setembro	Dia Mundial de Limpeza de Praias e Rios
16 a 20 de Setembro	Semana do Trânsito
23 a 27 de Setembro	3ª Olimpíada Sebastianense de Matemática (1ª Fase)
16 a 18 de Outubro	Ação Grêmio Estudantil: prevenção e combate às drogas
21 a 25 de Outubro	3ª Olimpíada Sebastianense de Matemática (2ª Fase)
01 a 30 de Novembro	Consciência Negra
07 de Novembro	3º Prêmio Professora Nina
11 a 14 de Novembro	Festival de Fanfarras / Música na Escola
03 a 05 de Dezembro	FestArt
03 a 06 de Dezembro	Semana da Pessoa com Deficiência
06 e 07 de Dezembro	Expotec

PROJETO LEITURA	
1º Bimestre	26/04/24
2º Bimestre	28/06/24
3º Bimestre	20/09/24
4º Bimestre	08/11/24

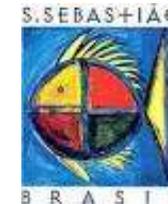
AVALIAÇÃO EXTERNA	
DIAGNÓSTICA	DATA A SER DEFINIDA
1º Semestre	
2º Semestre	

CONSELHO DE CLASSE	
1º Bimestre	19/04/24
2º Bimestre	06/07/24
3º Bimestre	04/10/24
4º Bimestre	18/12/24

ATRIBUIÇÃO
02 de dezembro



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO
SEGUNDO RESOLUÇÃO SEDUC 59, DE 17/11/2023
ENSINO FUNDAMENTAL (Anos Finais)



CALENDÁRIO ESCOLAR - 2024

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	DL	AC	
Jan	FE	F	F	F	F	S	D	F	F	F	F	F	S	D	F	F	F	F	F	S	D	F	F	F	F	F	S	D	F	F	F		0	
Fev	R	R	S	D	R	R	PL	PL	R	S	D	PF	PF	R	.	.	AP	D	S	D	12	12
Mar	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	JP	S	D	.	.	.	.	FE	S	D	19	31
Abr	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	CC	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	22	53
Mai	FE	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	FE	AS	20	73	
Jun	S	D	.	.	.	.	.	AP	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	21	94
Jul	.	.	.	.	CC	CV	D	PF	FE	R	R	R	S	D	R	R	R	R	R	S	D	R	R	R	JP	RP	S	D	.	.	6+3	103	
Ago	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	.	AP	23	126
Set	D	.	.	.	.	.	CV	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	S	D	.	.	22	148	
Out	.	.	.	CC	S	D	.	.	.	.	S	D	AS	FE	.	.	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	FE	.	.	.	20	168	
Nov	.	S	D	.	.	.	.	.	S	D	.	.	.	.	FE	S	D	.	.	FE	.	.	S	D	.	.	.	.	S	.	20	188	
Dez	D	AT	.	.	.	EXPEXP	D	.	.	.	.	.	CC	S	D	.	.	CF	R	R	S	D	R	R	R	R	R	S	D	R	R	12	200

.	Dia Letivo
R	Recesso Escolar
FE	Feriado
CV	Comemoração Cívica
PL	Planejamento
OE	Organização Escolar
PF	Ponto Facultativo
AT	Atribuição de Classe

CC	Conselho de Classe
AS	Atividade Suspensa
AP	Atividade Programada
RP	Reunião Pedagógica
F	Férias
EXP	EXPOTEC
CF	Conselho Final
JP	Jornada Pedagógica

1º Semestre 15/02/2024 a 06/07/2024
2º Semestre 29/07/2024 a 18/12/2024

1º BIMESTRE 15/02/2024 a 19/04/2024
2º BIMESTRE 22/04/2024 a 06/07/2024
3º BIMESTRE 29/07/2024 a 04/10/2024
4º BIMESTRE 07/10/2023 a 18/12/2024

São Sebastião, de Março de 2024
Homologado pelo Conselho de Escola em

de Março de 2024

Diretor Unidade Escolar

Supervisor de Ensino

Dirigente de Ensino

REUNIÃO DE PAIS E MESTRES	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

REUNIÃO CONSELHO DE ESCOLA	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

REUNIÃO APM	
1º Bimestre	
2º Bimestre	
3º Bimestre	
4º Bimestre	

ATIVIDADES PROGRAMADAS	
17 de Fevereiro	Escola e Família
08 de Junho	Festa da Cultura Popular
31 de Agosto	Festa da Leitura

PROJETOS	
07 e 08 de Fevereiro	Planejamento
22 de Março	Jornada Pedagógica
18 a 22 de Março	Semana da Água
02 a 31 de Maio	Combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes/Combate ao bullying
03 a 07 de Junho	Semana do Meio Ambiente
25 de Julho	Jornada Pedagógica
01 a 31 de Agosto	Jogos Interescolares
05 a 09 de Agosto	Semana de Prevenção às Deficiências/TDH
12 de Setembro	2º Desafio da Soletração
13 de Setembro	Dia Mundial de Limpeza de Praias e Rios
16 a 20 de Setembro	Semana do Trânsito
23 a 27 de Setembro	3ª Olimpíada Sebastianense de Matemática (1ª Fase)
16 a 18 de Outubro	Ação Grêmio Estudantil: prevenção e combate às drogas
21 a 25 de Outubro	3ª Olimpíada Sebastianense de Matemática (2ª Fase)
01 a 30 de Novembro	Consciência Negra
07 de Novembro	3º Prêmio Professora Nina
11 a 14 de Novembro	Festival de Fanfarras / Música na Escola
03 a 05 de Dezembro	FestArt
03 a 06 de Dezembro	Semana da Pessoa com Deficiência
06 e 07 de Dezembro	Expotec

PROJETO LEITURA	
1º Bimestre	26/04/24
2º Bimestre	28/06/24
3º Bimestre	20/09/24
4º Bimestre	08/11/24

AVALIAÇÃO EXTERNA	
DIAGNÓSTICA	DATA A SER DEFINIDA
1º Semestre	
2º Semestre	

CONSELHO DE CLASSE	
1º Bimestre	19/04/24
2º Bimestre	08/07/24
3º Bimestre	04/10/24
4º Bimestre	17/12/24

