

Sorocaba, 28 de agosto de 2026.

Ofício SES/Rede de Saúde nº 6932026

Ref.: Fluxos de referência e continuidade do cuidado odontológico dos pacientes atendidos na UPA Zona Oeste

Considerando a necessidade de otimização dos fluxos de referência e continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde Bucal do município de Sorocaba, os pacientes atendidos no serviço de Pronto Atendimento Odontológico da UPA Zona Oeste que apresentarem necessidade de:

- tratamento endodôntico devido a doenças pulpares (ANEXO 1);
- exodontias de terceiros molares que não sejam possíveis de serem realizadas na UPA (ANEXO 2);
- avaliação especializada em Diagnóstico Bucal/Estomatologia para suspeita de Câncer de boca (ANEXO 3);
- tratamento endodôntico decorrente de traumatismo dentário em elementos anteriores superiores e/ou inferiores (ANEXO 4);

deverão seguir os fluxos estabelecidos nos respectivos anexos deste Ofício a partir de 01/09/2026.

Reforçamos que o atendimento realizado na UPA Zona Oeste deverá contemplar, sempre que indicado, a resolução da queixa principal e o manejo da condição de urgência odontológica, mediante a execução dos procedimentos pertinentes, tais como acesso endodôntico, curetagem e medicação intracanal, restauração provisória, exodontias, entre outros, previamente à continuidade do fluxo assistencial apresentado nos anexos.

Atenciosamente,

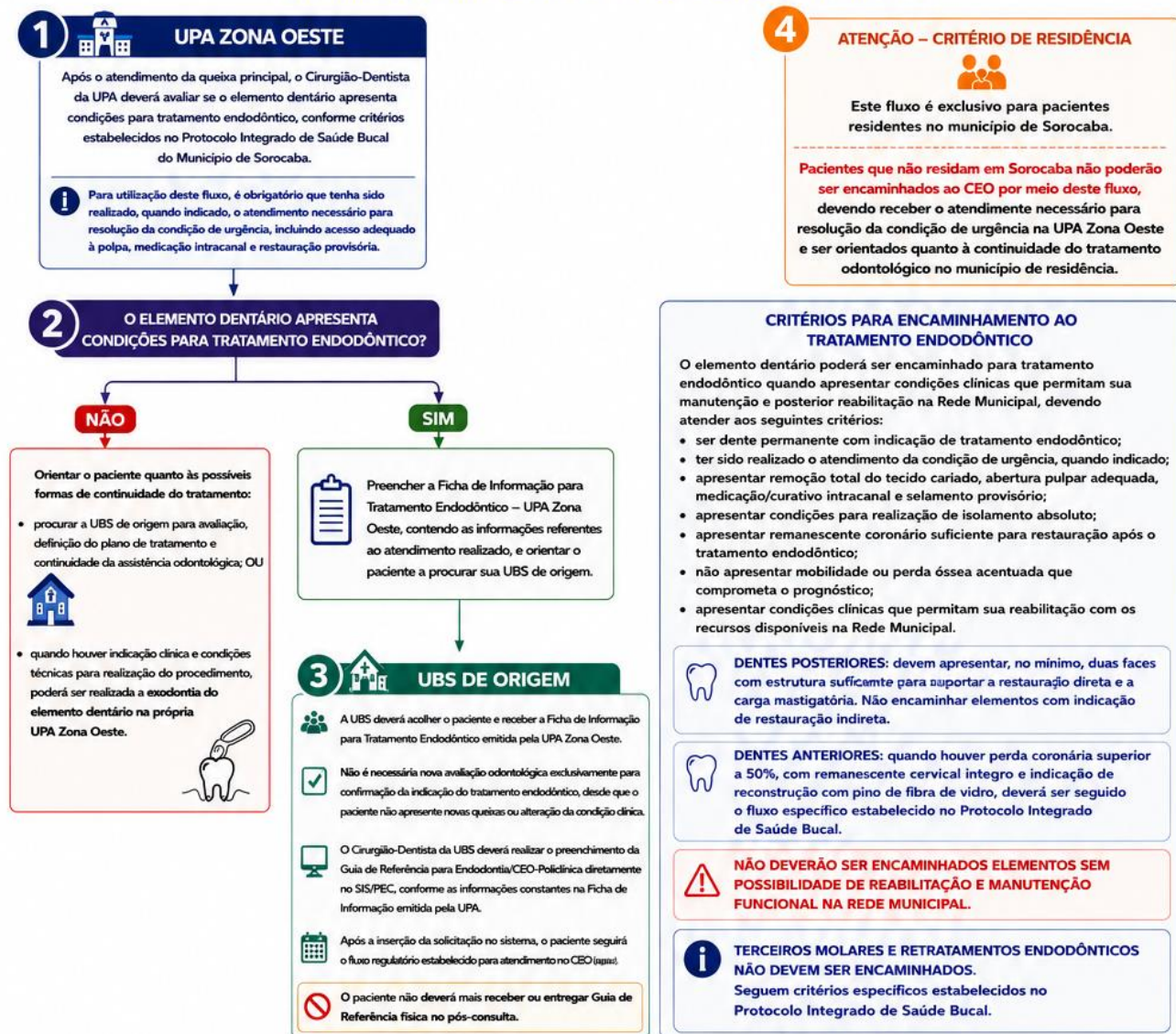
Documento assinado digitalmente
 **DIEGO GARCIA DINIZ**
Data: 28/08/2026 10:26:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Diego Garcia Diniz
Coordenador Técnico de Urgência, Emergência, Especialidades e APS – Saúde Bucal
Secretaria da Saúde
Prefeitura de Sorocaba