ATRIBUIÇÃO
02 de dezembro

UNIDADE ESCOLAR		Tipo	Endereço	Bairro	Telefone(s)
	CRECHE PERALTIMHA - BORACEIA	Conveniada	Alameda Rio Grande da Serra	Boracéia	3867-6403
	CRECHE GABRIELA SILVA OLIVEIRA DOS SANTOS		Av. Bom Jesus da barra do Una	Barra do Una	3867-2552
	CRECHE MUNICIPAL DE JUQUEI I		Avenida Gerônimo Bento Pereira	Juquei	3863-3560
	CRECHE LEONARDO DE JESUS SANTOS - JUQUEI II		Rua Athayde Izidoro dos Santos	Juquei	3863-1889
	CRECHE DA BARRA DO SAHY		Rua Manoel Cândido dos Santos	Barra do Sahy	3863-7182
	CRECHE DE CAMBURI		Rua Olímpio Faustino	Camburi	3865-8345
	CRECHE DE BOIÇUCANGA		Rua do Boi	Boiçucanga	3865-4686
	CRECHE DE MARESIAS I		Rua da Cesp	Maresias	3865-5017
	CRECHE GABRIEL DE ALMEIDA TEIXEIRA -MARESIAS II		Rua Sebastião Romão Cesar	Maresias	3865-6629-7222
	CRECHE DE BAREQUEÇABA		Rua Sebastiana Leite Bueno	Barequeçaba	3862-7311-7036
	CRECHE MARIA EUGÊNIA ANDRADA ABREU - VARADOURO		Rua Euclides de Matos	Varadouro	3892 2019
	BERÇÁRIO SANTANA SETOR I - TOPOLÂNDIA		Rua São Benedito	Topolândia	3892-5895
	BERÇÁRIO SANTANA SETOR I - ANEXO I - ITATINGA		Rua Ana Brum do Canto	Itatinga	3892-5696
	BERÇÁRIO SANTANA SETOR II - SEDE - ITATINGA		Rua Geralda Garcia	Itatinga	3892-5318
	BERÇÁRIO SANTANA SETOR II - ANEXO I - ITATINGA		Avenida José Machado Rosa	Itatinga	3892-5030
	BERÇÁRIO SANTANA SETOR II - ANEXO II - TOPOLÂNDIA		Rua Antônio Pereira da Silva	Topolândia	3893-2974
	CRECHE SÃO SEBASTIÃO		Rua Cidade de Santos	Vila Amélia	3892-1812/3893-2806
	CRECHE SEMIRAMIS TAVOLARO PASSOS		Rua M.Frca Sant.Moura Tavoraro	Pontal da Cruz	3893 0911
	BERÇÁRIO AMIGOS DA CRIANÇA -SÃO FRANCISCO		Rua Santo Antônio	São Francisco	3862-3084
	CRECHE DONA LAURINDA - MORRO DO ABRIGO		Rua Batuíra	São Francisco	3862-0903-4278
	CRECHE MARIA LEONARDA DA COSTA - ENSEADA	Rua Varginha	Enseada	3861-1342-0275	
	CRECHE DÉBORA TAVARES BAHIA - JARAGUÁ II	Rua Liberato Cardoso de Campos	Jaraguá	3861-5453	

	UNIDADE ESCOLAR	Tipo	Endereço	Bairro	Telefone(s)
	CRECHE MARIA FERNANDA DE MORAES MENDES	Municipal	Rua Marília	Topolândia	3861-4215
	CRECHE ADRIANA VASQUES FERNANDES		Rua Antônio Pereira da Silva	Topolândia	3892-4866
	CRECHE DIVA BERNARDINO		Rua Perseis	Canto do Mar	3861-1198
	EM PROFA VILMA APARECIDA DE ALMEIDA RIBAS		Alameda Mauá	Boracéia	3867-6227
	EM PROFA SEBASTIANA COSTA BITTENCOURT		Rua Valinhos	Barra do Una	3867-1195
	EM PROFA MARIA VIRGINIA SILVA		Rua Valinhos	Barra do Una	3867-2113/2323
	EM PROFA NAIR RIBEIRO DE ALMEIDA		Rua Maria Madalena Faustino	Juquehy	3863-1627
	EM HENRIQUE TAVARES DE JESUS		Avenida Adelino Tavares	Barra do Sahy	3863-7329-6481
	EM DE CAMBURI		Rua Olímpio Faustino	Camburi	3865-2292
	EM MARIA DA CONCEIÇÃO DE DEUS SANTOS		Rua Tijucas	Sertão do Camburi	3865-2408/2333
	EM PROFA GUIOMAR APARECIDA DA CONCEICAO SOUSA		Rua Tropicanga	Boiçucanga	3865-2050-2400
	EM PROF ANTONIO LUIZ MONTEIRO		Estrada do Cascalho	Boiçucanga	3865-3613
	EM PROFA EDILEUSA BRASIL SOARES DE SOUZA		Rua Agatha Cristynne Duarte	Maresias	3865-5256
	EM PROF JOAO GABRIEL DE SANTANA		Rua Doutor Yojiro Takaoka	Toque-Toque Pequeno	3864-9342-6228
	EM PROFA LUIZA HELENA DE BARROS		Rua Itatiba	Barequeçaba	3862-6871
	EM BAREQUECABA		Alameda dos Eucaliptos	Barequeçaba	3862-7202
	EM PROFA IRAYDES LOBO VIANNA DO REGO		Avenida José Machado Rosa	Itatinga	3893-1003
	EM PROFA VERENA DE OLIVEIRA DÓRIA		Rua Onofre Santos	Topolândia	3892-2806
	EM PATRÍCIA VIVIANI SANTANA		Avenida José Machado Rosa	Itatinga	3892-5009
	EM HENRIQUE BOTELHO		Rua Rita Orseli	Vila Amélia	3892-3857
	EM PROF DR JOSE MACHADO ROSA	Rua Agripino José do Nascimento	Vila Amélia	3892-2848	
	EM PROFA MARIA FRANCISCA SANTANA DE MOURA TAVOLARO	Rua Vereador José Luiz Soares	Pontal da Cruz	3892-1598	
	EM WALFRIDO MACIEL MONTEIRO	Rua Guaratinguetá	Morro do Abrigo	3208 5938	

	UNIDADE ESCOLAR	Endereço	Bairro	Telefone(s)
	EM PROFA CYNTHIA CLIQUET LUCIANO	Rua Castro Alves	Canto do Mar	3861-2617-1253
	EM SOLANGE DE PAULA	Rua Maximiliano Quintino dos Santos	Enseada	3861-1785-3040
	EM PROFA JOANA ALVES DOS REIS	Rua do Parque	Canto do Mar	3861-2828
	EM MARIA ALICE RANGEL	Rua Valdomiro Peixoto de Oliveira	Jaraguá	3861-2237
	EMEI CARROSSEL - EM	Alameda Mauá	Boracéia	3867-6227
	EMEI PIR LIM PIM PIM - EM	Rua Valinhos	Barra do Una	3867-2323
	EMEI BRANCA DE NEVE - PROF MANOEL FERREIRA MATOS	Avenida Benedito Izidoro de Moraes	Juqueí	3863-1227
	EMEI SONHO DE CRIANÇA - EM	Avenida Adelino Tavares	Barra do Sahy	3863-6481
	EMEI SEMENTINHA - PROF LINO MARQUES VICENTE - EM	Rua Olímpio Faustino	Camburi	3865-2292-3613
	EMEI CAVALINHO DE PAU - EM	Rua Tijucas	Sertão do Camburi	3865-2333-2408
	EMEI ALEGRIA DAS CRIANÇAS - GILMAR FURTADO DE OLIVEIRA	Rua Tropicanga	Boiçucanga	3865-2633
	EMEI PEIXINHO DOURADO - ARLETE NASCIMENTO MOURA - EM	Rua do Forno	Maresias	3865-7005-5462
	EMEI BOLINHA DE SABÃO	Rua Doutor Yojiro Takaoka	Toque-Toque Pequeno	3864-9342
	EMEI ARCO-IRIS - EM	Alameda dos Eucaliptos	Barequeçaba	3862-7202
	EMEI REINO DA ALEGRIA - TEREZA MOTA SANTOS	Rua Onofre Santos	Topolândia	3892-5493
	EMEI MEIRE VASQUES DOS SANTOS -BEIJA-FLOR	Rua Antonio Geremias de Jesus	Itatinga	3892-5307/3893-0472
	EMEI PETELECO - EMÍLIA PINDER	Rua Primeiro Centenário Batista	Vila Amélia	3892-5344
	EMEI ALGODÃO DOCE - IRAYDES LOBO VIANA DO REGO	Alameda Santana	Pontal da Cruz	3862-5721/3893-0404/0591
	EMEI CHAPEUZINHO VERMELHO-LUCIANA DA SILVEIRA GONÇALVES	Rua Martins do Val	São Francisco	3862-1294-4277
	EMEI PINGO DE GENTE	Avenida Bernardo Cardim Neto	Morro do Abrigo	3862-1294-4277
	EMEI PÔNEI AZUL	Rua Lorena	Enseada	3861-3040-1785
	EMEI MUNDO ENCANTADO - CANTO DO MAR	Rua Nais	Canto do Mar	3861-1477-0223



TERMO DE PARCERIA E COLABORAÇÃO

PSF: _____

UNIDADE ESCOLAR PRIORITÁRIA

UNIDADE ESCOLAR _____

ENDEREÇO _____

Considerando a adesão contratual 2023/2025 n° 035507030148 entre a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e a SECRETÁRIA DA EDUCAÇÃO, a equipe da PREVENÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ESCOLA (PSE), vem por meio desta celebrar o TERMO DE PARCERIA E COLABORAÇÃO 2024 com este PSF.