ANEXO 1 – UPA ZONA OESTE

Secretaria da Saúde

FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE NECESSITAM DE TRATAMENTO ENDODÔNTICO DEVIDO À DOENÇAS PULPARES



ANEXO 1 – FICHA DE INFORMAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDODÔNTICO – UPA ZONA OESTE

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

SIS: _____ UBS de origem: _____

Condições do paciente:

() Sem comorbidades () Gestante – DPP: ____/____/____ () Hipertensão

() Diabetes () Outros: _____

Número(s) do(s) dente(s) em que foi realizado curativo intracanal: _____

Medicação intracanal utilizada:

() PMCC

() Formocresol

() Outro: _____

Restauração provisória:

() IRM

() CIV

() Outro: _____

Medicação prescrita:

Tratamento/procedimentos realizados na UPA:

Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo do Cirurgião-Dentista da UPA Zona Oeste: _____

IMPORTANTE

- Para utilização deste fluxo, quando houver indicação de tratamento endodôntico, o Cirurgião-Dentista da UPA deverá realizar o manejo adequado da condição de urgência, incluindo acesso à polpa, medicação intracanal e restauração provisória, quando clinicamente indicados.
- O paciente deverá apresentar somente a Ficha de Informação para Tratamento Endodôntico na UBS de origem.
- A Guia de Referência para o CEO/Policlínica será preenchida pela equipe de Saúde Bucal da UBS diretamente no SIS/PEC, não sendo necessária a entrega de guia física ao paciente no pós-consulta.
- Caso o paciente seja residente em Sorocaba, mas não possua cadastro ou não saiba informar sua UBS de origem, deverá ser orientado quanto à identificação da unidade de referência e à regularização do cadastro.
- Este fluxo não poderá ser utilizado para pacientes que não residam no município de Sorocaba.**

ANEXO 1 – FICHA DE INFORMAÇÃO PARA TRATAMENTO ENDODÔNTICO – UPA ZONA OESTE



Esta ficha contém informações do atendimento realizado na UPA Zona Oeste.
O paciente deverá apresentá-la na UBS de origem para continuidade do cuidado.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

SIS: _____ UBS de origem: _____

2. CONDIÇÕES DO PACIENTE

() Sem comorbidades () Gestante – DPP: ____/____/____ () Hipertensão () Diabetes

() Outros: _____

3. DENTE(S) EM QUE FOI REALIZADO CURATIVO INTRACANAL

Número(s) do(s) dente(s): _____

4. MEDICAÇÃO INTRACANAL UTILIZADA

() PMCC
() Formocresol
() Outro: _____

5. RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA REALIZADA

() IRM
() CIV
() Outro: _____

6. MEDICAÇÃO PRESCRITA

7. TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS REALIZADOS NA UPA

8. ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Data do atendimento: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Cirurgião-Dentista
da UPA Zona Oeste:

Carimbo (com CRO)



ATENÇÃO

- O paciente deverá apresentar somente esta Ficha de Informação na UBS de origem.
- A Guia de Referência para Endodontia/CEO-Policlínica será preenchida pela equipe de Saúde Bucal da UBS diretamente no SIS/PEC.
- Este fluxo é exclusivo para pacientes residentes no município de Sorocaba.

Referência: Protocolo Integrado de Saúde Bucal do Município de Sorocaba



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

FLUXO PARA EXODONTIA DE TERCEIROS MOLARES UPA ZO → UBS

Quando, durante o atendimento no PA Odontológico, for identificada necessidade de exodontia de terceiro molar que **não possa ser realizada na própria UPA**, deverá ser seguido o seguinte fluxo:

1



O cirurgião-dentista da UPA deverá **resolver a condição de urgência**, realizando o tratamento local necessário, como medicação, intervenção local e/ou demais procedimentos indicados.

2



Confirmada a necessidade de exodontia do terceiro molar, o profissional deverá **preencher a Ficha de Informação para Exodontia de 3º Molares**, identificando o(s) elemento(s) 18, 28, 38 e/ou 48 e registrando o tratamento realizado no PA.

3



A ficha deverá ser **entregue ao paciente**, que será orientado a apresentá-la na **recepção de sua UBS de origem**.

4



A recepção da UBS deverá **acolher o paciente e encaminhar a ficha à Equipe de Saúde Bucal**. Não é necessário agendamento prévio para essa entrega.

5



Não é necessária nova avaliação clínica pela UBS, desde que o paciente esteja sem queixas relacionadas à condição atendida na UPA.

6



O cirurgião-dentista da UBS deverá **emitir a Guia de Referência para o CEO para cirurgia oral**, conforme as informações registradas pelo profissional do PA, anexando/grampeando a Ficha de Informação e realizando o devido registro no PEC.

7



Paciente deverá aguardar o **agendamento via regulação** que ocorrerá conforme disponibilidade e critérios de priorização.



Caso o paciente não saiba sua UBS de origem ou não possua cadastro, deverá ser orientado a identificar sua unidade de referência e providenciar o cadastro.



IMPORTANTE: se, no momento da entrega da ficha, não houver Equipe de Saúde Bucal disponível na UBS, o paciente deverá ser orientado a retornar em horário de funcionamento da equipe, sem necessidade de agendamento.

FICHA DE INFORMAÇÃO PARA EXODONTIA DE 3º MOLARES – UPA ZONA OESTE



Esta ficha contém informações do atendimento realizado na UPA Zona Oeste.
O paciente deverá apresentá-la na recepção da sua UBS de origem.

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

SIS: _____ UBS de origem: _____

2. CONDIÇÕES DO PACIENTE

() Sem comorbidades () Gestante – DPP: ____/____/____ () Hipertensão () Diabetes

() Outros: _____

3. NÚMERO(S) DO(S) DENTE(S) QUE NECESSITAM DE EXODONTIA

() 18 () 28 () 38 () 48

4. TRATAMENTO REALIZADO NA UPA ZONA OESTE

5. MEDICAÇÃO PRESCRITA

6. DATA E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Data do atendimento: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Cirurgião-Dentista da UPA Zona Oeste:

Carimbo (com CRO)



ATENÇÃO

- O paciente deverá entregar esta Ficha de Informação na recepção da sua UBS de origem.
- Caso o paciente seja munícipe de Sorocaba e não tenha cadastro na sua UBS, deverá providenciá-lo.
- Não é necessário agendamento prévio para a entrega da ficha na UBS.
- Se, no momento da entrega, não houver Equipe de Saúde Bucal disponível na UBS, o paciente deverá retornar em horário de funcionamento da equipe, sem necessidade de agendamento.