Desta forma, de acordo com as regras do contrato firmado para a realização das ações pactuadas, ficam estipulados que:

AÇÃO PACTUADA	Frequência	Prazo Estipulado	Planejamento	PSF	PSE
Levantamento de risco	1 X ano	19/02/2024 ATÉ 28/06/2024	Mês: _____		
Atividade educativa	2 X ano	05/08/2024 ATÉ 13/12/2024	Mês: _____		
Escovação supervisionada	1 X ano	05/08/2024 ATÉ 13/12/2024	Mês: _____		
Aplicação do flúor Gel classificação de risco – D, E, F, G	1 X ano	05/08/2024 ATÉ 13/12/2024	Mês: _____		
Distribuição de escova/cerdas	2 X ano	19/02/2024 ATÉ 13/12/2024	Mês: _____		
ART	1 X ano	02/09/2024 ATÉ 29/11/2024	Mês: _____		

Dra. Patrícia Bitencourt da Rocha
Coordenadora da Equipe PSE



TERMO DE PARCERIA E COLABORAÇÃO

PSF: _____

UNIDADE ESCOLAR _____

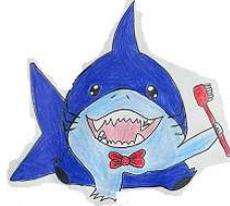
ENDEREÇO _____

Considerando a adesão contratual 2023/2025 n° 035507030148 entre a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE e a SECRETÁRIA DA EDUCAÇÃO, a equipe da PREVENÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ESCOLA (PSE), vem por meio desta celebrar o TERMO DE PARCERIA E COLABORAÇÃO 2024 com este PSF.

Desta forma, de acordo com as regras do contrato firmado para a realização das ações pactuadas, ficam estipulados que:

AÇÃO PACTUADA	Frequência	Prazo Estipulado	Planejamento	PSF	PSE
Levantamento de risco	1 X ano	19/02/2024 ATÉ 28/06/2024	Mês: _____		
Atividade educativa	1 X ano	05/08/2024 ATÉ 13/12/2024	Mês: _____		
Escovação supervisionada	1 X ano	05/08/2024 ATÉ 13/12/2024	Mês: _____		
Aplicação do flúor Gel classificação de risco - D, E, F, G	1 X ano	05/08/2024 ATÉ 13/12/2024	Mês: _____		
Distribuição de escova/cerdas	1 X ano	19/02/2024 ATÉ 13/12/2024	Mês: _____		

Dra. Patrícia Bitencourt da Rocha
Coordenadora da Equipe PSE



PROTOCOLO DO LEVANTAMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE RISCO DA CÁRIE

NORMAS GERAIS:

- A. Meta e Planejamento das ações, sendo que a construção do calendário deverá ser para cada 4 (quatro) meses, sendo assim totalizando 3 (três) planejamentos anuais. Deverão ser entregues 1 (um) mês antes do início dos trabalhos. Ou seja:
- 1º planejamento – referente aos meses de janeiro à abril, deverá ser entregue em dezembro do ano anterior.
 - 2º planejamento – referente aos meses de maio à agosto, deverá ser entregue em abril.
 - 3º planejamento – referente aos meses setembro à dezembro, deverá ser entregue em agosto.
- B. Fazer uma visita ao PSF da região, apresentar a proposta de trabalho, assinar o **“TERMO DE PARCERIA E COLABORAÇÃO”**;
- C. Entrar em contato pessoalmente na unidade escolar, apresentar a proposta de trabalho, assinar o **“TERMO DE COMPROMISSO MUNICIPAL DO PROGRAMA PSE”**;

INTRODUÇÃO DA AÇÃO DO LEVANTAMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE RISCO DA CÁRIE

A avaliação de saúde bucal permite a identificação das necessidades de saúde bucal dos escolares, possibilitando o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

A avaliação da saúde bucal de escolares tem sido uma clássica prioridade em odontologia em função da presença de alguns fatores relevantes (PINTO, 2000; VASCONCELOS et al., 2001):

As ações desenvolvidas visam à ordenação da cobertura populacional, centrada na lógica da detecção precoce das lesões e no tratamento oportuno, impedindo o agravamento das lesões. Em paralelo, programas preventivos e educativos fornecem apoio ao estimular a mudança de hábitos de saúde (PINTO, 2000).



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL



O papel da equipe de Saúde da Família e de Saúde Bucal é fundamental na avaliação do estado de saúde bucal e realização das intervenções necessárias. O tratamento clínico fica a cargo de cirurgiões-dentistas nos PSF e urgência/emergência realizados na UPA. As ações coletivas de saúde bucal devem ser feitas, preferencialmente pelo ASB (auxiliar de saúde bucal) sendo da competência do cirurgião-dentista o planejamento, organização, supervisão e avaliação dessas ações (VASCONCELOS, 2001).

***Informações e técnicas construídas nesse manual foram baseadas no Caderno da Atenção Básica de Saúde Bucal na Escola completados pelas normas e diretrizes do Ministério da Saúde - SUS.**

É preciso compreender que o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas com o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico, mas apenas para triagens, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo.

NORMAS ESPECÍFICAS:

1. A Área Técnica da equipe de Prevenção em Saúde Bucal do Município de São Sebastião – SP propõe a utilização da metodologia do Levantamento de Classificação do Índice de Risco da Cárie como estratégia de PROMOVER A REORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DA PREVENÇÃO (PSE), considerando as unidades escolares PRIORITÁRIAS,
2. **O LEVANTAMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE RISCO DA CÁRIE SERÁ A PRIMEIRA AÇÃO COLETIVA DO ANO A SER REALIZADA;**
 - **PERÍODO ESTIPULADO: DIA 19/02/2024 ATÉ 28/06/2024;**
 - Os atendimentos odontológicos devem ser realizados em sua integralidade, respeitadas as normas de técnicas e biossegurança.

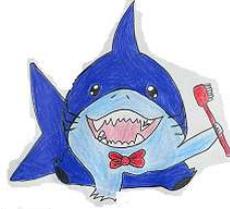
PARAMENTAÇÃO

- A equipe deverá usar jaleco curto ou longo, gorro/touca e máscara;
- Para iluminação da cavidade oral, utilizar lanterna de cabeça ou de mão;

SÃ⊕ SEBASTIÃ⊕



SP- BRASIL

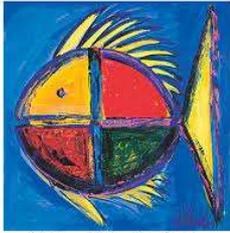


EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

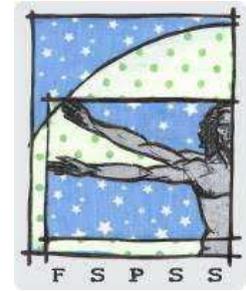


ROTINA DA AÇÃO DE LEVANTAMENTO DE RISCO DE CÁRIE

- Solicitar a liberação da sala de aula e fazer uma breve apresentação da ação;
- Para berçário, creche e EMEI a avaliação será realizada dentro da sala de aula;
- Para ensino fundamental a avaliação será realizada no corredor da unidade escolar, retirando da sala de aula um aluno por vez;
- Mesmo o aluno insistindo em saber o significado da classificação de risco, responder apenas que a letra faz parte do sistema de levantamento de risco;
- Caso o aluno se negue ser avaliado, explicar a importância do levantamento e permanecendo com a negativa, anotar na lista a recusa do aluno e preencher a guia de recusa;
- Marcar se a unidade escolar foi classificada pelo Programa de Saúde na Escola como prioritária;
- Anotar os alunos transferidos e ausentes, sendo aluno transferido, fazer um corte sobre o nome do educando;
- Caso ocorra faltosos no dia da ação, fazer apenas mais uma tentativa do exame (avaliação do índice de risco de cárie) registrando a data da tentativa de busca de faltosos. Se ainda a situação permanecer, marcar no nome do aluno como **FALTOSO**;
- Registrar o nome do examinador e anotador na planilha;
- Preencher com a letra **A, B, C, D, E, F, G, F**, conforme os critérios para classificação de risco de cárie individual;
- Anotar com **+** (**positivo**) para presença de placa bacteriana (biofilme) e **-** (**negativo**) para ausência da placa bacteriana;
- Anotar em números a quantidade de dentes que precisam de tratamento, desta forma saberemos a ordem de necessidade do tratamento curativo da sala de aula, conseqüentemente da unidade escolar.



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

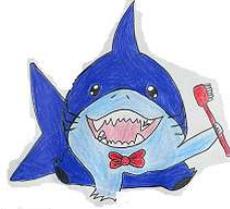


- Anotar na planilha o aluno com necessidades especiais;
- Registrar o aluno apresentando quadro de dor, abscesso, fistula, entregar para o aluno ou responsável da sala de aula a **“Carta de Orientação – Atendimento odontológico – Dor”**;
- Para o aluno com necessidade de encaminhamento de tratamento no PSF, usar o fluxograma de tratamento e entregar para o aluno ou responsável da sala de aula a **“Carta de Orientação - Tratamento PSF”**
- Anotar o aluno que está em tratamento odontológico, isto é, aquele aluno que tem a presença de curativo IRM, CIV, resina ou amalgama. Não levar em consideração a declaração verbal do aluno. Será necessário a existência de indicativos clínicos do tratamento.
- Todos os alunos com perfil de atendimento ART, conforme os critérios que foram estabelecidos no protocolo do município do tratamento da mínima intervenção, deverão ser anotados na planilha;
- O dentista responsável pela avaliação do aluno, deverá assinar e carimbar a planilha.
- No início de cada mês, entregar todas as planilhas preenchidas no administrativo da Fundação Pública aos cuidados da Coordenação da Equipe de Prevenção do PSE;
- A criança examinada no berçário (ausência dos dentes), apenas o rolete gengival anotar a SIGLA **“BB”**. A língua do recém-nascido e para os bebês que apenas faz uso do leite materno, não precisa ser limpa. Isso porque os anticorpos do leite materno são capazes de prevenir possíveis infecções bucais. Então, ao avaliar um bebê mesmo que você observe a língua com aspecto esbranquiçado, não marcar como POSITIVO para placa bacteriana.
- Para o aluno que estiver em fase da troca da dentição e apresentar a retenção prolongada dos dentes decíduos, ou seja, quando o dente decíduo permaneceu na cavidade oral mesmo após seu período normal de esfoliação e a dentição permanente erupcionou antes de ser retirado o dente decíduo correspondente, o anotador deverá preencher com a SIGLA **“EXO-d”**. **Não confundir com raiz residual.**
- Para o aluno com presença de raiz residual tanto decídua como permanente, será classificado com a letra **“G”**.

SÃ⊕ SEBASTIÃ⊕



SP- BRASIL



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Nem sempre o aluno classificado como G será + (positivo) para presença de placa bacteriana. Embora, 90% seja G + (positivo).
- Caso o examinador observe alguma anormalidade bucal do aluno e queira registrar a informação, usar o campo “OBS” da planilha.
- Restauração em CIV (ionômero de vidro) na dentição decídua, classificada com “B”
- Restauração provisória em IRM, classificada com “C”

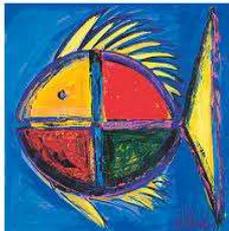
TÉCNICA PRECONIZADA

- Para afastamento das estruturas bucais serão utilizados palitos de exames;
- A utilização da luva descartável será apenas para os alunos com dificuldades na abertura bucal, alunos com déficit motor e/ou intelectual e outros problemas;
- Embora a literatura aponte para uma avaliação de alto risco e baixo risco, no contexto do SUS o risco moderado é importante para organizarmos a demanda do serviço e priorizar o atendimento dos casos mais urgentes (risco alto). Portanto, consideraremos:

RISCO BAIXO = A -

RISCO MODERADO * = B -, C -

RISCO ALTO = A +, B +, C +, D - +, E - +, F - +, G - +



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

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	-	Alto			
D +		+	Alto			
E -	E - Lesão de sulcos, fôssulas e cicatriculas, 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/ TCO-US**	
F +		+				
G -	G - Suspeita de Comprometimento pulpar ou periapical: pulpíte, fistula, polpa exposta, abscesso, foco residual, dor.	-			Alto	Promoção/ Educação/ Flúor tópico/ Selante/ Urgência/ TCO-US**
G +		+				



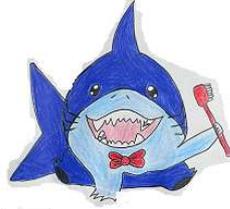
Para a realização da confecção do PROTOCOLO DO LEVANTAMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE RISCO DA CÁRIE foi baseado na:

- Resolução SS - 12, de 11 de janeiro de 2020 que Estabelece as Diretrizes da Política Estadual de Saúde Bucal e disponibiliza ferramenta para o monitoramento e organização da demanda no âmbito da Atenção Básica do SUS no Estado de São Paulo.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;
- O Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;
- O Anexo XXII - Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;
- A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), instituída por pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 12 de fevereiro de 2004. Referência: Portaria de Consolidação Nº2 - Capítulo II – DAS POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE Seção I / Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde –Art. 6º, Item II;
- O Anexo I - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais

SÃ⊕ SEBASTIÃ⊕



SP- BRASIL



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

de saúde do Sistema Único de Saúde - (Origem: PRT MS/GM 2446/2014) Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde;

- O Anexo I - Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (Origem: PRT MS/GM 4279/2010, Art. 1º) da Portaria de Consolidação Nº 3, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;
- O Anexo XXII - Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, da Portaria de Consolidação nº2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde;

METODOLOGIA DE TRABALHO – LEVANTAMENTO DE RISCO DE CÁRIE



PARA BERÇARIO E CRECHE

- Fazer a avaliação dentro da sala de aula, local com boa iluminação, podendo usar a Macri, o colo ou mesa da própria sala.
- Usar palito para afastar estrutura bucal ou luva descartável, devido à dificuldade na avaliação.