Referência: Protocolo Integrado de Saúde Bucal do Município de Sorocaba

ANEXO 3

FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE NECESSITAM DE AVALIAÇÃO DE DIAGNÓSTICO BUCAL – ESTOMATOLOGIA (CEO) – SUSPEITA DE CA BUCAL

UPA ZO



Identificado pelo cirurgião-dentista da UPA, lesão bucal que necessite de avaliação urgente pela Estomatologia por suspeita de CA de Boca?

NÃO:



→ Orientar possíveis formas de continuidade do tratamento nas UBS.



CARACTERÍSTICAS DE UMA LESÃO BUCAL SUSPEITA DE CÂNCER (ATENÇÃO)

- Ferida ou úlcera que não cicatriza em até 15 dias.
- Manchas brancas (leucoplasia) ou vermelhas (eritroplasia) que não desaparecem.
- Nódulos, endurecimentos ou espessamentos na boca.
- Áreas irregulares, elevadas ou endurecidas ao toque.
- Sangramento espontâneo.
- Dor persistente ou sensação de queimação sem causa aparente.
- Rouquidão, dificuldade para engolir ou falar, ou alteração na mordida sem causa conhecida.

Diante de qualquer uma dessas alterações, suspeite e encaminhe!

SIM:



→ O cirurgião-dentista da UPA deverá registrar e encaminhar ao RT de Odontologia da UPA as seguintes informações:



dados pessoais do paciente (Nome, data de Nascimento e SIS);



meios de contato atualizados (telefones);



descrição clínica da lesão;



imagem/fotografia da lesão, sempre que clinicamente visível.



→ O RT de Odontologia da UPA deverá encaminhar essas informações para a Central de Regulação Eletiva da Saúde Bucal, pelo e-mail regula.odonto@sorocaba.sp.gov.br, para avaliação e continuidade do fluxo.



Após o encaminhamento das informações para a Central de Regulação Eletiva da Saúde Bucal, o fluxo seguirá conforme critérios de priorização e disponibilidade para atendimento no CEO.

EXEMPLOS DE LESÕES BUCAIS SUSPEITAS DE CÂNCER

Úlcera que não cicatriza (> 15 dias)



Mancha branca (leucoplasia)



Mancha vermelha (eritroplasia)



Nódulo / endurecimento



Lesão irregular ou endurecida



Qualquer lesão com essas características deve ser avaliada urgentemente por Estomatologia.



IMPORTANTE: Este fluxo é exclusivo para pacientes com suspeita de câncer bucal (CA de Boca) e residentes no município de Sorocaba.

ANEXO 4

**FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES QUE
NECESSITAM DE TRATAMENTO ENDODÔNTICO
DEVIDO A TRAUMATISMO DENTÁRIO DE ELEMENTOS
ANTERIORES SUPERIORES/INFERIORES**

UPA ZONA OESTE



Paciente com traumatismo dentário de
elementos anteriores superiores/inferiores:

→ **Necessita de tratamento endodôntico?**

NÃO:



→ Orientar possíveis
formas de continuidade
do tratamento nas UBS.

SIM:



→ O cirurgião-dentista da UPA deverá
registrar e encaminhar ao RT de Odontologia
da UPA as seguintes informações:



dados pessoais do paciente (nome, data de
nascimento e SIS);



meios de contato atualizados (telefones);



elemento(s) dentário(s) envolvido(s);



tipo, data e circunstâncias do traumatismo;



descrição das condições clínicas encontradas;



procedimentos realizados na UPA e
medicações prescritas;



justificativa da indicação de tratamento
endodôntico;



fotografia clínica do(s) elemento(s)
traumatizado(s), sempre que possível;



→ O RT de Odontologia da UPA deverá encaminhar
essas informações para a Central de Regulação
Eletiva da Saúde Bucal, pelo e-mail
regula.odonto@sorocaba.sp.gov.br, para avaliação
e continuidade do fluxo.



Após o encaminhamento das informações para a Central de Regulação Eletiva da Saúde Bucal,
o fluxo seguirá conforme critérios de priorização e disponibilidade para atendimento no CEO.