PARA EMEI

- Fazer a avaliação dentro da sala de aula, local com boa iluminação, podendo fazer o exame com o aluno em pé ou em posição deitado, usando mesa da própria sala.
- Usar palito para afastar estrutura bucal e para alunos com dificuldade de abertura de boca usar luva descartável



PARA ENSINO FUNDAMENTAL

- Fazer a avaliação individual no ambiente privado, fora da sala de aula, local com boa iluminação, usar uma cadeira escolar e uma mesa de apoio.
- Usar palito para afastar estrutura bucal e para alunos com dificuldade de abertura de boca usar luva descartável

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



IONÔMERO DE VIDRO



- ▶ 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 (ionômero de vidro), **ausência de dentes compatível com exodontia por cárie.**

RISCO DE CÁRIE MODERADO



- ▶ 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 (IRM)

ALTO RISCO DE CÁRIE

D



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

ALTO RISCO DE CÁRIE

E



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

ALTO RISCO DE CÁRIE

F

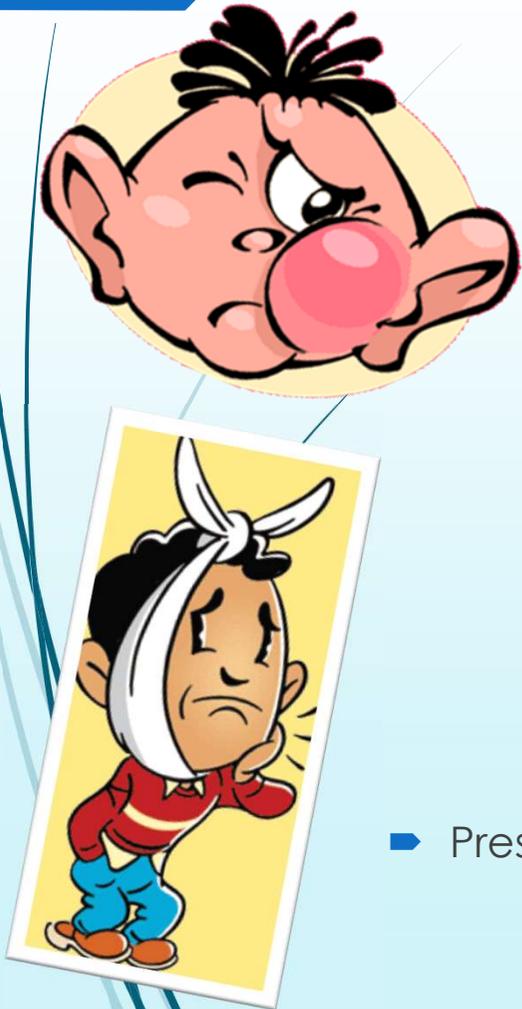


- ▶ Lesão de cárie ativa – classe II, III, IV E V DE BLACK
- ▶ Cor amarelada, aspecto úmido e amolecido.

ALTO RISCO DE CÁRIE



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



ALTO RISCO DE CÁRIE



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

ALTO RISCO DE CÁRIE

“bb”



- ▶ A criança examinada no berçário (ausência dos dentes), apenas o rolete gengival anotar a SIGLA “bb”. A língua do recém-nascido e para os bebês que apenas faz uso do leite materno, não precisa ser limpa. Isso porque os anticorpos do leite materno são capazes de prevenir possíveis infecções bucais. Então, ao avaliar um bebê mesmo que você observe a língua com aspecto esbranquiçado, não marcar como POSITIVO para placa bacteriana.

ALTO RISCO DE CÁRIE

“EXO-d”



- ▶ Para o aluno que estiver em fase da troca da dentição e apresentar a retenção prolongada dos dentes decíduos, ou seja, quando o dente decíduo permaneceu na cavidade oral mesmo após seu período normal de esfoliação e a dentição permanente erupcionou antes de ser retirado o dente decíduo correspondente, o anotador deverá preencher com a SIGLA “**EXO-d**”. **Não confundir com raiz residual**

ALTO RISCO DE CÁRIE

Abfração



Erosão



Atrição



Abrasão



- ▶ Situações que não se classificam
- ▶ LESÕES NÃO CARIOSAS

ALTO RISCO DE CÁRIE

“HMI”



HMI

- Situações que não se classificam
- LESÕES NÃO CARIOSAS



HMI resulta em um esmalte poroso, frágil, com opacidades demarcadas e podendo acometer um ou até os quatro primeiros molares permanentes, frequentemente associada aos incisivos



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL



N	Risco	Placa	Qt	Nome do aluno	Nec Esp	Dor URG	Enc PSF	Em Trat	ART	Sexo	Data nasc	Cartão SUS
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

COMPILADO

A -	
B -	
C -	
D -	
E -	
F -	
G -	

A -	
B -	
C -	
D -	
E -	
F -	
G -	

Nec Esp	
Dor /URG	
Ens PSF	
Em trat	
ART	
Sexo F	
Sexo M	

Assinatura do responsável / carimbo



ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO

UNIDADE ESCOLAR	Campo previamente preenchido conforme os dados da unidade escolar
ENDEREÇO	Campo previamente preenchido conforme os dados da unidade escolar
PRIORITÁRIA	Marcar se a unidade escolar foi classificada pelo Programa de Saúde na Escola como prioritária
DATA DA AÇÃO	Registrar a data da realização da ação
DATA FALTOSOS	Caso ocorra faltosos no dia da ação, fazer mais uma tentativa do exame (avaliação do índice de risco de cárie) registrando a data da tentativa de busca de faltosos. Se ainda a situação permanecer, marcar no nome do aluno como FALTOSO.
SALA	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar
PERÍODO M	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar – M (manhã)
PERÍODO T	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar – T (tarde)
EXAMINADOR	Registrar o nome do examinador
ANOTADOR	Registrar o nome do anotador
N	Previamente preenchido com a quantidade de alunos por sala.
Risco	Preencher com a letra A, B, C, D, E, F, G, F, conforme os critérios para classificação de risco de cárie individual.
PLACA	Anotar com + (positivo) para presença de placa bacteriana e - (negativo) para ausência da placa bacteriana
QT	Anotar em números a quantidade de dentes que precisará de tratamento, seja exodontia ou cárie. Somar a quantidade total dos dentes com necessidade de tratamento
NOME DO ALUNO	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar
NEC ESP	Campo destinado para aluno com necessidades especiais
DOR URG	Registrar o aluno apresentando quadro de dor, abscesso, fistula
ENC PSF	Preencher este campo para o aluno com necessidade de encaminhamento para tratamento no PSF, ver fluxograma de tratamento.



EM TRAT	Campo destinado para o aluno que está em tratamento odontológico. Presença de curativo IRM, CIV, resina ou amalgama. Não levar em consideração aquele aluno que declara estar em tratamento. Necessário a existência de indicativos clínicos do tratamento.
ART	Campo destinado para o aluno com perfil de atendimento ART, conforme os critérios estabelecidos no protocolo do município – tratamento da mínima intervenção.
SEXO	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar – F (feminino) , M (masculino) e O (outros) para pessoa não binária
DATA NASC	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar
CARTÃO SUS	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar
ASSINATURA/CARIMBO	O dentista responsável pela avaliação do aluno, deverá assinar o documento e carimbar

Tabela 1: Critérios para classificação de risco de cárie individual.

CÓDIGOS	CRITÉRIOS
A	Sem história de cáries, 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, fôssulas e cicatrículas (cavidades tipo classe I de Black). Sem comprometimento pulpar evidente.
F	Presença de lesão de cárie de face proximal, ângulos da borda incisal e terço cervical evidente (cavidades tipo classe II, III, IV, V de Black). Sem comprometimento pulpar evidente.
G	Suspeita ou comprometimento pulpar ou periapical: pulpite, fístula, polpa exposta, abscesso, foco residual e dor.
(-) NEGATIVO	Ausência de gengivite, com ou sem biofilme.
(+) POSITIVO	Presença de gengivite em pelo menos 3 elementos dentários.



RISCO BAIXO = A -

RISCO MODERADO * = B -, C -

RISCO ALTO = A +, B +, C +, D - +, E - +, F - +, G - +

*Embora a literatura aponte para uma avaliação de alto risco e baixo risco, no contexto do SUS o risco moderado é importante para organizarmos a demanda do serviço e priorizar o atendimento dos casos mais urgentes (risco alto).

1. Aluno transferido – fazer um corte sobre o nome
2. Aluno que recusar a participar da avaliação – escrever a lápis no campo (RISCO / PLACA / QT) a palavra “RECUSA”, caso o aluno saiba escrever, solicitar ao aluno a justificativa por escrito, para os demais alunos, a justificativa será preenchida pelo responsável da sala de aula.



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL



UNIDADE ESCOLAR: _____ PRIORITÁRIA ()

DATA DA AÇÃO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

SALA	PERÍODO	
	M	T

Nome responsável	Nome	Nome	Nome

N	Nome do aluno
01	
Motivo da recusa:	
Ação:	
Assinatura:	

N	Nome do aluno
02	
Motivo da recusa:	
Ação:	
Assinatura:	

N	Nome do aluno
03	
Motivo da recusa:	
Ação:	
Assinatura:	



N	Nome do aluno
04	
Motivo da recusa:	
Ação:	
Assinatura:	

N	Nome do aluno
05	
Motivo da recusa:	
Ação:	
Assinatura:	

N	Nome do aluno
06	
Motivo da recusa:	
Ação:	
Assinatura:	

Assinatura / carimbo



ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO

UNIDADE ESCOLAR	Campo previamente preenchido conforme os dados da unidade escolar
ENDEREÇO	Campo previamente preenchido conforme os dados da unidade escolar
PRIORITÁRIA	Marcar se a unidade escolar foi classificada pelo Programa de Saúde na Escola como prioritária
DATA DA AÇÃO	Registrar a data da realização da ação
SALA	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar
PERÍODO M	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar – M (manhã)
PERÍODO T	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar – T (tarde)
NOME RESPONSÁVEL	Preencher como nome do profissional responsável pela ação
NOME	Campo para colocar os nomes dos profissionais que realizaram a ação
N	Campo já preenchido
NOME DO ALUNO	Preencher com o nome do aluno que recusou receber a ação programada para o dia
MOTIVO DA RECUSA	O motivo da recusa deverá ser justificado pelo aluno alfabetizado. Para os demais alunos, o motivo da recusa deve ser justificado pelo responsável da sala de aula
AÇÃO	Preencher a ação que o aluno se recusou a participar
ASSINATURA	A recusa da ação deverá ser assinada pelo aluno ou responsável pela sala de aula
ASSINATURA/CARIMBO	Assinar e carimbar a planilha de recusa - O profissional responsável que realizou a ação



Carta de Orientação – Atendimento odontológico - Dor

Escola: _____
Nome do aluno: _____
Cartão SUS: _____
Data Nascimento: ____/____/____ Série: _____

Prezado responsável, hoje a equipe de Prevenção da Saúde na Escola (PSE), realizou uma ação nesta unidade de ensino e o dentista verificou a necessidade de tratamento odontológico do seu filho com urgência, devido a dor e/ou presença de abscesso. Desta forma, solicitamos que compareça ao posto de saúde da sua referência para orientação de agendamento do tratamento e no quadro de DOR, orientamos que o município de São Sebastião dispõe de um atendimento de urgência e emergência nas UPAs - 24 horas, todos os dias da semana e no P.A da Unidade Jaraguá das 8 às 17hs de segunda à sexta-feira. Relembrando que o tratamento odontológico é apenas um procedimento curativo, existe a necessidade de mudanças de hábitos. A falta de escovação diária e a ingestão de doces são os grandes inimigos da saúde bucal e a ajuda dos pais é fundamental para a melhoria do quadro da doença do seu filho. Continuaremos com as visitas periódicas nas escolas, controlando o sucesso das restaurações, ensinando as crianças a escovação dos dentes / uso de fio dental e ter uma alimentação mais saudável, **mas nosso trabalho não terá nenhum impacto sem uma continuidade em casa.**

Data: ____/____/____

Assinatura



Carta de Orientação – Atendimento odontológico - Dor

Escola: _____
Nome do aluno: _____
Cartão SUS: _____
Data Nascimento: ____/____/____ Série: _____

Prezado responsável, hoje a equipe de Prevenção da Saúde na Escola (PSE), realizou uma ação nesta unidade de ensino e o dentista verificou a necessidade de tratamento odontológico do seu filho com urgência, devido a dor e/ou presença de abscesso. Desta forma, solicitamos que compareça ao posto de saúde da sua referência para orientação de agendamento do tratamento e no quadro de DOR, orientamos que o município de São Sebastião dispõe de um atendimento de urgência e emergência nas UPAs - 24 horas, todos os dias da semana e no P.A da Unidade Jaraguá das 8 às 17hs de segunda à sexta-feira. Relembrando que o tratamento odontológico é apenas um procedimento curativo, existe a necessidade de mudanças de hábitos. A falta de escovação diária e a ingestão de doces são os grandes inimigos da saúde bucal e a ajuda dos pais é fundamental para a melhoria do quadro da doença do seu filho. Continuaremos com as visitas periódicas nas escolas, controlando o sucesso das restaurações, ensinando as crianças a escovação dos dentes / uso de fio dental e ter uma alimentação mais saudável, **mas nosso trabalho não terá nenhum impacto sem uma continuidade em casa.**

Data: ____/____/____

Assinatura



Carta de Orientação

Escola: _____
Nome do aluno: _____
Cartão SUS: _____
Data Nascimento: ____/____/____ Série: _____

Prezado responsável, hoje a equipe de Prevenção da Saúde na Escola (PSE), realizou uma ação nesta unidade de ensino e o dentista verificou a necessidade de tratamento odontológico do seu filho. Solicitamos que compareça ao posto de saúde da sua referência para orientação de agendamento do tratamento. Relembrando que o tratamento odontológico é apenas um procedimento curativo, existe a necessidade de mudanças de hábitos. A falta de escovação diária e a ingestão de doces são os grandes inimigos da saúde bucal e a ajuda dos pais é fundamental para a melhoria do quadro de doença do seu filho. Continuaremos com as visitas periódicas nas escolas, controlando o sucesso das restaurações, ensinando as crianças a escovação dos dentes / uso de fio dental e ter uma alimentação mais saudável, **mas nosso trabalho não terá nenhum impacto sem uma continuidade em casa.**

Data: ____/____/____

Assinatura



Carta de Orientação

Escola: _____
Nome do aluno: _____
Cartão SUS: _____
Data Nascimento: ____/____/____ Série: _____

Prezado responsável, hoje a equipe de Prevenção da Saúde na Escola (PSE), realizou uma ação nesta unidade de ensino e o dentista verificou a necessidade de tratamento odontológico do seu filho. Solicitamos que compareça ao posto de saúde da sua referência para orientação de agendamento do tratamento. Relembrando que o tratamento odontológico é apenas um procedimento curativo, existe a necessidade de mudanças de hábitos. A falta de escovação diária e a ingestão de doces são os grandes inimigos da saúde bucal e a ajuda dos pais é fundamental para a melhoria do quadro de doença do seu filho. Continuaremos com as visitas periódicas nas escolas, controlando o sucesso das restaurações, ensinando as crianças a escovação dos dentes / uso de fio dental e ter uma alimentação mais saudável, **mas nosso trabalho não terá nenhum impacto sem uma continuidade em casa.**

Data: ____/____/____

Assinatura



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Escola: _____
Nome do aluno: _____
Cartão SUS: _____
Data Nascimento: ____/____/____ Série: _____

Declaro saber que serão desenvolvidas nessa escola, pela Equipe de Saúde Bucal do Município, ações coletivas de saúde bucal - que constam de avaliação bucal, atividades educativas preventivas (escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor) e restauração de pequenas lesões de cárie (tratamento não invasivo sem necessidade de anestesia - técnica ART). As crianças que necessitarem de restaurações maiores, extração de dentes ou outro tipo de tratamento receberão comunicado com encaminhamento para a unidade de saúde.

Desta forma autorizo que o (a) aluno (a) mencionado acima participe das ações coletivas de saúde bucal e divulgação da imagem.

Nome do Responsável: _____

Nº RG ou CPF: _____

Telefone de contato: _____

Local e Data: _____

Assinatura



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Escola: _____
Nome do aluno: _____
Cartão SUS: _____
Data Nascimento: ____/____/____ Série: _____

Declaro saber que serão desenvolvidas nessa escola, pela Equipe de Saúde Bucal do Município, ações coletivas de saúde bucal - que constam de avaliação bucal, atividades educativas preventivas (escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor) e restauração de pequenas lesões de cárie (tratamento não invasivo sem necessidade de anestesia - técnica ART). As crianças que necessitarem de restaurações maiores, extração de dentes ou outro tipo de tratamento receberão comunicado com encaminhamento para a unidade de saúde.

Desta forma autorizo que o (a) aluno (a) mencionado acima participe das ações coletivas de saúde bucal e divulgação da imagem.

Nome do Responsável: _____

Nº RG ou CPF: _____

Telefone de contato: _____

Local e Data: _____

Assinatura



EQUIPE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL



UNIDADE ESCOLAR: _____ PRIORITÁRIA ()

DATA DA AÇÃO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____

SALA	PERÍODO	
	M	T

Nome responsável	Nome	Nome	Nome

Atividade Educativa	
Distribuição de Escova	
Distribuição de Protetor cerdas	
Escovação Supervisionada	
Aplicação Flúor Gel	
TOTAL DE PARTICIPANTES	

Sistema E-Sus
Nome do digitador
Data

N	Nome do aluno	Sexo	Data nasc	Cartão SUS - CPF
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				



N	Nome do aluno	Sexo	Data nasc	Cartão SUS - CPF
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCATIVA _____

OBS _____

Assinatura do responsável / carimbo



ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO

UNIDADE ESCOLAR	Campo previamente preenchido conforme os dados da unidade escolar
ENDEREÇO	Campo previamente preenchido conforme os dados da unidade escolar
PRIORITÁRIA	Marcar se a unidade escolar foi classificada pelo Programa de Saúde na Escola como prioritária
DATA DA AÇÃO	Registrar a data da realização da ação
SALA	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar
PERÍODO M	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar – M (manhã)
PERÍODO T	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar – T (tarde)
NOME RESPONSÁVEL	Preencher como nome do profissional responsável pela ação
NOME	Campo para colocar os nomes dos profissionais que realizaram a ação
N	Previamente preenchido com a quantidade de alunos por sala.
NOME DO ALUNO	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar
SEXO	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar – F (feminino), M (masculino) e O (outros) para pessoa não binária
DATA NASC	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar
CARTÃO SUS OU CPF	Campo previamente preenchido conforme informação da unidade escolar, podendo ser o cartão SUS ou CPF
ATIVIDADE EDUCATIVA	Preencher a quantidade de alunos que participaram da atividade educativa
DISTRIBUIÇÃO DE ESCOVA	Preencher a quantidade de alunos que receberam a escova dental
DISTRIBUIÇÃO DE PROTETOR CERDAS	Preencher a quantidade de alunos que receberam o protetor de cerdas



ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA	Preencher a quantidade de alunos participaram da escovação supervisionada
APLICAÇÃO FLÚOR GEL	Preencher a quantidade de alunos participaram da aplicação do flúor Gel – ação destina para alunos com índice de cárie D, E, F, G
CAMPO EM BRANCO	Usado para outras ações que não tem descrição pré preenchida – colocar a descrição da ação realizada e a quantidade de alunos que participaram
TOTAL DE PARTICIPANTES	Preencher com o total de alunos que participaram na data da ação
E-SUS NOME DO DIGITADOR	Preencher o nome do profissional que digitou a ação no Sistema E-SUS
E-SUS DATA	Preencher a data da digitação no Sistema E-SUS
DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE EDUCATIVA	Local usado para descrever a atividade educativa realizada no dia
OBS	Local para anotação de qualquer observação constatada no dia
ASSINATURA/CARIMBO	O dentista responsável pela avaliação do aluno, deverá assinar o documento e carimbar

1. Aluno transferido – fazer um corte sobre o nome
2. Aluno que se recusar a participar das ações – escrever a lápis na frente do nome a palavra “RECUSA”, caso o aluno saiba escrever, solicitar ao aluno a justificativa por escrito, para os demais alunos, a justificativa será preenchida pelo responsável da sala de aula.

ATIVIDADE COLETIVA / EDUCATIVA NA UNIDADE ESCOLAR

<p>Turno *</p> <p><input type="radio"/> Manhã <input checked="" type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noite</p>	<p>Programa saúde na escola</p> <p><input type="checkbox"/> Educação <input checked="" type="checkbox"/> Saúde</p>	<p>Profissionais participantes</p> <p>CNS do profissional # <input type="text"/> CBO <input type="text"/></p> <p><input type="button" value="Confirmar"/></p> <p>CNS do profissional <input type="text"/> CBO <input type="text"/></p> <p>Nenhum item encontrado.</p>
<p>Local de atividade</p> <p>Nº INEP (Escola / Creche) * <input type="text" value="35434504"/> CNES <input type="text"/></p> <p>Outra localidade <input type="text"/></p>	<p>Nº de participantes * <input type="text" value="10"/></p> <p>Nº de avaliações alteradas <input type="text" value="0"/></p>	
<p>Atividade *</p> <p><input type="radio"/> 01 - Reunião de equipe</p> <p><input type="radio"/> 02 - Reunião com outras equipes de saúde</p> <p><input type="radio"/> 03 - Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social</p> <p><input checked="" type="radio"/> 04 - Educação em saúde</p> <p><input type="radio"/> 05 - Atendimento em grupo</p> <p><input type="radio"/> 06 - Avaliação / Procedimento coletivo</p> <p><input type="radio"/> 07 - Mobilização social</p>	<p>Temas para reunião</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Questões administrativas / Funcionamento</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Processos de trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Diagnóstico do território / Monitoramento do território</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - Planejamento / Monitoramento das ações da equipe</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - Discussão de caso / Projeto terapêutico singular</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - Educação permanente</p> <p><input type="checkbox"/> 07 - Outros</p>	
<p>Público alvo *</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 01 - Comunidade em geral</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Criança 0 a 3 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Criança 4 a 5 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - Criança 6 a 11 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - Adolescente</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - Mulher</p> <p><input type="checkbox"/> 07 - Gestante</p> <p><input type="checkbox"/> 08 - Homem</p> <p><input type="checkbox"/> 09 - Familiares</p> <p><input type="checkbox"/> 10 - Idoso</p> <p><input type="checkbox"/> 11 - Pessoas com doenças crônicas</p> <p><input type="checkbox"/> 12 - Usuário de tabaco</p> <p><input type="checkbox"/> 13 - Usuário de álcool</p> <p><input type="checkbox"/> 14 - Usuário de outras drogas</p> <p><input type="checkbox"/> 15 - Pessoas com sofrimento ou transtorno mental</p> <p><input type="checkbox"/> 16 - Profissional de educação</p> <p><input type="checkbox"/> 17 - Outros</p>	<p>Temas para saúde *</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i></p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Agravos e doenças negligenciadas</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Alimentação saudável</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - Autocuidado de pessoas com doenças crônicas</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - Cidadania e direitos humanos</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas</p> <p><input type="checkbox"/> 07 - Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)</p> <p><input type="checkbox"/> 08 - Plantas medicinais / Fitoterapia</p> <p><input type="checkbox"/> 09 - Prevenção da violência e promoção da cultura da paz</p> <p><input type="checkbox"/> 10 - Saúde ambiental</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 11 - Saúde bucal</p> <p><input type="checkbox"/> 12 - Saúde do trabalhador</p> <p><input type="checkbox"/> 13 - Saúde mental</p> <p><input type="checkbox"/> 14 - Saúde sexual e reprodutiva</p> <p><input type="checkbox"/> 15 - Semana saúde na escola</p> <p><input type="checkbox"/> 16 - Outros</p>	<p>Práticas em saúde</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Antropometria</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - Aplicação tópica de flúor</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - Desenvolvimento da linguagem</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - Escovação dental supervisionada</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - Práticas corporais e atividade física</p> <p><input type="checkbox"/> 06 - PNCT* sessão 1</p> <p><input type="checkbox"/> 07 - PNCT* sessão 2</p> <p><input type="checkbox"/> 08 - PNCT* sessão 3</p> <p><input type="checkbox"/> 09 - PNCT* sessão 4</p> <p><input type="checkbox"/> 10 - Saúde auditiva</p> <p><input type="checkbox"/> 11 - Saúde ocular</p> <p><input type="checkbox"/> 12 - Verificação da situação vacinal</p> <p><input type="checkbox"/> 13 - Outras</p> <p><input type="checkbox"/> 14 - Outro procedimento coletivo</p> <p><input type="button" value="Ativar o Acesso Con"/> <input type="button" value="Código do SIGTAP"/></p> <p><small>*Programa Nacional de Controle do Tabagismo</small></p>

ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA E APLICAÇÃO DE FLÚOR NA UNIDADE ESCOLAR

Turno Manhã Tarde Noite

Programa saúde na escola Educação Saúde

Local de atividade
Nº INEP (Escola / Creche) **CNES**

Outra localidade

Nº de participantes **Nº de avaliações alteradas**

Profissionais participantes

CNS do profissional **CBO**

CNS do profissional **CBO**

Nenhum item encontrado.

Atividade

01 - Reunião de equipe
 02 - Reunião com outras equipes de saúde
 03 - Reunião intersetorial / Conselho local de saúde / Controle social
 04 - Educação em saúde
 05 - Atendimento em grupo
 06 - Avaliação / Procedimento coletivo
 07 - Mobilização social

Temas para reunião

01 - Questões administrativas / Funcionamento
 02 - Processos de trabalho
 03 - Diagnóstico do território / Monitoramento do território
 04 - Planejamento / Monitoramento das ações da equipe
 05 - Discussão de caso / Projeto terapêutico singular
 06 - Educação permanente
 07 - Outros

Público alvo

01 - Comunidade em geral
 02 - Criança 0 a 3 anos
 03 - Criança 4 a 5 anos
 04 - Criança 6 a 11 anos
 05 - Adolescente
 06 - Mulher
 07 - Gestante
 08 - Homem
 09 - Familiares
 10 - Idoso
 11 - Pessoas com doenças crônicas
 12 - Usuário de tabaco
 13 - Usuário de álcool
 14 - Usuário de outras drogas
 15 - Pessoas com sofrimento ou transtorno mental

Temas para saúde

01 - Ações de combate ao *Aedes aegypti*
 02 - Agravos e doenças negligenciadas
 03 - Alimentação saudável
 04 - Autocuidado de pessoas com doenças crônicas
 05 - Cidadania e direitos humanos
 06 - Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas
 07 - Envelhecimento (climatério, andropausa, etc)
 08 - Plantas medicinais / Fitoterapia
 09 - Prevenção da violência e promoção da cultura da paz
 10 - Saúde ambiental
 11 - Saúde bucal
 12 - Saúde do trabalhador
 13 - Saúde mental
 14 - Saúde sexual e reprodutiva
 15 - Semana saúde na escola

Práticas em saúde

01 - Antropometria
 02 - Aplicação tópica de flúor
 03 - Desenvolvimento da linguagem
 04 - Escovação dental supervisionada
 05 - Práticas corporais e atividade física
 06 - PNCT* sessão 1
 07 - PNCT* sessão 2
 08 - PNCT* sessão 3
 09 - PNCT* sessão 4
 10 - Saúde auditiva
 11 - Saúde ocular
 12 - Verificação da situação vacinal
 13 - Outras
 14 - Outro procedimento coletivo

Código do SIGTAP

Ficha de atendimento odontológico individual

Compatível com a FAOI / e-SUS APS v.3.2.0

CNS do profissional * 700900981319897 CBO * 322430 CNES * 2765780 INE * 0000369845 Data * 23/02/2024

CNS do profissional CBO CNES INE

Atendimentos odontológicos

Turno *

Manhã Tarde Noite

Nº do prontuário

CPF / CNS do cidadão

0000000000000000

Data de nascimento *

0000000

Sexo *

Feminino Masculino

Local de atendimento *

05 - ESCOLA / CRECHE

Paciente com necessidades especiais

Gestante

Tipo de atendimento *

Consulta agendada

Demanda espontânea

- Escuta inicial / Orientação
 Consulta no dia
 Atendimento de urgência

Tipo de consulta *

- Primeira consulta odontológica programática
 Consulta de retorno em odontologia
 Consulta de manutenção em odontologia

Vigilância em saúde bucal *

- Abscesso dentoalveolar
 Alteração em tecidos moles
 Dor de dente
 Fendas ou fissuras labiopalatais
 Fluorose dentária moderada ou severa
 Traumatismo dentoalveolar
 Não identificado

Procedimentos (Quantidade realizada)

- Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)
- Adaptação de prótese dentária
- Aplicação de carioestático (por dente)
- Aplicação de selante (por dente)
- Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)
- Capeamento pulpar
- Cimentação de prótese dentária
- Curativo de demora com ou sem preparo biomecânico
- Drenagem de abscesso
- Evidenciação de placa bacteriana
- Exodontia de dente decíduo
- Exodontia de dente permanente
- Instalação de prótese dentária
- Moldagem dentogengival para construção de prótese dentária
- 1** Orientação de higiene bucal
- Profilaxia / Remoção da placa bacteriana
- Pulpotomia dentária
- Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)
- Radiografia interproximal (bite wing)
- Radiografia periapical
- Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)
- Restauração de dente permanente anterior com resina composta
- Restauração de dente permanente posterior com resina composta
- Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)
- Selamento provisório de cavidade dentária
- Tratamento de alveolite
- Ulotomia / Ulectomia

Outros procedimentos (Código do SIGTAP)

Quantidade	Procedimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quantidade Procedimento

Quantidade	Procedimento
Nenhum item encontrado.	

Fornecimento

- Escova dental
- Creme dental
- Fio dental

Conduta / Desfecho *

- Retorno para consulta agendada →
- Agendamento para outros profissionais AB
- Agendamento para NASF
- Agendamento para grupos
- Alta do episódio
- Tratamento concluído →

ALUNOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO LETRAS: A+ ; B+ ; C +; D+/-; E+/-;F+/-;G+/-=RETORNO

ALUNOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO LETRAS: A- ; B- ; C - = TC

